

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

ÉLLCIO RICARDO DE MELO FARIAS

**ASCENSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A NECROSE DO TECIDO
PSICOSSOCIAL: um estudo em representações sociais**

RECIFE
2020

ÉLLCIO RICARDO DE MELO FARIAS

**ASCENSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A NECROSE DO TECIDO
PSICOSSOCIAL:** um estudo em representações sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos

RECIFE
2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

- F224a Farias, Éllcio Ricardo de Melo.
 Ascensão das comunidades terapêuticas e a necrose do tecido psicossocial : um estudo em representações sociais / Éllcio Ricardo de Melo Farias. – 2020.
 92 f. : il. ; 30 cm.
- Orientadora: Profª. Drª. Maria de Fátima de Souza Santos.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.
 Inclui referências.
1. Psicologia. 2. Drogas – Abuso. 3. Saúde mental. 4. Representações sociais.
 5. Psicologia e religião. 6. Psicologia social. I. Santos, Maria de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-284)

ÉLLCIO RICARDO DE MELO FARIAS

**ASCENSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A NECROSE DO TECIDO
PSICOSSOCIAL:** um estudo em representações sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 29/06/2020

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos (1º Examinador/Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Edclécia Reino Carneiro de Moraes (2º Examinador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento. (3º Examinador)
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Betânia Maria de Melo (Mainha), por ter sido em minha vida a coluna de sustentação das bases do amor, de bondade. Por ter dedicado todos os esforços para minha formação educacional e humana.

Agradeço a Fátima Santos, orientadora, pelo seu apoio e aceitação incondicional, pelo cuidado com o qual traçou este caminho de conhecimento tornando esta experiência leve.

Agradeço a FACEPE por acreditar nas contribuições científicas e sociais da presente pesquisa.

A Vinícius Suares pela amizade, pelo carinho e pelo incentivo para fazer a seleção do programa.

A Fernanda pelo acolhimento na Secretaria de Assistência Social e por acreditar no potencial do trabalho em promover uma reflexão crítica sobre o modelo de atenção às drogas.

Agradeço a Luigi por ter sido amigo incondicional e ter caminhado comigo quando precisei de apoio.

A Emilla, minha esposa, companheira de todos os momentos, por seu amor alimentar o ânimo para a jornada da vida.

A todos(as) professores(as) que fazem parte do Programa de Pós-graduação em Psicologia por facilitarem os caminhos do conhecimento.

As(aos) colegas de turma que compartilharam esta experiência de ensino aprendizagem.

Agradeço finalmente a Vida por ensinar-me que os desafios me ajudam a crescer e me manter de pé, renovando as esperanças no caminho.

“Venha para nossa congregação (o barato é pesado). Pra entrar não paga nem um tostão (o barato é pesado). Não temos capela, igreja e nem sé (o barato é pesado). Pode vir, nem mesmo precisa fé (o barato é pesado). Você chegou desconfiado. Já tá ficando mais relaxado. Pode cantar animado. Que hoje o seu gelo derrete. Quanto mais você repete. Mais o barato é pesado. Cante uma, duas, três. Depois quatro, cinco, seis. Diga se dá resultado. Conte sete vezes sete. Quanto mais você repete. Mais o barato é pesado. Deixe Rivotril, Diazepam (o barato é pesado). Café, chocolate e o Lexotan (o barato é pesado). Esse teu vazio espiritual (O barato é pesado). Vai passar bem antes do carnaval (o barato é pesado). Você foi mal acostumado. Mas já te vejo regozijado. E seu HD travado. Parou de pedir reset. Quanto mais você repete. Mais o barato é pesado[...] (Aceite a seita)”

Siba

RESUMO

O modelo de Atenção Psicossocial adotado pelo Estado brasileiro, fruto da luta antimanicomial e do Movimento da Reforma Psiquiátrica, vem passando por intensos desafios decorrentes das disputas no campo das drogas protagonizadas pelo crescente movimento de Comunidades Terapêuticas. Estas instituições, questionam a Estratégia de Redução de Danos e adotam em seus métodos de tratamento o paradigma da abstinência total. Mudanças legislativas vem sendo realizadas com o objetivo de direcionar recursos públicos para financiar leitos de tratamento nestas entidades, sob forte ameaça de desmonte da Atenção Psicossocial. O objetivo desta pesquisa é analisar a representação social dos usuários de álcool e outras drogas presente no projeto terapêutico de Comunidades Terapêuticas. Foi realizado trabalho de campo com observação participante e pesquisa documental que consistiu no levantamento de políticas que orientam os serviços de atenção a usuários de drogas e de projetos terapêuticos destas comunidades. O material, submetido a análise de conteúdo, mostrou que, as políticas públicas têm a concepção de que os usuários de drogas são sujeitos de direitos e precisam ser cuidados em liberdade, por uma rede que atenda as distintas necessidades de saúde e cidadania. Entretanto aparecem resquícios de políticas proibicionistas que associam usuários e criminosos orientando ações policiais para o combate as drogas. As Comunidades Terapêuticas apresentam concepções de sujeito ligadas a moralidade religiosa, a droga é encarada como um desvio, um pecado e seu uso deve ser interrompido, pois o sujeito precisa se aproximar de Deus para vencer mal. Este estudo mostra que as políticas de saúde mental e as Comunidades Terapêuticas têm distintas concepções de sujeitos que fazem uso drogas, fato que espelha distintas visões de sociedade.

Palavras-chave: Usuário de drogas. Representações Sociais. Saúde mental. Religião e Psicologia. Psicologia social.

ABSTRACT

The model of Psychosocial Care adopted by the Brazilian government, product of the anti-asylum struggle and the Psychiatric Reform Movement has been undergoing intense challenges arising from disputes in the field of drugs led by the growing movement of Therapeutic Communities. These institutions, mostly question the Harm Reduction Strategy and adopt the total abstinence paradigm in their treatment methods. Legislative changes have been made in order to direct public resources to finance treatment beds in these entities. The objective of this article is to analyze the social representation of users of alcohol and other drugs present in the therapeutic project of the communities. Fieldwork was carried out with participant observation and documentary research that consisted of a survey of policies that guide the services of attention to drug users and therapeutic projects in these communities. The material, submitted to content analysis, showed that public policies have the conception that drug users are subject to rights and need to be cared for in freedom, through a network that meets the different health and citizenship needs. However, remnants of prohibitionist policies appear that associate users and criminals guiding police actions to combat drugs. Therapeutic Communities have concepts of the subject linked to religious morality, the drug is seen as a deviation, a sin and its use must be stopped, because the subject needs to approach God to overcome evil. This study shows that mental health policies and Therapeutic Communities have different conceptions of subjects who use drugs, a fact that mirrors different views of society.

Keywords: Drug user. Social representations. Mental health. Religion and Psychology. Social psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
COMPAD	Conselho Municipal de Política Sobre Drogas
CTs	Comunidades Terapêuticas
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SEPOD	Secretaria Executiva de Políticas Sobre Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RS	Representações Sociais
TRS	Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO: UMA ANÁLISE SÓCIO HISTÓRICA	16
2.1	Elementos da Reforma Psiquiátrica para usuários de álcool e outras drogas.....	18
2.2	Comunidades Terapêuticas.....	23
3	INTERACIONISMO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	32
3.1	Representações Sociais e uso abusivo de drogas.....	35
4	OBJETIVOS.....	39
4.1	Objetivo Geral.....	39
4.2	Objetivos Específicos.....	39
5	PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	40
5.1	Documentos.....	40
5.2	Produção de dados.....	41
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	43
6.1	O Campo.....	45
6.2	Instituições visitadas.....	47
6.2.1	CT1.....	48
6.2.2	CT2.....	49
6.2.3	CT3.....	50
6.3	Procedimentos de análise.....	51
6.4	O Sujeito de Direitos.....	52
6.5	O sujeito de necessidades plurais: o plural revela o singular e do singular se vê o plural.....	58
6.6	Uma questão de saúde, doença ou policial.....	65
6.7	A presença do pecado.....	75
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	86

1 INTRODUÇÃO

A história que me leva a estudar e escrever acerca das Comunidades Terapêuticas (CTs) remonta a um trabalho de pós-graduação *lato sensu* em Psicologia Social e Comunitária realizado em 2013. Naquele ano houve um grande movimento midiático sobre internação compulsória para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e toda uma ênfase na existência das “Cracolândias” trazendo para o debate juristas, políticos, profissionais de saúde, representantes de movimentos sociais e pessoas ligadas direta ou indiretamente à temática das drogas.

O trabalho teve como objetivo analisar o discurso publicado em jornais impressos e em meios eletrônicos acerca da internação compulsória. Na época era possível identificar uma lacuna, do ponto de vista político institucional, acerca dos locais públicos para internação e como esta internação se processaria. Neste vazio de implicação de dispositivos da rede pública de atenção em saúde mental, com caráter de internação, visto que se implementa no Brasil o movimento de Desinstitucionalização, surgiu o campo propício para uma abertura maciça de inserção das Clínicas de Reabilitação e das CTs na oferta de tratamento para pessoas em situação de dependência química.

O conceito de dependência aqui é entendido como o abuso de Substâncias Psicoativas (SPA) podendo estar associada às alterações neurológicas e/ou psiquiátricas (SABINO & CEZANAVE, 2005). Um uso que compromete a vida social, familiar, o trabalho, na medida em que o sujeito vive em função da droga negligenciando o cuidado consigo e com os outros, ou seja, a droga passa a ocupar um papel central, preenchendo lacunas importantes para organização da vida (SILVEIRA, 1995).

Outrossim, o emprego do termo *abuso*, em uma cultura eminentemente proibicionista, tem sido confundido com o uso social e esporádico de SPA com o objetivo de se criar uma sociedade sem drogas. Logo o uso esporádico entra no rol de consumo indiscriminado passando a ideia de que todo uso deve ser banido da sociedade.

Para Fiore (2006) há de se levar em conta as percepções do próprio sujeito acerca do uso problemático de drogas e qual o lugar que este uso tem ocupado em sua existência, ou seja, a relação entre autonomia e dependência, a decisão de usar ou não. Portanto, a dependência somente se configura quando ao decidir por não usar, mesmo assim, a pessoa se sente compelida a fazê-lo. Deste modo, dependência e uso abusivo serão empregados ao longo do trabalho como sinônimos, visto que não se pretende estabelecer uma classificação nosológica. Muito embora

o DSM-V¹ utilize a nomenclatura de classificação como uso grave, moderado e leve, preferimos manter o uso abusivo e/ou problemático e a dependência, por se aproximarem mais da realidade encontrada no universo bibliográfico e no campo desta pesquisa.

Para quem nunca ouviu falar ou quem não tem familiaridade com o tema, uma CT é uma instituição, comumente, da sociedade civil, sem fins lucrativos que oferece tratamento para pessoas que fazem uso abusivo de drogas, na modalidade residencial. Utiliza uma abordagem fundamentalmente de autoajuda, para promover mudanças cognitivas e comportamentais no nível individual visando a recuperação frente à dependência química e à reinserção social.

Outra informação importante e introdutória é fizemos uma opção de escrita com uso do masculino quando se refere aos sujeitos, buscando uma comodidade narrativa que se ancora na realidade das instituições, que tem como público principal os homens. Eles são a maioria das pessoas que recorrem a estes tratamentos e que epidemiologicamente têm mais relação com o uso problemático de SPA. Não perdemos de vista que muitas mulheres recorrem a estas instituições e que existem CTs que ofertam tratamento apenas para mulheres. Este fato será abordado mais adiante.

Passados alguns anos, continuei com a inquietação acerca do silenciamento e a marginalização do debate sobre a existência das CTs, ao mesmo tempo em que a conjuntura política do País, pautada em uma democracia de direito e a implementação da Reforma Psiquiátrica vai desmoronando. Deste modo, permaneci fazendo alguns questionamentos: como estão atuando estas comunidades? Porque não se fala delas? Elas estão crescendo? Quem são as pessoas que recorrem ao tratamento nestas instituições? Como elas estão funcionando? Porque a mídia não aborda essas questões?

Estas inquietações me levaram a procurar entender como estas comunidades se constituem como espaço de resignificação das questões existenciais de pessoas envolvidas numa relação abusiva com as drogas.

Um elemento importante no que tange o perfil e o *modus operandi* destas instituições é a vinculação com uma denominação religiosa, principalmente de origem Protestante. Soma-se a esse elemento o crescente número de parlamentares eleitos no estado de Pernambuco pertencentes a partidos políticos com base religiosa, que apresentam discursos conservadores, fundamentados na lógica da abstinência para usuários de álcool e outras drogas e inseridos numa ordem moral que desconsidera todo o histórico de implementação de políticas públicas para estes sujeitos. Estes grupos políticos têm realizado investidas pesadas no sentido de

¹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

enfraquecer serviços que tem como orientação principal a redução de danos e substituí-los por leitos em comunidades terapêuticas (SANTOS; ALESSIO, 2016).

Quando comecei a escrever me deparei com um desafio, que foi, falar de uma temática que envolve a atenção e a política de saúde mental, muito embora nunca tenha trabalhado em um dispositivo da Atenção Psicossocial (APS). Sinto que isso repercute neste trabalho e talvez falem alguns elementos que podem ser problematizados de maneira mais elucidativa por quem vive no cotidiano a experiência da assistência. Ao mesmo tempo, desde 2012, venho traçando uma trajetória no SUS (Sistema Único de Saúde), como residente em saúde da família, pensando e construindo uma atuação em saúde mental na Atenção Básica (AB), em outro momento como gestor de uma política e agora como psicólogo de uma unidade de Práticas Integrativas e Complementares.

Portanto, este trabalho reflete a aproximação entre a experiência na saúde pública com um intenso desejo de problematizar a (des)construção da APS especialmente no que tange aos usuários de álcool e outras drogas a partir de um cenário que se mostra nos últimos anos, muito nebuloso, que aponta para a necessidade de problematização intermitente acerca da incompletude da Reforma Psiquiátrica e dos intensos ataques que vem sofrendo.

O reaparecimento de instituições comprometidas com um projeto de abstinência no que tange ao uso de drogas e um modelo repressor e moralizante tem marcado a atuação das CTs no Brasil e colocado em cheque a construção histórica de uma perspectiva de cuidado baseada na Redução de Danos (RD) que possibilita uma postura de inclusão dos sujeitos que usam drogas no tecido social. A APS constrói um tecido próprio na criação de vínculos terapêuticos, mas acima de tudo é uma proposta de concepção de sociedade na qual o sujeito é livre, um sujeito cidadão e o Estado tem o dever de cuidar da saúde de todas as pessoas.

Portanto, estratégias interventivas que excluem a RD, a compreensão da cidadania e da liberdade como ferramentas e princípios para o trabalho com pessoas que fazem uso problemático de drogas caminham na contramão da APS. Todo aparato institucional que desconsidere a APS tende a desconstruir um tecido historicamente formatado que a princípio tem o objetivo de acabar com a violação de direitos que afugentava pessoas a marginalidade social. Destruir este tecido é colocar em necrose uma perspectiva de cuidado voltado a garantia dos direitos humanos operacionalizado pela APS.

Aqui chamo de necrose por entender que o modelo das CTs comporta algo da ordem da necropolítica, de uma política de morte, como definiu Mbembe (2018). Este autor propõe que ao invés de fazermos uma leitura acerca da soberania, da política e do sujeito a partir da ideia de razão e desrazão, próprias da modernidade, utilizemos categorias menos abstratas como

vida e morte. Sendo assim, há uma estreita relação entre o desinvestimento na APS, e sua concepção de sujeito e a crescente expansão do modelo de CT numa concepção de vida religiosamente pura, de um corpo limpo das drogas. A APS perde seu lugar de existência em favor de um modelo homogêneo e moralmente correto. Segue aqui uma metáfora com a vida biológica.

Na necrose epitelial se dá a redução do tecido pela morte das células que o formam. A olho nu, a necrose explicita o apodrecimento da pele, a escuridão da área afetada, o odor fétido da decomposição celular que compromete o funcionamento do organismo induzindo-o, aos poucos, a morte lenta pela generalização da infecção.

Infectar o tecido é o primeiro passo para a progressiva dissolução do organismo e sua funcionalidade. Na necrose, a rede celular diminui e reduz o poder da atividade vital da área afetada. Uma a uma as células vão morrendo, em cadeia. Não há como escapar a não ser que um agente externo destrua o projeto de morte em curso.

Mas o inimigo do tecido é ardiloso, adentra nas pequenas brechas, nos pequenos espaços, nos mais diminutos corpos e utiliza estratégias para afetar a mente e as emoções de suas presas. O inimigo do tecido sabe jogar com a vulnerabilidade, ele conhece os pontos fracos e os manipula, faz as células acreditarem que são mais frágeis do que realmente são e com argumentos apelativos, convencem boa parte de suas vítimas, de que pode salvá-las, que é o caminho. Deste modo ele adentra o sistema, comanda áreas específicas e coloca em curso seu projeto de morte com forças mais severas e expansivas.

Assim a força das CTs tem crescido e se expandido na estrutura do sistema político e em uma camada da sociedade que se encontra fragilizada, seja por sua história de vulnerabilidade e risco social, seja pela narrativa salvacionista e confessional que aglomera um povo marcadamente constituído por uma cultura cristã.

A necrose paulatinamente chega ao organismo/tecido da APS especificamente usuários(as) de álcool e outras drogas, carcomendo o tecido da rede por meio da indução ao subfinanciamento dos serviços públicos e a relocação de recursos em leitos de internação em CTs. O uso de uma narrativa religiosa para a salvação dos que “caíram” nas drogas, a monocromática abstinência como estratégia interventiva e a violação de direitos humanos forjam o espectro necrótico do novo modelo asilar em curso. A Rede de Atenção Psicossocial constituída a partir da concepção de direitos humanos e do sujeito de direitos, vai sendo comprometida, submetida a um processo de morte, cruelmente arquitetado com o objetivo de substituir esta concepção e a de Estado Laico por uma concepção fundamentalista religiosa da vida em sociedade.

O aparelhamento político do fundamentalismo religioso se eleva no interior das instituições democráticas estatais, a crescente força política e sua capilarização nas camadas populares da sociedade apresentam-se como fortes estratégias de enfraquecimento das conquistas democráticas brasileiras na medida em que se propõem a negar as conquistas da secularização da sociedade (VASCONCELOS, 2019).

Colocar em curso a política de morte faz parte de um projeto hegemônico que não reconhece a pluralidade das necessidades dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas, na pretensão de apresentar um caminho de salvação para estas pessoas, fundamentado na apropriação do Estado e criação de fissuras necróticas em sua laicidade. A APS como tecido formado por diversas células conectadas em rede, não foi totalmente consolidada/implementada, pois sua natureza mesma é de um devir, de uma práxis cotidiana e inacabável. É inacabável porque é viva e precisa se modificar, se transformar, se reinventar para que seu saber/fazer paute sempre a supremacia dos sujeitos e dos direitos humanos sobre ações regidas por uma ótica julgadora e moralizante. Para isso o tecido precisa ser oxigenado, precisa de vida de “vida em abundância”.

Costa-Rosa (2000) parte da compreensão de que as práticas em saúde mental são compostas por duas esferas indissociáveis que são a político-ideológica e a teórico-técnica. A esfera político-ideológica se faz presente neste trabalho a partir da compreensão de uma política que não pode ser política se não houver participação, inclusão e democracia. Para tanto, o aspecto ideológico que subscreve as linhas deste texto está baseado na afirmação de sujeito livre, de sujeito de direitos, de sujeito cidadão, no contexto tal que a droga não pode ser um dispositivo moral de cerceamento da liberdade, nem de julgamentos, nem de instrumentalização de uma vida teológica fundada na ideia de impureza. Estes aspectos acompanham historicamente a representação social dos usuários de drogas e se reproduzem em práticas cada vez mais desafiadoras para implementação de uma política de atenção a estas pessoas.

Assumir e explicitar esta esfera de fundamentação se traduz na possibilidade de reoxigenação do diálogo, do debate e do resgate da política como uma esfera de reaproximação dos seres, do fomento da afetividade e de uma civilidade voltada para o desenvolvimento social e emancipação cidadã. Deste modo, a dissertação não é um instrumento de estudo acerca das drogas em si, aqui realizamos uma análise da representação social de usuários de drogas nestes “novos” espaços de tratamento que são as CTs, visto que no atual contexto de política sobre drogas essas instituições têm ocupado um lugar de destaque tanto no que diz respeito à procura pelo tratamento, quanto ao financiamento público.

Em tempos de tentativas de esvaziamento da política, através da semeadura do ódio, da publicização de informações falsas, do fomento ao asco por tal esfera, da inacabada guerra para esvaziar a política de sentido, desejamos reacender o debate de como esta esfera atravessa nosso dia a dia e constitui uma pilastra estruturante da atenção à saúde mental, especialmente do cuidado com pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Propomos a reflexão acerca da inacabável ligação entre a esfera política e o modo como construímos nossos laços sociais, nossas instituições e como, estas instituições contribuem para construção de representações sociais de pessoas que usam drogas. Nossa preocupação é pensarmos como caminhamos ou não, rumo à uma sociedade menos opressora e mais promotora de direitos sociais.

Portanto, não podemos deixar passar despercebida a relação do uso abusivo de drogas com o aparato disciplinar, monopolizador e hegemônico de instituições e o modo violento com o qual determinadas construções sociais impõem uma ideologia de mercado, uma lógica de controle dos corpos a serviço de modelos ideais de famílias e indivíduos.

A ascensão do neoliberalismo e do conservadorismo ideológico coloca em risco avanços importantes alcançados pela luta antimanicomial e tem com o objetivo desqualificar a estratégia de redução de danos, questionar a eficácia do CAPS AD, ressuscitar a ideia da droga como um mal a ser extirpado da sociedade e reposicionar o usuário como uma sujeito desprovido de capacidade de lidar com o uso de SPA e aproximá-lo da fronteira do crime.

Este cenário nos instiga a pensar o importante papel da psicologia, especialmente da psicologia social no enfrentamento de retrocessos epistemológicos que objetivam minar o pensamento crítico, a construção socio-histórica do conhecimento, nos convidando ao debate inacabado entre o pensamento social que se constrói acerca do usuário de drogas e a elaboração do conhecimento científico que fundamenta as estratégias de atenção à saúde. A representação social do usuário de drogas e a implementação de políticas públicas, guardam uma intensa relação, a institucionalização de políticas espelha a concepção de sujeito do Estado, logo as ações e os serviços serão construídos a partir de determinada ideia de sujeito.

2 SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO: UMA ANÁLISE SÓCIO HISTÓRICA

Todo o percurso de construção de uma sociedade manicomial foi atravessado pelo paradigma da moralidade como elemento estruturante para justificativa do enclausuramento, da exclusão social, da segregação, da prisão, do controle dos corpos e da domesticação de toda forma de comportamento que estranhava os parâmetros de civilidade estabelecidos pela burguesia. Estas normas sociais, que estavam a serviço do desenvolvimento econômico, não permitiram a simples privação de liberdade sem a devida proteção jurídica, deste modo, a psiquiatria serviu de base para justificar o isolamento social. Sendo assim, o tratamento moral fora aplicado com o intuito de controlar as paixões irritantes, os desejos vis, retirando os sujeitos do mundo, o qual representava ameaça (DESVIAT, 2015).

Na era clássica, como podemos encontrar em *A História da Loucura*, o enclausuramento não está atrelado a medicalização ou a conduta terapêutica para a cura da loucura. Os loucos tinham uma representação, juntamente com os ladrões, as prostitutas e os leprosos como sujeitos afetados pela desrazão (FOCAULT, 2005). Somente a partir da segunda metade do século XVIII, o internamento ganha características médicas e terapêuticas com o fortalecimento de um saber que se propunha convergir percepção, dedução e conhecimento como um dispositivo no qual a *desrazão* cede lugar a *alienação*, como critério de distinção do louco diante da ordem social vigente (FOCAULT, 1972 apud AMARANTE, 1995).

Para Desviat (2015), o manicômio viria a ocupar algumas funções muito importantes na sociedade que seriam, em primeiro lugar; uma função médica/terapêutica, e em segundo lugar; uma função social, transformando-se em um refúgio para loucos pobres e necessitados de abrigo, tutela. Por último, o manicômio serviu para proteger a própria sociedade dos sujeitos indesejados, “dos degenerados”, termo cunhado por Morel, que representava o conjunto de pessoas de classe perigosa, “representantes malditos das mais perversas tendências do espírito, dos mais deploráveis desvarios do coração humano” (DESVIAT, 2015, p. 24).

A internação no manicômio tinha como centralidade do tratamento moral, a revisão da conduta, a reordenação do comportamento alienista, a restituição da razão por meio da mutilação das tendências desviantes que contrariavam o jogo de valores dispostos no contrato social de boa convivência e de uma sociedade que caminhava nos rumos do progresso. Não podemos deixar de sinalizar estes elementos seculares que produziram um modo de pensamento social no qual a internação constituiu-se como forma mais perversa de controle da diferença, de mecanismo de higiene social segrega-dor. Segregar a dor representa a forma mais perversa

de potencialização da dor, é quando isolamos a dor, deixamos ela numa “**solitária**”, por estar segregada, sozinha ela fica mais intensa. Neste trabalho, entendemos o contrário, que se a dor é partilhada ela se torna menos doída visto que não é sentida sozinha, ela se dilui.

Mesmo vivendo a internação em coletividade a dor era segregada, uma dor que reunia todos os sujeitos internados no mesmo espectro de separação social, anulando suas singularidades. Esta dor compõe muito mais a imposição de uma ordem social, a serviço da higiene social e da moralidade, do que propriamente de uma nosografia que apontasse para quadros psicopatológicos, a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena que funcionava como “depósito” de pessoas. Não era necessário passar por avaliação mental para se internar no Colônia, bastava ser mandado por uma pessoa de poder, um político, uma família de alta classe social, não havia distinção de idade, sexo, raça. Gestantes, grávidas de aristocratas, crianças em situação de vulnerabilidade, mulheres e homens considerados improdutivos, todos(as) eram perfil para o Colônia (ARBEX, 2013).

Uma vertente importante para incorporar a análise da sustentação da vida manicomial é a própria organização social e o sistema econômico do Ocidente. Segundo Desviat (2015) o crescimento do capitalismo trouxe consigo, aparatos industriais que substituíram a manufatura, o crescimento não planejado das grandes cidades gerou problemas de mendicância, violência, marginalização, agravados pelo uso abusivo de drogas pesadas, e teve como consequência o envelhecimento da população e a cronicidade. Todos esses elementos produziram vozes que clamaram pelo enclausuramento, por condutas repressivas, pela criação de sanatórios e de dispositivos de controle. Mesmo com evidências de que o manicômio mostrava sua inutilidade terapêutica percebida pela comunidade científica e de maneira geral pela sociedade, colocando em perspectiva a cidadania:

A indigência, a cronicidade e a doença mental, sobretudo quando adotam formas de condutas não aceitas pela maioria, despertam tentações totalitárias arraigadas em importantes setores da sociedade, que se expressam por convocações à marginalização e ao castigo, por mais que se saiba de sua inutilidade técnica e de seu custo social, em vez de solicitarem das administrações públicas que adotem medidas mais preventivas e curativas do que cautelares (DESVIAT, 2015, p. 26).

O saber psiquiátrico cristalizou-se na crença de que poderia conhecer o futuro das doenças mentais e para legitimar esta crença criou uma “evolução cronicizada” com destino demencial. Esta ideia surgiu como fundamento para sustentar a loucura moral, junto com ela a deficiência, a deterioração progressiva, a incapacidade e a periculosidade. Segundo Desviat (2015) este arcabouço paradigmático ainda persiste orientando as práticas psiquiátricas.

Não pretendemos aqui fazer uma descrição acerca do momentos vividos pela psiquiatria como constituição de um saber que orientou práticas sociais, muito menos trilhar o

caminho das mudanças ocorridas nas instituições de enclausuramento, sua transição para hospitais psiquiátricos ou “colônias”, visto que não é objeto deste estudo e que há uma vasta e fecunda literatura sobre a temática. Porém escolhemos trazer um pouco do caldo cultural e elementos que embasaram a construção de uma sociedade manicomial por entendermos que eles não ficaram para trás como se pretendia com o manicômio. Nem ele foi totalmente extinto, nem se exauriu de nossas mentes. O manicômio não foi apenas uma edificação de concreto, primeiramente foi uma formulação mental, uma possibilidade de existência construída por pessoas que não fariam uso dele.

2.1 Elementos da Reforma Psiquiátrica para usuários de álcool e outras drogas

A reforma psiquiátrica é o processo de transformação da mentalidade da sociedade em relação ao transtorno mental. [...] as pessoas têm que entender de outra maneira o que é o sofrimento, o que é a loucura, o que é o transtorno mental e conviver com esses sujeitos de outra forma, com uma abordagem solidária e inclusiva (Amarante *apud* Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas, 2016)².

A marca principal do Movimento da Reforma Psiquiátrica é o “reclame da cidadania do louco”. As bases desse movimento se fundamentaram na criação de outros dispositivos e novas tecnologias de cuidado que rompessem com o modelo hospitalocêntrico promovendo uma ruptura com o manicômio (TENÓRIO, 2002; PERRONE, 2014).

A busca por essa ruptura se deu através da implantação de dispositivos substitutivos ao modo asilar que fossem capazes de responder a uma proposição político-ideológica no campo da saúde mental que pusesse fim a desumanização deste modelo, em busca de uma alternatividade de práticas restauradoras da cidadania e da dignidade humanas (COSTA-ROSA, 2000). Essa posição rendeu a construção de um modo psicossocial de atenção à saúde mental, fruto de conjunção de forças advindas de movimentos sociais, profissionais de saúde, universidades, usuários e familiares que trabalharam na composição do referido movimento.

Para o autor supracitado, efetivamente o modelo hospitalocêntrico asilar e o modelo psicossocial essencialmente têm distintas visões quanto: ao seu objeto e os meios teórico-técnicos de intervenção; a forma da organização de suas instituições; ao modo de relacionamento com a população, profissionais e a clientela e por fim apresentam distintas implicações éticas em termo jurídicos e ideológicos.

² Esta citação foi retirada do site da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD). Disponível em: <http://pbpd.org.br/pbpd-entrevista-paulo-amarante/>

O que faz o modelo psicossocial alternativo ao modelo asilar é sua capacidade de se contrapor a este, apresentando diferenças que podem ser essenciais ou não, porém nem sempre é fácil encontrar um arcabouço teórico-técnico, político e ideológico que exponha a contradição de uma dada realidade. Para Costa-Rosa (2000, p. 149) “é mediante o conceito de alternatividade como contradição que poderemos definir a essência dos modelos alternativos para além das formulações que a põem como humanos ou desumanos, competentes ou incompetentes, democráticos ou autocráticos, etc.”.

No modelo de Atenção Psicossocial (APS) propõe que o engajamento subjetivo e sócio cultural são indissociáveis da definição de saúde mental ao mesmo tempo que se contrapõe ao modelo asilar característico do tratamento manicomial (PERRONE, 2014). No primeiro, o sujeito ocupa um lugar de protagonista, no qual é respeitado seu desejo, suas vontades, sua visão acerca do caminho que deve seguir no cuidado que lhe é ofertado; no segundo a centralidade das decisões está sobre a instituição e a equipe médica que a dirige.

Como resultado da luta organizada de trabalhadores, usuários(as) e familiares pela Reforma Psiquiátrica, a APS é construída com maior participação social inclusive, a partir do lugar sugestivo e decisivo acerca dos caminhos que os serviços devem seguir baseado em tal perspectiva de cuidado. Este modelo forja uma nova relação institucional e política, coloca o usuário na confecção do tecido de participação e construção de sua cidadania. Na APS se preconiza o cuidado no território em liberdade contrapondo-se a qualquer medida coercitiva ou que vise o exercício do poder sobre os usuários. Neste sentido, o percurso terapêutico deve ser construído de maneira horizontal, através do vínculo com a equipe multiprofissional (SANTOS, 2018).

Este modelo pontua a necessidade de fortalecimento da rede de assistência, da reabilitação e reinserção social, da reestruturação dos serviços para que possam compreender a dimensão social e comunitária que envolve os cuidados com os sujeitos que têm problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (VECCHIA; MARTINS, 2009). O paradigma da APS inicialmente incorporou a saúde mental apenas relacionada às pessoas com transtornos mentais e aos poucos foi incorporando aquelas pessoas que tem histórico com uso abusivo de drogas para seu campo de intervenção. Esta ampliação da compreensão acerca do papel dos serviços de saúde mental para pessoas que usam drogas representa a indissociável relação entre drogas e saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Usuário de Álcool e outras Drogas criada em 2003, estabelece a necessidade imperativa da atenção ser realizada na rede de serviços sociais e de saúde, considerando a ênfase na reabilitação e reinserção social através de cuidados

extra-hospitalares, bem como certifica o fortalecimento e a estruturação desta rede através de da atenção psicossocial especializada e da rede de saúde como um todo (BRASIL, 2003).

Neste sentido:

Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003, p. 6).

A materialidade deste modelo vem se consolidando através de dispositivos como o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), o Hospitais Dia, o Ambulatório de Saúde Mental, o Programa de Residências Terapêuticas, o Programa de Volta Para Casa. Todos eles compostos por equipe multiprofissional com o objetivo de organizar sua forma de trabalho de maneira interdisciplinar através da troca de saberes e da clínica ampliada (BRASIL, 2005a).

Ainda assim estava colocado o desafio de implementação, nestas instituições, do paradigma psicossocial como alternativo ao asilar. Segundo Costa-Rosa (2000) as instituições são formações materiais constituídas de saberes e práticas articuladas por uma narrativa ideológica, não sendo simples reprodutoras de relações dominantes e efeitos de dados interesses econômicos, mas antes de tudo são “palcos de luta social” nos quais transitam interesses divergentes.

A criação dos CAPSad aparece em cena como o dispositivo de alta resolubilidade com a responsabilidade de executar a articular o arcabouço terapêutico, o diálogo com outros dispositivos de atenção à saúde tendo suas práticas orientadas pela estratégia de Redução de Danos para pessoas que têm problemas decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2003).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde lança a portaria nº 1.028 de 1 de julho, definida como a política nacional de Redução de Danos, que estabelece as diretrizes para adoção de ações de redução de danos sociais e a saúde decorrentes de uso abusivo de SPA para pessoas que não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso. São ações de educação, informação e aconselhamento de maneira a potencializar estratégias de promoção a saúde. A Redução de Danos no âmbito desta portaria aplica-se a todos os serviços de saúde, estabelecimentos educacionais e de assistência social, de funcionamento diurno ou em modelo de internamento visando a manutenção dos direitos humanos e a digna qualidade de vida (BRASIL, 2005b).

O surgimento e a grande incidência de pessoas com HIV /AIDS da década de 80 deu início as primeiras ações de RD no Brasil. Eram compostas pelo fomento a difusão de informações acerca de práticas sexuais mais seguras que desembocou no incentivo ao sexo seguro e o uso de preservativo. Estas estratégias ganharam corpo com a distribuição de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis com a finalidade de diminuir a reutilização, visto que estes usuários estavam no grupo de risco para contágio do HIV e das hepatites (FONSÊCA, 2012; MACHADO; BOARINI, 2013).

Conforme Fonsêca (2016) experiências adotadas por vários países incluem a prescrição de dosagens controladas de cocaína e heroína para usuários de drogas injetáveis com alto nível de dependência além de outras formas de terapias de substituição, distribuição de preservativos, programas informativos, distribuição de cachimbos para usuários de crack, serviços de aconselhamento e informação para usuários e familiares. Estas práticas “abrangem a adoção de medidas prévias ao surgimento e/ou agravamento da situação, visando eliminar ou diminuir a probabilidade de ocorrência de danos individuais e coletivos” (GOMES; VECCHIA, 2018, p. 2329).

Nesses termos, a estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 585).

Desde o início a RD se apresentava como contraponto ao proibicionismo, protagonizado pelos Estados Unidos, que tinha como frente de atuação a *guerra as drogas*. Como a abstinência não é uma condição para o trabalho da RD muitas polêmicas foram criadas em torno da estratégia com alegações de que ela facilitava o consumo de drogas e representava mau uso do dinheiro público (MACHADO; BOARINI, 2013).

O debate em torno da RD caminhou para a compreensão de que esta estratégia tem como objetivo reduzir riscos à saúde e que pessoas que fazem uso problemático de drogas estão expostas a distintos riscos sociais. A vulnerabilidade, as péssimas condições sociais e econômicas as quais usuários de drogas estavam submetidos, influenciaram na realocação do epicentro da problemática das drogas deixando de ser uma questão individual para comportar a multideterminação do fenômeno (MACHADO; BOARINI, 2013).

As estratégias de RD valorizam os direitos humanos e se configuram como o que Dias et al (2003) caracterizam como sendo de *baixa exigência* em contraposição as estratégias proibicionistas de *alta exigência* como a abstinência. Elas implicam a participação do sujeito que faz o uso de drogas no seu processo de cuidado, pressupõem a qualidade do vínculo entre

aqueles que propõem as estratégias e os sujeitos que delas fazem uso como mediadora das mudanças desejáveis realizadas pelos usuários (GOMES; VECCHIA, 2018).

Pessoas que sofrem com a dependência química ainda têm que enfrentar estigmas ligados à delinquência associada ao uso de drogas, à segregação social decorrente de condições precárias de vida, ligadas ao empobrecimento, além de exposição a violências diversas por estarem no “mundo das drogas” (BRASIL, 2003; ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

Neste sentido, partimos da compreensão de que não existe uma personalidade drogadicta que se constrói a partir de comportamentos reforçados pelas contingências do meio. Ou seja, a drogadição não é um comportamento adquirido e que pode ser mudado apenas com reforçamentos de ações que levem o sujeito à abstinência. A subjetividade é construída nas relações sociais e todo contexto social, político, econômico, familiar são fatores que atravessam a dependência química.

As diretrizes que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se fundamentam nas estratégias de redução de danos, no respeito aos direitos humanos, na liberdade, na diversificação de estratégias de cuidado e no desenvolvimento de atividades no território, que contribua para promover cidadania e inclusão social. Além destas diretrizes, a RAPS é composta por uma rede de serviços que incluem desde unidades de atenção básica até serviços de alta complexidade passando pelos dispositivos de atenção psicossocial como os CAPS, e Residências Terapêuticas.

As CTs são incluídas na RAPS como serviços residenciais de caráter transitório para pessoas adultas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, fazendo referência a usuários que tenham situação clínica estável (Portaria MS/GM nº 3.088/2011, art. 9º, inciso II). Vale ressaltar que a RAPS já conta com um dispositivo residencial de caráter transitório que é a Unidade de Acolhimento (UA). A UA é de natureza pública e realiza internamento para pessoas que, de uma forma ou de outra, necessitam de tratamento em regime residencial. Portanto, a inclusão das CTs na RAPS configura-se como uma sobreposição de serviços, destinando recursos públicos para entidades privadas e/ou filantrópicas (BRASIL, 2011).

A inclusão destes estabelecimentos (CTs) como dispositivos da RAPS lança para este trabalho uma tarefa desafiadora que é primeiro, compreender o conceito de Comunidade Terapêutica, seus princípios e diretrizes como um modelo que apareceu como alternativa de tratamento ao modelo hospitalocêntrico e manicomial e, segundo, caracterizar a forma de consolidação desta proposta, que concretamente tem apresentado uma imensa dissociação

conceitual e vem sendo reprodutora de uma série de práticas antagônicas aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

2.2 Comunidades Terapêuticas

“Quase sempre, muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósito de internados, mas como já foi antes sugerido, usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. Já se sugeriu também que um frequente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal. Esta contradição, entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz, constitui o contexto básico da atividade diária da equipe dirigente” (GOFFMAN, 1987, p. 69 e 71)

Paralelo ao movimento da Reforma Psiquiátrica surgia o Movimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) que conforme Jones (1972), deveriam propiciar maior interação do paciente como seu processo de cura saindo da postura de passividade e assumindo uma participação ativa para sua recuperação e dos demais sujeitos tratados no interior destes estabelecimentos. Havia uma preocupação em criar um ambiente terapêutico no hospital psiquiátrico, começando pela destituição da hierarquia entre médicos, auxiliares e pacientes.

Para Amarante (1995) o Movimento das Comunidades Terapêuticas e da Psiquiatria Institucional prestava-se a realizar uma reforma na organização psiquiátrica no interior dos manicômios ancorada na crença de que estas instituições deveriam manter seu caráter de cura. Ainda assim, tinha o objetivo de modificar a assistência, transitando de um projeto de terapêutica das enfermidades para um trabalho coletivo de promoção da saúde mental. Este projeto tem importantes consequências políticas e ideológicas, porém se limita a reforma no modelo psiquiátrico permanecendo a instituição manicomial (psiquiátrica) como *locus* do tratamento e a psiquiatria como saber competente.

A proposta das Comunidades Terapêuticas adotava medidas administrativas mais democráticas e participativas com o objetivo de modificar a dinâmica institucional. Daí nascem as experiências de terapia ocupacional, a “praxiterapia” dos anos vinte e que hoje se chama de laborterapia. Maxwell Jones organizou os internos em grupos de discussão, implantou grupos operativos, com o objetivo de envolver o sujeito, a família e os outros internos no processo ao qual a terapêutica perdia uma função restritamente técnica (AMARANTE, 1995).

Segundo Costa-Rosa (2000) outros movimentos também compuseram a busca por alternativas ao cuidado asilar como a Psiquiatria de Setor (França), a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos. No entanto, estas iniciativas se propunham a ser parcialmente substitutivas compondo experiências que inspiraram a mudança de

paradigma, não dispondo de um consistente aparato teórico-técnico-político que pudesse realizar uma alternatividade enquanto contraponto ao modo asilar.

Por outro lado, o Movimento de Desinstitucionalização liderado por Franco Basaglia, que visitou o Brasil na década de 70, foi o principal indutor da Reforma Psiquiátrica Brasileira e ganhou corpo no movimento nacional da luta antimanicomial. Este movimento se dedicou a implementar uma mudança radical na estrutura manicomial e na concepção de sujeito vivia no arcabouço de suas práticas

Este movimento constituído por um conjunto plural de atores, entre os quais se destaca o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, assume protagonismo na denúncia de abusos cometidos no âmbito da assistência psiquiátrica que incluíam práticas de tortura, fraudes e corrupção (LUCHMANN; RODRIGES, 2007). A desinstitucionalização não é apenas um movimento que reconhece a vida asilar e o manicômio como prejudicial ao desenvolvimento da cidadania, mas se estende a uma série de práticas que acompanham a vida institucional (VENTURINI, 2010).

Seguindo outras tendências o Movimento das Comunidades Terapêuticas se propunha a repensar a prática da psiquiatria no interior dos hospitais psiquiátricos e que se diferencia da instituição Comunidade Terapêutica constituída hoje como Organização da Sociedade Civil (OSC) com o objetivo de ofertar tratamento para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Inclusive estas CTs têm este público específico como objeto do seu trabalho. O perfil de CT implantado no Brasil tem influência da experiência estadunidense, encabeçada por George De Leon cujo modelo foi desenvolvido para o trabalho com a dependência química.

Segundo este autor:

A Comunidade Terapêutica (CT) para dependentes químicos descende de protótipos históricos presentes em todas as modalidades de cura comunitária. [...] A tese deste livro é que a CT contemporânea desafia o destino de seus protótipos históricos. Na qualidade de entidade híbrida, fruto da união entre autoajuda e apoio público, a CT é uma experiência em desenvolvimento contínuo que vem reconfigurando os ingredientes de cura e de formação das comunidades de autoajuda numa metodologia sistemática de transformação de vidas (DE LEON, 2003, p. 2).

A CT, para De Leon (2003), é uma abordagem de tratamento para pessoas com problemas decorrentes do uso de SPAs fundamentada na metodologia de auto-ajuda desenvolvida afastada das práticas psicológicas, psiquiátricas e do saber que compõe a medicina tradicional (convencional). A evolução deste modelo se deu através da tradição e foi aperfeiçoada nas experiências de tentativa e erro, operacionalizadas por pessoas que criaram e administraram suas próprias comunidades. Deste modo, experiências variadas produziram modelos de CTs distintas e com evolução própria. Elas não são concebidas em termos analíticos

nem dispõem de um modelo teórico único, seu impacto é medido pela mudança individual que é capaz de gerar como efeito da vida em comunidade.

Entendida como problema individual, a dependência química foi incorporada ao tratamento nas CTs por meio da seguinte concepção: há doenças que são da alma e se manifestam como “transtorno da pessoa inteira” por problemas no autocontrole, comportamentos desviantes e disfunções emocionais; outro elemento que liga o abuso de drogas com a CT é que “a cura da doença da alma ocorre mediante alguma forma de envolvimento com a comunidade” (DE LEON, 2003, p. 17).

Conforme Lima (2019) o surgimento das CTs para usuários de drogas no Brasil se deu durante o período da Ditadura Militar, como Organizações não-governamentais. As CTs aparecem na legislação brasileira desde 2001, através da RDC³ nº 101 de 30 de maio, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Caracteriza as CT, no anexo da resolução, como urbanas e rurais, com procedimentos de desintoxicação e tratamento, define os serviços voltados à:

atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) em regime de residência ou outros vínculos, de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. [...] Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (Item 2).

A resolução supracitada substituída pela RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 que apenas aprova os “requisitos de segurança sanitária para instituições que prestem serviços à pessoas com transtornos decorrentes do uso abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, citando que o principal instrumento terapêutico utilizado deve ser a “convivência com os pares” (RDC nº 29, art. 1º parágrafo único). A RDC nº 29, não explicita quais são estas instituições no âmbito de sua definição concreta, não cita as comunidades terapêuticas como instituições para estes fins, apresenta-se como uma normativa sucintamente técnica, revoga a RDC nº 101, e não estabelece os órgãos ou entidades com papel de fiscalizar, avaliar e monitorar a atuação destas instituições.

Estas instituições vem se constituindo como entidades de pessoas jurídicas que, cada vez mais tem ganhado um espaço de padronização metodológica como comunidades religiosas, laicas, confessionais, centros de tratamento, ou outros tipos isentos de formalização, criadas por pessoas que viveram experiências de uso abusivo de drogas e que buscam ajudar semelhantes

³ Resolução de Diretoria Colegiada

num processo de abstinência. Além disso, a história política e clínica das CTs demonstra um crescimento baseado na problemática real do uso abusivo de SPAs, “cujo saber e prática vem se colocando em disputa e em complementariedade com outras instituições, reivindicando o monopólio da assistência às pessoas ‘dependentes químicas’” (LIMA, 2019, p. 280).

Atualmente as CTs têm se tornado uma das modalidades mais procuradas para tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas em detrimento dos lugares que tem como centro do tratamento o modelo medicamentoso (PERRONE, 2014). Para Sabino e Cazenave (2005, p. 168) o tratamento nas CTs constitui-se como um sistema estruturado, “com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades”.

Conforme o IPEA as CTs no Brasil se constituem como:

dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde os sujeitos isolados e em vivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades, sob a orientação de um “grupo de pares” e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado. Estes elementos, combinados, traduziriam o esforço de transformação de condutas e de promoção de ‘novos sujeitos’, preconizado pelo modelo das CTs (IPEA, 2017, p. 9).

Santos (2018) defende que as CT têm algo de psicossocial destacando a diferença entre o uso da abstinência ao invés da RD, e do isolamento social. A autora propõe ainda que estas diferenças se acentuam em três dimensões: a) noção de pessoa; b) os meios pelos quais se busca cuidar das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; e c) os fins que orientam estas formas de cuidado.

A noção de pessoa contida nos modelos das CTs considera os sujeitos que fazem uso de drogas como doentes, imorais e delinquentes que precisam ser reeducados para a vida social pois fazem uso de uma prática reprovável. A droga é um mal em si que distorce o discernimento tornando estas pessoas desviantes morais e jurídicos. Portanto usam de uma pedagogia de incorporação de “novos hábitos e de um código moral, ambos ancorados nos valores do trabalho, da disciplina, da família e da religião” (SANTOS, 2018, p. 28).

Os meios usados para o cuidado fundamentam-se na abstinência como estratégia usada para toda e qualquer pessoa sem distinção de singularidades e diferenças entre sujeitos. Os meios não mudam, são padronizados, independente de quem esteja se tratando, ou buscando superar os problemas decorrentes do uso de drogas. Os meios não mudam porque o objetivo percorrido é apenas um, parar com o uso de drogas. Contrariamente ao que preconiza a RD e trabalho dos CASPad que estabelecem projetos terapêuticos singulares, respeitam o limite de cada pessoa, ofertam cuidados a partir de uma clínica ampliada e multiprofissional e do entendimento que a abstinência não é o único fim (SANTOS, 2018).

Batista (2016) defende que as CT devem funcionar de forma articulada com a atenção básica de saúde, no cuidado clínico geral dos seus usuários e interagindo com todos os demais serviços de saúde e assistência social bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

A literatura tem apresentado uma diversidade de estudos acerca do funcionamento (CFP, 2018), do perfil das CTs, bem como das pessoas que passam pelo internamento (BOFF et al, 2016), perspectivas teóricas incluindo aspectos bioéticos (SCHLEMPER JUNIOR, 2018), proposições críticas ao modelo considerando um posicionamento antimanicomial, análise de projetos terapêuticos disponíveis em meios eletrônicos (FOSSI; GUARESCHI, 2015), estudos com adolescentes em tratamento nas CTs (PEDRON; BUCHELE, 2016), análise dos modelos confessionais e religiosos (VALDERRUTÉN, 2008) e tentativas de comprovação de sua eficácia terapêutica (FIESTAS; PONCE, 2012; SCADUTO et al, 2015).

Segundo estudo realizado por Boff *et al* (2016) que traça um perfil epidemiológico de 59 pessoas numa CT no Rio Grande do Sul, 93,1% eram do sexo masculino, a maioria dos internos (66,1%) possui de 1-8 anos de escolaridade, o que corresponde ao ensino fundamental, e solteiros (38,6%). Estes achados dialogam com Sleglim *et al* (2015) que destaca que são jovens adultos em fase economicamente ativa e reprodutiva, porém têm suas vidas atravessadas por escassa formalidade de vínculo empregatício, subemprego, repetência e evasão escolar, condição de pobreza e participação direta e/ou indireta no tráfico e criminalidade.

Alguns estudos têm se dedicado a avaliar os resultados do tratamento e os aspectos do processo em que ele ocorre. Scaduto et al (2015) avaliou mudanças a partir da experiência e percepções, do tratamento, nos níveis intra e interpessoal, valores pró sociais, maturidade psíquica e integração. Os sujeitos apresentaram melhoras nos escores antissociais, na autoconfiança e no controle dos impulsos. Estes resultados foram obtidos a partir da aplicação do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade, entrevista semiestruturada e do Teste de Apercepção Temática com 7 sujeitos.

Pedron e Buchele (2016) se preocuparam com a internação de adolescentes e relatam que as comunidades terapêuticas são espaços diferentes dos serviços de saúde e que propiciam determinadas mudanças enfatizadas principalmente por facilitar relação de vínculo entre pares chegando mesmo a adquirir, em alguns momentos, status familiares. Os autores salientam que adolescentes “em sua maioria, apresentam uma motivação menor ao tratamento e menor disposição para a interação social positiva, quando comparado aos adultos” (p.54) e são enfáticos ao afirmarem que não é possível generalizar os achados visto que há uma heterogeneidade de instituições e tratamentos ofertados.

Outros indicadores de eficácia do tratamento em CT é a diminuição do consumo, abstinência e níveis de reincidência. Para Fiestas e Ponce (2012) existem poucos estudos com metodologia experimental que se propõem a analisar a eficácia das comunidades, ao mesmo tempo em que os trabalhos existentes apresentam uma variabilidade de desenhos no que se refere a população, variedade de métodos e características de tratamento nas próprias CTs. Neste sentido, os autores propõem que não há evidência suficiente que comprove a eficácia superior do tratamento em CTs comparado ao tratamento ofertado por outros serviços ambulatoriais.

Ainda se tratando de definição conceitual o Conselho Federal de Medicina através da Resolução nº 2.056/2013, trata das Comunidades Terapêuticas de natureza médica, as quais deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos médicos hospitalares, com médico plantonista de acordo com seu período de funcionamento, equipe médica completa, além de proibir terminantemente internações involuntárias e compulsórias, e prescrições médicas nos estabelecimentos que não se configurem com perfil de hospitalização.

Existe uma certa obscuridade no âmbito da definição e do entendimento do que é uma Comunidade Terapêutica, visto que estas entidades têm a necessidade de uma institucionalização clara por parte do Ministério da Saúde - caso se proponham a ser instituições de saúde - que, no entanto, não tem conseguido fazer. É necessária também uma proposta de conceituação que demarque uma atuação de um equipamento que dialogue com a rede de saúde, porém elas têm se configurado como instituições fechadas e de pouco intercâmbio e atuação na RAPS. Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP) a portaria que inclui as CTs na RAPS, abrindo possibilidade de repasse de recurso, apresenta um problema neste sentido porque não há “uma definição precisa do significado do termo” (CFP, 2018, p. 32).

O CFP realizou a *4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, a qual abrangeu 68 instituições espalhadas por todo o país. As CTs oferecem tratamentos de caráter fechado, com pouca ou nenhuma visita dos familiares, com propostas metodológicas baseadas nos “doze passos”⁴, na evangelização, laborterapia⁵ ou simplesmente, não apresentam nenhum projeto terapêutico (CFP, 2011).

Do total de instituições visitadas, apenas 4 (quatro) disseram não ter caráter religioso, somente 9 (nove) relataram a exigência de intervenção com a família e em todas foram encontradas violações de direitos humanos, tais como: proibição de visita íntima, estímulo à

⁴ Metodologia de auto ajuda utilizada pelos Alcoólicos Anônimos – AA

⁵ Uso da força de trabalho dos internos.

abstinência sexual, violação de correspondência e privacidade, uso de mão de obra não remunerada (CFP, 2011).

Seis anos após esta inspeção o CFP juntamente com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCT), a Procuradoria Nacional dos Direitos do Cidadão (PFDC) e o Ministério Público Federal (MPF), voltou a realizar a mesma inspeção, agora em 28 estabelecimentos nos quais foram encontradas práticas que se configuram como violações de direitos humanos. Foram encontrados métodos que retomam a lógica da internação compulsória como primeiro recurso de tratamento, retenção de documentos, imposição de barreiras para interrupção voluntária do tratamento, não viabilização de transporte para locomoção das pessoas que não desejam mais permanecer nos locais (CFP, 2018).

Um dado novo desta inspeção é a incorporação de novos perfis de sujeitos para tratamento como idosos e pessoas com outros transtornos mentais não decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Foram identificadas práticas de remoção de domicílio realizada por pessoas da CT usando inclusive, de violência física e/ou aplicação de medicamentos. Em muitas destas internações não consta registro de tempo para término do tratamento o que se configura como perene privação de liberdade (CFP, 2018).

No que se refere ao financiamento destes estabelecimentos, das 28 CT, 18 recebem recursos de doação ou destinação de verbas prioritariamente vinculadas a política sobre drogas nos níveis federal, estadual e municipal. Diante dos achados é pertinente questionar a capacidade destes estabelecimentos em prestar serviços que respeitem as políticas voltadas para a saúde e que possam ser referenciados pelo Estado como oferta de política pública.

Muito embora haja uma singularidade no funcionamento, nos procedimentos adotados e no uso dos métodos de tratamento:

A análise das informações não deixa dúvida também sobre a existência de um perfil compartilhado que tem como base a privação de liberdade, o caráter asilar, a chamada laborterapia, a abordagem religiosa e a abstinência como estratégia central de funcionamento dessas instituições. Em todas, foram constatadas algum nível de violação de direitos humanos (CFP, 2018, p. 21).

As CTs também estão presentes também em outros territórios da América Latina, funcionando com configurações muito semelhantes. Valderrutén (2008, p. 81) analisa uma experiência na Colômbia pelo viés do que chamou de *laicoterapias* e *teoterapias* e afirma que “Las comunidades terapéuticas encerran un tipo ‘híbrido’ de concepciones sobre el orden moral y ética que conjuga en su seno ‘viejas y nuevas visiones’ y valores acerca del individuo e la sociedad”.

Outra questão que se destaca no modelo de isolamento adotado pelas CTs é que os rituais terapêuticos de purificação tem sua eficácia nos discursos da imediatidade da cura

individual, porém esta eficácia real só é possível de ser percebida fora dos limites da comunidade terapêutica, no fluir de suas relações onde o sujeito se deparará com seus dilemas constituídos antes da entrada na comunidade e que permanecerá após sua saída (VALDERRUTÉN, 2008).

Na mesma direção da identificação dos elementos religiosos no tratamento Fossi e Guareschi (2015) afirmam que são utilizadas práticas confessionais de orientação religiosa, fundamentadas na compreensão de que o uso das drogas faz parte da ausência do controle dos instintos e da razão. Portanto se produzem identidades padronizadas, baseadas em uma prerrogativa, como consequência temos a negação da singularidade e a manutenção da invisibilidade das diferenças.

Um estudo publicado em 2016 pela Open Society Foundations intitulado *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en America Latina y el Caribe*, reúne estudos realizados, entre 2014 e 2015, por organizações não governamentais em seis países: Brasil, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, México e Porto Rico. Foram encontradas características comuns no que tange ao tratamento forçado e de baixa qualidade, instituições de caráter fechado que enquadram o uso de drogas como um fracasso moral e não uma condição de saúde.

Segundo a Open Society Foundations (2016) na Guatemala existem mais pessoas internadas em centros de reabilitação privada de natureza Pentecostal do que pessoas encarceradas em prisões de segurança máxima, ao mesmo tempo em que apenas 1% de todo o recurso investido na saúde é direcionado para o tratamento da dependência química. No México apenas 43% dos centros de reabilitação são públicos no universo de aproximadamente 2.000 centros residenciais de tratamento. Estima-se que 35.000 pessoas fazem tratamento em instituições que não cumprem as leis locais. Na República Dominicana e na Guatemala existem 5 vezes mais centros de reabilitação não registrados do que serviços registrados pelo governo dos respectivos países.

Estes dados explicitam a necessidade de pensar o uso problemático de drogas, de forma que ultrapassa a categoria do indivíduo e a droga. Na medida em que afirmamos o sujeito como um sujeito social deveremos considerar os diversos níveis de relação com o mundo e neste sentido Doise (2002) vem dizer que para uma análise e compreensão da realidade é necessário se colocar em relação os sistemas cognitivos que envolvem o indivíduo com os “metassistemas de relações simbólicas que caracterizam uma sociedade”(p. 30), ou seja, quais regulações sociais se relacionam com o funcionamento cognitivo levando em consideração as formas de comunicação da sociedade.

Para tanto, o que está implicado no tratamento da comunidade terapêutica não é apenas a relação do sujeito com a droga, não se restringe à convivência com o grupo de pares, outras pessoas que estão “no mesmo barco” e que se ajudam para se livrar do mal da droga, pois este sujeito tinha uma vida antes do internamento e terá após, ao mesmo tempo que foi nesta vida que ele construiu sua dependência. Daí a preocupação de pensar no papel da sociedade, como elemento que também proporciona determinados modos de relação com a droga ao mesmo tempo que é influenciada por esta produção. Neste sentido Doise (2002, p. 34) afirma que o “cuidado em integrar, em uma mesma análise, os modos de funcionamento da sociedade e dos indivíduos é o que diferencia a psicologia societal”.

Portanto, trazemos adiante a compreensão de sujeito que se constitui como sujeito social, amparado na realidade de seu contexto sócio-histórico, marcado por uma experiência que ganha sentido na relação com os outros, sejam estes, outros sujeitos ou objetos.

3 INTERACIONISMO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Ao se manifestar como uma crítica à separação entre objetivo/subjetivo e individual/coletivo, a psicologia social propõe a compreensão da relação entre estes binômios. Ela evidencia a relação ternária que traz um olhar psicossocial fundamentado na concepção de sujeito que se constitui no e pelo contexto sociocultural, e que a relação entre indivíduo–sociedade é identificada como uma unidade interativa (SANTOS; ALÉSSIO, 2016).

Para Carvalho, Borges e Rêgo (2010) as concepções dos moralistas escoceses do século XVIII e dos idealistas alemães do século XIX, compuseram as bases dos estudos sistemáticos para compreensão do comportamento social, a partir do pensamento interacionista. Nesta perspectiva teórica as pessoas constroem o mundo de acordo com a interpretação que fazem dele, ou seja, de acordo com suas próprias percepções. Para estes autores:

o interacionismo simbólico constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010, p. 148).

Neste sentido, a experiência de cada pessoa é o resultado da vivência de determinado contexto social acrescido do que se interpreta e se constrói como sentido para a consciência desta vivência.

O conceito de experiência é aqui adotado segundo Jodelet (2005, p. 31), que entende a experiência como um fenômeno de alargamento da relação com o mundo constituída nas situações concretas que engloba o fenômeno do “vivido” e “remete a um estado que o sujeito experimenta e sente de maneira emocional: como são exemplos os casos de experiências estéticas, amorosas ou religiosas”. Paralelamente a esta dimensão, o fenômeno do vivido, a experiência também comporta a dimensão cognitiva na medida em que possibilita o tocar e experimentar o mundo, contribuindo para construção da realidade social, socialmente apresentada. Deste modo, a produção de sentidos acontece na experiência da vida cotidiana e nesta relação processual com o mundo (JODELET, 2005).

A dimensão do vivido é impressa na experiência por trazer elementos fenomenológicos à consciência, ao mesmo tempo em que esta consciência está relacionada à experiência vivida, o que implica um nível concreto da noção de sentido. Segundo Berger e Luckman (2004, p. 77) “a fenomenologia é essencialmente o estudo da experiência vivida ou o mundo da vida. A sua ênfase está no mundo tal como vivido por uma pessoa, não o mundo ou a realidade como algo separado da pessoa”.

Assim, a produção de sentido só é possível no mundo do vivido, mas que é o vivido com os outros, uma experiência que é compartilhada e sedimentada socialmente por construções culturais que fornecem um estoque de saberes que dão forma ao conteúdo da experiência (JODELET, 2005).

Nesta direção, Berger e Luckman (2004, p.75) afirmam que “a experiência vivida (Erlebnis) ocorre sempre no seio de uma realidade social e histórica” experienciada no mundo da vida cotidiana. Esta vida apresenta-se para os homens dotada de uma realidade que é interpretada subjetivamente e vai ganhando sentido. Logo não existe apenas uma realidade que define e sedimenta a experiência vivida.

Na compreensão destes autores, estando nós imersos no mundo de diversas realidades, a que mais salta aos olhos é a realidade da vida cotidiana, a realidade por excelência ou “realidade predominante”. Ela apareceu objetivamente antes mesmo de entrarmos em cena. A linguagem por sua vez é o que permite a apreensão das objetivações e determina “a ordem em que estas adquirem sentido e na qual a vida cotidiana ganha significado para mim” (BERGER; LUCKMAN, 2004, p. 38). A apreensão desta realidade, mediada pela linguagem, só é possível através da interação e da comunicação com os outros, ou seja, a vida cotidiana apresenta-se em um mundo intersubjetivo.

A linguagem como ferramenta desta construção intersubjetiva proporciona a partilha destas realidades gerando o conhecimento do senso comum sobre o mundo da vida cotidiana. Para Marková (2006) os fenômenos culturais, que dão berço ao pensamento social, as cerimônias coletivas, as práticas sociais e a linguagem, são transmitidos nas experiências do cotidiano compondo o panorama da vida social através da comunicação, ficando impressos na nossa experiência como conhecimento do senso comum.

Segundo Amado (2014) é na comunicação com outros, nos utilizando da linguagem, que descobrimos quem somos, qual o grupo social pertencemos, quais papéis desempenhamos e quais estamos destinados. Portanto é na interação social que passamos a construir a realidade e, neste sentido, ela não é algo dado e apreendido passivamente. Existe um “Eu” que está no movimento de interpretar esta realidade, interpretar seus atos e os dos outros. A interação pode ser definida como “a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros” (GOFFMAN, 1993, p. 23).

A comunicação por si só já implica lugares de quem fala e de quem escuta, e que estes lugares já estão preenchidos com símbolos subjetivos que delineiam o que se entende e quais sentidos são atribuídos ao que se comunica. É na alternância de quem fala e quem escuta, do eu

como o outro, na conversação que abre caminhos para a alteridade (Moscovici, 2010). A interação torna-se o entre e a forma constrói o eu, você e ele.

Goffman (1993) ainda faz uma distinção entre o que ele chamou de *interação* em si mesma e o *contexto* no qual ela acontece. O contexto pode ser entendido como uma série de circunstâncias nas quais ocorre a interação, compreendendo determinadas estruturas sociais, espaços físicos inseridos numa temporalidade, práticas sociais mais ou menos definidas e codificadas, tudo isso atravessado por um sistema simbólico que dá sentido e ordem à interação (AMADO, 2014).

Paralelo ao que Goffman chamou de contexto, Berger e Luckman (2004) afirmam que o mundo da vida cotidiana é estruturado espacial e temporalmente:

A mesma estrutura temporal fornece a historicidade que determina minha situação no mundo da vida cotidiana, nasci em uma certa data, comecei a trabalhar como profissional em outra, etc [...] A estrutura temporal da vida cotidiana não somente impõe consequências pré-determinadas à minha 'agenda' de um único dia, mas impõe-se também a minha biografia em totalidade (BERGER; LUCKMAN, 2004, p. 44).

Portanto, a experiência é situada no espaço/tempo do vivido e na temporalidade biográfica como fenômeno que emerge a consciência influenciada pelos aspectos totais que permitem cada sujeito interpretar a realidade vivida, compondo os quadros e as representações da realidade cotidiana. Assim todo conhecimento reflete a realidade histórica na temporalidade das relações sociais que são estabelecidas e que permitem e condicionam a construção de modos de significação acerca da vida. Para Sapir (1967, p. 89) “o indivíduo concretiza, sob mil formas possíveis, ideias e modos de comportamentos implicitamente inerentes as estruturas e as tradições de uma sociedade dada”.

Logo, toda experiência é constituída de representações forjadas na relação sujeito/objeto/alter as quais, ao mesmo tempo que marcam o modo como o sujeito é influenciado pela realidade da vida cotidiana, demonstram o quanto ele imprime nessa realidade seu modo próprio de percebê-la. Sendo assim o sentido dado à experiência é permeado por RS compartilhadas em um dado momento histórico, por um dado grupo social.

Apreender as representações sociais das pessoas que fazem uso abusivo de drogas no âmbito dos documentos que orientam a implementação das políticas públicas favorece o entendimento acerca dos caminhos adotados para a atenção a estes sujeitos, assim como a cultura que se forja no bojo de uma sociedade marcada fortemente por uma herança escravista e proibicionista.

3.1 Representações Sociais e uso abusivo de drogas

A Teoria das Representações Sociais (TRS) vem dando grandes contribuições para psicologia social na medida em que se volta ao estudo do pensamento cotidiano ou o saber do senso comum, que envolve as crenças e comportamentos das pessoas e grupos, possibilitando uma compreensão da interação e entrelaçamento entre o individual e o social. As representações sociais são modalidades de conhecimento que atravessam nosso cotidiano, estão inseridas na nossa cultura, circulam em nosso dia-a-dia e tem a função de transmitir a comunicação entre pessoas, criar informações e facilitar a familiarização com o estranho (BERTONI; GALINKIN, 2017).

As estratégias simbólicas de interpretação do real, fundadas nas relações que se constroem entre sujeito-outro-objeto são constitutivas da identidade. Esta ótica possibilita uma aproximação com a perspectiva psicossocial que desloca do indivíduo para a coletividade o centro de gravidade da formação identitária (JODELET, 2009).

Neste sentido a Representação Social (RS) não é uma mera reprodução da realidade, nem apenas uma expressão simbólica dela, a RS está intimamente ligada à “construção social da realidade” que é constituída de linguagem, comunicação, símbolos, interação e atividades humanas. O sujeito não é um ser passivo diante do mundo, que recebe as influências da cultura e se coloca como mero reprodutor dos modos de relação cultural que estão dados. Ele é ativo, interage, modifica esta realidade pela interpretação dos símbolos, pelo modo com o qual comunica e forma seus pensamentos.

As RS são uma forma de conhecimento do senso comum elaboradas e partilhadas socialmente. As representações são sempre fruto da interação e da comunicação e nunca de um indivíduo isoladamente. Portanto elas adquirem vida própria, circulam, se modificam, morrem e dão lugar a novas representações, pois elas são reforçadas pela cultura/tradição e encontram vida no compartilhamento social (MOSCOVICI, 2010). Para Jodelet (2000 apud ALMEIDA, 2005, p. 128) “as representações são o estudo dos processos pelos quais os indivíduos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, permitindo a integração das dimensões sociais e culturais com a história”.

As RS são constituídas por ideias do senso comum formadas a partir de interpretações acerca dos fatos da vida cotidiana. Estas ideias conjugadas, constituem o substrato que forma o pensamento social dos grupos sociais possibilitando a teia de significações acerca do mundo e dos fenômenos sociais, “assim o mundo do dia a dia é entendido como um tecido de significados constituídos pelas ações humanas” (MINAYO, 2014, p. 229).

Neste sentido, cada pessoa ou grupo tanto se constrói a partir do real, da realidade material em que vive, com seu contexto político, religioso, econômico e cultural dotado de valores e tradições que orienta o modo de pensar e de se comportar, assim como, na interação com o real os sujeitos e grupos modificam e imprimem na cultura o modo pelo qual percebem e apreendem esta realidade. As RS tanto podem ser resultado de elaborações conscientes e ativas quanto podem ser integradas ao sujeito e aos grupos de maneira passiva em decorrência deste contexto de vida, da imposição da tradição e dos processos de influência social (JODELET, 2009).

Para a autora supracitada o estudo das RS:

“permite acessar os significados que os sujeitos, indivíduos ou coletivos, atribuem a um objeto localizado no seu meio social e material, examinar como os significados são articulados a sua sensibilidade, seus interesses, seus desejos, suas emoções e o funcionamento cognitivo (JODELET, 2009, p. 697).

Jodelet propõe um esquema que define as esferas de pertencimento nas quais as RS estão na intersecção dos conteúdos das esferas subjetiva, intersubjetiva e transubjetiva. Na primeira afirma que não há um pensamento descarnado, fora de um sujeito, de um corpo, de uma subjetividade viva; a segunda esfera é formada pela interação, pois não há um indivíduo isolado do mundo, um sujeito que não esteja em relação com outros e com os objetos; e finalmente a terceira é composta por elementos destas duas esferas numa escala que domina indivíduos e grupos em suas produções de discurso nos contextos de interação e as trocas simbólicas que abarcam a cultura (JODELET, 2009).

Moscovici (2010) afirma que as RS se constituem por meio de dois processos, chamados de *ancoragem e objetivação*. O primeiro acontece quando um novo objeto é reajustado para que se encaixe nas categorias já conhecidas, ou seja, aquilo que é novo vai sendo ajustado para se aproximar daquilo que é familiar. Na ancoragem, nós classificamos e damos nomes às coisas, aos objetos, aos fenômenos, para que possam se tornar familiar e os inserimos em um sistema de pensamento pré-existente.

Nas RS a pessoa conhece e interpreta o mundo a partir de um contexto já dado, ela experimenta o mundo a partir de uma cultura, de modos de pensamento, de crenças, ideologias, que são compartilhadas no grupo e que produzem uma inclinação para a atribuição de sentido de experiência no mundo. A ancoragem tem a função de facilitar a interpretação e compreensão das características e ações pessoais integrando-as a uma realidade inteligível.

Nesse processo vai acontecendo a atribuição de sentido, no qual o sujeito vai dando significado a este novo objeto. No entanto, não há um abandono do sistema de conhecimentos

previamente construído, ele serve de referência para classificação e categorização de novos conhecimentos.

Por outro lado, Moscovici (2010, p. 74) salienta que objetivar é “reproduzir o conceito em uma imagem”, é dar concretude ao que antes permanecia em uma dimensão abstrata. Na objetivação o signo e os aspectos de determinado fenômeno que existem na dimensão simbólica, ganham formas, torna-se uma “réplica” da realidade. A imagem assimilada atravessa o que é concebido e transforma-se no que é percebido, percebido enquanto imagem real. “Então, como uma espécie de imperativo lógico, as imagens se tornam elementos da realidade em vez de elementos do pensamento (MOSCOVICI, 2010, p.74).

A base da vida material exerce um papel determinante na formação da consciência e do pensamento social. Para Marx e Engels (apud MINAYO, 2014) são os *modos de produção* da vida material, as formas e as relações sociais e políticas que determinam as ideias e as representações acerca da realidade. Todo intercâmbio espiritual é resultado de uma consciência que, mediada pela linguagem, é determinada pela vida material, ou seja, a consciência é um produto social. Em uma perspectiva marxista, as RS são a expressão das relações de classe e de sistemas que se configuram como moral, filosofia, religião e metafísica. Neste sentido, é possível encontrar ideologias dominantes que refletem o modo de produção e dominação de determinada classe social que detém os privilégios e a riqueza.

Por outro lado, é preciso considerar que há representações que circulam nas classes subalternas e que refletem seus interesses, sem esquecer a condição de subordinação a qual estas classes estão submetidas (MINAYO, 2014). As RS estão presentes na sociedade para além da separação de classes, elas mesmas ajudam a conservar determinados status sociais e ao mesmo tempo atuam como forças criadoras de mudanças materiais capazes de transformar os modos de produção possibilitando a construção de novas realidades.

Portanto esta concepção marxista acerca das RS não considera a participação do sujeito nesta construção como um sujeito ativo, ou seja, as representações como fruto do pensamento, da interpretação simbólica dos sujeitos e da atribuição de sentido aos objetos que lhe chegam a consciência produzem uma capacidade de modificação desta realidade pelo próprio sujeito. Ele não é o resultado passivo do contexto e da realidade material que está inserido, ele também atua sobre ela promovendo mudanças nesta realidade.

Por outro lado, nem todo fenômeno é passível de representação social, para que possam emergir teorias de senso comum a respeito de um objeto ele precisa ser polimorfo, podendo assumir formas distintas em diferentes contextos sociais de acordo com a relevância cultural para determinados grupos. Sendo assim, as interações sociais geram um modo de

relação e de construção da realidade que tem efeitos concretos na vida e nas práticas sociais de pessoas e grupos (SANTOS, 2005). Outra característica que marca a definição de um objeto de RS é seu caráter heterogêneo, polissêmico e que pode gerar uma certa polêmica em torno de sua concepção provocando diferentes olhares e sentidos possíveis para sua compreensão (SÁ, 1998).

Santos e Aléssio (2016, p. 177) afirmam que a “construção das drogas enquanto objeto social atualiza questões globais e locais, polêmicas, controversas, que as inserem de um caráter sensível e polissêmico”. Esta polêmica intensifica-se ainda mais quando se trata de drogas ilícitas que aparecem associadas ao tráfico, violência e criminalidade. Neste sentido, consideramos que as Comunidades Terapêuticas intensificam esta polissemia por se tratarem de locais de internação, os quais têm como objetivo, em sua maioria, a abstinência do uso, o tratamento religioso e laboral como propostas terapêuticas, afastamento da família e a adoção da concepção da droga como um mal em si.

O modelo da Atenção Psicossocial, entretanto, que tem como objetivo o tratamento em liberdade de caráter territorial, por sua vez, oficialmente adotado pelo Estado brasileiro, é o que deve orientar os serviços de atenção em saúde mental. Porém na contramão de toda essa construção política e democrática, o Estado, através do Governo Federal, de governos estaduais e municipais tem legitimado a atuação de CTs e direcionado recursos públicos para financiar estes serviços, ao mesmo tempo que os CAPS, as Unidades de Acolhimento e outros serviços da RAPS sofrem com os mais variados problemas devido ao contingenciamento econômico.

Portanto esta pesquisa visa contribuir para a discussão acerca do crescente movimento das CTs caracterizados como serviços que, em sua maioria, violam direitos humanos, ao mesmo tempo que recebem financiamento público, do Estado que deveria proteger seus cidadãos da exposição a qualquer forma de preconceito, discriminação, exploração e vulnerabilidade.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Comparar o modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas ofertado por Comunidades Terapêuticas e o modelo de Atenção Psicossocial adotado nas políticas públicas que orientam o cuidado e a rede de serviços.

4.2 Objetivos Específicos

- Analisar a construção social do usuário de álcool e outras drogas nas principais políticas públicas que definem a atenção à saúde mental;
- Identificar como as comunidades terapêuticas têm construído um modelo de assistência para usuários de drogas.
- Analisar a representação social do usuário de álcool e outras drogas presente no projeto terapêutico de Comunidades Terapêuticas que ofertam serviço de atenção residencial de caráter transitório.

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa lançou mão de um conjunto de procedimentos envolvendo pesquisa documental, observação participante (Minayo, 2014), entrevistas informais e uso de diário de campo. A pesquisa documental consistiu na busca por leis, portarias e projetos terapêuticos de CTs que orientam os serviços de atenção às pessoas que têm necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas vislumbrando identificar as representações sociais dos usuários presentes nestes documentos. Nesta fase foram elencados oito documentos entre eles, a Política Nacional para Atenção Integral à usuário de álcool e outras drogas, a Lei nº 10.216, a Portaria nº 3.088 de 23 de novembro de 2011 (MS), a Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD), a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 (ANVISA), o Plano Municipal de Atenção Integral ao Crack e outras Drogas do Recife, o Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019 e o Decreto 27. 541 de novembro de 2013, da Prefeitura da Cidade do Recife.

A segunda fase pode ser configurada como seleção e escolha do material que deveria compor a fonte de análise. Foram selecionados quatro documentos que, por critérios de pesquisa, se aproximavam com o objeto proposto. Realizamos um recorte do Plano Municipal de Enfretamento ao Crack e outras Drogas para dar ênfase a Política Municipal de Sobre Drogas que vem financiando serviços na modalidade CTs.

A terceira fase ocorreu por meio da observação participante realizada no trabalho de campo em visitas as CTs. Nas visitas foram realizadas entrevistas informais com dirigentes das instituições e anotações em diário de campo com o objetivo de obter o máximo de informações possíveis acerca do funcionamento das instituições e a metodologia adotada no trabalho com pessoas em uso abusivo de SPA.

5.1 Documentos

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa documental que incluiu a análise de documentos oficiais que balizam as políticas nacionais e municipal de Recife sobre os usuários de álcool e outras drogas, assim como do projeto terapêutico de uma comunidade terapêutica.

Foram analisados quatro documentos dos quais, três, apresentam princípios e diretrizes para o trabalho com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e um projeto terapêutico de uma instituição que trabalha com pessoas com dependência química. Em princípio recortamos as principais referência no nível nacional de organização do modelo e disposição dos serviços assim como orientações técnicas na constituição da rede de atenção em

saúde mental, que são elas: a Lei nº:10.216 de 06 de abril de 2001 e a Portaria Ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. O terceiro documento que orienta políticas públicas foi Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras drogas e por fim analisamos o Projeto Terapêutico de uma CT.

5.2 Produção dos dados

Dentre o material submetido a leitura, dois se destacam por se constituírem referências técnicas para organização dos serviços de saúde mental e por fundamentarem a implantação e implementação do modelo de Atenção Psicossocial, através do paradigma da cidadania e da formação de uma rede de assistência para pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. O terceiro documento foi o Plano Municipal de Enfretamento ao Crack e o quarto documento, o Projeto terapêutico de uma CT.

O primeiro documento a Lei nº 10.216 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Embora não faça citação direta das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, este documento foi escolhido por sua relevância nacional, fruto de anos de tramitação no Congresso e que de fato, implanta um modelo de Atenção Psicossocial, propondo o cuidado em liberdade e o fim na atenção manicomial.

O segundo documento, nº 3.088 de 23 de novembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Ou seja, ele orienta o funcionamento da rede e estabelece os dispositivos que vão fazer parte da atenção ao uso de drogas e adota a perspectiva da Redução de Danos como estratégia orientadora do trabalho multiprofissional.

O terceiro documento foi o Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e Outras Drogas da cidade do Recife, sancionado pelo Decreto Municipal nº 7.179/2010, visto que este plano contém as diretrizes das ações municipais no âmbito da atenção a esta população e se apresenta como referência para o trabalho da Secretaria de Políticas Sobre Drogas (SEPOD), que fora construído com a participação de todas as secretarias municipais e com o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas.

Por último, há uma análise do projeto terapêutico de uma CT que é o principal objeto deste estudo. Esta instituição oferta serviço de Atenção Residencial de Caráter Transitório. O regime residencial transitório é ofertado por serviço de saúde num tempo máximo de 9 meses

para adultos com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A Secretaria de Política Sobre Drogas (SEPOD) executa convênios com duas CTs, firmados a partir de edital de chamamento público para contratação de vagas para tratamento. Inicialmente o edital previa a contratação de 150 vagas no valor de R\$ 40,00 per capita por dia, para adolescentes e adultos, munícipes do Recife, sendo 65 vagas para o primeiro público e 85 para o segundo⁶. Este lançamento ocorreu em novembro de 2015. A política sobre drogas era executada pela Secretaria de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (SECOD), mas com a mudança do organograma, em 2017, se tornou uma Secretaria Executiva da Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Política Sobre Drogas e Direitos Humanos.

Realizamos uma busca no Portal da Transparência da Prefeitura da Cidade do Recife, porém não foi possível encontrar as informações referentes às despesas da SEPOD com as CTs. Recorremos ao portal da Secretaria de Finanças que disponibiliza os demonstrativos contábeis da execução dos órgãos e da execução de ações por programas, como indicado pelo atendimento do portal da transparência sem sucesso. Recorremos a própria SEPOD, agora indicado pela secretaria de finanças e mesmo assim não conseguimos encontrar os valores específicos destinados as CTs.

Porém encontramos nos demonstrativos contábeis as seguintes informações: no ano de 2016, quando a secretaria que gerenciava ações e recursos da política de drogas era a Secretaria de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foram empenhados R\$: 468.687. Em 2017, já como secretaria executiva, o valor diminuiu para R\$: 265.737. Entretanto, em 2018 o planejamento orçamentário foi de R\$: 7.446.570,27 e foram empenhados R\$: 1.373.618,39⁷ na promoção de políticas de prevenção, tratamento e reinserção social aos usuários e dependentes de drogas. Do ano de 2017 para o ano de 2018, houve um aumento de 516,9% de recursos empenhados com esta rubrica, em contrapartida, nenhum serviço público de assistência à usuário de drogas e familiares foi implantado, a informação é de que foram destinados a implementação de políticas de prevenção, tratamento e reinserção social.

⁶ Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/23/11/2015/secretaria-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas-lanca-edital-com>

⁷ Disponível em: <http://transparencia.recife.pe.gov.br/codigos/web/estaticos/estaticos.php?nat=DBB#conteudo#filho#filho>

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Este capítulo é reservado para apresentação dos dados que foram separados em categorias específicas de acordo com o conteúdo encontrado. A primeira categoria se refere a representação das pessoas que fazem uso de drogas como o *sujeito de direitos*, a segunda se trata de *sujeito de necessidades plurais*, a terceira apresenta o *uma questão de saúde, doença ou policial* e a quarta categoria marca o usuário com a *presença do pecado*.

Imagem 2



Fonte: Diário de Campo

Para transitar por esta análise de maneira a considerar o sujeito, e sociedade recorremos uma leitura institucional de Goffman (1987) com o objetivo de explorar os aspectos que guardam semelhança entre as CTs e modo de funcionamento das Instituições Totais.

Pretendemos explorar o conteúdo que deu base à formação de cada categoria a partir da discussão dos textos e também trazer informações coletadas no diário de campo que introduzem a perspectiva da realidade das CTs no diálogo direto com a concepção de sujeito presente em cada cosmovisão acerca da droga e de seus usuários. Este diálogo é marcado mais por uma contraposição de duas perspectivas, do que por uma convergência de concepções de sujeito, pois encontramos elementos que promovem uma fusão entre CTs e o modo de funcionamento das instituições totais.

A Instituição Total é um termo cunhado por Goffman (1987) para descrever estabelecimentos cujos participantes estão sujeitos a aspectos comuns. Estas instituições tem

uma tendência ao “fechamento” simbolizado por uma barreira na relação do mundo interno (instituição) com o mundo externo (sociedade) assim como, por proibições de saída, nelas:

todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer a mesma coisa em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo pré-determinado, à seguinte, e toda sequência de atividade é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias, são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 1987 p. 17 e 18).

Para o autor, os internos, nestas últimas, são obrigados a submissão de exames, a tomar medicamentos orais ou intravenosos, a comer o alimento mesmo que seja desagradável, a manter o corpo em posições humilhantes.

As sanções são aplicadas por autoridades de vários níveis hierárquicos, muitas vezes regidos por regulamentos difusos e, esta autoridade escalonada, rigorosamente imposta, provoca na vida do interno uma angústia decorrente do comportamento desobediente e suas consequências (GOFFMAN, 1987). Neste sentido, “numa instituição total, os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a julgamentos e regulamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação da sanção vinda de cima” (p. 42).

Toda esta arregimentação e regulamentação da vida dos internos sujeitas a punições, são formas de mortificação do eu, que se constitui com a perda gradativa de sua identidade, uma fragmentação de todo o sistema de referência identitária que faz do sujeito ele mesmo. Esta mortificação causa um “destreinamento” do sujeito para com a vida civil causado por “rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu” (GOFFMAN, 1987, p. 24).

O autor supracitado acredita que as instituições religiosas exercem um papel de mostrar à pessoa o sentido de uma vida contemplativa, formada por abstinência, obediência, penitência e humilhação com a finalidade de mostrar quem somos e quem é Deus, sua bondade e seu infinito amor. Nesta vida, os internados e diretores experimentam reduções do eu na forma de mortificação de suas vontades e pela autoflagelação. Estas características distinguem as instituições religiosas das demais instituições totais pelo fato de que nas últimas os internados não aceitam tão facilmente as punições e nem vivenciam a automortificação.

Portanto esta análise será marcadamente atravessada por uma visão goffmaniana que mostra os impactos da mortificação do eu, da deterioração identidade da vida civil, dentro das instituições totais através de padronização da forma de vida e de sujeição à humilhações e

tentativas de mudanças de crenças a respeito de si mesmo, e dos outros, aqueles que são significativos na vida dos internos. Segundo Goffman:

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse dos seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de ‘fechamento’. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais fechadas do que outras. Seu fechamento e seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais*, e desejo explorar suas características (GOFFMAN, 1987, p. 16).

Esta barreira que separa o mundo interno nas instituições e o mundo externo Goffman entende que seja a primeira mutilação do eu. Esta separação da vida, o cumprimento de horários para realização das atividades, o cumprimento de rotinas diárias, a proibição de visitas e saída do estabelecimento, tudo isso provoca uma alteração no papel que o sujeito desempenha na vida. O sujeito sofre mudanças radicais em sua “carreira moral” para vivenciar as regras e o modo de vida dentro da instituição que muitas vezes são incompatíveis com sua concepção do eu (GOFFMAN, 1987).

Inicialmente apresentamos as informações obtidas a partir das visitas às instituições e registradas no diário de campo.

6.1 O Campo

A inserção no campo com visitas às CTs se aconteceu, inicialmente, por meio de ligações telefônicas e marcação de conversas informais com pessoas responsáveis pelas instituições a finalidade de conhecer de perto o modo de funcionamento, a relação entre dirigentes e internos, as estratégias de financiamento e manutenção e a perspectiva adotada no tratamento da dependência química. A SEPOD também foi objeto das visitas, com o objetivo de conhecer como se organiza a atenção às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, quais os serviços e como se operacionaliza a Política sobre Drogas no município.

Atualmente a SEPOD financia leitos em duas CTs, sendo um total de 80 leitos divididos igualmente entre estas comunidades. Esta secretaria não dispõe de equipamento ou dispositivo próprio de atenção a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, todo o trabalho é realizado em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e de Saúde numa perspectiva de acionamento da rede de assistência. No entanto, há um serviço chamado

de Triagem Motivacional⁸ ofertado dentro da SEPOD, que tem como objetivo identificar a motivação para o tratamento e também necessidades relativas a questões de saúde, documentação, assistência social. Estas pessoas são encaminhadas para serviços como CAPS-AD, Casas de Acolhida, Programa Atitude, Centros POP, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

As referências técnicas que orientam a SEPOD têm suas diretrizes baseadas no Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e Outras Drogas do Recife instituído pelo Decreto nº 27.541 de 25 de novembro de 2013.

Segundo a SEPOD todo internamento só acontece com o consentimento do usuário não havendo internamento involuntário em CTs. Quando há uma necessidade de internamento nestas CTs a secretaria disponibiliza transporte para levar a pessoa “acolhida” à instituição e realiza acompanhamento quinzenal destas pessoas que foram encaminhadas via secretaria.

Sendo um dos objetivos específicos desta pesquisa analisar o projeto terapêutico recorremos a SEPOD para obter acesso aos documentos visto se tratar de uma seleção pública. Foi enviada solicitação através de ofício, recebido no dia 12 de julho de 2019. Porém no dia 20 de agosto, a secretaria responde informalmente que não pode conceder acesso alegando que a assessoria jurídica afirmou que, junto a estes projetos, há outros documentos das instituições e que por isso não era possível. Foi sugerido que o pesquisador fizesse o caminho de solicitação às próprias CTs.

Diante da negativa começamos uma nova etapa da pesquisa de campo, em busca contato e de construção de vínculos com as CTs para que fosse possível o acesso a estes documentos. Este processo ocorreu através de contatos telefônicos, visitas as CTs e encontros presenciais com coordenadores(as), diretores(as) e presidentes(as) destas Organizações da Sociedade Civil (OSC). Nas ocasiões pude conhecer de perto a versão narrativa do funcionamento, da descrição das atividades, dos objetivos e dos planos de trabalho.

Vale ressaltar que, enquanto OSC elas se colocam como entidades de natureza jurídica sem fins lucrativos baseando seu trabalho pelo voluntariado e angariando recursos de doações e campanhas para arrecadação de fundos ou através de concorrência de editais públicos. Tendo em vista preservar o anonimato das instituições visitadas as denominamos numericamente CT1, CT2 e CT3.

⁸ Esta nomenclatura também é usada pela Comunidade Terapêutica Sara Vida.

6.2 Instituições visitadas

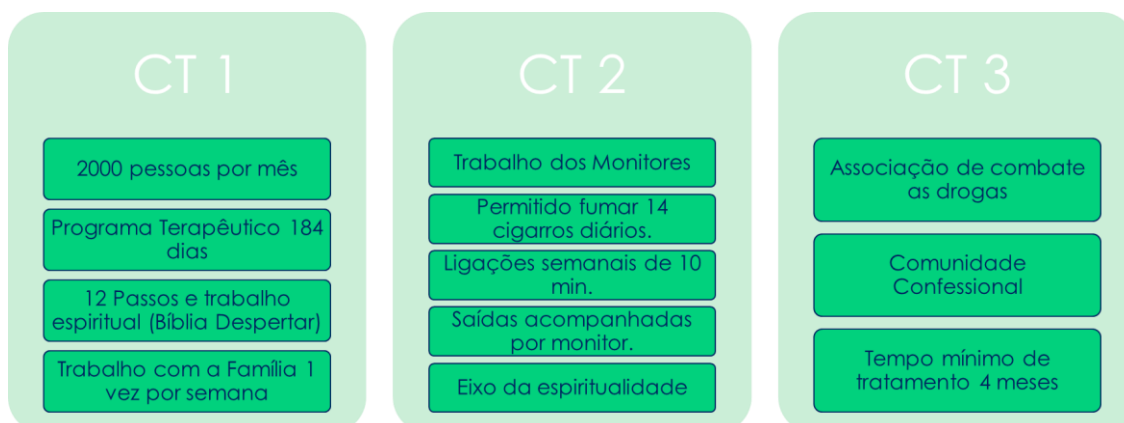
Iniciamos uma segunda fase da pesquisa com visita as CTs. Esta fase foi constituída de trabalho de campo com inspiração na técnica da observação participante objetivando conhecer de perto a realidade das CTs e poder compreender o contexto e as condições nas quais este serviço funciona. Observamos as diferenças e semelhanças entre as comunidades tanto na forma de funcionamento, quanto na metodologia adotada, conforme Minayo (2014, p. 274) “observação é tratada como forma complementar de compreensão da realidade empírica”.

Os documentos são a principal fonte de análise da pesquisa, porém partimos do pressuposto que outros elementos poderiam compor o material de análise a partir da aproximação e vivência com a realidade pesquisada, pois segundo Minayo (2014, p. 275 e 276), “há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas e ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade”.

A modalidade de observação adotada se aproxima da qual Minayo (2014) descreve como sendo *observador-como-participante*. Nela o pesquisador experimenta a realidade pesquisada por um curto espaço de tempo, tornando o contato com esta realidade “superficial”, visto que foi realizada apenas uma visita em cada instituição. Esta brevidade se deu por causa do limite de tempo disponível para realização da pesquisa, porque esta, não tem objetivos que necessitam de métodos etnográficos e porque as próprias comunidades se situam em territórios afastados da cidade do Recife.

As observações realizadas nas visitas às CTs foram registradas no diário de campo que consiste num instrumento imprescindível para fixação das informações encontradas e serve como fonte de dados para complementação da pesquisa. Nele foram anotadas as impressões, pessoais, as conversas informais com os dirigentes das instituições, os comportamentos dos observados, as situações contraditórias e os fenômenos imprevistos. A imagem que segue resume as principais características encontradas nas CTs.

Imagem 1



Fonte: Diário de Campo.

6.2.1 CT1

A CT1 chega a atender aproximadamente 2000 pessoas por mês, todas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Desde 2003 já foram acolhidas mais de 16 mil pessoas. Ela foi criada a partir da experiência de uma família que passou por problemas com uso abusivo de drogas e teve a iniciativa de ajudar outras pessoas. Todo serviço oferecido é gratuito e os recursos que mantêm a instituição advêm de doações de pessoas físicas e jurídicas, eventos de arrecadação, campanhas na internet e parceria com outras entidades.

A missão da CT é “empreender o ser humano para habilidades pró vida, por meio de estratégias de prevenção a vulnerabilidade social, do cuidado e do acolhimento de pessoas que sofrem por uso abusivo de drogas, da reinserção social de pessoas em situação de risco e do **fomento de políticas sobre drogas** (grifos nossos)”⁹.

Possui uma unidade de acolhimento feminina e duas masculinas, ambas com acolhimento e internamento voluntários, constituindo-se como ambiente residencial de caráter transitório e um Centro de Acolhimento e Prevenção (CAP) onde acontece a triagem inicial para encaminhamento as unidades. O programa terapêutico é de 184 dias, no modelo de internamento dividido em 4 fases, sendo 44 dias para cada fase. Cada dia tem uma programação diária “bem controlada” e cada pessoa tem direito a 6(seis) refeições por dia.

O programa é baseado nos 12 passos mais o trabalho espiritual com a Bíblia Despertar que segundo a instituição, melhora na autoajuda e a tratar a dependência. Um dos objetivos do tratamento é se “manter limpo” das drogas, por isso a adoção da abstinência como projeto de vida. A droga de referência para a maioria das pessoas que chegam à CT é o crack.

⁹ Encarte de divulgação.

O modelo de internamento e a perspectiva da abstinência são adotados com o entendimento de que o território e a redução de danos não funcionam para algumas pessoas cujo uso problemático de álcool e outras drogas retiram do sujeito o controle sobre a própria existência, portanto, se acredita que a CT funciona como caminho e refúgio através do pilar da espiritualidade. Este pilar é o que diferencia as CTs das clínicas de reabilitação, assim como o internamento necessariamente voluntário.

O contato dos internos com a família acontece em visita mensal e ligação telefônica que podem ser feitas duas vezes por semana. A instituição realiza um trabalho com os familiares semanalmente no qual os monitores e profissionais de psicologia exercem uma mediação entre família e dependentes em recuperação.

A CT1 não acolhe pessoas com transtornos mentais, para tanto, há uma prévia avaliação psiquiátrica realizada por serviços do SUS, não há prescrição de medicação dentro da instituição, apenas a administração realizada por técnicos de enfermagem. Os agentes executores dos programas terapêuticos são os chamados monitores, que têm uma formação como técnicos(as) em dependência química. Estas pessoas são ex-usuários(as) que tem como atribuição fazer cumprir o programa terapêutico e facilitar as oficinas. Esta formação é ofertada por Federações de Comunidades Terapêuticas. A CT1 está ligada à Federação Pernambucana de Comunidades Terapêuticas e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil.

Ela oferece atendimento de psicologia e serviço social e estes(as) profissionais trabalham juntamente com os técnicos em dependência no acompanhamento das famílias e dos acolhidos. No momento há 2 (duas/dois) profissionais de psicologia contratadas e 2 (duas/dois) voluntários(as).

6.2.2 CT2

A CT2 compartilha a ideia de que não existe ex-dependente químico, mas sim, dependente em recuperação. Possui uma assistência ancorada nos trabalhos dos monitores. Estes sujeitos são aqueles que passaram pelo tratamento e alcançam um certo destaque, fazem o curso de formação e começam a trabalhar na CT.

Diferentemente da CT1, esta permite o uso de cigarro com o objetivo de minimizar os sintomas da abstinência, cada acolhido pode fumar até 14 cigarros diários, uso este, liberado e controlado pelo monitor. Além deste monitoramento, estes profissionais supervisionam as ligações para os familiares que podem ser realizadas semanalmente com o tempo estipulado de

até 10 minutos. Todas as saídas são acompanhadas por um monitor e o horário é anotado no prontuário de cada interno. Semanalmente eles podem receber visitas dos familiares.

A CT2 atende exclusivamente pessoas com problemas decorrentes do abusivo de álcool e outras drogas do sexo masculino. Ela recebe financiamento da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), órgão do Ministério da Cidadania. Cada instituição financia 20 leitos, portanto a capacidade máxima de atendimento é de 40 pessoas. Este limite leva a CT a não receber outras pessoas que diariamente entram em contato em busca de tratamento.

Segundo a instituição, a mesma comida que é servida para as pessoas em tratamento é servida para os monitores e a direção. São 5 (cinco) alimentações diárias, servidas em espaço coletivo. Os internos compartilham alojamento com camas no formato beliche, cada pessoa possui um armário para guardar os seus pertences, existindo 4 (quatro) quartos coletivos e 1 (um) salão maior que comporta aproximadamente 16 pessoas.

Eles se revezam na manutenção e limpeza dos espaços, todos coletivos, com a exceção dos banheiros. A instituição fica num terreno de aproximadamente 1 hectare, o que implica em extenso espaço livre onde são cultivadas algumas árvores frutíferas e canteiros verdes compondo um cenário paisagístico.

A instituição não tem vinculação religiosa, porém trabalha com o eixo da espiritualidade. Todas as manhãs acontece a o momento dedicado ao *Terço da Libertação*, na qual os internos não são obrigados a rezar, mas têm obrigatoriamente que participar do grupo. Além deste momento que faz parte do processo terapêutico outras atividades de grupo e individuais acontecem com a facilitação de profissionais de psicologia e assistência social. O tempo de internamento é de seis meses, mas em alguns períodos há uma alta rotatividade de pessoas, visto que nem todas vão até o final do processo.

6.2.3 CT3

A CT3 fica situada na região metropolitana do Recife. É uma instituição sem fins lucrativos que tem convênio com a SEPOD desde 2015 para suprir metade dos leitos que disponibiliza. Outras fontes de recursos advêm de contribuições das famílias que, de acordo com seu padrão econômico, podem fazer. A CT3 não é apenas uma CT, mas uma Associação que realiza campanhas e eventos para combater as drogas.

Identifica-se como uma Comunidade Terapêutica Confessional, ou seja, tem como principal referência sua identidade religiosa. Portanto a cura inclui um processo espiritual que

é a base do tratamento aliado à técnica. A CT cultiva valores para o crescimento pessoal, a formação e mudança no estilo de vida. Neste sentido não há uma pregação religiosa, muito embora se faça uso da literatura bíblica, e ao mesmo tempo foi afirmado que não há obrigatoriedade de aceitação dos ensinamentos por parte dos “acolhidos”.

Baseada em uma cosmologia espiritual, parte-se da ideia de que o “mundo das drogas” proporciona uma vida desordenada, por essa razão o tratamento implica em uma “cadeia de comando” que estrutura as atividades diárias, tendo horários definidos para as atividades “práticas inclusivas”, que compreendem atividades na lavoura, serviços domésticos, serviços de limpeza dos espaços físicos.

Assim como as outras CTs já citadas o programa terapêutico é baseado nos 12 passos como ferramenta de formação. O tratamento é fundamentalmente voluntário, as portas da instituição ficam abertas numa extensa área verde.

O tempo de tratamento é de no mínimo 4 meses e após esta estadia o acolhido começa o processo de ressocialização que consiste na realização de visitas aos familiares, saídas supervisionadas ou não. Atualmente a CT conta apenas com profissional de psicologia que é responsável por realizar atendimentos individuais e em grupos.

Há uma grande procura pelo tratamento que se dá de maneira direta, ou seja, não acontece através de uma rede serviços. Outra característica é a rotatividade de pessoas internadas, sujeitos em condição de muita vulnerabilidade e risco social, pessoas em situação de rua, com histórico de institucionalização e falta de apoio social e familiar.

6.3 Procedimentos de análise

Escolhemos como instrumento de análise a perspectiva da Análise de Conteúdo que possibilita investigar e conhecer elementos discursivos implícitos nos textos. Por se apresentar como método de pesquisa qualitativa em pesquisa social, a análise de conteúdo nos permite compreender o sentido oculto, submerso e de enunciados e falas subjacentes à construção de realidades sociais. Para atingir o objetivo do estudo, optou-se por realizar uma pesquisa documental, que pudesse desvelar as representações sociais de pessoas que fazem uso abusivo de drogas subjacentes aos documentos oficiais e aos projetos de comunidades terapêuticas.

Para Bardin, a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção das mensagens (BARDIN, 2009, p. 48).

Após as leituras passamos para a segunda fase do processo com o objetivo de identificar os elementos semelhantes na formação de categorias de análise. Estas categorias são formadas a partir da classificação e itens de sentido e de acordo com a frequência com que aparecem. Cada documento apresentou uma ou mais categoria que foi separada e submetida à discussão e interlocução com a literatura disponível.

6.4 O Sujeito de Direitos

A ideia de sujeito de direitos está ancorada principal e explicitamente na Lei nº 10.216/2001, que implanta princípios e diretrizes para a Atenção em Saúde Mental e pretende reconfigurar uma concepção de sujeito superando a tutela, própria da lógica manicomial para promover uma concepção cidadã.

Art 2º - parágrafo único: São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A cidadania para o sujeito de direitos com transtorno mental é assegurada através da garantia do direito de assistência à saúde, assim como a proteção contra qualquer forma de discriminação e preconceito, estabelecendo o tratamento no Sistema Único de Saúde na forma de sua integralidade. O reconhecimento de sua cidadania o inclui no sistema, na normatividade social, restabelece seu vínculo com a comunidade e a família na medida em que coloca o tratamento hospitalar como possibilidade apenas quando os recursos extra-hospitalares forem esgotados.

Além disso responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento e implementação da política de saúde mental, orienta o tratamento em ambiente terapêutico com equipe multiprofissional, veda qualquer tipo de assistência que se proponha asilar, excludente e violadora dos direitos humanos. Ao sujeito de direitos é garantida também a continuidade do cuidado após longo tempo de internação em hospital psiquiátrico.

Art 3º: É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Esta perspectiva é fruto da conquista democrática, da efervescência de uma reorganização política e social do País e da luta de trabalhadores, usuários(as) e familiares de

peessoas com transtorno mental, materializada na Reforma Psiquiátrica e que reorienta o modelo de atenção colocando o sujeito como centro do processo de cuidado. Quebra com a lógica de segregação e objetificação das pessoas.

Esta lei abre espaço para maior participação da sociedade na construção da política e na elaboração de estratégias de atenção mais próximas da família. Ou seja, ao mesmo tempo que aumenta a inserção da família nesta atenção, retira o protagonismo ocupado pela atenção manicomial que centralizava todo o tratamento na instituição e não delegava as pessoas uma função no cuidado.

O sujeito com transtorno mental ganha o direito de transitar na rua, de ocupar os serviços públicos, de decidir sobre seu tratamento, de conviver com a família e de refazer os vínculos sociais. Com o sujeito de direitos nasce a esperança da vida, abre espaço para uma existência social possível de convivência com o transtorno e com os outros.

Ainda com relação à temática da redemocratização Jelin e Hershberg (2009) afirmam que não há uma relação direta e linear entre a democratização do regime e a democratização da sociedade, que a conexão entre uma e outra foi negligenciada. Portanto nem sempre se garante a participação popular, a distribuição equitativa de recursos e acesso igualitário aos direitos individuais e coletivos. Aqui se presentifica a tarefa das lutas populares com papel fundamental na articulação de mudanças institucionais que tenham como objetivo diminuir o fosso que separa os pobres e a estrutura que mantém a relação hierárquica e distributiva do Estado.

A Lei nº 10.216, demorou mais de 11 anos tramitando no Congresso, mesmo tendo sido fruto direto do movimento da Reforma Psiquiátrica na década de 1980. O longínquo tempo entre sua criação e a aprovação demonstra o quanto houve tensão política para reconhecer o direito à saúde das pessoas com transtorno mental. Porém acreditamos que esta morosidade não se relaciona apenas com garantia de direitos a saúde e sim com a reformulação da assistência que deslocava do hospital para o território, tanto o sujeito quanto os recursos financeiros que ancoravam o modelo manicomial. Esta lei decreta o progressivo fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e delega a responsabilidade do Estado na composição de uma rede de assistência com serviços substitutivos de caráter territorial. Portanto, toda uma história de aparelhamento e financiamento manicomial foi modificada, para o cuidado no território e em liberdade.

A Reforma Psiquiátrica não se propõe a ser apenas uma reorganização dos serviços, mas se afirmar enquanto um modo de conceber o sujeito e a sociedade, um paradigma que transpõe a segregação das pessoas com transtorno mental e adota um modo de relação que se faz através da aceitação, da possibilidade de convivência com o transtorno, coloca a assistência

à saúde como dever do Estado na medida em que os serviços se propõem a reduzir os danos pessoais, familiares e sociais. Esta perspectiva revela um caminho alternativo que tem como objetivo superar o conceito de cura para a incorporação da concepção do transtorno como uma experiência complexa (AMARANTE, 1995).

No dizer de Amarante (1995) o sujeito de direitos reafirma o processo de cidadania e esta rompe com o que é específico da psiquiatria e atrela o mundo da saúde mental àquele mais complexo da sociedade civil. Portanto, o direito ganha a dimensão da circularidade da vida, ampliando a noção da Atenção à Saúde como uma garantia de acesso ao trabalho, ao lazer, à educação, à assistência multiprofissional, às condições que promovem uma afirmação existencial e identitária, que possa dar um lugar no mundo pautado no respeito à dignidade e à liberdade.

Por outro lado, o modelo que se propõe a tratar pessoas com problemas decorrentes do uso de SPAs em CTs promove posturas que pouco valorizam as diretrizes da APS. No modelo de internamento, chamado pelas pessoas que executam essas CTs de “acolhimento”, o sujeito adentra numa perspectiva curativa, na qual o sucesso do tratamento vai depender das variáveis pessoais, ao mesmo tempo que se dá pouca importância para a família no processo de recuperação, pois:

A família pode fazer visitas uma vez por semana. É definido um dia fixo para que todos os “acolhidos” recebam seus familiares, nesta instituição o dia é domingo. Essa visita é importante, mas também há uma preocupação de conscientizar a família que é da importância dos internos (acolhidos) permanecerem ali até a pessoa estar “pronta”. As vezes os familiares aumentam a vontade também da pessoa sair (DIÁRIO DE CAMPO – CT2, 06 de outubro de 2019). Em outra instituição as visitas também acontecem uma vez por semana. Passados três meses de tratamento os acolhidos ganham quatro dias em casa” (DIÁRIO DE CAMPO - CT3, 15 de outubro de 2019).

Para Goffman (1987) as instituições totais proporcionam uma tensão entre o mundo no interior da instituição e a vida doméstica, esta tensão exerce um tipo de controle sobre os homens. Quando este internamento é por um período de tempo prolongado os sujeitos sofrem um *destreinamento do eu*, uma perda de capacidade de gerenciar a vida lá fora. O internado chega ao estabelecimento com uma concepção de si construída no mundo doméstico, mas com o tempo, ele passa a se despir do apoio dado pelo seu mundo doméstico por meio de uma série de “rebaixamentos, humilhações e profanações do seu eu” (p.24). Ou seja, há impacto imediato na identidade, naquilo que histórica e socialmente cada sujeito construiu como percepção de si que começa a ser mudado na instituição. Neste destreinamento acontece uma série de mudanças acerca da crença que o sujeito tem de si e das pessoas que são significativas para ele ocasionando *mortificações* do eu.

A família tem sua participação limitada pelas normas institucionais as quais não permitem um acompanhamento cotidiano e esta participação também é prejudicada devido à distância territorial entre o lugar de moradia dos sujeitos e a CT. Os familiares se tornam visitas e não sujeitos colaborativos num projeto de recuperação. Há ainda, um fator preocupante na afirmação “esta distância é o que menos importa. A distância é favorável pela ameaça” (DIÁRIO DE CAMPO, 22 de agosto de 2019). O fator distância não pode ser encarado como “menos importante” quando a situação socioeconômica destas famílias não favorece o deslocamento frequente e longínquo. Esta distância é uma distância da família, do grupo social que diante da perspectiva psicossocial deve ser considerado um valor inquestionável no processo de cuidado.

A inserção dos familiares no cuidado é fundamental para ressignificação da relação sujeito-droga-família visto que, segundo Medeiros et al (2013), a droga é representada entre os familiares como um objeto nocivo à saúde, gerador de conflitos e desarmonias. A droga aparece como símbolo de desagregação familiar e provocadora de desconfiança e desavenças, promovendo falta de credibilidade dos usuários. A família é fortemente afetada pelo uso abusivo de SPA, as quais representam objeto de destruição familiar e fragilização de vínculos em decorrência da emergência de conflitos motivados por mudanças comportamentais, hospitalização e interferências no ordenamento financeiro da casa.

Em contrapartida, a distância entre residência e CT, pode assumir um valor protetivo diante de uma realidade que é violenta e ameaçadora, realidade que coloca em risco a vida dos usuários. Conforme Melo (2016), momentos de vida marcantes e desencadeadores da internação em CTs estavam em função de encontrar um lugar seguro em situações de vulnerabilidade física e emocional, um abrigo quando estas pessoas estavam em situação de rua, apoio diante da perda dos laços familiares, cumprimento de uma função de fuga de traficantes ou da polícia e como possibilidade de garantir alimentação.

Ou seja, a institucionalização cumpre um papel, que por direito, deveria ser garantido pelo Estado. Recorrer à instituição para conseguir abrigo, alimentação, ou proteção de vida evidencia o quanto as vidas de pessoas que têm uma relação abusiva com as drogas estão esvaziadas de proteção. São vidas que não têm suas necessidades básicas atendidas, existem num vácuo de cidadania e numa invisibilidade que somente ganha algum tipo de importância quando estão institucionalizadas. O Estado financia não apenas um tratamento para drogas, ele dispõe recursos para a conformação destes sujeitos numa lógica assistencialista e desumana, que legitima o tratamento com a droga, mas não alcança o fosso social no qual estas pessoas estão imersas.

Segundo Acioli Neto (2018, p. 100) “a droga aparece como um dispositivo que articula práticas de proteção ao mesmo tempo em que estabelece a exposição à morte e à exclusão, daqueles que são concebidos como indesejáveis”. O tratamento de usuários de drogas se apresenta envolto no discurso que centraliza a droga como problemática ameaçadora, porém não se debate este lugar social do drogado e a política da internação expõe a exclusão e a indesejabilidade social que o envolve. Continua o autor supracitado, “os discursos a respeito das drogas, servem como modos de expiar outros problemas, modificando o foco do grave quadro de desigualdade e precárias condições de vida da população” (p. 101).

Para expiar estes problemas e recolocar o sujeito no eixo de sua ligação com a vida, surgem estratégias de disciplinarização dos corpos.

Aqui tem uma cadeia de comando. Tem horário para acordar... horário para todas as atividades práticas inclusivas, lavoura, arrumar a cama... Os internos estavam na organização do quarto, são cinco quartos onde ficam oito pessoas cada. Havia algumas pessoas encarregadas de fazer o almoço na cozinha, enquanto outra parte se dedicava a acender um fogo a lenha. (DIÁRIO DE CAMPO – CT3, 15 de outubro de 2019). Não existe mais laborterapia, o nome agora é atividade prática inclusiva. E qual é a diferença? É a mesma coisa, só mudou o nome (DIÁRIO DE CAMPO – CT2 06 de outubro de 2019).

O cotidiano dentro de uma instituição asilar é comum a todos, com uma rotina diária programada. Segundo Natalino (2018) a maior parte das CTs organizam seu tratamento em torno de um regime disciplinar planejado e aplicável a todos os internos. Este tratamento é organizado em etapas sendo as três principais: a entrada, o tratamento e a ressocialização.

É na entrada que acontece a desintoxicação, nela o sujeito encara os efeitos da abstinência e aprende a rotina da casa. Na fase do tratamento os internos participam das atividades planejadas, as mais comuns são as oficinas, cursos, palestras, cultos e práticas espirituais. É o momento da aplicação de práticas pedagógicas de controle emocional, de conscientização do estado de impotência diante das drogas, de reconhecimento dos erros e de aprender tecnicamente a superação do vício a fim de preparar-se para a reinserção social e familiar. Em alguns momentos se estende até o pós-internação, no acompanhamento da vida do egresso. A ressocialização é a fase de contato com a realidade fora da instituição e o retorno a vida cotidiana.

Segundo Goffman (1987, p. 18) na instituição total

todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada em companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente restabelecidas em horários, pois uma atividade leva tempo predeterminado, à seguinte toda a sequência de atividades é imposta de cima.

A existência de uma cadeia de comando aplicada a todos os internos, a obrigação da atividade comum e coletiva, atividades supervisionadas pelos monitores e por colegas que compartilham a mesma realidade marcam o cotidiano das CTs.

No regime disciplinar são encontrados elementos de verticalidade de poder que são: atividades obrigatórias; atividades proibidas e sanções para os descumpridores das regras. Em recente pesquisa, do total de instituições analisadas por Natalino (2018) a proibição da escolha da roupa apareceu em 37% delas, 32% normatizavam a escolha do corte de cabelo, e 99% proibiam relação sexual. A disciplina imposta nestas instituições assemelha-se ao que Goffman (1987) descreve acerca do regime de funcionamento das Instituições Totais.

O trabalho como recurso terapêutico remonta ao Tratamento Moral proposto por Pinel no século XIX, o qual afirmava que a internação e o isolamento eram a melhor resposta social para a loucura. Ele acreditava que o trabalho mecânico, executado com rigor, era capaz de manter a saúde ou de recuperá-la. Através da laborterapia o alienado voltava a seu centro de racionalidade, pelo desenvolvimento de hábitos saudáveis que melhorariam seu comportamento, pela adoção de uma disciplina que corrigiria seu caráter. As atividades de laborterapia também tinham uma função para a instituição, elas organizavam a desorganização provocada pelo ócio (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

A laborterapia é constituída de uma série de atividades diárias, programadas, que devem ser executadas em determinado espaço de tempo. Elas vão desde arrumar a cama, varrer áreas comuns, limpar o dormitório, executar atividades na lavoura, pegar lenha para fazer fogo, cuidar do galinheiro, cozinhar, entre outras. Para o CFP (2018) o trabalho nas CTs não corresponde a um sentido ético que promova um cuidado de si ou um cuidado comum, antes remonta à práticas para pessoas privadas de liberdade, comuns na prática asilar e manicomial, onde as pessoas eram expostas a trabalhos forçados em condições degradantes, sem remuneração nem garantias trabalhistas. Esta prática contribui para a maximização do lucro das instituições, visto que não precisam arcar com custos derivados destes serviços.

A prática da laborterapia de tal forma representa uma violação de direitos que as CTs estão adotando nova nomenclatura com o objetivo de modificar o sentido destas práticas, mas as “atividades práticas inclusivas” carregam o mesmo sentido semântico do trabalho como ferramenta de tratamento moral, com a finalidade de corrigir os erros, de modificar hábitos. Nestas atividades também subjazem um componente punitivo, como instrumento disciplinador atribuído aquelas pessoas que cometem algum tipo de erro, como tentativa de fuga da instituição (CFP, 2018).

Outro elemento importante na vida institucionalizada é a fase de saída da instituição, que pode ser definida pelo cumprimento de todas as etapas do tratamento e entrada no processo de ressocialização, ou por decisão pessoal de não mais permanecer no estabelecimento causando a interrupção do tempo previsto. Nem sempre a decisão, de sair da instituição é uma decisão fácil de ser tomada e pode sofrer diversas interferências.

Um jovem dirigiu-se ao diretor da instituição querendo falar um assunto pessoal. Tratava-se da decisão de abandonar o tratamento, ele já estava com as malas prontas e queria fazer uma ligação para a esposa. Disse que estava com muitas saudades da filha e estava difícil viver longe dela. O dirigente disse que permitiria a ligação, mas antes, perguntou se ele estava se considerando pronto, pediu para pensar bem sobre a escolha, que se ele saísse perderia a vaga. Houve uma tentativa de convencimento ao mesmo tempo dando a impressão de que o jovem estava plenamente livre para escolher. O interno fez a ligação para a esposa, decidiu e comunicou que iria ficar (DIÁRIO DE CAMPO – CT2, 06 de outubro de 2019).

É possível identificar uma sutil tentativa dos dirigentes das instituições de influenciar na decisão de sair usando argumentos que podem levar o sujeito a duvidar de sua escolha. A fala argumentativa faz a pessoa pesar os benefícios e as possíveis perdas decorrentes do abandono do tratamento, muito mais no sentido de afirmar que ele poderá não ter outra chance de ingressar na CT.

6.5 O sujeito de necessidades plurais: o plural revela o singular e do singular se vê o plural.

O sujeito com necessidades plurais é uma concepção que aparece principalmente na portaria que implanta a RAPS e no Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack. Estes documentos contemplam ações intra e intersetoriais, pois reconhecem a limitação dos serviços, a heterogeneidade das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, a complexidade social que envolve o fenômeno, assim como a vulnerabilidades as quais estas pessoas estão expostas. Cria espaços para o exercício da cidadania através da abertura e do incentivo à participação social para construção de uma atenção mais equitativa através do controle social. Como podemos verificar:

Art 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente (Brasil, 2011).

Esse sujeito de necessidades plurais vem afirmar a concepção de Sujeito Cidadão, que não está finalizado e que não se encerra em si mesmo, pois sua existência é atravessada pela

realidade social, pela realidade da vida cotidiana composta pela dimensão cultural, econômica, educacional, subjetiva, coletiva, política que influencia toda sua história de vida e forja sua identidade, seus hábitos, seu modo de pensar, suas escolhas cotidianas.

As necessidades plurais são respeitadas pela efetiva implementação das Estratégias de Redução de Danos como principal mecanismo de atuação e orientação do trabalho em saúde, visto que nem todas as pessoas querem parar de usar drogas, que as pessoas fazem usos os mais diversos e coloca o sujeito no centro do processo de cuidado em detrimento da droga numa concepção ligada o reconhecimento de sua dignidade e cidadania. A perspectiva da RD passa pelo entendimento de que o sujeito tem necessidades diversas e qualquer abordagem que se pretenda com usuários de drogas, seja na situação de dependência ou não, não pode desconsiderar esta pluralidade.

Precisamos avançar na defesa de políticas públicas que tratem as pessoas que usam drogas sem exclusão, na defesa de uma rede integrada, que seja asseguradamente pública, gratuita e de qualidade! Na qual os espaços de tratamento, acolhimento e promoção de saúde operem na perspectiva da Redução de Danos! Não apenas porque esta seja a melhor forma de aproximarmos as pessoas que usam drogas dos serviços de tratamento, mas especialmente pelo pragmatismo e humanização que esta estratégia traz em si, colocando a VOZ e a VEZ das pessoas que usam drogas no patamar necessário para a visualização real e concreta de suas demandas! (RECIFE, 2013a, p. 7).

Partindo da concepção de que há necessidades específicas e diversas entre as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas os serviços precisam ser organizados em uma rede regionalizada com ações intersetoriais que funcionem de maneira articulada, desenvolver ações que abarquem grupos de diversas faixas etárias sem perder de vista a vulnerabilidades e os riscos sociais, garantir o acesso à informação e promover estratégias de formação e educação continuada para os profissionais.

Art 4º São objetivos específicos da RAPS; I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011).

Na atualidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), os Ministérios da Justiça, do Trabalho e da Educação, as secretarias estaduais e municipais de saúde, educação, defesa social dentre outras, já compreenderam que a questão das drogas não é tarefa de apenas uma área de atuação (RECIFE, 2013a p. 6).

Estas necessidades devem ser atendidas através da criação de uma rede que comporta os mais variados serviços. A RAPS por sua vez favorece a organização e a regulação de fluxos assistenciais, estabelece a competência dos serviços para garantia da qualificação da atenção com vista a alcançar melhor resolutividade sem perder de vista que o eixo central do trabalho

com drogas é produção de vida, de possibilidades de existência menos vulnerável, menos expostas a riscos.

Esta rede se estende para além dos serviços de saúde, distribui responsabilidades para as três esferas de governo, contempla um eixo de prevenção ligado as condições de vida das pessoas na medida em que implica o desenvolvimento social, o trabalho, a renda, a moradia como atravessamentos indissociáveis do uso abusivo de drogas, não apenas como decorrência deste uso, mas principalmente como fatores que influenciam na construção do sujeito dependente.

Entendemos pluralidade não como negação da singularidade, pelo contrário, é a partir da singularidade que afirmamos a pluralidade como emergência. O singular não aparece aqui como uma individualização do sujeito que faz uso abusivo de álcool e outras drogas numa perspectiva que centra o problema na pessoa responsabilizando-a pelo uso e danos que advém da relação prejudicial. É um sujeito que tem necessidades as mais variadas decorrentes do uso, que vai desde intervenções pontuais, tratamento em abstinência, internamentos curtos, mais principalmente um modo de cuidar que responda à uma abordagem psicossocial.

Em contraposição a esta proposição afirmativa e cidadã encontramos percepções de usuários de álcool e outras drogas atreladas à singularização do sujeito, à individualização do uso a partir da concepção de um sujeito errante, fraco, que não merece confiança, que não tem uma pluralidade existencial, que não tem desejo, que precisa corrigir os hábitos e adotar uma vida sem drogas, porque sua vida é a própria droga, conforme citam adiante Melo e Maciel (2016).

Em pesquisa com o objetivo de identificar as RS de usuários de drogas realizada com os próprios usuários, Melo e Maciel (2016) afirmam que no núcleo central das representações foram encontradas as palavras *maconha* e *crack*, indicando que os usuários chegam a confundir-se com a substância. Ou seja, há uma representação na qual, o usuário é a droga, ele se invisibiliza, assume a personagem da droga, da droga ilícita, que tem maior valor representacional negativo numa sociedade construída a partir de determinados valores morais. A ilegalidade se transfere para o usuário na forma de diminuição do seu valor social, a pessoa torna-se ilegal, portanto, sem direito a transitar nos espaços públicos, sem direito a circular, como mercadoria ilegal, sujeito à criminalização e recriminalização.

Um sujeito assujeitado, objeto de olhares enviesados e discriminatórios, tido como objeto da lei e não sujeito da vida/cuidado. Uma série de adjetivos podem caracterizar este sujeito, sem confiança, desorganizado, sem caráter, que promove a destruição da família. Assim

como a droga ilícita só chega as pessoas na surdina, na clandestinidade porque sua vida é marcada pela droga que apagou sua história, é um sujeito instantâneo sem acontecimento prévia.

De tal forma estas representações se difundem no conjunto da sociedade que os usuários constroem um modo de representação própria como um sujeito sem confiança, que causa destruição na família, sem caráter, que é moralmente desqualificado, que precisa se envergonhar, se arrepender das suas atitudes (MELO; MACIEL, 2016).

Ou seja, ao mesmo tempo que a CT apresenta uma explícita expressão de institucionalidade manicomial e violadora dos direitos humanos, a moralidade na qual ela se fundamenta e orienta suas práticas têm encontrado legitimidade no seio da sociedade, porque a droga é um mal a ser extirpado, algo que destrói vidas e famílias. As pessoas que estão no “mundo das drogas” precisam sair dele porque ele é destrutivo, elas “caíram” e precisam se levantar, nem que sejam submetidas a processos de intensa mortificação de suas identidades.

A sujeição das pessoas à internação e aos métodos de tratamento tem a marca simbólica da religião, que instituiu a crença, socialmente compartilhada, de que todo aquele que não seguir os caminhos da pureza, da “vida limpa”, o “homem de bem”, precisa de disciplina e castigo para se “consertar”. A associação da impureza está muito mais relacionada ao uso de drogas ilícitas, visto que as lícitas encontram mais aceitação, “no caso do álcool, por exemplo, a ideia de prazer e sociabilidade prevalece e ele só é percebido como ameaça quando o usuário o associa a condução de veículos. A licitude e a ilicitude da droga possibilitam diferentes conteúdos representacionais” (SANTOS; ALESSIO, 2016 p. 173).

Outro elemento que imprime um importante olhar para o objeto desta análise, é a construção da identidade. Há uma marca muito forte na inscrição social identitária do dependente químico que é a marca social do drogado e do ex-drogado. Para Félix (2014, p. 36)

enquanto conhecimento originado nas práticas sociais e diversidades grupais, as representações sociais desempenham uma função identitária, ou seja, definem a identidade e garantem as especificidades dos grupos, cumprindo um importante papel sobre os processos de categorização e comparação social.

Nas CT existem os agentes sociais (educadores/monitores) que são pessoas que passaram pelo tratamento e se tornam trabalhadores das comunidades ajudando e orientando outras pessoas no período de internação. Estes sujeitos, ex-drogados e que agora estão “limpos”, superaram, venceram as drogas e se apresentam como exemplos para os internos, mas a droga continua a compor o *status* identitário dessas pessoas. Ainda nesse aspecto, há um entendimento, no universo das CTs, que não existe ex-dependente, toda pessoa que viveu problemas com uso abusivo de drogas estará sempre ameaçada pelo fantasma sombrio da recaída. Estes são chamados de dependentes em recuperação.

Por um lado, é necessário e bom que ela permaneça, porque lembra sempre quem esta pessoa foi, e quem ela é agora, ou seja, se alimenta a crença de que é preciso conviver com esta história e não apagar a situação de dependência química de sua vida para que ela continue dando limites e assim o sujeito não reincida. Por outro lado, há uma hierarquização presente neste *status*, pois pressupõem-se que os “educadores/monitores” estão acima dos atuais internos em tratamento, tanto é, que eles dão ordens, são responsáveis pela disciplina de horários e algumas vezes são encarregados de realizar as punições, imputadas à aqueles que violam as regras de convivência no interior das CT.

A noção de limpeza carrega consigo seu oposto, que é a sujeira. Estes sujeitos que passaram pelo tratamento residencial e agora fazem parte da “equipe dirigente” (GOFFMAN, 1987), ou atuam como paraprofissionais (DE LEON, 2003), expõem aos que ainda estão em tratamento que a “sujeira” ainda não foi totalmente retirada, os fazem lembrar que ainda estão “sujos” porque não terminaram o processo de limpeza.

Tudo isso faz o próprio sujeito se esquecer de sua história, cala a possibilidade de fala sobre as condições de vida, os problemas que levam ao uso, à vulnerabilidade e aos riscos sociais, as condições de marginalização e invisibilidade da pobreza, a exploração das relações de trabalho, as precárias condições sanitárias, de mobilidade urbana, a liquidez dos laços afetivos. Ou seja, há uma série de acontecimentos que costuram uma história de uso, mas no momento em que o usuário olha para si, toda sua história de vida é engavetada para dar lugar à droga.

A droga ganha a personificação de uma entidade poderosa capaz de destruir a dignidade humana, de cooptar o sujeito para uma realidade a qual ele se vê como uma “droga”. Segundo Melo e Maciel (2016, p. 85):

as representações encontradas no presente estudo revelam a existência de um ciclo no qual os estereótipos e as concepções negativas que a sociedade construiu a respeito do usuário de drogas são apropriados e reconstruídos por estes usuários, de modo a possibilitar sua permanência.

Segundo Bucher e Oliveira (1994) a formação discursiva que cria as representações sociais sobre as drogas por um sistema de linguagem fortemente ideológico é marcado pelo silenciamento das questões sociais que influenciam os diversos níveis de uso, desconsidera a motivação do usuário, simplifica o fenômeno apontando causas puramente etiológicas e unidimensionais e centraliza a problemática na substância. Deste modo, o tratamento torna-se genérico e pouco singular, omite-se o prazer decorrente do uso e associa-se drogas com sexo desregrado, crime, loucura e morte.

A redução do sujeito à droga representa a anulação da pluralidade de necessidades ao mesmo tempo em que o torna singular no sentido do esvaziamento da diversidade da existência. É quando singular abandona as especificidades para tornar-se comum, igual, onde a droga é figura que se destaca numa generalidade que abarca a vida tornando todos um.

O que podemos encontrar no modelo de CTs é um sujeito reduzido, pouco versátil, vítima de um mal, um sujeito que não teve forças para resistir à tentação, uma pessoa que “ tem a vida desordenada no mundo das drogas” (DIÁRIO DE CAMPO - CT3, 15 de outubro de 2019). Por estes motivos os recursos terapêuticos são escassos.

Existem apenas dois profissionais, uma psicóloga e uma assistente social que fazem os atendimentos. A psicóloga realiza um grupo operativo e atendimentos individuais. A assistente social faz atendimentos, quanto precisa de uma documentação... Existem os monitores que são ex-usuários desempenhando a função de Técnicos em Dependência Química formados em curso ofertado pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT). Eles têm a responsabilidade de fazer cumprir as atividades práticas inclusivas e também facilitam oficinas (DIÁRIO DE CAMPO – CT1, 12 de setembro de 2019).

A dependência química enquanto uma problemática complexa exige um cuidado orientado por distintos olhares com a finalidade de que a equipe de profissionais do serviço possa encontrar distintas estratégias de intervenção baseadas na interdisciplinaridade. Apenas duas áreas de concentração no campo da saúde compõem a base de profissionais da assistência. A oferta reduzida de profissionais, a limitação de ferramentas de cuidado, se apresenta como um problema para o cuidado com as pessoas que fazem uso abusivo de drogas, visto que já mencionamos ser um fenômeno complexo.

As sessões de psicoterapia são realizadas com um psicólogo capacitado, e sua duração depende de cada acolhido, não há um período definido. Geralmente a frequência é semanal, em alguns casos pode ser feita em mais de uma vez por semana. Esse processo se baseia na análise da fala, fazendo com que os acolhidos tenham maior conhecimento sobre eles mesmos e tenham poder sobre suas próprias vidas e escolhas. É possível trabalhar vários aspectos relacionados à dependência química, como ansiedade, depressão, insegurança, assim como melhorar relacionamentos como um todo (CT, 2019, p. 9).

Encontramos aqui a compreensão da psicologia como uma ferramenta clínica, voltada para o sujeito e o fenômeno psíquico, que atua nas emoções, nos estados de humor e toda intervenção deve se voltar para esta psiquê. A intervenção da psicologia tem o objetivo de fazer o sujeito melhorar aspectos de sua vida mental e emocional pois isto pode surtir efeito no uso das drogas. De fato, a intervenção clínica promove autoconhecimento, compreensão de si, porém esta proposta deixa de lado uma perspectiva psicossocial. Não traz elucidações acerca da psicologia como uma ciência que tem a potência de compreender estes aspectos e atrelá-los ao tecido social, a vida cotidiana, aos aspectos sócio-históricos, culturais e políticos que produzem subjetividade e também atravessam a dependência química.

A perspectiva psicossocial lança mão do conceito da Clínica Ampliada que se constitui como uma ferramenta indispensável para o trabalho em saúde. A clínica ampliada é o resultado de um modo singular de olhar para o sujeito e sua doença na compreensão dos diversos aspectos que envolvem o processo de adoecimento. Ela se constitui a partir do reconhecimento da limitação do conhecimento técnico em saúde possibilitando a construção de práticas interdisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2010).

O conceito de clínica ampliada oferece suporte aos trabalhadores e usuários para lidar com a complexidade dos problemas de saúde, enfatizando o potencial do trabalho em equipe na medida em que reforça a interdependência dos saberes. Sundfeld (2010) amplia o conceito e enfatiza a necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico, situando a clínica na interface com política, visto que os modos de subjetivação são produzidos no plano coletivo e a clínica é entendida como a interação complexa entre os sujeitos.

Esta clínica ultrapassa as limitações das intervenções profissionais para alcançar um espaço de inclusão efetiva dos usuários do serviço na condução de seu projeto de vida, promove autonomia na medida que valoriza as potencialidades dos sujeitos e se propõe a mobilizar forças criativas, para que a pessoa possa lidar com o conflito ou a problemática que vive contando com o apoio de distintos profissionais. Em contrapartida, a experiência na CT é composta pelo esvaziamento da interdisciplinaridade, pois os aspectos da vida cotidiana estão apenas na periferia de sua existência. Esta realidade foi trazida pela mãe de um usuário da seguinte forma:

Os internos e os familiares estavam no almoço quando fui abordado por uma mulher (mãe de um interno) que queria conversar. Eu era uma visita estranha naquele dia. Disse-lhe que terminasse de almoçar e conversáramos. Perguntou-me se não conhecia alguém que pudesse fazer uma parceria com a instituição, pois para ela, aqueles homens ficavam muito ociosos. “Não tem uma atividade diferente, um curso, uma oficina, eles precisam aprender alguma coisa. Eu sei que tem psicólogo e assistente social, mas é preciso trazer mais coisas, meu filho se queixa. Eu mesmo conheço muita gente, eu não sou daqui eu venho de outra cidade, mas eu não conheço as pessoas daqui, se fosse onde eu moro eu poderia fazer algo porque tenho conhecimento, mas aqui não” (DIÁRIO DE CAMPO – CT2, 6 de outubro de 2019).

Há uma demanda de vida, de trabalho, de aprendizagem. Quando o internamento tem a droga como centro, falta o lugar da vida civil, de construção pessoal que ultrapasse os muros da convivência entre os pares e do atendimento profissional para que esta vida ganhe amplitude. É possível que o cerceamento da liberdade e a vida na instituição cause estranheza aos familiares, promova ansiedade de ver algo novo sendo aprendido, além do tratamento da dependência. O desejo de envolvimento com a instituição enfrenta o obstáculo da distância ao mesmo tempo demonstra a limitação da mesma em ofertar variadas ferramentas de cuidado.

6.6 Uma questão de saúde, doença ou policial

Conforme apontado por Recife (2013a) a Reforma Psiquiátrica demorou a incorporar o cuidado e a atenção à saúde das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Apenas com a implantação da Lei nº 10.216 e posteriormente, no Governo Lula, o Brasil foi ampliando serviços, o Ministério da Saúde (MS) cria a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas em 2003. A quantidade de CAPS cresce exponencialmente saindo 208 no ano de 2000, para 2.209 em 2014, sendo implantados 171 CAPS AD no período de 2006 a 2014 (BRASIL, 2015).

Em 2013 MS criou o projeto *Caminhos do Cuidado* que teve como objetivo uma formação para agentes comunitários de saúde e outros(as) trabalhadores(as) da atenção básica com ênfase na atenção à saúde mental e necessidades das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas com vistas a melhorar a assistência à usuários e familiares. A formação teve toda sua base conceitual fundamentada no paradigma da RD.

Dos recursos destinados à saúde mental em 11 anos, se observa uma inversão percentual do financiamento dos serviços. Em 2002 os serviços de base comunitária receberam 24,76% dos recursos, enquanto os serviços hospitalares receberam 75,24%. Entretanto, em 2013 os serviços hospitalares receberam apenas 20,61%, enquanto aos serviços territoriais foram destinados 79,39%. Esta inversão no financiamento indica uma diminuição explícita do modelo hospitalar e a expansão da rede substitutiva (BRASIL, 2015).

Cada vez mais o cuidado voltado para pessoas com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas se consolidava como responsabilidade do Estado a partir da necessidade de ampliação e implantação de serviços e reconfiguração do modelo assistencial em saúde mental.

A criação da RAPS tem como objetivos encurtar o tempo de duração dos internamentos quando estes forem indicados, possibilitar o máximo de alternativas possíveis para as diferentes demandas, desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, facilitar acesso a diversas modalidades terapêuticas inclusive as medicamentosas, ofertar apoio residencial quando haja ameaça a vida – muitas vezes decorrentes do tráfico - e possibilitar meios de reinserção social e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011) .

Esta ênfase da RAPS nas diversas modalidades de serviços de saúde aponta para um definitivo reconhecimento de que “Drogas” é uma questão de saúde e que o MS foi ao longo do tempo criando alternativas de tratamento que possam responder às demandas do território.

Neste sentido, RAPS:

Art 5º é constituída pelos seguintes componentes: I – Atenção básica em saúde [...]; II – Atenção psicossocial especializada [...]; III – Atenção de Urgência e emergência [...]; IV – Atenção residencial de caráter transitório [...]; V – Atenção hospitalar [...]; VI -0 Estratégias de Redução de Danos [...] (BRASIL, 2011).

Atenção Básica/Atenção Primária com Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, Centros de Convivência; na atenção psicossocial especializada encontra-se os CAPS AD e outras modalidades; na atenção à urgência e emergência estão hospitais, UPA 24 horas; na atenção Residencial de Caráter Transitório têm-se Unidades de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial.

Esta concepção do usuário de drogas como uma questão de saúde está fundamentada no conceito ampliado de saúde que envolve seus determinantes sociais e que dialoga com a concepção de *Sujeito com Necessidades Plurais* (categoria anterior).

A pauta principal da Reforma Psiquiátrica foi (continua sendo) a cidadania das pessoas com transtornos mentais compreendendo que toda história destas pessoas fora marcada pela segregação, enclausuramento e violação de direitos humanos. Retomando as questões trazidas por Recife (2013a) as drogas só tardiamente foram incluídas como elemento intrínseco da saúde mental, talvez mais, por todo peso que o transtorno socio-historicamente representa do que por não entendermos que as drogas estão diretamente ligadas a saúde como afirma o CFP (2019, p. 31):

O movimento da reforma psiquiátrica, entretanto, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas e da urgência do desenvolvimento e consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo.

Entretanto, esta pode ser uma visão atrelada a profissionais de saúde, mas para operadores da justiça e do direito as drogas foram encaradas ao longo da história como uma questão de criminalidade, portanto deveriam ser combatidas e usuários representavam agentes violadores da lei que precisavam ser submetidos a julgamento e perseguição. Neste sentido o enfrentamento às drogas preconiza uma linha tênue entre traficantes e usuários, uma problemática que ainda persiste no Brasil pela ausência de lei que defina de maneira objetiva o que caracteriza o tráfico de drogas e o porte para o consumo próprio.

Esta falta de parâmetro entre o porte para uso e a quantidade que pode ser qualificada como tráfico tem consequências devastadoras para a vida de muitas pessoas, especialmente mulheres. Segundo CFP (2019) o encarceramento de mulheres cresceu 567% em dezesseis anos, sendo esta privação de liberdade motivada pela acusação de tráfico de drogas. São mulheres com perfil sociodemográfico característico da seletividade do sistema penitenciário, mulheres negras, com pouca escolaridade e de baixa renda. Esta falta de parâmetro facilita o poder discriminatório policial que permanece criminalizando a pobreza e a população negra.

Romanini e Roso (2013) relatam que diversos estudos, realizados a partir de informações veiculadas nos meios de comunicação, consideram as drogas um mal em si, vinculado ao campo jurídico-policial e ao médico-psiquiátrico. Estes discursos fundamentam e sustentam uma política antidrogas, hegemonicamente posta, que tem como principais *fronts* de atuação a repressão e a perspectiva biomédica curativa. Têm-se adotado uma política de “guerra às drogas” que insere o usuário no escopo de normatizações penais e/ou como doente, numa perspectiva que reforça a patologização da vida e do uso, fundamentada no modelo biomédico que tem a internação e o hospital como elementos centrais do tratamento.

Por outro lado, ainda não se conseguiu abandonar uma visão fundada no proibicionismo, na construção de uma ilegalidade que atrela o usuário de drogas à criminalidade e atribui a polícia um papel repressor. O Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack apresenta um eixo chamado *Autoridade* que carrega elementos policiaiscos, que se misturam num documento que radicaliza a RD como estratégia pragmaticamente humana de cuidado, tem como princípio e diretriz “respeito a autonomia dos indivíduos na reconstrução de suas trajetórias de vida” (RECIFE, 2013a, p. 12), porém ao mesmo tempo autoriza a intervenção de vigilância e repressão policial.

A integração das ações de segurança pública às ações de prevenção é fundamental para a eficácia das intervenções municipais. Nesse sentido, o aprofundamento do diálogo com as polícias militar e civil, visando a atenção especial ao usuário e ao dependente químico, que não podem ser tratados simplesmente como criminosos, deve servir de base para atuação da prefeitura. (RECIFE, 2013a, p. 12).

Essa afirmação expressa o paradoxo que cerca a concepção do usuário de drogas, o qual não deve ser tratado como criminoso, mas ao mesmo tempo assegura a atuação das polícias no trato com usuários. O texto não afirma que a polícia deve cuidar da criminalidade a partir do tráfico, mas sim pretende que a esfera da segurança pública intervenha com ações de prevenção ao uso de drogas. Ora, a frase “não podem ser tratados simplesmente como criminosos”, expõe o caráter de crime da dependência mesmo afirmando que não é somente disso que se trata. A concepção do sujeito usuário de droga como alguém que necessita de cuidado e de intervenção policial está ancorada e explicita o conflito existente na sociedade brasileira.

O plano propõe a implantação de uma gerência criminal que possa mapear as cenas de uso e legitima o papel dos agentes da guarda municipal como profissionais que realizam encaminhamentos para a rede. As ações são baseadas na vigilância, no monitoramento, na identificação dos sujeitos por agentes da segurança, aqueles que tem o poder de prender, de encarcerar.

A atuação preventiva da guarda municipal se integrará diretamente aos serviços de saúde e assistência social na atenção ao usuário de modo que os profissionais possam servir como eventuais identificadores e ajudar no encaminhamento de casos a serem

atendidos dentro das ações previstas no plano.[...] Principais ações: - Implantação de uma gerência de análise criminal que faça o mapeamento das áreas de consumo de crack no Recife; - Ampliação do vídeo monitoramento da cidade por meio da instalação de 400 câmeras de segurança...(RECIFE, 2013a, p. 21).

Aqui se pretende que uma gerência criminal possa realizar o mapeamento de áreas de consumo de crack, ficando explícito que o uso da droga é atividade criminosa ou ao menos suspeita que precisa ser monitorada por profissionais da segurança pública. Vivemos num Estado altamente militarizado, no qual a desmilitarização da polícia foi eixo temático de destaque na campanha eleitoral para a presidência da república de 2018, dividindo opiniões na sociedade. Uma eleição na qual, vence um ex-militar que cultua a tortura, defende a ditadura e que usou argumentos altamente violentos para agregar eleitores. Neste ponto a temática da droga desloca-se da saúde e é tratada como questão de segurança pública. Aqui encontramos explicitamente o teor polissêmico e aparentemente contraditório das representações sociais, mas que, de fato, são regidas por uma lógica social e explicitam as contradições da dinâmica de uma dada sociedade.

Partindo do pressuposto que o militarismo é estruturado como poder de defesa nacional para combater possíveis ameaças à nação, sempre convocado em momentos de guerra para eliminar o inimigo, o treinamento militar condiciona seus agentes a práticas de letalidade. Nele o inimigo deve ser exterminado para que não represente mais ameaça. Para isso, o uso do armamento e táticas de combate não permite o reconhecimento do outro como humano, mas sim como objeto a ser abatido. Logo a intervenção militar está a serviço da força e do combate e não do reconhecimento do outro como sujeito, como humano, como ser que precisa de cuidado (OLIVEIRA, 2019).

Esta concepção de combate ancora-se na construção de um modelo proibicionista que se legitimou nas proibições históricas e foi ganhando legislação a partir do final do século XIX em diversos países. Este modelo utiliza discursos e práticas patologizantes e criminalizadoras apoiadas em juízos de valores morais e em interesses econômicos de determinados grupos sociais.

Durante as primeiras décadas do século XX, ocorreu a ação antiliberal, que começou pela “Lei Seca” nos EUA e, progressivamente, foi se expandindo para outros países. Esta lei estabeleceu que certas modalidades de consumo recreativo deveriam passar a ser relacionados a comportamentos imorais e/ ou violentos, normalmente associados a determinadas etnias (CFP, 2019). Em decorrência dos danos causados à saúde, da associação das drogas com atitudes sociais fora dos padrões adotados pela sociedade moderna e da ligação com as classes

marginalizadas e pobres, apareceram as primeiras proibições de consumo e comercialização de algumas substâncias.

Ou seja, a proibição do uso de drogas estava intimamente ligada ao conflito de interesses de determinadas classes sociais, à estratificação de categoria racial, enquanto um componente estrutural na construção de relações sociais marcadas pela discriminação e marginalização de pobres e negros. Para tanto, foi necessário criar determinados discursos de moralidade que classificavam comportamentos e atitudes para consolidação de padrões sociais.

Deste modo, reafirmamos que o proibicionismo em torno do uso de drogas é um projeto partilhado por determinados grupos sociais que desejam a volta de uma sociedade conservadora, na qual a droga não disponha de um lugar social, nem “suje” a vitrine que nos separa do mundo perfeito. Outros grupos sociais desfrutam do seu proibicionismo como uma fatia de mercado, desejam que o comércio de substâncias ilícitas permaneça fechado para que a clandestinidade e o tráfico continuem operando, gerando riqueza para os que manipulam o sistema, destruição e morte para os que estão a margem. Para Bucher e Oliveira (1994) a campanha de “combate às drogas” baseada na argumentação de erradicação de uma grave flagelo pelo qual passa a sociedade, carrega em si mais conteúdos emotivos e alarmistas do que serenos e objetivos, mais sensacionalistas do que científicos e mais moralistas do que uma argumentação desprovida de juízos valorativos.

Por outro lado, encarar as drogas como uma questão de saúde não significa associá-las à elemento patologizante inserido em um discurso médico psiquiátrico que conforma o paradigma biomédico. Este paradigma materializa o uso abusivo como dependência química, e esta, por sua vez, ganha o status de cronificação, de uma doença incurável.

Romanini e Roso (2013) lembram que este discurso legitimou as práticas de reclusão nos hospitais psiquiátricos e configurou a doença mental como um mal crônico. Estes autores salientam que a variedade de termos adotados para classificar e diagnosticar o uso de drogas inseridos em manuais de saúde como o DSM¹⁰, por exemplo, reforçam uma “ideologia disfarçada de ciência que psicologizou e medicalizou a vida cotidiana” (ROMANINI; ROSO, 2013, p. 491). Esta visão engessa o usuário na qualidade de doente, portador de doença crônica, sem cura, fazendo com que ele tenha que conviver cotidianamente com a sombra das ameaças e riscos da patologia.

Essa visão também foi encontrada nas CTs que corroboram com a ideia da dependência como uma doença crônica.

¹⁰ *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*

Para nós que trabalhamos com uso de drogas, sabemos que a dependência é uma doença crônica, incurável (DIÁRIO DE CAMPO – CT3, 15 de outubro de 2019). Não existe ex-depende químico, o que existe é dependente em recuperação. A gente procura passar essa ideia para eles, porque assim a pessoa sabe que pode cair, ela precisa ficar alerta (DIÁRIO DE CAMPO – CT2, 06 de outubro de 2019).

Esta perspectiva corrobora a concepção da droga como mal que não é extirpado do sujeito, é uma chaga que ele vai ter que carregar a vida toda e a única forma de lidar com a dependência é manter a consciência de que não está curado, que a qualquer momento essa doença pode voltar, ou melhor, ela não foi embora. Esta perspectiva procura manter o usuário em constante vigilância, num estado de tensão e medo.

A inscrição do usuário de drogas na institucionalização médica produziu um sujeito doente, viciado, adicto, desajustado mentalmente, incapaz de autogerir-se, incapaz de autonomia. O sujeito com perturbação mental também carrega consigo uma série de estigmas e preconceitos que o colocam na marginalidade de uma sociabilidade cidadã, de uma possibilidade de existência inclusiva pelo desfrute da liberdade de ocupar qualquer espaço social sem ser julgado.

Deste modo, observa-se que as representações sociais acerca dos usuários de drogas foram construídas a partir de um saber científico psiquiátrico, que orientou práticas excludentes, asilares, um saber que se ramificou no seio da sociedade e capilarizou-se nos mais diversos grupos sociais como saber do senso comum que influencia comportamentos, crenças, constrói narrativas e se objetiva nas práticas sociais e institucionais (MELO; MACIEL, 2016).

A perspectiva patológica está presente na própria concepção de pessoa proposta por De Leon (2003). Para ele os residentes de CTs tipicamente apresentam déficits de percepção, têm deficiência na capacidade de julgamento e resolução de problemas, são intolerantes aos incômodos da vida, têm carência na compreensão da realidade, têm problemas para gostar de si próprios e uma baixa autoestima que os levam a uma “ligação com o comportamento anti-social ou **amoral** que têm, estado com frequência associada ao fato de usarem drogas e a sua incapacidade **crônica** de desenvolver um estilo de vida produtivo e de evitar a gradual erosão deste estilo de vida” (DE LEON, 2003, p. 55). O êxito no tratamento é resultado da mudança que ocorre no indivíduo, pelo seu esforço de auto correção.

Ao tratar da subjetividade social, Moscovici (2010) lançou mão da pergunta *quem sou eu*, para encontrar a resposta que é preciso pensar não a diferença ou semelhança com um outro, mas sim a interação e a interdependência na constituição de um eu. Neste sentido, o eu será sempre compreendido na dimensão do que me falta para existir e o que afirma que eu sou, meu modo de ser, minha existência.

Não podemos negar que os objetos também contribuem para esta subjetividade. Mas a relação com o outro precede a relação com os objetos, até porque eles são resultado da ação humana. Deste modo, eles tanto estão à disposição para usufruto do homem como também, modelam suas relações e sua experimentação na vida, marcando e construindo suas experiências.

A droga pode ser entendida como um objeto no qual o sujeito entra em relação, porém não podemos cair na armadilha de que, no uso abusivo apenas o que importa é a droga. Ela ocupa um lugar nesta experiência e o que interessa no olhar da psicologia social é justamente a interação, a interdependência nesta relação sujeito/objeto/alter. Porque a droga só passa a existir enquanto droga porque tem um sujeito que lhe atribui determinado sentido, que se relaciona com ela e com outras pessoas, que dá existência a mesma.

Para Moscovici (2010) no mostrar-se do outro posso perceber o quanto sou ele. Numa vida residencial coletiva – no internamento em CTs – onde há apelo para a igualdade, para a não diferença, uma vida de identidades unificadas, produzirá sujeitos com menos possibilidades de ser distinto. Ou seja, uma instituição total abrirá brechas para novas identidades, no entanto, estas identidades terão que ser cada vez mais parecidas. É uma tentativa de ação fusional, de fundir identidades (MOSCOVICI, 2010)

Esta concepção de De Leon remete a um modelo patologizante, uma compreensão de sujeito restrita à formação individual, um sujeito liberal que é o único responsável por ter qualidades que o capacitam, ou não, para determinadas funções, um sujeito com pouca coerência e consciência de responsabilidade social, um sujeito que mente e manipula como “desordem de caráter ou de comportamento que foi significativamente aumentada pelo uso de drogas (DE LEON, 2003, p. 66). A lista de inabilidades se estende “falta a muitos deles capacidades educacionais, vocacionais, sociais e interpessoais” (DE LEON, 2003, p. 53).

A compreensão de pessoa na ótica das CTs está fundada em traços asilares, uma concepção de sujeito desviante, que não alcança os padrões esperados de educação, possui baixo desenvolvimento emocional, têm níveis de responsabilidade e interação social abaixo do esperado, seus comportamentos são intolerantes quando não conseguem o que querem ou sofrem frustrações. Estes sujeitos tem condutas que o conjunto da sociedade julgaria como amorais, por não representarem seu papel no mundo dentro da normalidade. Toda esta concepção é criada pelo fato de que são sujeitos que usam drogas. É a droga quem diz como estas pessoas são vistas pelo conjunto da sociedade. Santos, Acioli Neto, Galindo e Souza (2015) chamam a atenção, a partir do resultado de duas pesquisas realizadas junto a jovens estudantes sobre o uso de álcool e outras drogas, para o fato de que “ao se referir a uma droga

ilícita é a substância que ameaça, ela contém o perigo que pode levar o sujeito à dependência. Entretanto, quando se trata de uma droga lícita o foco da discussão desloca-se para o sujeito. É sua relação com a droga que pode ser ameaçadora. É sua falta de controle, o abuso individual do consumo que acarreta o perigo” (p. 143).

Nesse contexto as CTs assumem o papel semelhante às instituições totais conforme Goffman (1987, p.17) por fomentar a concepção de tratar do sujeito que usa drogas como incapaz de cuidar de si mesmo constituindo-se como ameaça para a comunidade, porém sem nenhuma intenção de sê-lo, como os sanatórios, hospitais para doentes mentais e leprosários. É perceptível o retorno ao modelo de tratamento asilar, que não aposta na autonomia e na autodeterminação das pessoas, que promove a tutela e reforça a ideia de cronicização já apontada por Desviat (2015), pois retira da pessoa a potência de vida transferindo a força para a substância.

Conscientização e reformulação (3º e 4º mês): o desenvolvimento interior é aprofundado. Começa a mudança de caráter, o aprofundamento da convivência em grupo, a aceitação de si e dos outros. A consciência crítica, o equilíbrio, a autoestima, a opção devida na busca da sanidade. Desenvolve-se a criatividade e o trabalho em equipe. Nesta etapa do processo terapêutico, trabalha-se o 4º, 5º, 6º e 7º passos do AA (CT, 2019, p. 8).

Este trecho sobre o método adotado pela CT descreve o quanto o uso de drogas é fruto de um desvio moral de alteração do caráter, e que precisa ser corrigido. O sujeito necessita desenvolver consciência acerca do seu estado errante e buscar equilíbrio, sendo este, resultado dos seu esforço para perceber sua escolha insana. A escolha pelo uso de drogas é uma opção doentia e por isso precisa buscar a sanidade. Aqui a doença é moral, não é uma condição física ou mental, ela é a manifestação da insanidade.

A representação da droga como uma questão de doença se contrapõe à representação da droga como uma questão de saúde. Aqui este binômio não traduz uma interlocução de complementariedade pela inscrição em uma categoria analítica na qual se deduz uma a partir de outra. Não é uma questão de doença como um câncer, que precisa ser tratado em uma unidade de saúde, precisa da intervenção medicamentosa e da realização de todos os procedimentos necessários, cuja pessoa acometida terá apoio e acesso ao tratamento. A droga como uma questão de doença marginaliza o sujeito, tira sua cidadania, o expõe situações estigmatizadoras, preconceituosas que muitas vezes o impedem, ou ao menos dificultam sua livre circularidade no fluxo terapêutico.

A doença da droga é acompanhada de fantasias de um usuário violento, que pode causar transtornos aos serviços, que pode agredir profissionais, que pode roubar objetos. Sua identidade é apreendida num lugar de dúvida na qual sua integralidade moral é flexibilizada de

uma forma que não acontece com pessoas acometidas por outras doenças físicas. Na droga a doença é psiquiátrica cujo tratamento é através de internação, porque livra a sociedade da ameaça.

A representação da droga como uma questão de saúde se apresenta como contraponto à doença, como a alternatividade fundada no paradigma psicossocial que considera o uso abusivo de drogas por um sujeito, em um contexto, no uso de determinada droga. Isso abre possibilidades de investigação fenomenológica não dedutiva, cujo a priori não fundamenta a conduta terapêutica. A saúde é multifatorial e complexa na qual a droga é um componente que estrutura ou não a vida do sujeito.

Compreender as drogas como uma questão de saúde está inevitavelmente acompanhada da adoção da RD, visto que o cuidado está definitivamente associado às singularidades, a diversidade do que pode representar saúde para os usuários e o mesmo tempo que contempla projetos terapêuticos distintos de acordo com a necessidade de saúde de cada pessoa dentro de um processo contínuo e longitudinal.

A RD é uma perspectiva que coloca o usuário e a droga longe de julgamentos morais e preocupa-se com o que pode funcionar em cada caso, com o que é melhor para o usuário, com o que ele pode, com o estímulo ao que pode ser adotado como medida de autocuidado na minimização de riscos para si e para terceiros. Deste modo, se tende a garantir a dignidade do sujeito de direito diminuindo o estigma que apenas coloca-o no lugar social de infrator, de “errado”. Aqui vale a pena destacar que o certo e o errado é produto da cultura, de uma série de normativas e leis que são criadas para garantir determinados modos de sociabilidade e que geralmente, na cultura ocidental, a droga é uma substância maléfica e quem a usa está errado.

Segundo Minayo (2014) cada cultura tem um discurso acerca do que considera saúde/doença e sobre o corpo, correspondendo sempre às contradições e coerências de sua visão de mundo assim como de sua organização social. Para a autora “a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas linguagem que se dirige à sociedade e às relações sociais de forma histórica”(p. 241).

Neste sentido o uso abusivo de drogas encarado como um fenômeno de saúde, não se naturaliza e não se reduz a uma evidência orgânica, ela é resultado da relação que os indivíduos e grupos estabelecem com as substâncias psicoativas e refletem as características sociais e históricas que forjam esta relação. É na interação de sujeitos e grupos entre si e com os objetos, que construímos os significados de nossas ações e atribuímos sentido ao modo como experimentamos estas relações, ao mesmo tempo em que estes sentidos mantêm, conservam, ou modificam estas.

No binômio saúde/doença o corpo não é um aparato biológico apenas, fadado as afecções que podem dissuadir sua vitalidade e levá-lo a morte. Este corpo é atravessado por representações que o tornam saudável ou não, que dizem acerca de sua saúde/doença, de seu preparo para encarar desafios, de sua temporalidade física. Para Douglas (1971, p. 83) existe um “corpo social que limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é reconhecido, sustentando uma visão particular de sociedade”.

O fenômeno do uso abusivo de álcool e outras drogas parece figurar no cenário que Minayo (2014) chamou de doenças-metáfora que são doenças cuja atividade enseja catástrofes, que são fontes de males para a sociedade. Estas doenças desafiam o projeto tecnocientífico da medicina de criar uma sociedade com saúde perfeita por denunciarem a precariedade da organização social na medida em que explicitam a decadência, a não resolutividade, a infelicidade coletiva. No bojo das doenças metáforas, as drogas se configuram como uma evocação a conservadorismo, suscitando um retorno a um passado considerado mais saudável, “ou para motivos religiosos e transcendentais” (p. 251).

É fundamental pensar como este tripé *conservadorismo, religião e transcendência* se associam ao fenômeno das drogas na contemporaneidade e exercem uma influência na configuração das relações de poder, na oferta de serviços do Estado, na ascensão de estratégias repressoras para com usuários de drogas e de um pensamento social que fomenta ideias de orientação religiosa para o tratamento de algo que, em tese, deve ser considerado uma questão de saúde.

Porém, neste sentido, é possível perceber que há um recuo da noção de saúde como um bem comum, como um direito, ao mesmo tempo em que se evoca a representação da doença como uma afecção do mal, uma impureza, uma queda no vício, fruto do pecado, dos erros morais. O conservadorismo propõe o culto a uma sociedade saudosa na qual o passado sempre é melhor do que o presente, um passado de valores morais, dos quais a obediência e a retidão são seus pilares.

Vale ressaltar que esta é uma herança medieval de uma sociedade ocidental construída a partir de valores cristãos que abominam o uso de drogas e não reservou espaço em sua teologia para a transcendência enquanto experiência física. Toda experiência que revele e/ou possibilite a transcendência na terra é uma atividade pecaminosa, pois contraria a hierarquia da Igreja que reserva apenas aos sacerdotes o poder de promover estas experiências. Só a eles é dada a capacidade de iniciar as pessoas no sagrado.

Minayo (2014) aponta que entre as representações de saúde estão aquelas que veem a saúde como um bem econômico ligadas à produção de conhecimento voltado ao aprimoramento de técnicas e tecnologias duras, nas quais há um fortalecimento das intervenções biomédicas e das corporações médicas, que tratam a saúde como um capital econômico voltado a obtenção de lucro e avanços em tecnologia genética.

Outra representação é a da saúde como conquista individual, obtida através de exercícios físicos, tratamentos estéticos, cuidados com o corpo e estratégias de envelhecimento saudável. Uma terceira representação é a da saúde como um *bem coletivo*, na qual, esta é concebida como um bem social, um direito universal voltado a proteção da vida, ao desenvolvimento de políticas públicas inclusivas que visem garantir a cidadania, que possa espelhar um projeto de superação das desigualdades sociais. Nesta, a saúde cumpre um papel no progresso econômico de promoção da igualdade de acesso, ao mesmo tempo em que a ciência está a favor da implantação de estratégias de equidade na distribuição da riqueza.

O papel do Estado é primordial na implantação, implementação e gerenciamento de políticas que englobem as diferentes esferas como as ciências ambientais, o raciocínio epidemiológico, a biologia, as condições de saneamento, a educação, a moradia o transporte, as condições de trabalho dignas e seguras.

A representação de saúde/doença de uma sociedade é elemento estruturante para promoção da dignidade humana, da legitimação das diversas estratégias de cuidado, sejam aquelas que perpassam a biomedicina, sejam aquelas que têm sua organicidade na base do conhecimento popular, do uso de plantas, da relação com a natureza, com os cantos, com o uso de medicinas alternativas e práticas populares de cuidado. Esta representação está na base da organização dos serviços e do modo que construímos estratégias de cuidado em liberdade e favoráveis a diversidade humana. Minayo (2014, p. 258) afirma ainda que “saúde/doença são também metáforas da sociedade, de suas anomalias, desequilíbrios, medos e preconceitos servindo como instrumento coercitivo ou libertador para os indivíduos e sua sociedade”.

6.7 A presença do pecado

Com o objetivo de preservar o anonimato da CT, os recortes dos textos que ancoram as concepções de sujeito encontradas nesta categoria, serão citados apenas com iniciais de comunidade terapêutica e o ano referido no projeto. Ainda para manter o sigilo este documento não aparecerá nas referências bibliográficas.

Esta categoria foi formada a partir de conteúdos que fomentam uma visão religiosa/espiritual do sujeito que usa drogas e que este uso é tido como contrário a uma vida virtuosa. Logo o trabalho com a dependência química é extirpar o mal, fazer com que a pessoa possa retornar a um estado de pureza o mais próximo possível de uma vida sem vícios. Vale lembrar que todas as comunidades visitadas tinham orientação religiosa ligadas ao cristianismo. Há uma prevalência de CTs que tem como eixo de trabalho o proselitismo religioso.

Cabe aqui uma breve conceituação acerca do que entendemos por religião e o vasto campo do que se denomina espiritualidade, visto que esta categoria nos revela um aspecto que tangencia a atuação das CTs e que é pouco estudado pelas teorias da psicologia. O fenômeno da espiritualidade, as questões metafísicas e a curiosidade acerca dos mistérios da natureza sempre atravessaram a história das sociedades influenciando o modo como vivemos, a relação entre religião e Estado, a institucionalização da vida política e a criação de laços sociais.

Segundo Röhr (2012) pessoas que se denominam espiritualistas compreendem este fenômeno sob as mais variadas formas desde a crença em um ser superior que dá sentido à existência, práticas de esoterismo, esforços pessoais de se harmonizar consigo, com a humanidade e com o cosmo, distanciamento ou aproximação com formas tradicionais de religião, uso de alucinógenos para estabelecer uma conexão com algo superior, declarações e conceitos de auto ajuda.

Vasconcelos (2019) acrescenta que a espiritualidade se constitui por crenças e práticas com o sagrado com ou sem ligação com forças cósmicas e extramundanas, incorporando ou não elementos das religiões, pode ser entendida também como uma busca de desenvolvimento pessoal ético-político, porém sempre marcada com pouco ou nenhum nível de institucionalidade estável.

A religião ou as religiões “podem ser entendidas como um conjunto de revelações, valores, crenças, textos, rituais, práticas e estruturas simbólicas coletivas com um nível mais elevado de institucionalização, continuidade histórica e poder social” (VASCONCELOS, 2019, p. 52). O autor afirma ainda que a religião como dispositivo institucional possibilita o culto a determinados seres, a crença numa cosmovisão teológica da vida, a coletivização de símbolos que levam determinados grupos às práticas espirituais. Porém, nem sempre a espiritualidade está diretamente associada a uma religião e nem toda prática religiosa é uma atividade espiritual, especialmente pelo elevado caráter institucional que as denominações religiosas vêm desenvolvendo em sua existência histórica.

As práticas espirituais que são realizadas no interior das CTs se aproximam muito mais de práticas religiosas, com forte apelo aos símbolos, textos e ritos que são realizados em um

nível de institucionalização mais elevado, principalmente por toda imposição disciplinar semelhante às penitências e sanções típicas do modelo teológico. Um modelo cristão propaga a ideia de que todos nós somos ovelhas conduzidas por um pastor. Esta imagem remete à submissão de regras e pouca liberdade para escolher o próprio caminho.

Uma das comunidades se declara de natureza *confessional*, que significa ter uma identidade religiosa. Essa identidade é o que estrutura todo o projeto de trabalho da instituição.

O usuário dependente, doente que tem cura, alcança a cura em Cristo. Cristo pode curar. Aqui não é pregado religião, mas a literatura que é usada é a bíblia. O acolhido não tem a obrigação de aceitar os ensinamentos, não há imposição religiosa, mas se apresenta a bíblia (DIÁRIO DE CAMPO – CT3, 15 de outubro de 2019).

O uso de drogas é encarado como uma doença, porém de outra natureza. Não é uma doença que acomete o corpo, mas uma doença da alma, que somente Jesus pode curar. Aqui presenciamos o caráter contraditório da afirmação que tenta esconder a atuação de cunho religioso no tratamento da dependência química e ao mesmo tempo a assunção da natureza religiosa como libertação e cura dos usuários. Nem todo usuário tem cura, mas os que podem alcançar, só conseguem se for em Cristo. A bíblia é um livro religioso que contém todo ensinamento cristão, como afirmar que ela é a literatura utilizada na comunidade confessional e não considerar que há imposição religiosa? Nesta comunidade somente se professa o ensinamento cristão, de uma denominação religiosa, não há espaço para outros cultos ou ritos religiosos, logo impõe-se uma crença que deve ser a de todos que ali vivem, muito embora nem todos tenham que se confessar cristãos.

Estar internado e conseguir êxito no tratamento, na condição de dependente em recuperação, significa, do ponto de vista do essencialismo religioso, ser “converso” porque a adoção de qualquer iniciativa de projeto de vida, de valores e crenças necessariamente precisa passar por esta “condição total”, “pues es a la vez punto de inicio y llegada de cualquier sentido de vida, inicialmente para este mundo[...]” (VALDERRUTÉN, 2008, p. 85). Sendo assim, a conversão se torna uma condição essencial para a recuperação.

Goffman (1987) descreve que as instituições religiosas exercem o papel de mostrar as pessoas o sentido de uma vida contemplativa constituída por abstinências, obediências, penitências e humilhações com a finalidade de lembrar quem somos, quem é Deus, sua bondade, seu infinito amor. Nesta vida, internados e diretores experimentam *reduções do eu* na forma de mortificação de suas vontades pela autoflagelação. Estas características distinguem as instituições religiosas das demais instituições totais pelo fato de que nas últimas os internos não aceitam tão facilmente as punições e nem vivenciam a *automortificação*.

Na experiência brasileira há uma predominância de CTs de orientação religiosa ou que mencionam trabalhar com a espiritualidade. Conforme dados do IPEA (2017) 82% das instituições pesquisadas têm vinculação com igrejas ou denominações religiosas, em sua maioria de matriz cristã. Entretanto as outras (18%) dizem estimular alguma atividade de exercício de fé, incentivando os sujeitos internados a construírem algum vínculo com um ser superior, visto que esta relação se é essencial para o processo de transformação ou mudança de comportamento alinhada a uma normatividade moral.

É uma comunidade de que age sob o efeito de escolhas espontâneas de instinto colaborador e altruísta, que colabora através de seus gestos humanitários fraternais na reinserção social, dentro de uma filosofia solidária e familiar que direciona, especialmente, a recuperação de dependentes de substâncias químicas e do álcool por meio da preconização de valores morais, comportamentais e espirituais. O programa visa o restabelecimento do equilíbrio físico, emocional e espiritual mediante desintoxicação, palestras educacionais e terapias (CT, 2019, p. 4).

Para alcançar o propósito de transformação, os usuários de drogas devem aderir a valores espirituais, cultivados dentro da instituição. Ela mesmo deve se constituir como a fonte desses valores para que as pessoas possam espelhá-los, experimentá-los. Neste sentido, existe um propósito simbiótico entre a troca e cultivo de valores dos que entram no espaço, pois precisam ser as pessoas que dão vida à normatividade moral, ao altruísmo, à solidariedade, ao espírito colaborativo, pois são estas qualidades que os aproximam do propósito de libertação do vício.

Aqui o discurso gira entorno da construção de uma instituição baseada em valores humanitários, fraternos, um clima no qual cada pessoa possa sentir-se como se estivesse em família, pois nada mais almejado do que o desejo cristão de formação de uma família universal e que somente em Cristo esta família pode ser constituída. Em pesquisa realizada com protestantes pentecostais e católicos carismáticos Machado e Mariz (2019) analisam o discurso destes dois grupos com relação à drogas e à pobreza. A pobreza, enquanto mazela social, deve ser combatida com evangelização e trabalho sócio-caritativo. Entre os entrevistados 46% dos protestantes acreditam que a pobreza se combate aproximando as pessoas de Cristo; 37% disseram que deve ser através de trabalho social e apenas 16% declararam que seria por meio de ações políticas de proteção as pessoas economicamente vulneráveis.

Estas autoras afirmam que existe uma formação discursiva entorno do proselitismo religioso que transcende uma denominação religiosa específica e defende determinadas posições que se configuram como “comunidades morais” em busca de alinhamento do discurso com valores comuns no conjunto da sociedade. Este intuito de apropriação discursiva está mais fortemente disseminado em doutrinas pentecostais que utilizam o termo “batalha espiritual”

para denominar sujeitos que usam drogas, pessoas que cometem crimes, ou a até mesmo aquelas que enfrentam dificuldades econômicas como “vítimas de intervenções de forças malignas” (MACHADO; MARIZ, 2019, p. 335).

Há neste pensamento a evocação de forças extra-humanas que atuam na vida das pessoas e as levam para um caminho desviante. Uma batalha que acontece na realidade da vida cotidiana, mas que é causada por forças que não fazem parte desta realidade. Logo se desconsidera todos os determinantes sociais que estão imbricados na relação sujeito-droga-contexto de vida. Esta batalha espiritual paradoxalmente, também pode abduzir a espiritualidade, pode conduzir o sujeito para lugares nos quais a espiritualidade seja sequestrada. É possível verificar isso no trecho que segue:

Nosso objetivo é resgatar a espiritualidade dos acolhidos, mas, sobretudo sua cidadania, dignidade e identidade de sujeitos atuantes na sociedade. O programa visa a recuperação, o restabelecimento do equilíbrio físico (mediante desintoxicação), do equilíbrio emocional (mediante palestras educacionais, terapias e situações específicas) e do aspecto espiritual (CT, 2019, p. 3).

Neste sentido, a espiritualidade é algo que se perde e que pode ser recuperado. Aqui se reconhece a perspectiva da cidadania e da dignidade de usuários de drogas, vinculada a espiritualidade, mas condiciona a recuperação desse sujeito ao equilíbrio físico, emocional e espiritual, ou seja, estas três dimensões devem estar alinhadas. O desequilíbrio entre elas é a condição de adoecimento e o fator que leva ao uso de drogas.

Por sua vez, Röhr (2012) acrescenta que para a compreensão do ser humano em sua integralidade é necessário reconhecer cinco dimensões principais, a *dimensão física*; comporta a corporeidade físico-biológica, a *dimensão sensorial*; representada pela percepção das sensações e atuação dos sentidos, a *dimensão emocional*; abrange os estados emocionais (alegria, tristeza, estados de humor), a *dimensão mental*; nossa capacidade de racionalizar e pensar, refletir, realizar operações lógico-matemáticas, por último a *dimensão espiritual*; a qual não se confunde com religião e que o autor chamou de transcendente, ao contrário das outras quatro que ele chamou de imanentes.

Para o autor, estas dimensões se interconectam de tal forma que se aspectos da dimensão física, por exemplo, sofrerem alterações, afetarão as outras dimensões. Caso o sujeito tenha uma dor física ela pode alterar aspectos da dimensão emocional como mudança de humor, irritabilidade; da dimensão mental, a capacidade de raciocinar, realizar alguma atividade lógica, pode alterar os pensamentos.

A afirmação da CT aponta para um esquecimento das dimensões sensorial e mental ao mesmo tempo que estabelece formas, métodos e práticas para o alcance do reequilíbrio entre elas que, no modo como está colocado, as concebe como dimensões separadas, fragmentadas,

compartimentalizadas, não interligadas, não fazem parte de um circuito no campo da integralidade. Há um explícito protocolo biomédico na restauração deste equilíbrio, ou seja, para uma cuidar do corpo a técnica utilizada é a desintoxicação, para cuidar do emocional tem palestra e terapia, e não houve menção de como cuidar do espiritual.

Barreto e Röhr (2014, p. 84) entendem a “dimensão espiritual muito mais em termos de busca de sentidos profundos para a existência em sua relação com o mundo do que alguma crença, dogma ou institucionalidade religiosa”. Ou seja, a espiritualidade como uma dimensão da vida humana capaz de possibilitar atribuição de sentidos para a existência. Corroborando com a visão dos autores supracitados, Junior (2012) pontua que a espiritualidade não está fora da vida e que ela é em si mesma um modo de viver, no qual a dimensão espiritual não está separada do próprio viver. Não é uma caixa ou compartimento que esteja separado do sujeito e que se pode acessar.

Como modelo confessional, as CTs apresentam pouco trabalho técnico/científico e apostam na criação de vínculos, têm seu trabalho ancorado no “tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, revelada pela adoção praticamente universal de métodos terapêuticos como a laborterapia e cultivo da espiritualidade” (IPEA, 2017, p. 35). Por outro lado, este método que podemos enquadrar nas teoterapias, possui semelhanças com o que as religiões buscam no interior de seus templos e como prática entre seus membros que é o cultivo e desenvolvimento de valores e ações para um apoio mútuo.

Conforme Valla (2001) as religiões oferecem, principalmente para as camadas mais populares, o que ele chamou de “apoio social”. Este apoio ocupa um lugar estratégico no alívio do “sofrimento difuso”, que estão relacionadas às queixas sem uma etiologia específica, são as dores de cabeça, o medo, ansiedade, as dores que circulam o corpo, sintomas que a biomedicina e o sistema de saúde não conseguem resolutividade, seja porque não há tempo nem recursos para realizar o cuidado.

Valla (1998) define o apoio social como:

qualquer informação falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que tanto gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem fornece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentidos e controle sobre suas vidas (VALLA, 1998, p. 156).

Segundo Lima (2019) este apoio social pode ser considerado como importante elemento no crescimento das igrejas em espaços marcados pelo esvaziamento do apoio institucional do Estado. As igrejas por sua vez, oferecem um “potencial racionalizador” no qual as pessoas encontram acolhimento, apoio, partilham experiências, são ouvidas, recebem

conselhos, fazem amizades, todos estes fatores contribuem para uma maior atribuição de sentido para a vida. O apoio social também pode ajudar as pessoas criando uma sensação de coerência de vida e de controle sobre ela, o que pode afetar de maneira benéfica o estado de saúde (VALLA, 1998).

As CTs procuram construir um ambiente de solidariedade, no qual todos se ajudam, e de coerência, estimulando a sensação de unidade entre aqueles que intencionam melhorar suas condições de vida a partir da intervenção realizada no aspecto do uso abusivo de drogas. Embora tenham histórias de vidas singulares há um objetivo comum que é a superação da dependência química e este fato possibilita o compartilhamento de experiências, dores, perdas, situações emocionantes, sensações decorrentes do uso, a relação com a família, as experiências de solidão. Ou seja, é um lugar de partilha e esperança, de expectativas e frustrações, é um lugar no qual estes sujeitos estão fazendo uma aposta.

Em análise mais ampla, realizada por Vasconcelos (2019), as doutrinas neopentecostais apresentam uma forte aproximação com as práticas das CTs vinculadas ao que ele chamou de *paradoxo apoio social-intolerância*. Utiliza-se do termo aplicado por Valla acrescentando a intolerância como marca da relação entre uma rede de solidariedade e apoio que se forma no interior das instituições, entre os pares, aqueles que partilham da mesma crença e dos ritos, mas paradoxalmente se cultiva um distanciamento com aqueles que não fazem parte do grupo de iguais desembocando em práticas de intolerância. É um fenômeno semelhante à intolerância religiosa, que também está presente nas CTs, pois como instituições fechadas fomentam as narrativas a favor dos que estão residindo no estabelecimento em torno da criação de uma coesão, ao mesmo tempo que promovem intolerância com os sujeitos que se oponham a suas crenças fora da instituição.

Por fim, o modelo das CTs é marcado por um duplo movimento que envolve ter um sistema de crenças e a mudança no estilo de vida. O sujeito precisa reorganizar sua vida sob estes dois aspectos que o fazem recriar seu rumo biográfico a partir da adoção de um novo projeto de vida baseado no mapa orientacional disposto pelas instituições. Vale salientar que estas tentativas de construir um projeto de vida:

Son esfuerzos vinculados con nuestras lógicas contemporáneas de bienestar y éxito social, que ven como inadmisible a alguien sin proyectos de vida, sin algún tipo de racionalización en el modo de conducir su existencia, sea por horizontes enfáticamente laicos o por aquellos vinculados a esferas religiosas, articularmente cristianas (VALDERRUTÉN, 2008, p.85).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou contribuições no campo das representações sociais acerca de usuário de drogas que fazem tratamento em CTs na modalidade de internamento (chamada por estas de acolhimento) e em documentos que são referências na construção de políticas públicas no campo da atenção em saúde mental. Identificamos que a concepção de sujeito presente nestes dois universos reflete cosmovisões distintas e antagônicas.

Referente a esta sociedade conservadora e pura, a busca do paraíso perdido, as CTs ocupam um lugar privilegiado nesta relação sujeito/droga. Apresentam um plano de salvação através de atividades laborais para burilar o espírito e uma postura confessional e contemplativa para sustentação da alma. Nesta concepção, o corpo não tem um lugar, a matéria é objeto descartável e tudo que lhe dá vitalidade e prazer deve ser encarado como fonte de contaminação do espírito e distração do caminho “correto”. Percebemos no modelo das CTs um forte apelo asilar, práticas que violam direitos humanos e *modus operandi* que refletem a estrutura das Instituições Totais. Práticas de *mortificação do eu* que modificam a relação do sujeito consigo mesmo, produzem uma subjetividade a partir da relação de fechamento com o mundo externo e provocam uma espécie de morte. Uma morte do eu para que ele possa renascer um outro adaptado às exigências da concepção de vida pregada na instituição.

A participação em atividades cuja experiência simbólica não é compatível com seus desejos e suas vontades, a obrigatoriedade dos serviços, a perda dos espaços individuais, a vigilância constante, as práticas disciplinares sujeitas a julgamentos e regulamentos da equipe que dirige a instituição. Todos estes elementos contribuem para mortificação do eu, provocam uma inclinação para mudança, muitas vezes, coercitiva do nível de sociabilidades para que a pessoa consiga se adaptar ao regime implementado pela instituição.

Quando este regime é incorporado pelos internos eles atribui-se que eles podem recomeçar a vida. Neste sentido as CTs apresentam uma certa eficácia ao trabalharem com sujeitos em situação de risco e por mantê-los em abstinência, ao mesmo tempo que todo este contexto fortalece os vínculos de solidariedade grupal mobilizando um certo apoio social.

A criação de uma identidade grupal de *dependentes em recuperação*, forja uma cultura no interior da comunidade a partir de crenças e valores compartilhados acerca do uso de drogas, da concepção de sujeito, de família e, nas comunidades religiosas, de uma vida voltada para Deus. Deste modo, o grupo tende a ser uma unidade, na qual, um modo de concepção de vida se sobrepõe as diferentes concepções individuais. Este modelo é semelhante às religiões que

tendem a formar uma comunidade de crentes que fomenta união e simpatia com os iguais, mas ao mesmo tempo produz uma cultura de conversão para com os de fora.

Neste sentido, dois grupos são formados, separados pelos muros da instituição, aquele cujos sujeitos com problemas decorrentes do uso de drogas partilham a crença de que estas substâncias constituem o principal objeto de declínio de suas vidas, e fora dos muros, aqueles que mantêm uma vida civil e que convivem ou não com o uso de substâncias psicoativas.

As políticas públicas mantêm uma concepção de sujeito de direitos, na qual o uso de drogas é uma questão de saúde e os cuidados decorrentes do seu uso prejudicial devem ser encarados como dever do Estado. Esta concepção tende a gerar menos preconceito, discriminação, estigma, violação de direitos, além de promover a liberdade. Funda-se na estrutura de um Estado Laico que está a serviço da sociedade independentemente das crenças religiosas. Dito de outra forma é no Estado Laico que é possível a convivência com as mais diferentes formas e concepções de vida e de credos.

Para as políticas públicas, as drogas são um objeto polissêmico e seus usuários constituem o eixo central do cuidado a partir de uma visão de objeto complexo, influenciado por determinantes sociais de saúde. Muito embora não seja uma concepção hegemônica do conteúdo das políticas, ainda assim é possível encontrar elementos que apontam para uma visão de usuário como criminoso, a droga como representação do mal e a conduta repressiva como eixo de trabalho na dependência química. Esta concepção ancora crenças, símbolos, narrativas, atitudes, comportamentos construídos historicamente com o objetivo de reforçar a lógica do combate às drogas, a política proibicionista e a manutenção da opressão e violência operada contra as pessoas marginalizadas, mais especificamente pobres e negros.

Estes elementos mostram o quanto precisamos avançar no âmbito da descriminalização dos usuários e da construção de uma sociedade plural, na qual seja possível os diversos modos de vida em busca de uma verdadeira democracia.

Por outro lado, as CTs conformam um modelo de tratamento baseado numa cosmovisão religiosa, confessional, que tem uma concepção de sujeito divergente daquela propagada nas políticas públicas. O sujeito que usa drogas, para a CTs, faz uso de uma substância maléfica, pecaminosa, contrária à vida, ou seja, não é orientada por “bons” valores morais. Utilizam projetos terapêuticos únicos e generalistas, se apropriam da força de trabalho e a revestem de valor terapêutico, além de promoverem uma série de violações de direitos humanos. Estas CTs polarizam as vicissitudes da vida, colocam a abstinência ao lado de Deus/bem total, e a droga como Diabo/mal total, fundadas em valores da tradição cristã. Nesta concepção, a droga é associada a desregramento sexual, criminalidade a degeneração familiar

e social. Configuram um modelo de apoio social – intolerância, ou seja, apoio que unifica os que estão dentro, mas promove a intolerância para com a vida fora das instituições. O apoio do Estado a estas comunidades significa apoiar esta concepção de sujeito, e este modelo interventivo, que faz oposição ao modelo que entende o usuário de drogas como sujeito de direito.

O proibicionismo como normativa legisladora que fundamenta a lógica da abstinência, opera como dispositivo do Necroestado que institucionaliza e capilariza a necropolítica por meio do investimento de recursos públicos em CTs em detrimento da expansão e melhora quantitativa e qualitativa dos serviços de atenção psicossocial, pois este modelo, que tem a RD como principal estratégia de intervenção e cuidado aos usuários de drogas padece no subfinanciamento e na investida maciça da concepção da abstinência como única forma de tratamento.

Este é o modelo adotado pela política de drogas no Recife não apresenta assertividade quanto ao uso da RD ou da abstinência (CTs). Os dois modelos, que propõem estratégias distintas e têm concepções de pessoas distintas apresentam-se com diretrizes da política.

No que diz respeito ao financiamento está transparente que os recursos empenhados pela SEPOD, no valor de R\$: 1.373.618,39¹¹ na promoção de políticas de prevenção, tratamento e reinserção social aos usuários e dependentes de drogas foram destinados exclusivamente para as CTs, porém a destinação destes recursos para estas entidades que usam métodos religiosos, que seu modo de funcionamento e a concepção de sujeitos expõe um lógica repressora e desalinhada com o modelo de cuidado baseado na APS.

Para a necropolítica também pode ser encontrada no caráter sistemático das violações e desmontes da Atenção Psicossocial. É uma política de morte porque tem como objetivo segregar, normalizar o confinamento e a desumanização na contramão da vida em liberdade e do cuidado no território e em família. Nas CTs, as pessoas que fazem uso de drogas são mantidas isoladas em constante estado de dano (NETO, 2019).

Neste decreto as CTs ganham um lugar privilegiado como dispositivos de tratamento para usuários de drogas em detrimento dos dispositivos da rede de saúde e propõe que o objetivo deste tratamento seja manter-se em abstinência. Há um nítido alinhamento entre a política de combate às drogas e o tratamento em CTs como mecanismos de efetivação de uma política de morte, pois como afirma Mbembe (2011) na necropolítica a principal estratégia é *fazer morrer*

¹¹ Disponível em:

<http://transparencia.recife.pe.gov.br/codigos/web/estaticos/estaticos.php?nat=DBB#conteudo#filho#filho>

e deixar viver. Ou seja, há um nítido projeto de morte da APS e da RD, porém não se anuncia, não a exterminam por completo para que, na morte, ainda continuem vivendo.

Reconhecemos as limitações deste trabalho decorrentes do próprio limite imposto pelas condições de fechamento encontradas no campo de pesquisa. Nossa intenção era obter diversos projetos terapêuticos de forma a aumentar o lastro de informações relevantes para análise. Por um lado, a negativa das instituições em ceder os projetos impactaram na quantidade de material a ser analisado, por outro revelou o caráter privado e de fechamento presente em suas práticas, além do modelo hierárquico e o desrespeito ao princípio da transparência, visto que são financiadas por recursos estatais.

Por fim, o fenômeno da espiritualidade e da religião, que constituem elementos importantes na consolidação das CTs como instituições que ganham espaço na vida social, permanecem pouco estudados pela psicologia. O discurso religioso de viés fundamentalista tem produzido ataques sistemáticos à agenda democrática com enfática ofensiva a direitos das minorias. Portanto, apontamos a necessidade de realização de pesquisas que se dediquem a compreender tanto a interligação da religião com a política, quanto os aspectos da experiência transcendental da espiritualidade como dimensão que marca a vida das pessoas e produzem sentido para a experiência.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ACIOLI NETO, M. de L.; SANTOS, M. de F. S. As máscaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 20, n. 4 p. 611-623, out./dez. 2015.
- ACIOLI NETO, M. de L. **Pobreza e identidades humilhadas: processos de significação relacionados ao crack**. 2018. 117f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2018.
- ALMEIDA, A. M de O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M. de F. de S.; ALMEIDA, L. M. **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Pernambuco: UFPE, 2005.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- AMADO, J. **Manual de investigação qualitativa em educação**. 2 ed. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, Brasília, 2001.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 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. Brasília, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
- BARRETO, A. F.; ROHR, F., Resgatando a espiritualidade humana: caminhos indicados para o cuidado sustentável e íntegro. In:(Org.) BARRETO, A. F. **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 83-98.
- BATISTA, S. H. R. **Caracterização do funcionamento das comunidades terapêuticas: os avanços e entraves do tratamento da dependência química**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2016.
- BERGER, P. L.; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. (Trad.) FERNANDES, F. de S. Petrópolis, Vozes, 1985.
- BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: (Orgs) MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S. and ASSIS, R. A. M. **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, pp. 101-122.

BOFF, A. A. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes internados em uma comunidade terapêutica no Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 60 (4): 279-399, out.-dez. 2016.

BRASIL. **Lei nº:10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS**. – Brasília, novembro de 2005a.

_____, **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Ministério da Saúde. – Brasília, 2005b.

_____. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____, **Portaria nº 3.088 de 23 de novembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. – Brasília, 2011.

_____. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.48p.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**, 28 (2): 137-45, 1994.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. de O.; REGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. vol.30, n.1, pp.146-161, 2010.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas** – Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

_____. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

_____. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. - 2. ed.- Brasília: CFP, 2019.

CONAD. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Ministério da Justiça. – Brasília, 2015

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. – Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2 ed. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIAS, J. C. et al. **Redução de danos**: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 341-348, 2003.

DOISE, W. Da psicologia social à psicologia societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. jan-abr. Vol. 18 n. 1, pp. 027-035, 2002.

DOUGLAS, M. **Natural Symbols**. Nova York: Pantheon. 1971.

FÉLIX, L. B. **O cuidado à saúde mental na infância: entre práticas e representações sociais**. 2014. 150f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia: Recife, 2014.

FIESTAS, F.; PONCE, J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el Tratamiento de problemas por uso de substâncias Psicoactivas: una revisión sistemática. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**; 29(1):12-20, 2012.

IORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2006.

FONSÊCA C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**; 1(1):11-36, 201.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. (Impr.) ;15(1):94-115, jan.-abr. 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. – São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

GOFFMAN, E. **A apresentação do eu na vida de todos os dias**. Lisboa: Relógio d'Água, 1993.

GOMES, B. G.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7):2327-2338, 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica nº 21. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia; Ipea, março de 2017.

JELIN E. & HERSHBERG E. **Construindo a democracia: direitos humanos cidadania e sociedade na América Latina**. (Trad) PINHEIRO, A. L. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência (NEV), 2006.

JODELET, D. Experiência e representações sociais. In: MENIN, M. S.de S.; SHIMIZU, A. de M. (Orgs). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado, Brasília**, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

JONES, M. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Editora: Vozes, 1972.

JUNIOR, P. J., Um caminho para uma vida integral e preciosa – reflexões sobre espiritualidade e educação. In: RÖHR, F. (Org.). **Diálogos em educação e espiritualidade**. 2 ed. revisada – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012. p. 81-108.

LIMA. R. C. C. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e sua relação com a saúde mental brasileira. In. VASCONCELOS, E. M.; LIMA, R. de C. C. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 245-308.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):399-407, 2007.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Política sobre drogas no Brasil: a estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33 (3), 580-595, 2013.

MACHADO, M. das D. C.; MARIZ, C. L. Religião e combate ao consumo de drogas no Brasil: Análise de discursos de lideranças pentecostais e católicos carismáticas. In. VASCONCELOS, E. M.; LIMA, R. de C. C. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2019. p.331-362.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MBEMBE, A. **Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. n-1 edições, 2018.

MEDEIROS, et al. Representações sociais do uso abusivo de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.18, n.2, p269 – 279 abr/jun. 2013.

MELO, M. C. **Sentidos construídos sobre a internação em comunidades terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas**. 2016. 171f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Ribeirão Preto, 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NATALINO, M. A. C. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In. SANTOS, M. P. G (Org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 37-60.

NETO, O. C. M. Necropolítica da colonialidade no Brasil: segregação e desumanização no Hospital Colônia de Barbacena e na Cracolândia em São Paulo. **MERIDIONAL Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos**:| Número 11, octubre 2018-marzo, 2019.

OLIVEIRA, F. C. **Batalhas virtuais na cibercultura: uma análise psicossocial da memória e das representações sociais dos governos militares no Brasil (1964-1985)**. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. Ni socorro, ni salud: abusos em vez de rehabilitación para usuarios de drogas en la América Latina y el Caribe. 224 West 57th Street New York, NY 10019 USA, 2016.

PEDRON, C. B. W.; BUCHELE F. Comunidade Terapêutica para Adolescentes: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. 12(1):48-57, jan.-mar. 2016.

PERRONE, P. A. K., A comunidade terapêutica para recuperação da dependência de álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(2)569-580, 2014.

RECIFE. Plano municipal de atenção integrada ao crack e outras drogas. – Recife, 2013a.

_____. **Decreto nº 27. 541, de 25 de novembro de 2013**. Institui o Plano Municipal de Atenção Integrada ao crack e outras drogas no Recife., 2013b.

RÖHR, F. Espiritualidade e educação. In: RÖHR, F (Org.). **Diálogos em educação e espiritualidade**. 2 ed. revisada – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012. p. 13-52.

ROMANINI, M.; ROSO, A. A midiatização da cultura, criminalização e patologização de usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**. - vol. 21, 483-497, 2013.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SABINO, N. de M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativa. **Estudos de Psicologia**. Campinas: 22(2) I 167-174 I abril - junho, 2005.

SANTOS, M. de F. de S. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Eds.) **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Pernambuco: UFPE, 2005.

SANTOS, M. F. S.; ACIOLI NETO, M. L.; GALINDO, F. S.; SOUZA, L. B. A ambivalência no campo das drogas: uma análise das representações de álcool e maconha. **Revista de Administração Educacional**, Recife, 1(2), 2015, p.125-145, 2015.

SANTOS, M. de F. S.; ALÉSSIO, R. L dos S. Olhares entrecruzados sobre as drogas: contribuições da psicologia social. In. SANTOS, M. de F. S.; ALÉSSIO, R. L dos S.; ALMEIDA, A. M. de O. (Org). **A perspectiva do estudo psicossocial no estudo das drogas**. – Brasília, DF: Technopolitik, 2016. p. 168-180.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre os modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In. Santos, M. P. G. (Org). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p.17-36.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; SANTOS, M. A. dos. Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão** ;35(3):781-796, jul.-set. 2015.

SCHLEMPER JUNIOR, B. R. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. **Rev. Bioética**. vol.26 no.1 Brasília Jan./Mar. 2018.

SHIMOGUIRI A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface (Botucatu)**. 21(63), p. 845, 2017.

SIBA. **Barato pesado**. Coruja Muda. EAEO Records, 2019.

SLEGHIM, M. R. et al. Motivações para o tratamento de usuários de crack em uma comunidade terapêutica. J. **Cuidado é Fundamental**. [online], Ribeirão Preto, nº 7, v. 3, p. 3009-3019, jul./set. 2015.

SILVEIRA, D. X. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SUNDFELD, Ana C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivacao: relato de uma experiência **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.

TENORIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência e Saúde** 9(1):25-59, 2002.

VALDERRUTÉN, M. del C. C. Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicología & Sociedad**; 20 (1): 80-90, 2008.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: (Org.) COSTA, M.V. Educação Popular hoje. São Paulo: Loyola, 1998.

VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião? In. (Org.) VALLA, V.V. **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VASCONCELOS E. M. O campo das ciências das religiões, o paradoxo apoio social – intolerância e as práticas no lidar com as situações existenciais/sociais limite e com as drogas. In. VASCONCELOS, E. M.; LIMA, R. de C. C. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. – 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2019.

VECCHIA M. D., MARTINS S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface** (Botucatu) 13(28):151-164, 2009.

VEMTURINI. E. A desinstitucionalização: Limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento**., 20(1): 138-15, 2010.