

Carolina Couto da Mata

O USO DO TRABALHO COMO RECURSO
TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS:
um estudo em uma Comunidade Terapêutica
de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Psicologia da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social
Orientadora: Maria Elizabeth Antunes
Lima

Belo Horizonte - MG
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - UFMG
2007

150 Mata, Carolina Couto da
M425u O uso do trabalho como recurso terapêutico no tratamento de
2007 dependentes químicos : um estudo em uma comunidade terapêutica
em Belo Horizonte (MG) / Carolina Couto da Mata. – 2007.

168 f.

Orientador: Maria Elizabeth Antunes Lima

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia - Teses 2.Trabalho – Teses. 3.Toxicomania – Teses 4.
Comunidade terapêutica – Teses 5.Saúde mental – Teses
I. Lima, Maria Elizabeth Antunes. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título

Agradecimentos

.Ao Vinícius e ao Lucas, meus amores.

.A minha mãe, por tudo.

.Aos amigos e mestres Ronaldo e Ana, por me deixarem participar de um ideal.

.Ao GES.TO, em especial à Débora, pela ajuda nas entrevistas e pelo carinho dos seus comentários sobre essa dissertação.

.À Terra da Sobriedade, em especial aos pacientes que ofereceram suas histórias, pela confiança.

.À Professora Beth Antunes, por sua orientação minuciosa.

.Aos colegas do mestrado, Carlos, Edmar e Zoé, pelo apoio nas discussões do projeto.

.Ao CNPQ, pela concessão da bolsa de estudo.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo explicitar e compreender a importância do trabalho como tratamento para os dependentes químicos da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, no município de Belo Horizonte (MG), sendo focado, especificamente, a função clínica dessa atividade – o trabalho. Através do resgate biográfico de dois pacientes da referida instituição, investigamos os efeitos do uso de drogas em suas vidas e os benefícios clínicos que o trabalho, tanto aquele realizado dentro da Comunidade, quanto no mercado formal, trouxe para esses indivíduos. Apoiados, principalmente em Clot (2006) e Le Guillant (2006), os resultados apontam para um possível caminho através do qual o trabalho pode ser proposto como tratamento. Além disso, concluímos, com o nosso estudo, que a proposta de conciliar atividades exclusivamente clínicas com atividades reais – de trabalho, de estudo e de lazer, por exemplo, proporcionou aos pacientes o desenvolvimento de estratégias mais saudáveis para lidarem com suas dificuldades.

Palavras chaves: trabalho, dependência química, comunidade terapêutica, saúde mental.

ABSTRACT

This study aims to discuss the importance of work as a therapeutic instrument for drug addicts, evaluating the impact of that activity in their mental health. Through a case study of two patients from the Therapeutic Community Terra da Sobriedade, in Belo Horizonte (MG), we investigated the effects of the use of drugs in their lives and the clinical benefits of working inside and outside the community, while in treatment. Based in Clot (2006) and Le Guillant (2006), the results showed how work can be proposed as a therapeutic instrument. Besides, it demonstrated that combining clinical activities with others, outside the community – work, study, and leisure – provided to those addicts the opportunity to develop healthier strategies to deal with their difficulties.

Key words: work, drug addiction, therapeutic community and mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Ações desenvolvidas pela Terra da Sobriedade – 2005	29
QUADRO 2 – Dinâmica de tratamento da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade	34
GRÁFICO 1 – Distribuição da frequência de participantes nos grupos de Mútua-ajuda da Terra da Sobriedade - 1999-2005.....	31
GRÁFICO 2 – Distribuição do número de pacientes atendidos na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, nos regimes de hospedagem ou permanência-dia - 1998 -2005.....	31
FIGURA 1 - Os três níveis onde o trabalho se apresenta como mediador entre as pessoas.....	138

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I - Um breve histórico sobre as Comunidades Terapêuticas.....	20
1.1 - O tratamento nas Comunidades Terapêuticas para Dependentes Químicos.....	24
1.2 - O uso do trabalho nas Comunidades Terapêuticas.....	25
CAPÍTULO II - A Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade.....	29
CAPÍTULO III - Apresentação dos casos clínicos	
3.1 - A história de Carlos.....	39
3.2 - A história de Miguel.....	92
CAPÍTULO IV - Discussão dos casos.....	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS.....	165
ANEXO.....	168

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo estudar a importância do trabalho no tratamento de dependentes químicos. Especificamente investigamos o uso do trabalho como recurso terapêutico na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, em Belo Horizonte (MG), avaliando os impactos dessa atividade na saúde mental de pacientes em tratamento.

Nosso interesse pela categoria ‘trabalho’ está fundamentado na constatação de que essa atividade é essencial para o ser humano, quando nos detemos no seu sentido trans-histórico e etimologicamente positivo, como apontou Viegas (1989, p.1):

(...) a palavra labor está ligada, exatamente na sua origem latina, às atividades agrícolas, à lavoura, à laboração no campo. Quer dizer, trabalhar significa cultivar. Então trabalhar, enquanto cultivar, é uma palavra que nos remete diretamente ao sentido da palavra cultura. Cultivar é fazer cultura. A cultura é cultivada, é fruto de um processo de enriquecimento, de um processo de transformação.

O homem é o único ser capaz de transformar a natureza como resposta às suas necessidades, através do trabalho, reagindo às alternativas que lhe são postas pela realidade. Além disso, simultaneamente, esse ser prático transforma a si mesmo. Por isso, segundo Chasin, J (1993), a partir do pensamento marxiano, o trabalho tem como finalidade a autoconstrução humana, que se dá em um processo contínuo de ‘vir-a-ser’, de ‘tornar-se homem’.

Tudo que a cultura humana criou até hoje (...) nasceu do fato de que desde o começo os homens se esforçaram para resolver questões emergentes da existência social. É à série de respostas formuladas a tais questões que damos o nome de cultura humana (Lukács *apud* FORTES, 2001, p.13).

Quando consideramos a temática Saúde Mental e Trabalho, encontramos vasta bibliografia no que se refere às conseqüências patológicas de algumas atividades laborativas para os indivíduos a elas submetidos. Contudo, ainda são escassas as publicações científicas

que se dedicam à contribuição do trabalho para a saúde do indivíduo, perspectiva que se fundamentaria no seu sentido positivo.

Apesar dessa escassez, na história da assistência aos transtornos psiquiátricos, o trabalho tem sido proposto como recurso no tratamento, a partir de diferentes concepções, que variam de acordo com o contexto socio-histórico em que tais experiências são realizadas¹ (BRESCHIA, 2003; DE LEON, 2003; MATA, 2000; VIANA, 2004).

Recentemente, Brescia (2003) apontou a relevância do uso do trabalho como recurso terapêutico na assistência a portadores de transtornos mentais, que participam de um programa de geração de trabalho e renda, no município de Belo Horizonte. Nossa pesquisa pretende ampliar essa investigação, abordando uma clientela diferenciada e contribuindo, assim, para o crescimento e a consolidação das teorizações nessa área.

Noutro estudo semelhante, Viana (2004) se refere ao uso do trabalho em Oficinas Terapêuticas, realizadas, também, na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade. Esse autor não faz uma distinção aprofundada entre Comunidade Terapêutica (CT) e Oficina Terapêutica, por não ser esse o objetivo do seu texto e por considerar que são “*aplicações diferentes de um mesmo método: as psicoterapias ocupacionais* (p.64)”.

Entretanto, enfatiza que a diferença entre ambas está na especificidade que caracteriza a organização dos ambientes, dos materiais e instrumentos terapêuticos, o papel do terapeuta e o de outros ajudadores, assim como na relação entre os pacientes nos dois modos de aplicação do método. Seu objeto de pesquisa é o uso do trabalho como tratamento *na Oficina Terapêutica*, ação que tem como intuito “*ampliar e gerar consciência nos*

¹ Sabemos que a atividade laborativa tem assumido significações variadas em cada momento sócio-histórico, posto que esses resultam em contextos produtivos também variados, determinantes da relação homem-trabalho. Brescia (2003) considera que são esses contextos históricos que também determinaram uma ambigüidade no que se refere ao sentido etimológico do trabalho: o termo também pode ser associado a sofrimento, tortura, escravidão e exploração. Uma reflexão mais detalhada desse aspecto pode ser encontrada em LIMA, M.E.A. *Os sentidos trans-histórico e histórico do trabalho e sua importância para o psicólogo*. Texto elaborado para uso exclusivo em sala de aula. Belo Horizonte, s.d. (mimeo).

participantes acerca de suas próprias vidas (Viana, 2004, p.73)”. Para tanto, ele se dedica ao estudo de dois atendimentos nesse setting, quando foram utilizadas técnicas diferenciadas de terapia ocupacional. Viana considera que há uma interação constante entre os contextos da Oficina Terapêutica e da Comunidade Terapêutica, já que ambos propõem o trabalho, ou seja, “a experiência, a atividade, a ocupação, o trabalho comunitário, o ‘fazer’ como instrumento de tratamento, pretendendo uma intervenção na realidade objetiva, para provocar mudanças subjetivas (p.48)”.

Nosso estudo, por sua vez, enfatiza o uso do trabalho como recurso terapêutico num contexto ampliado – a Comunidade Terapêutica – onde acontecem outras atividades além da Oficina Terapêutica, como os atendimentos clínicos, as atividades pedagógicas e as de desenvolvimento espiritual, os projetos pessoais, as tarefas de limpeza, de organização e de manutenção da Comunidade e as oficinas de produção, de acordo com o programa terapêutico de cada serviço. Especificamente, investigamos qual o impacto desse trabalho doméstico e daquele realizado na padaria CT (oficina de produção) na saúde mental dos pacientes que o realizam. Além disso, avaliamos o significado do trabalho remunerado realizado no mercado formal para os pacientes em tratamento na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade.

O abuso de álcool, tabaco e de outras drogas tornou-se uma das maiores preocupações da Saúde Pública no Brasil. Recentemente, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD, 2007) realizou o Segundo Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil. Foram pesquisadas, no ano de 2005, as 108 cidades do País com mais de 200.000 habitantes, totalizando 7.939 entrevistas realizadas, com uma população com idades entre 12 e 65 anos. Os resultados revelaram que 74,6% dos entrevistados já fizeram ‘uso na vida²’ de álcool e 44% de tabaco. A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% e de tabaco 10,1%. Ao compararmos esses resultados com os encontrados no Primeiro Levantamento,

² A expressão “uso na vida” faz referência a qualquer uso de substância psicoativa feito alguma vez pelo indivíduo, ao longo da sua vida, inclusive um único uso experimental (SENAD, 2007).

realizado em 2001 (Carlini *et al.*, 2002), encontramos 68,7% e 41,1% para o ‘uso na vida’ de álcool e tabaco, respectivamente, sendo 11,2% e 9% destes, considerados dependentes, caracterizando, portanto, um aumento do consumo dessas duas substâncias.

O ‘uso na vida’ de qualquer droga, exceto o álcool e o tabaco, atingiu 19,4% da amostra pesquisada em 2001 e 22,8% , em 2005. Ao compararmos esses dados em outros países - apesar de considerarmos a influência da cultura, da política e da economia de cada região no consumo de drogas – encontramos 38,9% nos Estados Unidos e, no Chile, 17,1%. No Brasil, o ‘uso na vida’ de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, em 6,9% dos entrevistados, em 2001, e em 8,8%, em 2005. Esse resultado é bem menor do que nos Estados Unidos (40,2%), Reino Unido (30,8%), Chile (22,4%), mas superior ao da Bélgica (5,8%) e ao da Colômbia (5,4%) (CARLINI *et al.*, 2002; SENAD, 2007).

Quanto ao tratamento da população dependente de substâncias psicoativas, com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, conforme a Lei nº. 10.216 de 06 de abril de 2001, o nosso Ministério da Saúde criou serviços públicos de saúde especializados. As portarias da Secretaria de Assistência à Saúde nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, e a nº. 189, de 20 de março de 2002, regulamentaram o funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad II), que incluem na assistência prestada: atendimento individual e em grupo; atendimento em oficinas terapêuticas, executadas por profissional de nível médio ou superior; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; atendimento de desintoxicação. Posteriormente, outra portaria (Port. SAS 305, 3/05/2002) ampliou a proposta assistencial, acrescentando: atividades educativas e preventivas na unidade e na comunidade; orientação profissional; acolhimento/ observação/ repouso/ desintoxicação, quando não há quadro severo de

abstinência; encaminhamento para hospital geral, devido a condições clínicas, e acompanhamento dos pacientes no período de internação.

As propostas de atendimento dos CAPSAd estão inseridas no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve início na década de 70, influenciada pela Reforma Psiquiátrica Italiana. Marcada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e pela criação de modelos alternativos aos manicômios para a atenção à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve a Reabilitação Psicossocial como norteadora dos novos serviços, assim definida por Pitta (1996, p.9):

Ética que facilite aos sujeitos com limitação para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o maior nível possível de autonomia para a vida em comunidade.

O objetivo da Reabilitação Psicossocial é a reinserção social, focalizando três grandes cenários: a casa, o trabalho e a rede social. Por isso, os serviços substitutivos propunham Oficinas Terapêuticas para a expressão, sociabilização e reinserção social, assim como as Cooperativas de Trabalho, inspiradas no modelo italiano, cujo propósito fundamental era o de promover novas formas de convivência dentro da comunidade, a partir da atividade laborativa.

A Legislação, de 1990 a 2002, que regulamenta os serviços substitutivos aos manicômios no Brasil, faz referência ao trabalho, ou seja, ao uso do ‘fazer humano’ como recurso terapêutico, como uma das ‘novas’ atividades desenvolvidas nesses serviços de saúde mental. Entretanto, não há uma conceituação explícita, que evidencie um percurso prático-teórico consistente, que esclareça e justifique o uso dessa atividade com fins terapêuticos. **Por que e para que, então, propor o trabalho como tratamento para os dependentes químicos?** Esta é a questão central que investigamos com o nosso estudo.

Ainda quanto à criação dos serviços públicos, não podemos considerar, ingenuamente, que os dependentes têm sido atendidos somente a partir da regulamentação dos CAPSad II, a partir de 2002. Historicamente, no Brasil, eles têm também encontrado assistência nas Comunidades Terapêuticas, popularmente conhecidas como 'Fazendas' ou 'Casas de Recuperação'. Apesar de serem escassas as publicações nacionais sobre o funcionamento das CTs, esses serviços são freqüentemente criticados por profissionais da Saúde, que alegam serem as práticas desenvolvidas nesses locais semelhantes às manicomiais, combatidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Um dos objetivos do nosso estudo é colaborar para que esse modelo de abordagem da dependência química seja cientificamente compreendido e sistematizado, inclusive para que críticas construtivas possam ser fundamentadas em produções acadêmicas consistentes.

No Brasil, o desenvolvimento dos serviços de Saúde não está condicionado à pesquisa científica, como ocorre na América do Norte, por exemplo. Ao resgataremos a história dos serviços americanos, encontramos o surgimento das Comunidades Terapêuticas atrelado às pesquisas: pela necessidade de se obter recursos financeiros para a ampliação dos serviços, os pesquisadores tiveram que comprovar cientificamente a viabilidade do modelo e a efetividade do tratamento proposto (RAVNDAL, 2003).

Muitas dessas pesquisas apresentaram resultados significativos. Holland³ (*apud* RAVNDAL, 2003) revisou o resultado de 19 estudos realizados nos EUA, no período de 1972 a 1982, e concluiu que o tratamento nas CTs modificava não só o abuso de drogas, mas, também, os índices de criminalidade e de inserção no mercado de trabalho de seus recuperados. Em uma outra revisão, Ravndal resgatou resultados referentes à efetividade do tratamento das CTs européias. Verificou-se que o impacto do tratamento no abuso de drogas estava diretamente relacionado ao tempo de permanência dos pacientes na CT e que, quando

³ HOLLAND, S. The effectiveness of the therapeutic community: a brief review. In: *Proceedings of the 7th World Conference of Therapeutic Communities*. Chicago, Gateway House, 1983, p. 27-33.

comparado a outras modalidades terapêuticas da Inglaterra, os pacientes das CTs apresentavam os melhores resultados nesse aspecto. Na Suíça, pesquisadores avaliaram as mudanças psicossociais após a intervenção, a motivação dos pacientes, assim como os resultados e efeitos do tratamento no momento da alta e 3 anos após a alta. Quando comparadas às outras modalidades, mais uma vez as CTs foram consideradas as mais efetivas no que se refere a esses aspectos investigados.

Essas pesquisas internacionais apontam a efetividade das Comunidades Terapêuticas. Entretanto, não nelas não se discute como se dá o processo de cura que acontece nesses serviços, ou seja, ainda não há evidências claras de como e porque são efetivas: quais são os instrumentos terapêuticos que trazem benefícios aos pacientes? Seria a natureza ou a intensidade desses instrumentos que aumentaria a possibilidade de evolução dos pacientes? É nessa perspectiva que se insere o nosso estudo: **se o ‘trabalho’ é um dos recursos das Comunidades Terapêuticas qual seria o seu impacto sobre os dependentes químicos em tratamento? De que maneira o ‘trabalho’ participa na recuperação desses pacientes?**

A Construção do objeto

Nosso interesse por esse objeto de estudo – *o trabalho como recurso terapêutico* - teve início ainda na graduação, quando estudávamos a proposta de Jorge (1990,1995) para a Terapia Ocupacional: *o uso do trabalho, realizado de forma livre e criativa pelo paciente, como tratamento*. Baseando-nos nessa referência, investigamos o papel do Terapeuta Ocupacional nos Centros de Convivência de Belo Horizonte⁴, serviços que propunham a participação em oficinas e a posterior comercialização dos produtos, como recurso na reinserção social dos usuários em sofrimento psíquico. No estágio curricular, coordenamos as oficinas protegidas para deficientes mentais e o programa da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Belo Horizonte (APAE), voltados para a inserção desses pacientes no mercado de trabalho. Apesar de não ter sido sistematizada, essa experiência na APAE nos apontou pela possibilidade de diferentes significados serem atribuídos pelos deficientes à atividade laborativa desenvolvida nos dois contextos – na oficina protegida e no mercado formal.

Atualmente, nossa prática profissional, como Terapeuta Ocupacional da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, tem nos motivado a estudar e a pesquisar sobre o lugar do trabalho no tratamento de dependentes químicos.

Esse percurso nos direcionou para esta dissertação, estabelecendo como um objetivo específico para a nossa pesquisa:

- Avaliar o significado e o impacto clínico, subjetivo e social do trabalho realizado pelos dependentes químicos em tratamento na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade.

⁴ Essa pesquisa foi apresentada como monografia, o que era pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aspectos metodológicos

Considerando o objetivo desse estudo e o êxito na escolha metodológica da pesquisa apresentada por Brescia (2003), cujo tema é semelhante ao que desenvolvemos, conforme já mencionamos, optamos pelo método qualitativo biográfico. Especificamente, nos inspiramos no modelo proposto pelo Psiquiatra Louis Le Guillant: ele estabelecia um paralelo entre a trajetória pessoal, a profissional e as condições psíquicas de seus clientes, a partir dos relatos do próprio paciente sobre esses aspectos, para compreender e direcionar a evolução clínica dos casos.

Fiel a sua filiação politzeriana, Le Guillant investigava as condições concretas de existência de seus pacientes, buscando relacioná-las aos fenômenos mentais, articulando os determinantes sociais e individuais na gênese e na remissão das doenças mentais, ou seja, relacionando o mundo objetivo à subjetividade. Como explica Lima (2004, p.155), citando esse Psiquiatra⁵:

O contexto psicológico deve ser compreendido de forma integrada com as condições de vida, e ser concebido como ‘o reflexo no espírito do paciente das condições sociais, educativas, econômicas e ideológicas, ao mesmo tempo bem reais e particulares que ele viveu desde a sua infância até o momento atual’, considerando a história do indivíduo na sua integralidade, ‘resgatando suas formas de julgar e de se conduzir, (...) e as representações do mundo forjadas por essa história’.

Ao contar-nos sua história, o sujeito elucida, progressivamente, uma certa realidade vivida, permitindo-nos conhecer o seu próprio saber, construído a partir de sua experiência cotidiana, além de sua condição concreta de existência.

Adotamos como diretriz para o nosso estudo o apontamento de Chasin, J. (1995), que diz que, para alcançarmos a realidade, não podemos, *a priori*, definir um caminho a ser percorrido para a compreensão do objeto de pesquisa. Antes, devemos nos aproximar e nos

⁵ LE GUILLANT, L. *Quelle psychiatrie pour notre temps?* Toulouse: Érès. 1984. (Tradução da autora).

subsumir à sua lógica. Ou seja, de acordo com Barros e Silva (2002), devemos permitir que o entrevistado nos revele a *sua* história, a partir da dinâmica existencial que lhe é própria e não recolher a história que o pesquisador deseja, o que se aplica, tanto no método da História de Vida, quanto no método Biográfico, proposto por Le Guillant (2006).

Portanto, investigamos o impacto clínico, subjetivo e social do trabalho realizado pelo próprio paciente, enquanto em tratamento na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, através de suas narrativas biográficas, sem conceber, previamente, uma orientação que conduzisse nossa investigação e discussão acerca do que encontraríamos no campo. Dessa forma, distanciamos-nos ao máximo de idéias pré-concebidas sobre nosso objeto de estudo, permitindo que a trajetória narrada por cada sujeito nos fornecesse o caminho para o conhecimento teórico que buscávamos.

Para tanto, selecionamos e entrevistamos dois dependentes que estavam em tratamento há mais de seis meses, cuja evolução clínica sugeria aderência ao tratamento, segundo a equipe clínica da instituição, e que apresentavam condições psíquicas favoráveis para a participação em entrevistas em profundidade. Além dos dados coletados nas entrevistas, analisamos os prontuários, buscando resgatar informações sobre os casos, os tratamentos anteriores e a relação desses pacientes com a Comunidade Terapêutica.

Por meio das biografias, buscamos compreender o universo do qual esses sujeitos fazem parte. Suas narrativas revelaram não só como cada um lidava individualmente com a sua existência, mas, também, a conjuntura social, a cultura, os valores e a ideologia de um determinado momento histórico, pois, segundo Paulilo (1999), a história individual não é suficiente para que se compreenda a história coletiva na sua plenitude, mas, em certo grau, a revela. Por isso, o resgate biográfico nos ofereceu uma riqueza de conteúdo, permitindo uma análise mais abrangente, e indicou particularidades, que devem ser objeto de estudo de outras pesquisas. Nesse sentido, Paulilo (*Ibidem.*) considera que os resultados encontrados pelo

método da história de vida são generalizáveis, ao apontar possibilidades de como lidar com uma determinada realidade.

Organização da dissertação

No primeiro capítulo desta dissertação, apresentaremos um breve relato histórico sobre as Comunidade Terapêuticas, desde a proposta de Maxwell Jones para os pacientes psiquiátricos, na década de 40, até a criação de serviços para dependentes químicos, vinte anos mais tarde, na América do Norte, fundamentados no Modelo de Minnesota e de Synanon, sob a influência do Grupo Oxford e o dos Alcoólicos Anônimos. Explicaremos como funciona o tratamento nas Comunidades Terapêuticas, apoiando-nos em De Leon (2003), especificamente quanto ao uso do trabalho como um dos recursos terapêuticos empregados, no que diz respeito ao seu objetivo clínico, quanto ao tipo de trabalho proposto, quanto à organização das atividades e, finalmente, quanto à hierarquia das funções, dentro da divisão do trabalho.

No segundo capítulo, apresentaremos a proposta de tratamento da Terra da Sobriedade, nosso campo de estudo.

O terceiro capítulo será dedicado às biografias coletadas, seguindo o modelo proposto por Le Guillant (2006), utilizando-nos das falas dos sujeitos, citadas literalmente, para valorizarmos suas próprias formas de expressão.

No quarto capítulo, discutiremos os principais elementos extraídos da análise do conjunto dos casos clínicos, estabelecendo uma interlocução teórica com Viana (2004), De Leon (2003), Yves Clot (2006) e Le Guillant (2006), indicando os aspectos essenciais que definem a função clínica do trabalho para os dependentes químicos em tratamento na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade.

Nas considerações finais, elencaremos as principais questões originadas das discussões anteriores, não com o intuito de extrair conclusões definitivas, mas apenas indicando alguns aspectos essenciais ao tema, que poderão contribuir para a discussão do uso do trabalho como tratamento da dependência química.

CAPÍTULO I

Um Breve Histórico sobre as Comunidades Terapêuticas

Para De Leon (2003), dois grandes campos do saber científico direcionaram a proposta clínica das Comunidades Terapêuticas: a psiquiatria social e a dependência química.

No primeiro campo, as CTs, denominadas democráticas, têm sua origem no pós-guerra, na reabilitação de soldados através de grupos terapêuticos. Essa proposta foi desenvolvida por Maxwell Jones, psiquiatra do exército inglês, no Hospital Belmont (mais tarde chamado Henderson), na segunda metade da década de 1940. De Leon (2003) define essas comunidades como *“unidades e instalações inovadoras destinadas ao tratamento psicológico e à guarda de pacientes psiquiátricos socialmente desviantes dentro (e fora) de ambientes hospitalares de tratamento de transtorno mentais (p.13)”*. Como uma alternativa ao tratamento manicomial vigente na época, o trabalho de Jones fundamentava-se nos seguintes pressupostos: *“(1) na comunicação de mão-dupla em todos os níveis; (2) na tomada de decisão por todos os níveis, a partir do consenso; (3) na liderança compartilhada; e (4) na aprendizagem social através das interações no ‘aqui e agora’ (Jones⁶, 1968, 1982, apud VANDEVELDE, 2004, tradução nossa⁷)”*. Outro diferencial do trabalho de Jones: cabia ao profissional ajudar o paciente a descobrir o conhecimento que ele adquiriu na experiência grupal, atuando como um facilitador no processo de aprendizagem social - ao invés de transmitir um novo conhecimento de modo professoral.

No segundo campo, De Leon afirma ser a CT um *“programa de tratamento residencial, baseado na comunidade, de dependentes de álcool e drogas (p.13)”*. Notamos que o autor ressalta a diferença entre os dois tipos de Comunidades Terapêuticas a partir da

⁶ JONES, M.(1968) *Beyond the Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry*. New Haven, CT: Yale University Press e, do mesmo autor, (1982) *The Process of Change*. Boston, MA: Routledge & Kegan Paul.

⁷ Texto original em inglês.

compreensão de que, no primeiro, a inovação está nas *instalações físicas* onde o tratamento acontece e que, no segundo, a CT é definida como um *programa* de tratamento, um conceito que sugere algo mais do que um espaço físico diferenciado. O autor argumenta que, cronologicamente, as CTs da Psiquiatria Social antecedem - em 15 anos - àquelas voltadas para a dependência química na América do Norte, mas que não é possível determinar com clareza qual a influência de uma experiência sobre a outra.

Entretanto, considera que, gradualmente, houve uma aproximação entre os modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT para dependentes químicos. De Leon cita as características da Comunidade Terapêutica psiquiátrica, a partir da proposta de Maxwell Jones:

(1) considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico; (2) a organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento; (3) um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona **oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição**; (4) todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos; (5) a atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos; (6) atribui-se um alto valor à comunicação; (7) **o grupo se orienta para o trabalho produtivo**⁸ e para o rápido retorno à sociedade; (8) usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos; (9) a autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes (DE LEON, 2003, p.15, grifos nossos).

Na América do Norte, em 1960 e 1970, e, posteriormente, na Europa, surgiram programas e modelos de tratamento para dependentes químicos, nos quais encontramos os elementos básicos das Comunidades Terapêuticas contemporâneas, voltadas para o atendimento dessa clientela: o Grupo Oxford; os Alcoólicos Anônimos; o Modelo Minnesota e o Modelo de Synanon.

⁸ Apesar de mencionar que o trabalho produtivo direciona o grupo, o autor não esclarece qual a função clínica dessa atividade no tratamento.

O Grupo Oxford, uma organização religiosa evangélica luterana, fundada na segunda década do século XX, propunha a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada, e valores como honestidade, pureza, altruísmo, amor, auto-exame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos causados, idéias que fundamentam os princípios das CTs contemporâneas.

A proposta do Grupo Oxford também influenciou a criação dos Alcoólicos Anônimos (A.A.), por Bill Wilson e Robert Smith, em 1935. O A.A. teve seu momento fundador na experiência de conversar sobre as dificuldades e vitórias ao se tentar interromper o abuso de álcool. Os Doze passos e as Doze tradições do A.A. são princípios que guiam o indivíduo no processo de recuperação, ao enfatizarem a necessidade: de admissão da perda do controle do uso da substância; da entrega desse controle a um “poder superior”; do auto-exame; da reparação dos males causados a outras pessoas e do oferecimento de ajuda para que outros necessitados se empenhem em um processo semelhante (De Leon, 2003).

Dois modelos de tratamento, o de Minnesota e o de Synanon, segundo Ribeiro *et al.* (2004), também influenciaram as CTs contemporâneas para dependentes químicos.

O Modelo de Minnesota se baseia em uma versão institucional do A.A. e dura de 28 dias a vários meses, dependendo de cada programa. É realizado em ambiente isolado e fechado, onde acontecem terapias de grupo, palestras, leituras e reuniões de A.A. A equipe responsável é formada por dependentes químicos que completaram os 12 passos com sucesso. Findado o tratamento intensivo, estimula-se a frequência nas salas de A.A.

O Modelo Synanon foi fundado em 1958, na Califórnia, por Charles Dederich, um alcoólatra em recuperação, que mesclou sua experiência no A.A. a outras influências da Filosofia e da Psicologia (existencialismo e psicanálise). Esse programa de recuperação se baseava nos grupos de mútua-ajuda do A.A. e no confronto, pois se considerava que o ataque verbal, a humilhação, a atribuição de culpa e a intimidação traria como resultado um contato

real e positivo com o meio ambiente. Além disso, propunha-se o trabalho para a recuperação e para a reinserção social. Os novatos no programa eram responsáveis por “*atividades braçais e subservientes, tais como a limpeza do lixo e dos banheiros, enquanto os que progrediam iam recebendo incumbências mais complexas e administrativas* (RIBEIRO *et al.*, 2004, p. 474)”.

Apesar de julgar o Modelo de Synanon uma evolução em relação aos seus precursores e uma inovação no tratamento da doença⁹, De Leon (2003) afirma que essa própria instituição não se considerava como um serviço de tratamento para dependentes químicos, mas como uma comunidade alternativa de ensino e vida.

Ainda na década de 60, esse modelo foi investigado por profissionais de Nova York, que implantaram, com a ajuda de ex-membros de Synanon, uma CT para dependentes químicos, chamada Daytop Village. Para Kaplan *et al.* (2003), o rompimento, que se deu posteriormente, com a ligação ideológica que mantinham com Synanon modificou a proposta clínica de Daytop para o tratamento e a reabilitação psiquiátrica, além da integração e inclusão social dos dependentes recuperados. Nessa nova concepção, os recuperados poderiam atuar como modelos de uma vida sem drogas e influenciar a sociedade, ao demonstrarem que a recuperação era possível, mesmo em se tratando de uma doença crônica, cuja gravidade e complexidade implicariam em possíveis recaídas.

A disseminação desses serviços para dependentes químicos, com o apoio do Governo americano, resultou na criação da TCA - Comunidades Terapêuticas da América - uma organização de programas norte-americanos de CTs, em 1975 (De Leon, 2003).

⁹ Para Kaplan *et al.* (2003) Synanon era uma expressão da ‘antipsiquiatria’ e não da psiquiatria manicomial de sua época.

1.1 O Tratamento nas Comunidades Terapêuticas para Dependentes Químicos

De Leon (2003) define a Comunidade Terapêutica como uma abordagem de auto-ajuda para o tratamento de dependentes químicos: os pacientes são orientados a utilizarem a comunidade para aprenderem sobre si mesmos. O termo *terapêutico* se refere às metas sociais e psicológicas da CT: “*alterar o estilo de vida e a identidade do indivíduo* (p.36)”. Já o termo *comunidade* se refere ao método para alcançar essas mudanças, curando emocionalmente os indivíduos e educando-os no comportamento, nas atitudes e nos valores para uma vida saudável.

Na proposta de auto-ajuda, cada indivíduo assume primordialmente a responsabilidade pela sua própria recuperação, como o principal contribuinte para a sua mudança. O tratamento¹⁰ é, portanto, posto à sua disposição, o que significa que a eficácia de todos os elementos oferecidos também depende de cada paciente. Além disso, cada um se responsabiliza pela recuperação dos demais pacientes da Comunidade, sendo modelos de comportamento, ao oferecerem apoio e estimularem a participação nas atividades diárias.

Nessas “*comunidades de aprendizagem*” - por fundirem as idéias de terapia e ensino - as atividades cotidianas oferecem possibilidades de autoconhecimento, de relacionamento e ensinam sobre o bem-viver¹¹. A aprendizagem ocorre por estágios graduados a partir de metas. Além disso, os programas se autodefinem como famílias substitutas que buscam corrigir os danos históricos causados pelas famílias de origem (De Leon, 2003).

¹⁰ De Leon (2003) considera diferenças nos termos *tratamento* e *recuperação*. O primeiro se refere a um breve período de dedicação a mudança pessoal, como quando se reside numa CT. Já o segundo, se refere a um processo mais longo, que pode durar uma vida. Os tratamentos, assim como outros fatores – recursos sociais, estabilidade psicológica, a família etc. – podem contribuir para a recuperação. Nessa dissertação, entretanto, esses dois termos são usados como sinônimos.

¹¹ A expressão “bem-viver” se refere aos ensinamentos que descrevem por que e como o estilo de vida e a identidade das pessoas se transformam na Comunidade Terapêutica. Esses ensinamentos incluem: respeitar as regras de convivência e as normas para o funcionamento saudável da comunidade, que são fundamentadas em valores, como honestidade, autoconfiança, atenção responsável e ética do trabalho (De Leon, 2003).

As CTs se assemelham a uma microsociedade e contêm, também, elementos de uma macrossociedade: *uma rotina diária de trabalho e educação, relações sociais e uma estrutura ocupacional*. Uma diferença fundamental do ‘mundo real’ é a maior tolerância ao fracasso em um ambiente protegido. “*É uma microsociedade que prepara o indivíduo para uma vida de sucesso na macrossociedade do mundo real*”, afirma De Leon (2003, p. 32).

O uso do trabalho como recurso terapêutico é considerado um diferencial fundamental da clínica das CTs. Por ser esse o objeto de estudo dessa dissertação, vamos aprofundar apenas esse tema.

1.2 O uso do trabalho nas Comunidades Terapêuticas

No Brasil, ainda não encontramos registros científicos oficiais sobre quando as Comunidades Terapêuticas começaram a funcionar. Alguns profissionais consideram que a primeira Comunidade foi estabelecida em 1968, na cidade de Goiânia (GO), a partir do Movimento Jovens Livres, coordenado pela Sra. Ana Maria Brasil (Chaves, 2007). Outros profissionais questionam a veracidade dessas datas, alegando que alguns serviços eram nomeados como Comunidades Terapêuticas, mas não funcionavam dentro do modelo pretendido. Ainda hoje uma das grandes dificuldades para uma organização política dos serviços está relacionada à diversidade de abordagens e propostas terapêuticas dessas instituições. Gradualmente, as Comunidades têm se organizado em federações, como a FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – sediada em Campinas (SP), fundada em 16 de outubro de 1990, com o objetivo de oferecer respaldo técnico, através da capacitação profissional e de um código de ética definido.

Um grande avanço rumo a essa organização política estabeleceu um marco legal para esses serviços, através da determinação de exigências mínimas para a assistência. O uso do trabalho na atenção à dependência química foi pela primeira vez normatizado como parte

dessa rotina - “*dentro de um modelo psicossocial que prioriza a ocupação como um dos fatores de maior efetividade na terapêutica*”, segundo Viana (2004, p.55) - através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 101, em 30 de maio de 2001, da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA):

Os serviços devem explicitar por escrito os seus critérios de rotina de tratamento quanto a: horário de despertar; atividade física desportiva diária; atividade lúdico-terapêutica diária (ex: tecelagem, pintura, teatro, música, dança, modelagem etc.); atividade didático-científica para o aumento da conscientização; atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos filosóficos reflexivos); participação diária, efetiva e rotativa na limpeza, organização, cozinha, horta etc.; atividades de estudo para alfabetização.

A resolução também exige: atendimento individual ou em grupo, semanal, com um profissional de nível superior especialista na área, acompanhamento psiquiátrico, mensal, nos casos de comorbidade, e atendimento à família no período de tratamento. Apesar dessas exigências que determinam o funcionamento diário das CTs, a resolução não esclarece qual o objetivo terapêutico dessas atividades.

Desde que foram normatizadas, essas instituições têm se organizado para atender a essas exigências, e têm sido vistoriadas pelo Governo. Por isso, também consideramos que o nosso estudo contribuirá para a implantação de serviços que compreendam as potencialidades da atividade laborativa para o tratamento e, conseqüentemente, para que a utilizem com efetividade para tal fim.

Quanto ao tratamento proposto nas Comunidades Terapêuticas, De Leon (2003) considera que o trabalho diário dos pacientes tem o objetivo de tratá-los. Nesse sentido, o trabalho tem a função de:

Facilitar o intercâmbio pessoal dotado de sentido nos comportamentos, atitudes e valores de cada indivíduo que trabalha. O resultado material (serviços ou produtos resultantes do trabalho) e mesmo as capacidades desenvolvidas no processo são secundários em relação aos ganhos pretendidos em termos de evolução pessoal (p.146).

Nessa concepção, o desempenho do paciente no trabalho pode ser revelador dos seus problemas pessoais. O caráter terapêutico da atividade laborativa está na expressão e na remediação desses problemas, ‘no’ trabalho e ‘pelo’ trabalho. Portanto, essa atividade media a sociabilização e a recuperação.

Ainda sobre *a função do trabalho* na Comunidade Terapêutica, Viana (2004, p.52) considera que essa atividade está voltada “*para a vida prática, para a produção de utilidades, para a rotina doméstica e para o autocuidado*” e que, por isso, a força de trabalho não é capitalizada. Nessa concepção, o caráter terapêutico do trabalho está na possibilidade dos pacientes serem *ativos* no preenchimento de um espaço de negociação entre as pessoas, onde se busca conciliar os direitos e os deveres, enquanto membros da CT.

Portanto, para esses dois autores, as atividades laborativas são propostas como transformadoras e mediadoras dos indivíduos e das relações que eles estabelecem entre si e com a realidade.

Quanto ao *tipo de trabalho* que é proposto nas Comunidades Terapêuticas, a história desses serviços revela que, inicialmente, os dependentes em recuperação eram responsáveis pela administração da vida diária e de todas as atividades que aconteciam nas instalações que ocupavam, como descreve De Leon (2003, p. 145):

Surgiu naturalmente uma divisão do trabalho para realizar todas as atividades necessárias para a continuidade de uma comunidade social, o que incluía a renovação e manutenção das instalações físicas e dos terrenos, tarefas domésticas, segurança, preparação e fornecimento das refeições, tarefas de escritório e administrativas, aquisição de recursos (por exemplo, mobiliário, vestuário, produtos farmacêuticos e levantamento de fundos privados).

Atualmente, na América do Norte, a gestão da vida cotidiana nas Comunidades Terapêuticas ainda continua sob a responsabilidade dos pacientes, mas tem sido supervisionada pelos funcionários das instituições. No Brasil, por sua vez, ainda não temos

informações oficiais sobre o funcionamento desses serviços, mas sabemos que o trabalho é um elemento essencial da proposta terapêutica que neles acontecem.

Quanto à *organização das atividades*, De Leon (2003) afirma que, nos serviços americanos, o trabalho é organizado em funções hierarquizadas, visando à criação de um contexto laborativo que se aproxime daquele que acontece fora do espaço protegido da Comunidade. Nessa proposta, o trabalho é dividido em categorias, que estabelecem as possibilidades relacionais entre as diferentes funções, de acordo com as características dos pacientes que se deseja atingir e dos objetivos terapêuticos do trabalho.

Além disso, a *hierarquia das funções dentro da divisão do trabalho* tem relação com o tempo de permanência no serviço de saúde. Geralmente, o nível hierárquico e a complexidade das exigências, em termos de habilidades, aumentam proporcionalmente em relação ao tempo de permanência em tratamento.

Para compreendermos a função clínica do trabalho realizado pelos sujeitos do presente estudo, apresentaremos a proposta de tratamento da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, onde realizamos nossa pesquisa de campo.

CAPÍTULO II

A Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade

O tratamento de dependentes químicos e de seus familiares no sistema de Comunidade Terapêutica é uma das ações desenvolvidas pela Terra da Sobriedade. Como OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – essa instituição foi constituída em 31 de agosto de 2002. Tem como missão promover a prevenção, a intervenção, o tratamento, a recuperação, a reinserção social e ocupacional e a atuação política relacionados à dependência química. Para tanto, desenvolve as seguintes ações, conforme o quadro 1 abaixo:

QUADRO 1
Ações desenvolvidas pela Terra da Sobriedade – 2005

Áreas de Atuação	Ações desenvolvidas	
Prevenção, Estudo e Pesquisa	Atividades científicas, educativas, culturais e sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de registros; • Publicações; • Cursos e Palestras; • Campanhas comunitárias; • Consultorias; • Supervisão de estágios; • Apresentação institucional.
Intervenção	Ações comunitárias, experimentais, para melhoria da qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de mútua-ajuda; • Serviço “Voluntários da Terra”
Tratamento	Atividades reabilitadoras, acompanhadas por técnicos especializados	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatório; • Comunidade Terapêutica.
Inclusão Social	Atividades que visam uma maior autonomia e independência dos usuários dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Pós-alta; • Pensão protegida; • Oficinas de produção.
Atuação política	Integração com órgãos e serviços de terceiros	<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias, convênios e filiações.
Organização e Administração	Acompanhamento de Projetos e Processos institucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Captação de Recursos; • Planejamento Estratégico; • Diretorias / Grupo de Gestão; • Gerências

Fonte: Apresentação Institucional da Terra da Sobriedade, 2005.

O surgimento da Terra da Sobriedade está diretamente vinculado à história de Ronaldo e Ana Luíza Viana, que teve início em 1981, quando se conheceram no curso de Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de Minas Gerais. Buscando formação, conheceram Padre Haroldo J. Rahm, SJ – Sacerdote jesuíta fundador das Comunidades Terapêuticas Fazenda do Senhor Jesus. A seu convite iniciaram os trabalhos com dependentes químicos, participando da organização e fundação da Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, hoje Fazenda Renascer, em Pedro Leopoldo (MG). Ao se casarem, em 1983, assumiram a coordenação da casa de acolhimento e triagem desse serviço, onde moraram com os pacientes que chegavam e saíam do tratamento. Nessa casa, nasceu o primeiro dos cinco filhos do casal. Desde então, sempre trabalharam na área da dependência química, implantando e coordenando várias instituições.

Em 1997, receberam em sua residência, junto com seus filhos, pela primeira vez, um dependente químico como hóspede. Tinham como objetivo:

Oferecer-lhe uma acolhida familiar, que facilitasse sua recuperação, num modelo técnico consistente, permitindo que ele voltasse a usufruir da dinâmica da vida em família e dos valores adormecidos pela experiência com as drogas, assim conciliando a ética familiar com a clínica especializada (Apresentação Institucional, 2003).

A partir do êxito nesse primeiro caso, a família passou a se adequar para receber um volume crescente de dependentes. Inicialmente, recebiam jovens de famílias conhecidas, de elevado nível sócio-econômico, o que lhes permitia arcar com as despesas correspondentes ao tratamento. Com o tempo, inevitavelmente, passaram a receber como hóspedes outros dependentes, incapazes de pagarem pelos serviços oferecidos.

Sensibilizados com a situação e empenhados em garantir a viabilização financeira da proposta de tratamento, um grupo de voluntários e os familiares dos dependentes, que já se beneficiaram do serviço oferecido constituíram, em 2002, uma organização da sociedade civil

de interesse público (OSCIP). A constituição da Terra da Sobriedade tem permitido a expansão gradual das ações realizadas pelo casal e sua equipe de profissionais e voluntários.

Os gráficos 1 e 2 demonstram a evolução da assistência prestada pela família e, posteriormente, pela Terra da Sobriedade, a partir do número de dependentes químicos que se integraram ao tratamento e da frequência de usuários dos grupos de mútua-ajuda.

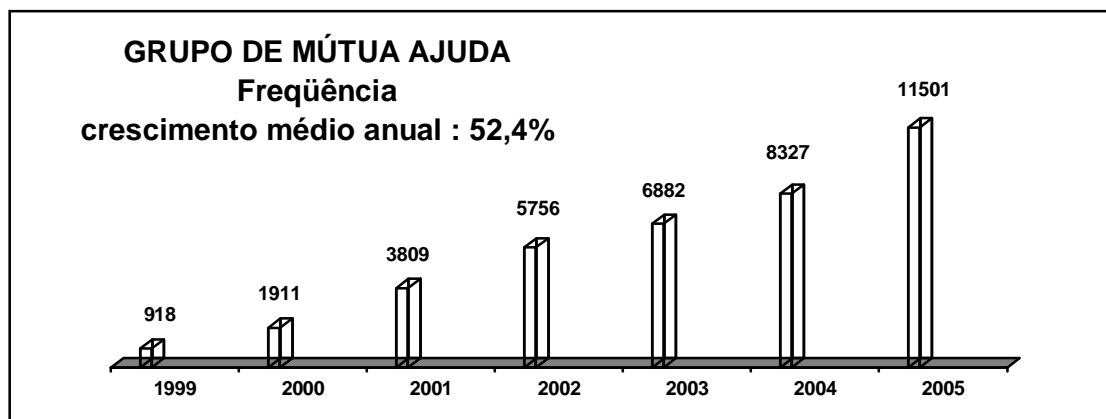


GRÁFICO 1 – Distribuição da frequência dos participantes nos grupos de mútua-ajuda da Terra da Sobriedade , 1999 - 2005.

Fonte: Apresentação Institucional da Terra da Sobriedade, 2005 (mimeo).

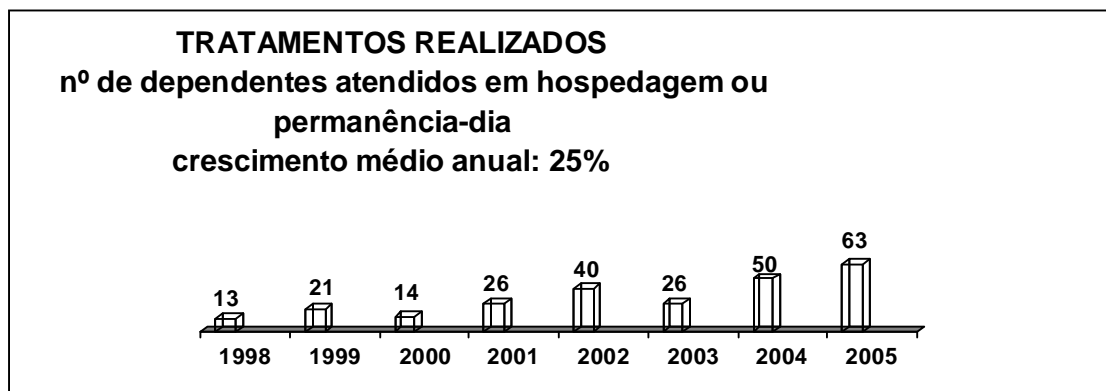


GRÁFICO 2 – Distribuição do número de pacientes Atendidos na Comunidade Terapêutica, nos regimes de hospedagem ou permanência-dia, 1998 - 2005.

Fonte: Apresentação Institucional da Terra da Sobriedade, 2005 (mimeo)

A Terra da Sobriedade atende aos dependentes químicos no sistema de Comunidade Terapêutica; realiza 5 reuniões comunitárias de mútua-ajuda, por semana, para

usuários, famílias, crianças e adolescentes; ministra formação continuada para seus voluntários e multiplicadores; oferece palestras, cursos e eventos comunitários; desenvolve seminários clínicos e administrativos; promove eventos para captação de recursos, além de parcerias comunitárias para o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à causa.

Todos os serviços, em todos os seus níveis de atenção, baseiam-se na formação de uma consciência sobre os significados do uso e do abuso de substâncias psicoativas na história de vida de cada um dos envolvidos, seja ele o próprio usuário de drogas ou um familiar seu.

Nas reuniões dos grupos de mútua-ajuda, gratuitas e voluntárias, os dependentes químicos e seus familiares compartilham suas experiências de vida, na tentativa de solução dos seus problemas, e discutem sobre os fatores de risco e de proteção ao uso e abuso de drogas. As reuniões acontecem dentro da Comunidade Terapêutica.

Nos últimos oito anos, até o final de 2005, foram registradas mais de 39.000 presenças nessas reuniões para usuários, dependentes e familiares, assim como nos de prevenção, para crianças e adolescentes. Todas as ações da instituição são mantidas por doações e parcerias com pessoas físicas, empresas e com o Governo municipal, estadual e federal.

Especificamente no que se refere ao tratamento, a Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade atende dependentes químicos de ambos os sexos, a partir dos 14 anos de idade. É um serviço aberto e urbano¹² – localizado na região Norte de Belo Horizonte - que oferece hospedagem (24 horas) e permanência-dia (um ou dois turnos), 12 e 10 vagas respectivamente. Sua equipe clínica é formada por: duas Médicas, uma Assistente Social, uma Psicóloga, três Terapeutas Ocupacionais, um Monitor, uma Professora de Pintura, um Professor de Educação Física e um Professor de Música. Esses profissionais buscam atuar

¹² A maioria das Comunidades Terapêuticas de Belo Horizonte se localiza na zona rural. Popularmente são conhecidas como “fazendinhas” ou “casas de recuperação”.

cl clinicamente como “*facilitadores do processo de criação comunitária de um ambiente de interação, escuta e aprendizagem através da experimentação, do envolvimento e do crescimento individual e coletivo*” (Regimento Interno da Comunidade Terapêutica, 2005, p.1).

Esse serviço tem como objetivo favorecer aos pacientes a construção de um novo estilo de vida, sem o uso de substâncias psicoativas.

É um trabalho pautado na valorização da família e na abordagem integral do dependente químico, segundo modelo psicossocial, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, comportamentais, educacionais, sociais, profissionais e espirituais (Regimento Interno da Comunidade Terapêutica, 2005, p.1).

O tratamento é voluntário, baseado na espiritualidade, liberdade e criatividade; prevê a participação da família de origem e estimula a amizade, a colaboração, o respeito, a integridade, a honestidade e a abstinência.

Segundo o seu Regimento Interno (2005, p.1), a Comunidade Terapêutica tem “*o viver em comunidade como metodologia: cada um é responsável por seu próprio crescimento e pelo crescimento do grupo*”. Os pacientes em tratamento são considerados os “*protagonistas das ações terapêuticas*”. Por isso, participam ativamente de todas as atividades do cronograma proposto, decidindo e compartilhando, inclusive, a responsabilidade pela manutenção da vida em comunidade e por todas as conseqüências que essa convivência proporciona:

Cuida de si mesmo, reorganizando-se quanto aos procedimentos mais básicos e saudáveis para seu organismo (abstinência, auto-cuidado, sono, higiene, exercícios físicos, alimentação adequada, espiritualidade); cuida do bem comum e descobre intenções e habilidades (organização, limpeza e manutenção dos ambientes coletivos: quarto, banheiro, cozinha, casa, quintal, jardim, horta etc.) e amplia sua atuação, participando dos programas educativos, produtivos, culturais, religiosos, esportivos e de lazer, disponíveis na sede e na sociedade em geral (atividades extra-muros), integrando,

assim, todas as áreas de atuação propostas pela instituição: Prevenção, Intervenção, Recuperação, Reinserção Social e Atuação Política. Entendemos que estas não são apenas etapas, mas ações concomitantes e dinâmicas (Regimento Interno da Comunidade Terapêutica, 2005, p.1).

O quadro 2 descreve a dinâmica de tratamento proposta, quanto aos seus objetivos e quanto à metodologia utilizada.

QUADRO 2
Dinâmica de Tratamento da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade – 2005

Objetivos	Metodologia
Busca de conscientização da Dependência Química	Entrevistas de orientação, palestras informativas, grupos de mútua-ajuda e consultas ambulatoriais.
Ambientação do recém-chegado à Comunidade Terapêutica	Apresentação do espaço físico e das acomodações da Terra da Sobriedade, dos líderes e colaboradores.
Desintoxicação	Avaliação clínica. Alimentação balanceada, exercício físico sistemático, organização dos hábitos e retirada do meio facilitador ou propiciador do uso de SPA.
Ressensibilização e Integração	Através da convivência, da participação paulatina nas atividades de vida diária pessoais e comunitárias, ou seja, do cronograma de atividades da Terra da Sobriedade.
Conscientização das perdas vividas no processo de dependência; conscientização do tempo necessário para refazer processos de maturação que foram atrofiados pelo uso da droga; reflexão dos conteúdos da personalidade, principalmente aqueles relacionados com a finitude da vida, a dependência ou apego às coisas e às pessoas, a compreensão da dualidade do ser humano e a necessidade de transcendência	Terapêutica dinâmica. Privilegiamos a Terapia Ocupacional, como modo terapêutico de eleição para o tratamento dos adictos, por atuar na elaboração dos conteúdos simbólicos, expressos concretamente, através da manipulação de materiais - naturais e artificiais. Através da ação, busca-se, com o paciente, ampliar incessantemente a compreensão da realidade, no sentido de apreendê-la na sua totalidade, enquanto idéia e processo, fundamentado no movimento originário do homem face ao mundo: criador e criado.
Descoberta de intenções, habilidades e vocações	Através das experiências de vida diária, atividades de manutenção da comunidade, oficinas terapêuticas, produtivas e de orientação vocacional.
Ressocialização	Manutenção do vínculo com a família de origem e estruturação de novos. Utilização de programas culturais, religiosos, esportivos etc., para a descoberta de novas formas de divertimento, trabalho, estudo e entretenimentos. Adesão em um grupo de mútua-ajuda, nos moldes de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, Amor-Exigente, ou similares. Engajamento numa atividade de produção de bens, com remuneração. Para os pacientes, com comprometimento social, familiar e legal grave, oferecemos a “Pensão Protegida”.

Fonte: Apresentação Institucional da Terra da Sobriedade, 2005 (mimeo).

O programa terapêutico¹³ é individualizado e prevê o aumento gradativo das responsabilidades de cada paciente, partindo daquelas relativas aos cuidados com a CT e seguindo em direção àquelas que dizem respeito ao ser cidadão. As atividades do cronograma semanal proposto incluem: espiritualidade; atividade física desportiva; terapia ocupacional grupal e individual; participação diária, efetiva e rotativa na rotina de manutenção da CT; atividades pedagógicas e didático-científicas; grupos de mútua-ajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor-Exigente e Pastoral da Sobriedade); assembleia da CT, atendimento médico especializado e orientações familiares.

O tempo de permanência na CT é flexível, pretendendo-se sempre o menor prazo possível, determinado segundo cada caso, variando de acordo com o nível de adesão e manutenção no tratamento, considerando o comprometimento biológico, psíquico, social e legal e o suporte familiar à reabilitação e à reinserção social.

Como uma estratégia de inclusão social, a Terra da Sobriedade oferece uma Pensão Protegida para aqueles dependentes que já estão numa fase avançada do programa terapêutico. Trata-se de uma casa localizada numa área urbana a menos de 3 Km da Sede. A moradia na Pensão Protegida visa uma maior autonomia e independência: está indicada para aqueles que trabalham e/ou estudam e que desejam viver num ambiente saudável e de responsabilidades compartilhadas, com o compromisso de manterem a abstinência de toda e qualquer substância psicoativa.

O acompanhamento pós-alta se dá por um período mínimo de um ano, nos grupos de mútua-ajuda, no ambulatório e nos eventos festivos. Sobre a alta da CT, o programa terapêutico tem como pressuposto:

¹³ Ver Anexo com o detalhamento do cronograma semanal de atividades terapêuticas da CT da Terra da Sobriedade, que integra o programa terapêutico.

A alta da CT é um processo intermediário, vivido pelo paciente, entre a conscientização dos fatores limitantes de sua doença e o desenvolvimento de capacidades para conviver na sociedade sobriamente. É no enfrentamento da doença ao longo da vida, que o indivíduo aprende a lidar com ela (...) A proposta é que se crie uma rede de sobriedade na Terra (Regimento Interno da Comunidade Terapêutica, 2005, p.7).

No ano de 2005, referindo-se ao atendimento de dependentes químicos realizado na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, foram contabilizadas 4.388 diárias e pernoites, no regime de hospedagem; 2.987 diárias no regime de permanência-dia e, na Pensão Protegida, 1.094 pernoites.

Portanto, quanto ao tratamento na CT, seja no regime de hospedagem, permanência-dia ou na pensão protegida, desde a admissão, o paciente é convidado a planejar e a realizar um projeto pessoal, que deverá ser definido por ele, a partir do seu desejo. Para a elaboração desse projeto, o paciente é orientado a, inicialmente, propor a realização de uma atividade na CT; gradativamente, ele é incentivado a ampliar sua proposta para fora do serviço, ou seja, para que seu projeto inclua atividades que serão realizadas na sociedade. As atividades a serem realizadas, as funções e as responsabilidades de cada um são escolhidas por cada paciente a partir do seu interesse e da suas possibilidades físicas e mentais. As necessidades da CT e os projetos pessoais são discutidos nas reuniões diárias e nas assembléias semanais.

Semanalmente, as atividades de manutenção da CT são escolhidas pelos pacientes, em reuniões coordenadas pela equipe, quando também é eleito um “prefeito”: esse paciente é responsável, naquela semana, pelo bom funcionamento das atividades escolhidas pelos demais. Sua função é a de favorecer o cumprimento das responsabilidades assumidas por cada um, com a ajuda da equipe. Logo, a organização e a hierarquia das funções são definidas também pelos pacientes, não tendo nenhuma relação direta ou obrigatória com o tempo de tratamento. Tudo isso se dá a partir da descoberta que o paciente faz de seus

interesses e habilidades, pois quando em recuperação na CT, assume a responsabilidade pela manutenção da vida em comunidade, conforme discutido anteriormente.

Ainda, nas assembleias semanais, é que todos os membros da Comunidade - pacientes, equipe clínica e administrativa, e demais funcionários – discutem os temas relevantes ao funcionamento da vida comunitária, sejam eles relativos à convivência entre os indivíduos, ao planejamento das atividades extra-muros de cada paciente, ao funcionamento administrativo da instituição que implique na participação coletiva, ou à filosofia do modelo de tratamento. Todos os problemas da Comunidade, de qualquer natureza, são resolvidos coletivamente. Nas assembleias, os pacientes recém-admitidos apresentam-se e dizem qual o objetivo de sua estadia na CT, assumindo formalmente um compromisso com os demais. As recaídas no uso de drogas ou o descumprimento de qualquer outra regra básica - no que se refere aos atos de violência ou prática sexual dentro da instituição - assim como as evasões, os desligamentos e a alta, também são avaliados, discutidos e/ou planejados nas assembleias.

Especificamente no que se refere ao objeto de estudo dessa dissertação, nossa atuação diária nessa modalidade de tratamento tem confirmado a percepção de Viana (2004), quanto à dificuldade desses pacientes de trabalharem para a saúde, no sentido de assumirem uma postura ativa no próprio tratamento. Esse autor considera que tal dificuldade é influenciada pela relação de inatividade que o dependente químico estabelece com o mundo, pois a drogadicção o condena a uma repetição estéril diante do uso da droga e, assim, a dedicar a si mesmo e às suas necessidades todo o seu tempo disponível, gerando isolamento afetivo e intelectual.

Contudo, também observamos que aqueles dependentes químicos que, após superarem essa dificuldade inicial, participam efetivamente do processo de tratamento, entrando em abstinência, “cuidando” de si e da CT - envolvendo-se nas tarefas domésticas, na horticultura, na jardinagem e em atividades esportivas - conseguem, mais facilmente, retomar

os estudos, a qualificação profissional, o trabalho formal e as atividades de lazer, de forma saudável.

Tais considerações nos motivaram a nos aproximarmos do nosso objeto de estudo, para compreendermos como os dependentes em tratamento na Terra da Sobriedade percebem o valor e a função terapêutica desse trabalho realizado por eles para a sua própria saúde.

Esclarecido o funcionamento geral da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, apresentaremos a seguir os dados coletados em nossa pesquisa de campo.

CAPÍTULO III

Apresentação dos Casos Clínicos

3.1 A história de Carlos¹⁴

As entrevistas que permitiram o resgate biográfico de Carlos foram realizadas em 2006, quando ele estava em tratamento na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade. Três delas foram realizadas em fevereiro e duas em abril, enquanto o paciente se encontrava hospedado na CT; em seguida, realizamos outras três em maio, quando o paciente foi transferido para a permanência-dia; e, a última em julho, quando pediu para retomar a hospedagem na Comunidade Terapêutica. Todas as entrevistas tiveram a duração de uma hora e foram gravadas com a autorização do entrevistado. Posteriormente, o conteúdo foi transcrito e analisado. O relato a seguir obedeceu à ordem cronológica dos acontecimentos: tratamos da infância e da adolescência de Carlos e depois da sua vida adulta, descrevendo seu adoecimento e o tratamento que fez ao longo dos anos, incluindo aquele realizado na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade.

A infância e a adolescência

Carlos está atualmente com 30 anos, é solteiro e completou o ensino médio. É o filho mais velho de uma família de classe média alta de 3 filhos.

Na infância, ele e os irmãos passaram a maior parte do tempo com a empregada, pois os pais trabalhavam durante todo o dia. Fez natação dos 10 aos 17 anos. Ele se descreveu

¹⁴ Trata-se de um nome fictício.

como uma criança compulsiva, agitada e prepotente, para a qual o esporte serviu de ajuda, no sentido de disciplinar e melhorar o convívio com outras pessoas.

Eu sempre fui muito compulsivo e agitado. Não sabia parar as brincadeiras ou algo que estava divertido de fazer. Minhas brincadeiras não tinham fim. Eu não tinha muito controle não. Com o esporte comecei a melhorar, já gastava mais energia e ficava mais cansado e gostava muito. (...) Eu sempre queria que tudo fosse do meu jeito, era muito mandão e prepotente, queria impor as coisas pela força, era difícil de convivência. No esporte você tem que ter disciplina e tem que fazer igual todo mundo faz. Tem um treinamento e tem que seguir, senão não alcança o resultado. Cada resultado atingido era uma motivação para continuar treinando mais sério.

Sua família freqüentava e participava das atividades sociais da igreja, sendo que Carlos fez a primeira comunhão e participou de um grupo de jovens da Igreja Católica. Ele esperava encontrar na Igreja um refúgio, pois sentia-se só e desamparado, sem perceber seu lugar no mundo. No entanto, com o passar do tempo, começou a abandonar esse grupo, por sentir-se inadequado em um contexto que também condenava suas ações. Além disso, sua atitude não teve o resultado que esperava, pois percebera que não adiantaria se esconder do seu problema, era preciso enfrentá-lo.

Me lembro que quando estava difícil, me sentia sozinho, sem amigos, estava com raiva de mim, não me lembro porquê, eu não estava gostando de mim, todo dia eu ia à missa à noite. Eu achava que me ajudava. Eu até pensei em ser padre, aos 11 anos, para abrir mão de tudo o que tinha no mundo, queria viver separado, trancado, rezando o tempo todo. Pensei em ser padre por não achar espaço no mundo, por não conhecer uma maneira de viver. Parecia que tudo o que eu fazia estava errado. Estava cansado de levar bronca de todo mundo, de ficar de castigo. Mas não adiantou. **Era como se eu esperasse que algo de fora fosse resolver o que eu mesmo é que tinha que resolver.** Meus pecados foram ficando mais graves, não tinha mais coragem de confessar e comecei a abandonar o grupo (da igreja).

Carlos estudou em cinco escolas diferentes até completar o ensino médio. Em uma escola particular na zona sul de BH, estudou por oito anos consecutivos. Quando cursava a terceira série, saiu de férias em julho e engordou muito. Depois disso, isolou-se das demais crianças da escola. Não brincava, não conversava com elas, passou a roubar o material escolar

dos colegas e considerava que o seu porte físico, semelhante ao de um adulto desde os 12 anos, colaborava para esse seu comportamento. Tratava-se, evidentemente, de uma dificuldade de relacionamento na escola, e ele apelava para subterfúgios, a fim de conseguir a aceitação dos colegas, como subtrair objetos e, em seguida, devolvê-los, assumindo “ares de herói” diante dos demais:

Eu tinha inveja dos meninos da minha sala, que tinham condição de vida melhor. Eu roubava as coisas, eu via um estojo bacana, eu queria ter e roubava. (...) Eu pegava para guardar e depois para falar que eu tinha achado, ficava de herói porque sempre dava a maior confusão quando sumia alguma coisa. (...) Eu era muito atrapalhado, daqueles que topavam tudo; se fosse para fazer alguma coisa que ninguém tinha coragem de fazer, eu era aquele que fazia. Eu não era muito popular no colégio, não era aquele cara que todo mundo é amigo. Eu era aquele que ninguém mexia porque não tinham coragem. Não tinha tanta amizade e nem era amigável, a cara era fechada. Eu brigava muito e batia demais. Era inconseqüente.

Ele repetiu a quinta série e, nesse ano, roubou muitos objetos dos colegas e dinheiro, em casa. Segundo ele, “*sentia uma certa carência, não ter ninguém, não compartilhar idéia com ninguém*”. Às vezes, roubava dinheiro do pai, para fazer um “super lanche” no colégio. Onde quer que fosse, se tivessem objetos de valor descuidados, ele os roubava. Fazia tudo isso para chamar os amigos para lanche, jogar fliperama, pagando as despesas de toda a turma. Essa foi a forma que encontrou para atrair os colegas e conseguir que lhe fizessem companhia, uma saída para enfrentar a sua dificuldade de estabelecer vínculos interpessoais, fruto, também, da sua baixa auto-estima:

Eu tinha que ter as coisas mais estribadas e mais doidas da época. Tinha que ter muito dinheiro, para as pessoas andarem comigo. Eu me sentia inferior porque não tinha nada para dar e compartilhar, a não ser o material e a loucura mesmo. Eu achava que eu mesmo não tinha nada de interessante.

Com o passar do tempo, os furtos tornaram-se motivo de conflitos com a família. A mãe o repreendia e o pai diminuiu o dinheiro disponível. Carlos passou a roubar seus parentes nas viagens de férias, quando ia visitá-los.

Ao repetir a quinta série, sentiu-se mais seguro na escola e isso o fez se sentir, também, mais descontraído. Ele e o irmão estavam na mesma sala. O irmão, segundo ele, tinha uma personalidade mais amigável e flexível, por isso, era mais popular e tinha mais facilidade para fazer amizades. Além disso, Carlos explicou que, por ser o mais experiente da turma, para ele, isso justificava os maus-tratos que infligia aos colegas, as brincadeiras e as ameaças de agressão, caso não fizessem o que queria. Com o esporte, esse comportamento foi mudando. Estabeleceu novas relações sociais: *“não fui mais sentindo tanta necessidade de me destacar e aparecer tanto no colégio. No clube, estava sendo mais aceito, marcando um espaço meu mesmo”*.

Na sexta série, estava competindo na natação e era destaque da equipe, quando arranhou a primeira namorada, colega do esporte. Nessa mesma época, começou a suspeitar que seu irmão usava drogas. Segundo ele, *“os mais populares no colégio geralmente usam droga, se você for muito doido ou incoseqüente as meninas ficam atrás de você”*. Ele percebia a movimentação na escola, em torno do uso de droga dos colegas, mas não se envolvia. Eles também portavam armas, mas Carlos participava apenas das brigas, das “correrias” e de outras “bagunças”: *“arrumei outro jeito de ser popular”*. Na sétima série, após uma briga com um colega, quando ameaçou jogá-lo do segundo andar, foi convidado a se retirar da escola.

Permaneceu apenas um ano na segunda escola, onde estudavam, também, os outros colegas que foram excluídos da primeira. Foi expulso por incendiar a calça de um aluno.

No clube, onde fazia natação, passou a sair com amigos mais velhos e a beber muito. Tinha 14 anos e bebia até embriagar-se. Nessa época, já bebia nas festas em casa, com a permissão do pai. A primeira vez foi um “porre” aos 12 anos. Antes de consumir álcool, não costumava sair nos finais de semana. Depois, passou a sair para beber. A primeira vez que

usou outras drogas foi aos 9 anos, quando fumou maconha com os vizinhos, que tinham 16 anos. Diferentemente do padrão de consumo que estabeleceu com o álcool, Carlos usou maconha essa única vez na sua infância e, só na adolescência, iniciou um consumo regular.

Em relação ao tabaco, passou a fumar a partir da oitava série, na terceira escola que frequentou, quando resolveu fazer supletivo. Concluiu essa etapa em seis meses. Fazia disciplinas à noite, mantinha-se na natação e bebia nos finais de semana. Observava toda a movimentação dos demais colegas, saindo da escola para usar drogas, mas não participava. Findada a oitava série, ficou seis meses sem estudar, pois não tinha idade para continuar no supletivo do ensino médio. Apenas, treinava natação.

Nas viagens que realizava para participar das competições de natação, Carlos bebia muito e se envolvia em confusões. Certa ocasião, uma “quebradeira” que fez em um clube culminou com a demissão do técnico da equipe. Carlos transferiu-se para outro clube, no qual o técnico demitido estava agora trabalhando, mas como chegava alcoolizado ou não treinava para ficar bebendo, foi expulso desse novo clube. Voltou a treinar no clube anterior, onde era sócio, mesmo sem técnico. Nessa época, seus colegas do esporte estavam estudando para o vestibular e interromperam os treinos. Foi, então, que o ex-técnico abriu uma academia de natação e o convidou para dar aulas. Carlos ia pela manhã e ficava até após o almoço, mas não cumpria com seus compromissos e nem via muito sentido naquela atividade:

Eu achava que não ia acrescentar nada para mim, fazia para poder ajudar o cara que era meu amigo. Eu não precisava do emprego, porque **tinha dinheiro demais. Sempre tive sem precisar lutar. Nunca tive tanta responsabilidade.**

Aos 16 anos, teve uma depressão grave e começou a enfrentar problemas com a bebida. O sentimento de vazio e de falta de sentido dominava-o. Ao mesmo tempo em que buscava na bebida um refúgio para sua inadequação, percebia que o consumo abusivo aumentava, ainda mais, sua tristeza e prejudicava a sua capacidade de julgamento.

Tive uma depressão profunda. Não achava mais graça em nada, não tinha vontade de fazer nada. Eu estava começando a me tocar que esse jeito de viver estava vazio, começando a não ter sentido nenhum, o esporte para todo mundo era um hobby e o estudo um investimento. Para mim era o contrário. Vi que as coisas que eu dava importância não batiam com a dos outros. Deu um choque, porque os meus valores e a minha postura, a minha conduta era muito diferente da dos outros, meus atos e conceitos de certo e errado eram diferentes. **Eu julgava certo fazer o errado para poder chegar no certo. Não conseguia ver nada de importante na vida, achava que um dia era só mais um dia e não acrescentava nada. Era só fazer o que gostava. Eu não estava dando conta do efeito da bebida ou de como eu ficava quando eu bebia. Quando eu bebia, eu sentia todo esse sentimento, a minha inadequação, a diferença que eu era. Quando eu bebia, ficava triste e chorava, arrumava briga ou bebia até apagar, para eu não sentir nada daquilo. Começou a dar problemas demais.**

Carlos percebia que os colegas se incomodavam, embora não reclamassem do seu exagero na bebida. Uma desilusão amorosa, que vivenciou na época, motivou ainda mais o consumo abusivo: *“comecei a pensar que o meu jeito nunca ia ser legal para ninguém e nem para nada”*. Por isso, isolou-se dos amigos, sentindo-se impotente diante dessa situação. Além disso, passou a isolar-se da própria família, acreditando se apresentar inadequado, até mesmo, para o convívio familiar, limitando o seu contato aos momentos em que necessitava recursos financeiros.

Comecei cortando os laços e sentimentos com a minha família. Convivia com eles, mas não trocava idéia. Passava o dia não falava nada, só quando era para pedir alguma coisa. Passei a comer sozinho, nem sentava à mesa. Eu achava que não servia para conviver com eles.

Carlos freqüentava a escola, mas nem abria a mochila. Muitas vezes chorava e ia embora. Em casa, não fazia mais nada, só dormia. Não ia nem mesmo ao treino da natação. Não bebeu e não saiu de casa por um período de três meses.

Em seguida, retomou o contato com o esporte e o abuso do álcool. Começou a se relacionar com uma menina no clube, porém sentia-se muito confuso em relação aos sentimentos que nutria por ela, temeroso em relação à intensidade do vínculo que estabelecia:

Eu me perguntava, será que eu estou sentindo de verdade? Ou finjo que dói para poder fazer a outra pessoa gostar de mim ou para poder justificar a minha bebedeira? Não assumo o que sinto. Quando eu gostava de alguém, eu não sabia se era de verdade ou se eu estava fingindo para poder ganhar alguma coisa daquela pessoa. Acho que eu até podia gostar, mas eu tinha que querer algo em troca para não assumir esse sentimento de gostar de verdade.

Nessa ocasião, aumentou o abuso do álcool, sendo esse o recurso que encontrou para lidar com a tensão afetiva. Ao final do primeiro ano do ensino médio, abandonou a escola, porque sabia que iria repetir. Os sintomas da depressão se intensificaram. Além disso, teve tendinite no ombro, o que o impedia de treinar natação.

Foi, então, encaminhado a um psiquiatra por um médico da família. Segundo ele, *“estava sem esperança que alguém pudesse dar uma solução àquilo”*. Iniciou psicoterapia e o uso de antidepressivos, porém mantinha a bebida e o mesmo padrão abusivo de consumo. Gostava do efeito da associação do remédio com o álcool e do efeito do sonífero, ingerindo-o mesmo sem ter insônia. Com o tempo, parou de beber, porque preferia o efeito da medicação. O uso dos medicamentos, associado ao álcool, causou episódios de amnésia. A depressão intensificou-se e culminou com uma tentativa de auto-extermínio, por ingestão de medicamentos e álcool, durante uma viagem de férias com amigos da escola. Ele foi hospitalizado pelos familiares dos seus amigos e seus pais foram buscá-lo, posteriormente.

Depois desse episódio, transferiu-se para uma quarta escola. Escolheu, propositadamente, uma escola na zona sul de BH, onde havia muita droga. Tinha a intenção de usar e planejava fazer isso sem levantar a suspeita da família e dos vizinhos. Passou, então, a usar droga, associada ao remédio. No período de aproximadamente três meses, abusou no consumo da maconha, experimentou ácido e consumiu cocaína. Parou de beber, pois achava que *“o álcool era que tinha feito tudo dar errado”*, referindo-se ao transtorno que causou à sua família, quando foram buscá-lo após a tentativa de auto-extermínio frustrada. Ele deixa claro que seu objetivo era se destruir, pois não via sentido na vida:

Eu queria acabar com a minha vida. Não no sentido de morrer usando droga... eu queria me ferrar. Era esse sentimento de achar que a minha vida não servia para nada, que eu não servia para nada. Buscar droga para ficar nesse submundo e acabar com tudo.

Carlos abusava da maconha, pois tinha fácil acesso ao dinheiro do pai. Levava a droga para a escola, para ser “popular”. Os colegas usavam também xarope, mas ele preferia a maconha e a medicação para depressão. A maconha acalmava a agitação e o antidepressivo cortava a ressaca do sonífero, proporcionando *“uma ondinha para poder curtir; aí eu fumava um baseado”*. Quando o efeito da maconha era intenso, tomava antidepressivo para cortar. Passou, também, a vender droga na escola. Chegou a usar chá de cogumelo com alunos de uma faculdade, mas não gostou, porque o efeito desse alucinógeno não permitia o mesmo autocontrole que mantinha quando usava a maconha. Na escola, a cocaína tornou-se a droga mais procurada, e ele passou a usá-la, aumentando ainda mais os gastos, o que fez sua família desconfiar do uso de drogas. Para sustentar o consumo, roubava bens de seus familiares e vendia seus objetos pessoais. Aos 17 anos, usava cocaína diariamente, segundo ele, porque essa era a droga que aceleraria, ainda mais, o seu processo de autodestruição: *“a cocaína era que me daria mais rápido o ideal de autodestruição. Você se detonava mais com a cocaína, mais eficaz”*.

Carlos já não conseguia mais esconder o abuso de drogas da família, que acabou achando restos de cigarro de maconha entre seus pertences. Após a explicitação do consumo, passou a usar droga na rua da sua casa, que se tornara um ponto de tráfico, com os colegas da infância que sempre foram declaradamente usuários. Assim, o seu plano de não revelar o uso de drogas não funcionou, pois seu consumo foi evidenciado para a família e para os vizinhos, um sinal de que, pouco a pouco, perdia o controle da situação. Além disso, nessa mesma época, descobriu que o seu irmão também era usuário de maconha e isso o preocupava, já que não queria que o irmão se destruísse, assim como ele mesmo planejava fazer.

Antes da cocaína, Carlos bebia somente nos finais de semana e fumava maconha diariamente, voltando para casa à noite. Com a cocaína, passou a não voltar para casa, durante dias. Usava maconha na escola e cocaína à noite. Passou a roubar objetos mais valiosos em casa e a falsificar cheques da sua família.

Com o tempo, passou a vender cocaína na escola e manteve-se usando e vendendo, até que perdeu o controle e a clientela, pois passou a usar mais do que comercializar. Formou, então, uma dupla com um amigo, assaltando postos de gasolina e usando cocaína.

Ainda estava em acompanhamento psiquiátrico, entretanto o seu relacionamento com o médico não o ajudava, pois ele o manipulava, acatando suas interpretações, mas, ao mesmo tempo, entendendo tudo o que ocorria como um “jogo”:

Eu continuava tomando remédio e indo ao psiquiatra. Só que foi ficando uma relação doentia. O médico me tratava como se eu tivesse com a crítica bem alterada. Não me lembro se de fato eu estava alterado ou se ele se aproveitou de mim nesse momento, na forma de tratar. Comecei a sentir que eu era tratado igual a um retardado, como um debilíde, por mais doido que você esteja, você percebe. Era uma conversa sem sentido. Aceitava o que ele falava como se fosse meu, para entender se realmente era meu. Porque é um jogo que a gente faz com o psicólogo (se referindo ao psiquiatra).

Carlos fazia análise e tomava a medicação, em consultas semanais. Passou a perverter a relação com o médico, ao queixar-se de sintomas que não tinha, para conseguir mais medicamentos. Chegou a dizer que escutava vozes, testando a si mesmo para ver até quando suportaria essa situação. No entanto, embora tentasse “enlouquecer”, estava “forte emocionalmente”, sugerindo que ainda mantinha o controle da situação:

Vou tirar proveito, vou usar isso a meu favor, vou ver até onde eu suporto a loucura. Eu procurava a loucura todo dia, era um sentido para mim, eu queria a loucura. Esse era o ideal de autodestruição. (...) Para você aceitar a loucura você tem que deixar os outros quebrarem a sua perna. E na hora que eles quebrarem, você não levanta mais não, você fica lá embaixo. Só que a minha perna ainda era muito dura. Eu botava para eles

quebrarem, mas não dava, eu estava forte emocionalmente. Hoje certas coisas eu não suporto o peso da consequência. **Naquela época, eu suportava qualquer peso, não tinha nada que derrubasse.** Podia matar, estuprar, dar, podia fazer qualquer coisa que nada me derrubava, não me abalava em nada.

Ele abandonou a análise, após três anos, passando a intensificar ainda mais o uso de drogas. Já não estudava, ficando o dia todo em casa, mesmo sem ter terminado o ensino médio. Abandonou definitivamente a natação. Tornou-se o “*drogadinho da rua*”, e, por isso, a família mudou de endereço, depois das investidas da polícia. Apesar disso, Carlos continuou freqüentando a rua do endereço antigo. Na tentativa de evitar o agravamento dos problemas que o filho apresentava, o pai o buscava e ele já o esperava sob o efeito de drogas. Embora percebesse que essa conduta, ao mesmo tempo de proteção e de tutela por parte dos seus pais, o prejudicava, pois, gradativamente, perdia o controle da situação e sua autonomia na condução da própria vida, Carlos preferia deixar-se conduzir por eles, para manter seus ganhos secundários, que facilitavam a manutenção do uso da droga.

A partir daí, minhas pernas começaram a ficar mais fracas. Eu pensava que não, que eu estava furtando (controlando a situação), mas na verdade eu é que estava sendo furtado... eu já estava com as pernas fracas e já era mais fácil, no sentido de **deixar o outro conduzir a minha vida. Até então, eu tinha domínio. (...) Fui dando meus direitos para os outros para ter ganhos secundários. E, às vezes, a gente pensa que a gente está saindo no lucro, mas você está perdendo.**

Apesar desses ganhos nesse “jogo” com seus pais, Carlos já não suportava emocionalmente as consequências dos seus atos e banalizava os riscos que corria. Acabou aceitando ajuda, mas, na verdade, o que queria era roubar os consultórios médicos, onde freqüentava, e continuar usando droga.

Comecei a perder demais, não sei se foi consciente ou inconsciente que meus pais fizeram esse jogo. Sei que fui enfraquecendo com esse jogo, já não era tão bandido como antes. Passei a ser ‘descuidista’, daqueles que ia a todos os lugares que os amigos já tinham feito terapia e que tinha dado muito certo. Eu ia à terapia de magnata, de pagar \$200,00 por semana, e eu ia para roubar. Na primeira semana ia

e já filmava tudo: via onde tinha todo o dinheiro, nas bolsas, que na sexta-feira era dia de pagar e roubava. Fiz isso por 3 meses.

Carlos voltou a vender maconha na praça perto da sua casa, ao mesmo tempo em que tentava administrar o uso de cocaína, passando a consumi-la somente nos finais de semana.

Nessa época, sua mãe levou-o a uma psicóloga e ele fez dois anos de terapia em grupo. Por quatro anos, cursou o primeiro ano do ensino médio, indo para o colégio apenas para vender droga. Aos 18 anos, foi preso no centro da cidade fumando maconha. A situação diante da família se agravou com essa intercorrência com a polícia, o que o fez pedir ajuda para a sua psicóloga. Foi encaminhado para uma clínica, que funcionava na zona sul de BH. Havia dois anos, desde que abandonou o psiquiatra, que interrompera o uso da medicação para depressão, sem orientação médica. Aos 19 anos, foi internado pela primeira vez em uma clínica psiquiátrica.

Ao longo de sua vida, Carlos tratou-se em onze serviços de saúde, dentre clínicas, hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas. Aos 19 anos, internou-se na primeira clínica psiquiátrica, onde permaneceu por quarenta e cinco dias; aos 21 anos, internou-se, por vinte dias, na segunda clínica psiquiátrica e depois em um hospital psiquiátrico, por quinze dias; aos 22 anos, tratou-se em três serviços diferentes: na primeira Comunidade Terapêutica (CT1) durante quatro meses; em uma segunda Comunidade (CT2), durante três meses, e ainda em uma terceira (CT3), durante quase quatro meses. Depois disso, viveu na fazenda do avô por seis meses. Aos 23 anos, esteve pela segunda vez na CT1, durante oito meses, sendo essa sua quarta tentativa de tratar-se nesse tipo de instituição. Aos 25 anos, internou-se em um hospital psiquiátrico, durante vinte dias. Nesse mesmo ano, pela terceira vez tratou-se na CT1, durante três meses. Depois, numa sexta tentativa de tratamento, aos 26 anos, esteve em uma Comunidade Terapêutica italiana, durante seis meses. Aos 27 anos, foram duas internações

em hospitais psiquiátricos, cada uma durante vinte dias, aproximadamente. Aos 28 anos, pediu ajuda à Terra da Sobriedade, na sétima tentativa de tratar-se, através desse modelo de atenção à saúde.

A seguir, apresentaremos a história de tratamento do Carlos nessas instituições, enfatizando a evolução do seu adoecimento e como, segundo ele, as propostas terapêuticas desses serviços o ajudaram. Seus relatos evidenciam a forma pela qual sua história de vida se confunde com a história do seu tratamento.

Os tratamentos contra a dependência química

A hepatite medicamentosa e o eletrochoque na primeira clínica psiquiátrica

Na primeira clínica, aos 19 anos, foram quarenta e cinco dias de internação para tratar da dependência química. Carlos fazia uso de muita medicação. Ele quase não se lembra do que aconteceu e de como se dava o tratamento nesse local. Refere-se às poucas lembranças: *“enfermeiro me segurando, eu tentando correr, reagindo e tomando injeção. Eu lembro de muita raiva, eu brigava e gritava e eles me amarravam. Eu nunca tinha ficado preso e trancado em lugar nenhum”*. Tentou fugir da clínica, mas foi recapturado.

Ele descreve, também de maneira confusa, uma complicação clínica grave, que apresentou durante o tratamento, segundo ele, pelo excesso de medicação psicotrópica, que o tornou incapaz de cuidar de si mesmo, até mesmo da sua higiene pessoal.

Eu não lembro direito. Acho que a compulsão que eu tinha pra droga, eu descarreguei ela no remédio, então queria sempre tomar muito remédio. E a minha síndrome de abstinência foi forte, que o psiquiatra que me acompanhava falou que nunca tinha visto uma síndrome de abstinência daquele jeito. Remédio nenhum adiantava; uma dose que uma pessoa normal apagava, eu precisava de seis vezes mais. (...) Eu tomei um tratamento de Roypinol... Aí, que eu não lembro de nada mesmo do que aconteceu. Eu peguei hepatite medicamentosa, isso que

minha mãe fala. Eu já tinha sido desacreditado e tal, e mesmo assim ficava voltando a usar droga (depois que saiu da clínica)... O médico achava que ia ficar assim pra sempre e que num sabia mais o que fazia, que eu ficaria andando com dois enfermeiros do lado o tempo todo, caso acontecesse alguma coisa... Tinha que usar fralda, tinha que andar com o babador do lado, os outros davam comida na boca e banho. Acho que foi uma overdose de medicamento. O psiquiatra falou que achava que eu ia ficar daquele jeito para sempre... Eu fiquei num estado vegetativo, sem levantar, sem sair da cama, sem fazer nada.

Após duas sessões de eletrochoque, Carlos precisou de cinco meses para se recuperar totalmente do quadro causado pela hepatite medicamentosa. Retomou a escola (supletivo), conduzido pelos pais; a medicação e a psicoterapia com a psicóloga, sendo convidado por ela para trabalhar como office-boy. No entanto, estava incomodado com sua dependência dos pais, pois sentia-se tutelado, impedido por eles de viver a vida como queria. Assim, via nesse trabalho uma forma de sair de casa, de estar em um lugar diferente, fazendo algo, mas, também como uma oportunidade de continuar consumindo a maconha. Segundo ele, o sentimento de que as pessoas só o ajudavam por piedade o fez manipular as situações a seu favor, visando conseguir drogas. Então, quando alcançou a independência para ir sozinho à escola, retomou o uso de maconha, o que lhe dava a sensação de preservar, pelo menos, a satisfação com o consumo de substâncias. Ao manter esse consumo, ele se sentia no controle da situação e achava que não tinha sido, ainda, totalmente “derrotado”.

Ter que ficar tutelado por pai, por mãe... Eu tava achando aquilo tudo muito ridículo. Eu precisava fazer alguma coisa para me sentir vivo. O trabalho (de Office-boy) era um jeito de sair de casa e de arrumar dinheiro para comprar maconha. (...) É claro que o espaço... diferencia dessa coisa de sair de casa, de estar num outro lugar, fazendo alguma coisa... Ah, isso era bom... Mas aí depois inverteu tudo, porque aí eu já comecei a dar uns desfalquezinhos nos dinheiro lá (na clínica). Acho que era mais por causa de orgulho, de achar que estava sendo tutelado, de sentir que as pessoas estão com pena de você, sei lá, fazendo as coisas por piedade. Tem o meu egocentrismo também de ser uma pessoa que manipula muito e que sabe jogar bem com as coisas, cativar, pra depois... Você está todo “fudido”, pelo menos eu ainda tô fumando um, então não me derrotaram ainda por inteiro, você entendeu?

A recaída na cocaína e a internação em uma segunda clínica psiquiátrica

Dois meses depois que retomou o uso da maconha, Carlos consumiu cocaína, o que o fez pedir uma nova internação. Embora, para ele, uma vida sem drogas fosse necessária, isto ainda não fazia sentido. O sofrimento familiar e a pressão exercida para que se tratasse o fizeram buscar uma segunda clínica psiquiátrica, aos 21 anos, onde ficou durante vinte dias.

Eu não queria usar droga mais, sabe? Mas eu não tava sabendo como fazer... E gastando aquele tanto de dinheiro e pai e mãe ficando naquele desespero... mas também parar de usar droga para ficar em casa, vivendo aquela vidinha medíocre, tutelado, sabe? Daquele jeito, vigiado, olhado, aquela preocupação tremenda em cima. Por isso eu não via sentido em parar de usar droga, para ficar daquele jeito.

Carlos usava muita droga na clínica também. Além disso, usava medicamentos para conter sua compulsão. Ele considera que esse tratamento não o ajudou e julga que os remédios o impediam de se conscientizar, quanto ao que era a dependência química.

Assim, depois que saiu da clínica, retomou o uso da maconha e o tráfico. A princípio, planejava ficar apenas usando maconha controladamente, da mesma maneira que fazia quando iniciou o consumo. Mas, o contato com o mundo da droga e suas experiências anteriores no uso e na venda de substâncias despertou nele a certeza de que poderia lucrar mais: poderia ganhar dinheiro e adquirir um status social, através desse uso e da venda de tóxicos. Apesar de ter planejado conciliar o uso, o tráfico e uma vida “normal”, a situação que criara para si tornou-se perigosa e, para manter-se nela, ele contratou colegas para venderem e passou a controlar toda a movimentação usando uma arma.

Eu queria só fumar maconha, planejava. Você vê aquele pessoal começando a usar droga, aquele namorinho. Tudo seduz. Aquilo é gostoso, você quer, você quer sentir aquilo de novo, você quer ficar naquela mesma viagem, naquela mesma onda de novo... Sabe aquela coisa descompromissada, sem muito barulho, sem muita confusão... Era mais assim aquela curtição de rua e tal, aquelas tribos... Eu comecei a envolver com aquilo ali, ficar na minha. Vi que a droga era

chave de tudo, que ligava tudo, de qualquer tribo, de qualquer ideologia. Só que aí acho que o meu egocentrismo falou mais alto mais uma vez, e eu vi que com a droga, eu tenho uma certa experiência e aquela vontade de querer crescer, de querer ser mais que os outros, de querer ser ‘o cara’ e tudo. Comecei a me entupir de droga, a pegar um tanto de droga a mais, pra poder ter muita droga, pra poder vender droga, pra todo mundo ficar me conhecendo e pra todo mundo falar: Ah, ele é ‘o cara’! Todo mundo me procurar, todo mundo ir atrás de mim. Pra ser status, ter status, ou ser popular ... Mas eu queria tentar fazer diferente (de antes). Queria poder conciliar, ter podido conciliar, ter podido fazer um monte de coisa que eu não tinha feito, porque a turma que eu andava era mais barra pesada, então, não dava. Não dava mais para ficar naquela parada. Eu comecei a botar os meninos para vender pra mim. Ficava com um 22 (arma) lá na pracinha, escoltando os meninos pra vender para mim. E maconha toda hora que chegava, qualquer um que chegava, já tava botando na tora, pra poder falar que era eu que comandava ali e tal.

O uso de cocaína injetável e a internação em um hospital psiquiátrico

O considerável retorno financeiro, obtido por meio da venda de drogas, e a certeza de que era possível controlar o uso de maconha motivou-o a retomar o uso da cocaína. Certa vez, como a qualidade da droga não possibilitava a mesma forma de consumo habitual (aspirada), Carlos passou a usar cocaína injetável, e, em pouco tempo, de maneira compulsiva. Logo, o dinheiro do tráfico passou a não ser mais suficiente para sustentar seu vício.

Aí, eu resolvi cheirar de novo. A gente tava com muito dinheiro, tava vendendo muita maconha, eu não sabia nem o que fazia com tanto dinheiro. (...) Fui lá no studio de tatuagem, um dia, tava querendo cheirar. Eu fui, peguei um pó bom pra caramba. Aí, eu cheirei e fui embora; aí, o menino (colega da rua) também nunca tinha cheirado, eu apliquei ele, ele cheirou. Aí, eu já comecei a ver uma finalidade pro dinheiro que tava sobrando. Falei assim: oh, beleza, vou vender e vou cheirar, né? Chegava seis horas da tarde, ia pro studio, fumava, cheirava. No outro dia, a mesma coisa, cheirava. Aí, um dia, chegou uma cocaína lá daquelas meladas, que não dava pra cheirar. Quando eu ficava cheirando, o cara do studio ficava tomando piau (cocaína injetável). Eu comecei a tomar piau. Tomei muito mesmo. Nossa, eu desandei de com força... Aí, o dinheiro que eu já tinha, já não tava

dando, o cara já não queria mais botar maconha na minha mão fiado, já não tinha onde arrumar dinheiro...

Nessa época, Carlos estava freqüentando reuniões de mútua-ajuda para dependentes químicos, por pressão da família. Porém, levava drogas para os participantes, pervertendo a relação de ajuda-mútua que deveria manter com o grupo. Foi flagrado e convidado a não participar mais. Sua mãe o expulsou de casa e ele se mudou para a casa de amigos.

A partir de então, intensificaram-se os roubos a terceiros - *“com revólver de plástico e uma faca de cozinha”*, o que, segundo ele, era um sinal da falta de crítica que apresentava. Nessa época, ainda usava cocaína injetável, compulsivamente. Seu comportamento evidenciava o agravamento da doença e ele se dizia insatisfeito e confuso, em relação à sua conduta moral. Não via saída para o seu sofrimento e planejou uma overdose.

É sempre isso que acontece. Eu sei que eu tenho muita dúvida se eu sou bom, se sou ruim... Eu não sei se eu faço uma coisa boa, pra depois fazer uma ruim e depois faço uma boa pra pagar o ruim que eu fiz... Eu sei que é muito complicado. Eu sei que eu gosto de fazer o bem e gosto também de fazer o mal também. É uma contradição muito grande. Às vezes, as pessoas me amam e me odeiam em muitos pontos na minha vida, sabe? É a contradição que eu vivo, que eu odeio o que amo e amo o que odeio. Mas, eu sei o que é o amor, o que é o ódio, eu sei o que eu amo e o que eu odeio. Só que misturo os dois.... Acho que teve uma hora lá, que eu tava a fim de dar uns ‘biziú’ (overdose) mesmo... Tava dando uns piau grotesco já, tava a fim de dar logo um biziú, não tava agüentando mais aquela coisa... De tomar uma overdose mesmo, já tava tacando umas quantidades indecente pra tomar uns pico. (...) Eu fui, enchi um tanto na seringa, cheguei na frente do espelho, virei o pescoço e dei um piau no pescoço. Só que não pegou na veia não, acho que se tivesse pegado eu tinha batido as botas, mas não pegou não.

Os colegas mandaram Carlos embora da casa onde estava, depois desse episódio da tentativa de auto-extermínio. Ele voltou para a casa dos pais, pediu ajuda para sua família e

foi internado em um hospital psiquiátrico. Em seguida, levaram-no para uma Comunidade Terapêutica (CT1).

A primeira experiência em uma Comunidade Terapêutica

Aos 22 anos, Carlos fez seu primeiro tratamento numa Comunidade Terapêutica. Ele já era conhecido na Casa de Triagem¹⁵ dessa CT1, pois havia sido expulso por vender drogas lá dentro. Nessa época, ele não via sentido no tratamento que era proposto nas Comunidades, não compreendia a necessidade de sua participação ativa na própria recuperação e esperava receber um remédio que o curaria, como se sua mudança não dependesse do seu compromisso com a recuperação.

Me expulsaram de lá. Eu num via muito sentido de fazer aquilo ali não, sabe? Eu não achava que aquilo recuperava. Lavar banheiro, ficar rezando... Eu não participava dessas coisas de jeito nenhum. Fazer comida, lavar panela, isso num fazia sentido nenhum. (...) **Achava que recuperar tinha que ser algo que viesse, que eu tinha que buscar algo de fora para recuperar. Entendeu? Hoje, sei que o processo tem que partir de dentro para fora e não de fora para dentro. Eu esperava muito que viesse alguma coisa de fora, naquela época, para resolver meu problema...** Acreditava na ilusão muito do remédio, que o remédio ajudava, porque o remédio eu pego, o remédio eu tomo, sinto o efeito dele e tal. Então, eu acreditava muito no remédio.

Quanto à sua participação no tratamento, nessa experiência com a CT1, Carlos avaliou que não se empenhou para mudar o seu comportamento adictivo, pois acreditava que, para se tratar, bastava não usar drogas. Desde o primeiro contato com os demais pacientes, teve como objetivo compreender o funcionamento e a dinâmica da Comunidade, para tentar manipular a todos em seu benefício e liderar o grupo. Para tanto, contava a todos o que já

¹⁵ A Casa de Triagem desse serviço está localizada na cidade de Belo Horizonte. Seu funcionamento está baseado no modelo proposto nas Comunidades Terapêuticas. Esse serviço tem como objetivo triar os casos que serão encaminhados para a unidade rural, com tratamento fechado pelo período pré-determinado de 9 meses.

tinha feito para conseguir drogas, como e quanto usava, buscando auto-afirmação, comportamento que adiava o seu envolvimento com o tratamento.

Nesse primeiro tempo, eu não aproveitei (o tratamento). Realmente, eu podia ter ficado de olho nas pessoas que estavam fazendo o processo. Porque tinha! As pessoas que estavam vivendo, querendo viver uma recuperação, mas eu preferi colar nos outros. Porque, justamente, **eu não via que uma pessoa tinha que se policiar nos seus comportamentos, que ela tinha que ter uma conduta de retidão, que ela tinha que ser honesta... E eu não enxergava que isso interferia no processo de uso de droga. Eu achava que isso não tinha nada a ver com o uso de droga. Você não precisava modificar isso pra ficar sem usar droga... Eu achava que era, simplesmente, não usar mais.** Hoje, eu enxergo que era um auto-engano, mas, na época, eu tinha certeza que era só não usar, que não precisava mudar nada, que não tinha que ser nada daquilo. Fui vendo que era muito indisciplinado. Não tinha horário pra nada, estava completamente intransigente a tudo, respondia, brigava, xingava... cuspi na cara dos outro, avacalhava. Dentro dessa primeira Comunidade, eu não fui nem um pouco diferente do que eu era na rua. Fui a mesma coisa.

Carlos usou droga nessa Comunidade Terapêutica. Como penalidade, já que essa era uma atitude que caberia expulsão da instituição, conforme previa o regulamento interno, assumiu o compromisso de passar uma semana a mais dedicando-se ao tratamento, que tinha duração prevista de 9 meses. Uma semana depois dessa recaída, envolveu-se em uma briga e foi excluído dessa CT. Porém, poucas semanas depois, ele foi readmitido no serviço.

O não cumprimento das regras estabelecidas na CT resultava em punições. Além disso, segundo Carlos, esse sistema de privilégios e sanções também era aplicado pelos monitores, para controlar o grupo de pacientes. Ele participava dos privilégios – como ter acesso irrestrito à dispensa, por exemplo – e burlava as punições – como ao ter que escrever 100 vezes a oração da serenidade ou cavar buracos no terreno da CT, pagando outras pessoas com cigarro, para fazer por ele.

Antes de concluir o tratamento, Carlos foi novamente excluído desse serviço, por roubar medicação, e voltou para casa. Os pais passaram a vigiá-lo, em uma atitude que ele

definiu como sendo uma ‘paranóia’: eles não o deixavam sozinho, por nenhum minuto. Diante dessa situação, pediu aos pais para ser internado mais uma vez.

O tratamento na segunda Comunidade Terapêutica: o prazer de aprender

Carlos foi para uma CT no interior de Minas Gerais. Eram vinte pacientes internos nesse local.

Sobre como vivia e entendia o tratamento, avaliou que ainda utilizava suas capacidades para manipular o grupo e as situações em seu benefício, como em um jogo de poder. Apesar disso, neste jogo, ele acabou aprendendo a desenvolver algumas atividades, como as da cozinha, que, posteriormente, o ajudaram na sua recuperação.

Eu não sabia muito bem cozinhar, quando eu cheguei lá... Eu aprendi a cozinhar, porque me botaram muitas vezes na cozinha, de castigo, pra lavar panela, fazer essas coisas... Eu, pra aproveitar, pra ganhar moral com os caras, fazia o serviço do auxiliar e fazia o meu também. Falava: você pode jogar bola, que eu faço aqui pra você. Ficava lá na cozinha. Eu fazia o (trabalho) dos três ao mesmo tempo, pra poder ganhar moral. Aí, fui aprendendo a cozinhar, aprendi a cozinhar, aprendia a lavar as coisas, aprendi a lavar banheiro. Eu não fazia nada disso... Só, que, aí, subiu o meu orgulho ou prepotência de achar que eu sabia mais do que todo mundo, que eu era melhor do que todo mundo, porque eu tinha feito tudo certinho e tal... Rapidinho também já estava manipulando o ambiente todo. Já estava fazendo tudo, já estava fazendo com todos os funcionários do jeito que eu queria...

No entanto, apesar de utilizar as atividades nessa CT com a finalidade de obter prestígio no grupo, ao comparar a sua participação nesse tratamento àquela que teve na primeira internação na CT1, observou que, desta vez, se interessou verdadeiramente pelo trabalho proposto, alcançando prazer nos resultados obtidos e, sobretudo, nas novas competências que adquiriu. Isto se deu pelo empenho e dedicação dos pacientes da CT2 no tratamento, o que valorizava o resultado do trabalho em equipe e fortalecia o vínculo grupal.

Não tinha aquela manipulação que tinha na outra fazenda, que na outra eram quarenta pacientes (na CT1). Nessa (CT1), eu tinha que buscar lenha, aí ia pro meio do mato, aí ficava todo mundo assentado, levava baralho. Ficava jogando baralho e ficava um vigiando, a hora que via o monitor vindo assoviava e todo mundo fingia que estava trabalhando. A hora que ele ia embora, todo mundo sentava pra jogar baralho de novo, roda de cigarro. Lá (na CT2), todo mundo gostava mesmo de trabalhar, de fazer as coisas bem feitas, de mostrar que era bom no que estava fazendo. Aí, eu comecei a gostar de trabalhar, sabe? O cara ia fazer uma cerca e eu ia ajudava ele. **Aí, a gente que fazia, no final de semana, olhava o negócio bem feito. Eu comecei a gostar: que bacana, nós que fizemos isso.** Nunca vi lá monitor chegar e reclamar por não ter feito nada ou porque que você não estava fazendo isso. Todo mundo se esforçava pra fazer, era bacana mesmo. Eu comecei a prestar atenção. Aprendi a fazer algumas coisas. **Gostei de ter aprendido.**

Carlos avaliou que a maturidade do grupo de pacientes, em relação ao propósito de recuperação, favoreceu o envolvimento de todos com o tratamento. Essa maturidade, segundo ele, variava de acordo com o número de novatos e de veteranos no tratamento. Na CT1, eram quinze veteranos para trinta novatos, “*cheios de vício de rua*”, e essa desproporcionalidade favorecia as recaídas. Na CT2, o novato que chegava encontrava alguns veteranos envolvidos na recuperação, cumprindo o tempo de tratamento (nove meses), e isto servia como um estímulo positivo.

Ele observou, também, que, com o passar do tempo, modificou o sentido atribuído ao trabalho de manutenção da Comunidade. Trabalhar organizava a rotina diária e impunha uma disciplina. Os resultados do trabalho transformavam sua auto-imagem, de um inútil para alguém capaz de realizar benfeitorias e prestar serviços à Comunidade, gerando o reconhecimento dos demais pelo seu empenho.

Eu não via sentido antes. Lá eu passei a ver (na CT2), **por ver as coisas que eu fazia ficarem bem feitas. E a disciplina ajudou muito, deu um molde.** Eu nunca me imaginei, por exemplo, fazendo uma cerca. E a cerca, ficando bem feita igual ela ficou... **Então, eu sou capaz de fazer uma cerca, eu não sou um inútil igual eu pensava que eu era.** Entendeu? **Sou capaz de fazer uma comida boa, e os outros elogiam a comida e ver que ela está boa. Comecei a ver que faz sentido, porque quando você faz uma coisa e você**

sente que ela ficou bem feita, todas as outras coisas que você for fazer, você vai querer que elas fiquem bem feitas também. E vai demorar um tempo pra você fazer as coisas até elas ficarem bem feitas, do jeito que você quer que fique. (...)

Ver que as atividades desenvolvidas na CT ajudavam outros dependentes aumentava o seu estímulo em continuar aprendendo e servia de parâmetro para o seu empenho, caso quisesse alcançar os mesmos resultados que os demais. Além disso, percebia que o trabalho o fazia sentir-se bem consigo mesmo, melhorando sua auto-estima e oferecendo-lhe as regras e a disciplina, de que necessitava para organizar o seu cotidiano:

Então, eu vou me esforçar pra aprender, ver o que ele está fazendo, pra ficar bom igual à dele. Porque eu estou vendo que está sendo bom pra ele, que ele está fazendo um negócio e está ficando bem feito. Então, eu vou querer fazer, pra que fique bem feito também. Não pelo reconhecimento de ficar bom, mas por... até pelo meu senso de inferioridade ser demais também. Pra eu poder até estabelecer uma comparação com o outro. **Ajudou a sair daquele complexo de inferioridade que eu tinha, de saber que tem que ter uma disciplina, de que tem que ter um horário de acordar, de que tem que limpar, que isso faz bem... Que ajuda a manter tudo funcionando, sabe? É gostoso.**

Ele ilustrou a força do trabalho em equipe, relatando uma situação em que construíram uma arquibancada de pedra. Para ele, a união da Comunidade superou o esforço físico exigido e todos puderam apreciar o resultado: juntos compartilharam a emoção de celebrar a conclusão do tratamento dos veteranos, um ritual que comemorava o início de uma vida nova, sem o uso de drogas. A participação nessa “formatura” despertou em Carlos o desejo de também concluir o tratamento com sucesso.

Aí, quando você vê aquilo tudo funcionando, você quer que fique daquele jeito. A gente fez uma arquibancada de pedra. Toda de pedra. Deu um trabalho danado para fazer. Tinha que carregar cada pedra desse tamanho assim. Empurrando num carrinho, um pegava o cinto, amarrava o cinto nas costas e ia puxando. Mas eu num fazia puto, nem contrariado não. Eu tava gostando, estava bacana mesmo. E nós fizemos a arquibancada bonita lá. Um altar lá bonito. Um menino foi

batizado¹⁶ lá, foi muito legal. Eu fiquei emocionado do menino ser batizado e tudo... O pessoal graduou lá. Eu nunca tinha visto uma graduação. Fiquei muito emocionado, achei muito bonito, muito bacana. Queria que isso acontecesse logo comigo. Isso era muito valorizado entre quem passa em fazenda.

Apesar do seu investimento e do desejo de tratar-se, Carlos abandonou a CT, depois que teve uma relação sexual dentro do serviço, o que não era permitido. Comentou que sentia-se culpado, porque, para ele, esse comportamento era uma regressão, para quem estava se empenhando em ser diferente e até mesmo buscando uma espiritualidade, o que o fez duvidar de um prognóstico positivo para si mesmo.

Eu fiquei com sentimento de culpa. **Porque eu me toquei pela primeira vez que tinha que mudar pra tratar, que tinha que fazer uma coisa diferente.** Aí, eu fiquei puto: eu fiz isso, então, não adiantava (estar ali). Fiquei puto de ter dado errado. Acho que eu estava buscando demais uma espiritualidade. E falei assim: fiz isso, então, eu já que não tenho espiritualidade, então, perdeu tudo, então, não adianta. Então, eu tenho que sair.

O enfrentamento de uma depressão na terceira Comunidade Terapêutica

O pai de Carlos decidiu transferi-lo para outra CT na mesma cidade, no interior de Minas Gerais. Ele ainda tinha 22 anos e tratou-se durante três meses e quinze dias nesse serviço.

Inicialmente, envolveu-se com um grupo dessa Comunidade que estava num movimento de boicote ao tratamento, mas negou ter feito uso de drogas, apesar dos demais pacientes terem usado. Pouco tempo depois da sua admissão, uma intervenção institucional mudou esse quadro, desligando do tratamento os líderes do movimento.

¹⁶ O “batizado” ou “formatura de graduação” é um ritual comum em algumas Comunidades Terapêuticas, que celebra a conclusão do tratamento.

Enquanto estava na CT3, apresentou sintomas depressivos que o fizeram planejar, mais uma vez, seu auto-extermínio. Essa situação, por outro lado, permitiu-lhe avaliar sua relação com a droga, ao perceber que se refugiava no consumo, ao invés de enfrentar os sentimentos e as situações que precisava modificar. A angústia, despertada por essa tomada de consciência, e o sentimento de impotência, que a acompanhava, fomentavam o seu desejo de auto-extermínio:

Eu comecei a pensar nas parada de suicídio, na fazenda. Pensava, elaborava na minha cabeça, imaginava como que eu ia fazer... Ah! Era um desânimo tremendo, vendo um tanto de coisa que eu ia ter que mudar em mim, achando que era impossível, que aquilo não dá. E, sabe, é a consciência de saber o que precisa fazer, sem mentir... **A droga era só um veículo que me ajudava a suportar as coisas que eu não dava conta de mudar em mim.** Era uma coisa que me ajudava a suportar e, muitas vezes, até aceitar o que eu não gostava em mim...

Esse quadro foi revertido, quando Carlos concluiu que ainda se posicionava como uma vítima das situações pelas quais *ele* era o responsável. Decidiu, novamente, se empenhar no tratamento e renovou, consigo mesmo, a esperança de que poderia alcançar resultados satisfatórios, se realmente tentasse superar suas dificuldades. Para tanto, participou, assiduamente, das atividades e percebeu que essa mudança de postura dava um resultado positivo, principalmente porque o fazia sentir-se parte da Comunidade, ao ampliar sua relação pessoal com os demais pacientes.

Acho que eu tava muito na auto-piedade. Aí, de repente, eu falei assim: não está adiantando eu ficar desse jeito não. Assim, mesmo que as coisas estejam ruins, que meu sentimento seja de tristeza, de vontade de morrer e tal, eu pensei assim: as coisas precisam continuar indo; eu pensei assim: então vamos fazer, mesmo que esteja ruim. Igual eu falei, que esteja triste, não esteja satisfeito, vamos começar a participar mais... **Eu comecei a participar, comecei a enturmar, comecei a jogar um baralho, jogar uma bola, falar nas reuniões, comecei a participar mesmo, acho que foi isso. Acho que foi essa virada que deu, passei a participar mais, a falar mais, a dar minha opinião.** Eu comecei a ter muita amizade lá dentro, a ter liberdade, eu brincava mais, jogava bola, fazia tudo, não tava com o pensamento de

usar droga não, foi a (Comunidade) que correu mais dentro do sentimento da verdade (de tratar-se) nessa vez que eu tive.

Apesar do seu empenho nesse tratamento, certa ocasião, Carlos agrediu gravemente outro paciente, revidando um tapa no rosto que este lhe dera. Por isso, foi excluído dessa terceira CT.

Sua mãe não o quis receber em casa e, então, os pais o mandaram para uma fazenda da família, onde o avô residia.

Na fazenda do avô: “uma das melhores fases da minha vida”

Carlos ia completar 23 anos, quando viveu na companhia do avô paterno, por seis meses. Ele definiu esse período como uma das melhores fases da sua vida. Descreveu sua rotina da época, explicando como passou a cuidar de si mesmo e a trabalhar nas atividades da fazenda, para sobreviver. Ele observou o modo como seu avô executava as tarefas, pedindo-lhe orientações e experimentando trabalhar de acordo com o que aprendia:

Foi uma das fases melhores da minha vida, apesar d’eu ainda ter, ainda estava muito doente de institucionalização, sabe? **Lá, eu que tinha que cuidar de mim.** Eu acordava às 5:30 da manhã, no começo, ajudava o meu vô a tirar leite, até umas 7:00, 7:30... Ainda levava o leite pro caminhão buscar, depois botava ração pras vacas, aí depois soltava, apartava, tratava, soltava junto, depois tratava de mais ou menos uns cinquenta porcos, com manga, tinha que catar manga nos pastos. Depois, arrumava alguma coisa pra fazer, consertar uma cerca ali, capinar uma coisa ali, fazer alguma coisa, nunca ficava parado. **Primeiro, eu comecei ajudando o meu avô. Não sabia fazer nada disso...** Dava umas 6:00, 6:30 da tarde, eu ia dormir. Eu tava tão cansado que tinha preguiça até de fazer comida. **Fui aprendendo**, de primeiro, eu ficava só amarrando... soltando bezerro. Eu ficava na porteira. “Solta aquele bezerro”, e eu soltando o bezerro... Depois eu ficava olhando ele apear vaca, depois eu aprendi apear vaca e bezerro, depois eu pedi assim: podia soltar uma vaca macia, pra mim aprender a tirar leite. Aí, ele pegava uma vaca fácil de tirar leite, com as tetas molinhas, mais fácil. Aí, comecei a pegar uma aqui, outra ali... Quando passou, eu já estava dando conta de tirar leite sozinho. A hora

que eu fiquei bom no negócio, meu avô passou a ficar mais na cidade do que lá na fazenda.

Quando ele alcançou um domínio técnico suficiente, passou a morar sozinho e propôs mudanças e melhorias para o local, apesar de não ter autorização da sua família para esse tipo de realização. Embora estivesse ali porque sua família decidiu castigá-lo, aprendeu a gostar do que fazia da sua rotina na fazenda.

Eu já ficava sozinho na fazenda. Eu acordava às 5:30 da manhã, tirava leite, ia passando o dia e estava gostando de fazer aquilo... **E quando eu começo a gostar das coisas, eu começo a ter as idéias pra melhorar as coisas: aqui, podia ter isso; aqui, podia ter aquilo...** Só que eu não tinha muito poder de negociação. Eu estava lá como se fosse de castigo, eu estava lá porque minha mãe não me queria em casa. Então, não tinha poder. Então, meu tio também não me escutava e meu pai não fazia nada por mim.

Carlos explicou que a satisfação em viver na fazenda do avô estava ligada ao sucesso alcançado, fruto do trabalho que realizava, concretizado nas melhorias e benfeitorias que o local adquiriu, depois da sua chegada. Pouco a pouco, o que era para ser um castigo, adquiriu um sentido para ele, graças às competências que desenvolveu, realizando as tarefas diárias na fazenda.

Porque foi uma coisa que começou como um castigo... Uma coisa que eu não sabia fazer nada, não entendia nada daquilo... Aí, de repente **eu comecei a entender daquilo, comecei a ver um sentido naquilo, porque a gente vai tirando leite aqui, vai tendo um retorno; você capina, você vê o lugar capinado; você arruma a cerca, a cerca fica arrumada; você tem uma idéia, ajuda a construir, melhora uma parada ali. Eu via as coisas construídas e melhorando:** Ah, eu vejo sentido nisso aqui!

Além disso, considerava que a vida pacata, sem os ruídos e os apelos consumistas dos centros urbanos, lhe acalmava e, por isso, lhe ajudava a manter-se em abstinência:

Fora que a vida lá era muito gostosa. Não tinha preocupação com nada, não tinha barulho, não tinha carro, sabe... Não tinha bagunça nenhuma, não tinha aquela agitação... E as vezes que eu ia à cidade, com meu avô pra comprar as coisas, comida pra trazer, eu ficava muito barulhado. Eu via meus primos com carros, eu ficava querendo ter aquilo... Mas, quando eu estava lá na roça e não via nada, pra mim

aquilo era o ideal, se eu vivesse daquele jeito, igual um eremita lá, para mim estava ótimo, estava muito bom ficar daquele jeito lá...

Entretanto, em uma dessas idas à cidade, Carlos comprou maconha e usou na fazenda, por aproximadamente um mês. Não considerou esse uso nocivo, apesar de achar que, na sua história de vida, a maconha era a porta de entrada para as outras drogas, para o seu comportamento delinqüente e para o seu isolamento social. Segundo ele, após essa recaída, não houve tempo para que a necessidade de outras drogas se manifestasse ainda na fazenda, porque ele voltou para casa, atendendo ao chamado da mãe.

Ele considerou, ainda, que a experiência na fazenda do avô o ajudou em relação ao seu problema com as drogas, porque promoveu a sua autonomia no autocuidado, para lidar com os próprios sentimentos e para decidir o que fazer com a própria vida, pelo menos enquanto vivesse ali. Explicou que, apesar de estar com o avô por decisão da sua família, a maneira como vivia ali, como enfrentava os desafios cotidianos, foi determinada por ele. Esse nos parece um contraponto importante para uma queixa que Carlos apresentou, anteriormente, quando se referiu a sentir-se tutelado e vigiado pelos pais.

(Em relação à dependência química, trabalhar na fazenda do avô me ajudou na minha autonomia, a ser uma pessoa com mais autonomia, sabe? De ter que tomar conta de uma fazenda sozinho, ter que fazer comida pra você mesmo, ter que manter limpo. Ter mais autonomia, de decisão. Falar assim: aconteceu isso, agora, eu tenho que resolver agora. Porque, se eu não resolvo, não tem jeito, o trem não anda se eu não resolver, não tem ninguém pra resolver pra mim... eu que tenho que fazer. O sentimento também, muitas vezes eu estava triste, não tinha ninguém pra falar. Falava assim: **eu tenho que me virar é sozinho mesmo... não tem ninguém e tal.** Aí, botava a música, escutava uma música e tal, e ia dormir.

Ao retornar para casa, Carlos iniciou um curso preparatório para entrar no exército e voltou a freqüentar as reuniões de mútua-ajuda na primeira CT, onde esteve internado. Mas, depois de uma discussão, resolveu não mais participar das reuniões.

Também decidi continuar usando maconha e não usar cocaína injetável. Entretanto, retomou o uso de cocaína em pó.

Certa ocasião, não conseguiu cocaína e comprou crack com o dinheiro que o pai lhe deu - a cada mês que ficou na fazenda do avô, ganhou uma vaca do pai – e com o qual planejava comprar uma moto. Para manter o uso do crack, que se tornara, a partir de então, sua droga preferida, passou a roubar sua família.

De vez em quando, eu usava pedra (crack), pra cortar a onda do piau (cocaína injetável), porque a fissura do piau é cinquenta vezes pior que a fissura da pedra. (...) Mas foi a conta d'eu fumar uma pedra, que eu olhei pro meu colega e eu falei assim: Fudeu. Um tempão sem usar nada, assim de cocaína, nem de álcool. Fiquei muito doido. A primeira coisa que eu fiz foi gastar o dinheiro todo que eu tinha. Num período de dois meses, desandei todinho. Emburaquei nesse trem de fumar, já não ia mais no curso, ficava na rua, ficava nas favelas, nas pracinhas, fazendo as paradas.

Carlos pediu ajuda à sua família para ser internado, após causar muitos prejuízos financeiros.

O quarto tratamento em uma Comunidade Terapêutica: a vida sem drogas é possível?

Aos 23 anos, na sua quarta internação em Comunidades, Carlos pediu ajuda pela segunda vez à CT1, onde, desta vez, ficou internado por oito meses.

Quando avaliou seu desejo de se tratar, considerou que precisava mudar, primeiramente, sua conduta na CT, para, então, enfrentar as situações cotidianas fora do ambiente protegido. Porém, nessa época, ainda achava essa mudança muito difícil de ser realizada, ou seja, ele ainda mantinha uma desesperança em relação a um prognóstico positivo para o seu caso. Esse sentimento estava fundamentado na percepção de que o mundo, fora de uma Comunidade Terapêutica, não favoreceria a vida sem droga e o estilo de vida diferente,

que ele ainda precisava construir. Nesse período, Carlos adotava uma espécie de pensamento rígido, que o fazia acreditar que a mudança necessária se daria de maneira abrupta e rápida, quase como por um milagre. Ainda tinha dificuldade para compreender que a construção de uma vida diferente era um processo que se daria a longo prazo, do qual também fariam parte os retrocessos e os fracassos, que se manifestariam não só nas recaídas no uso das drogas, mas, também, nos comportamentos que freqüentemente acompanhavam o consumo, como as manipulações, as mentiras e os furtos. Toda essa mudança na forma de ver e estar no mundo, teria início dentro da Comunidade e continuaria sendo construída fora do serviço, ao longo da sua vida.

O principal mesmo que aconteceu foi **um sentimento de que eu não ia dar conta de mudar o que eu precisava mudar**. Um monte de coisa que eu precisava mudar, que eu enxergava, um monte de atitude que eu tinha, um monte de maneira de ver a vida. Eu ficava assim: Nó, não tem jeito. Onde que eu vou achar um tanto de gente que vive o que eu tô pensando que tem que ser, que os outros tem que viver... Ou que eu veja os outros de boa, conseguindo viver... **Eu tenho que levar o que eu sou aqui (na CT), o que eu aprendo aqui, lá pra fora. Eu tenho que ser completamente diferente do mundo que é lá fora. Eu tenho que ser, no mundo, diferente do mundo que está lá fora. E que pra isso acontecer, eu ainda tenho que mudar minha conduta aqui dentro, não é só parar de usar droga, a minha conduta aqui dentro.** A minha postura tem que ser outra, completamente, tem que melhorar muito ainda a minha postura aqui dentro pra poder viver como que eu imagino que seja. Pra suportar, pra poder dar conta de viver lá fora, sem lá fora me engolir.

Carlos saiu duas vezes da CT por uma semana, durante o tratamento, no sexto e no sétimo mês, para fazer a visita familiar programada. Na última, levou maconha para a instituição e usou por um mês. Antes disso, roubou o dinheiro de um monitor, que havia lhe confidenciado que estava roubando a CT, ou seja, Carlos roubou quem estava roubando o serviço e, na entrevista, usou o comportamento desse profissional para explicar o seu erro. Afinal, ele estava roubando um ladrão. Ainda faltava um mês para completar o período previsto de nove meses de tratamento e, depois dessa recaída, a proposta da equipe clínica era

que ele recomeçasse o processo, como se não tivesse se tratado. Ele não concordou, envolveu-se novamente em uma briga e foi excluído.

Ao retornar para casa, retomou os estudos em um curso supletivo noturno. Foi recebido pela família de um modo diferenciado, sem cobranças ou vigilância, quando comparado aos outros retornos. Mais uma vez, tentava usar drogas controladamente, conciliando com suas outras atividades. Retomou, ainda, o uso de maconha com crack (beréu), fumando enquanto deveria estar no supletivo, na tentativa de evitar que os pais descobrissem. Também fez um curso no SENAC de promotor de vendas, onde se destacou. Entretanto, a compulsão no uso da droga aumentou, e seus pais passaram a controlá-lo, não permitindo que saísse de casa.

Ao perceber, mais uma vez, que não conseguiria controlar seu comportamento compulsivo, Carlos tentou auto-extermínio e foi internado em um hospital psiquiátrico. Aos 25 anos, pela segunda vez, foi submetido a esse tipo de tratamento. Quando descreveu a situação que viveu, comentou sobre o seu sentimento de fracasso, por não ter conseguido nem morrer.

Tinha umas duas caixas de Rivotril da minha irmã lá no quarto. Escrevi uma carta, deixei no meu criado, tomei todos os Rivotril. Tava a fim de morrer mesmo. Apaguei. Só que eu não morri não, acordei no outro dia. E o desespero de ter acordado no outro dia... E ninguém tinha entrado no meu quarto, até aquele tempo, senão tinha pegado a carta, tinha feito alguma coisa. A hora que eu acordei e olhei, a carta tava no mesmo lugar, o quarto tava no mesmo, eu falei assim: “que desgraça, nem pra morrer eu presto...” Eu fiquei puto. Eu peguei a carta, joguei dentro da privada. Ainda tava muito chapado, porque 40 comprimidos não é brincadeira não... Aí, desci, fui para a dispensa lá debaixo, bebi os dois litros de vinho de uma vez só, pra juntar com a batida do remédio. Aí, eu surtei. Eu acordei no hospital psiquiátrico, amarrado na cama.

Sobre sua estadia no hospital, Carlos comentou que assumiu uma postura diferenciada de outros momentos, ajudando no cuidado de outros pacientes. Assim, levou o modelo de ajuda-mútua e de participação do paciente no tratamento das Comunidades

Terapêuticas para o hospital psiquiátrico, o que demonstra que ele havia incorporado essa proposta de tratamento das CTs. Além disso, ele decidiu utilizar sua capacidade de liderança de forma positiva:

Era chegar mesmo, ver o cara com dificuldade e chegar e ajudar. Como tem esse negócio de liderar, então vamos começar a liderar pro lado positivo. Comecei a fazer a parada pro lado positivo e tal, fiz até um movimento lá dentro. Até os enfermeiros pararam de tratar os pacientes da maneira como tratavam, sabe? Trem de maluco mesmo, se você ver, você não acredita.

Quando saiu do hospital, Carlos retomou os estudos, tentando concluir o segundo ano do ensino médio. Tentava, também, usar droga de maneira controlada. Mas, ao passar para o uso do crack, voltou a roubar sua família, e pediu ajuda para tratar-se novamente.

O quinto tratamento em uma Comunidade Terapêutica e o trabalho na creche.

Aos 25 anos, Carlos buscou ajuda, pela terceira vez, na primeira CT onde se tratou, e foi acolhido na Casa de Triagem. Ele não foi transferido, posteriormente, para a unidade rural, como geralmente acontece com os pacientes desse serviço, pois consideraram que sua experiência com os tratamentos anteriores o permitiria manter a frequência na escola. Porém, ele começou a namorar uma ex-paciente dessa Comunidade, que freqüentava os grupos de mútua-ajuda, e deixou de ir à escola para ficar namorando. Durante esse tratamento, conseguiu manter-se abstinente por seis meses.

Certa ocasião, foi convidado para trabalhar voluntariamente em uma creche, por uma amiga da família, indo morar na casa dela. Estava usando medicação por indicação médica e fazendo psicoterapia. Além desse acompanhamento profissional, manteve-se na escola, cursando o terceiro ano do ensino médio.

Em uma festa da creche, ele e a namorada usaram álcool e maconha. A partir de então, modificou sua relação com os medicamentos: passou a administrá-los abusivamente, desobedecendo à prescrição médica. Acabou roubando a creche para usar crack e pediu ajuda, voltando para a Casa de Triagem. Apesar de ter pedido e recebido ajuda e, ainda, de ter combinado manter-se em abstinência, no caminho para a escola, usava maconha. Findado o prazo estabelecido para a ajuda, Carlos voltou para a casa dos pais.

Foi convidado para trabalhar como monitor na Casa de Triagem e, por isso, fez um curso de formação para monitores de CT. Nos horários livres, quando não estava trabalhando, usava droga com amigos e com a namorada, roubando para conseguir dinheiro.

Incomodado com esse comportamento, ele próprio decidiu abandonar o trabalho de monitor e retomar o que realizava na creche, dessa vez, recebendo um salário. Ainda fazia uso abusivo de medicação, chegando a roubar drogarias, e associando esses remédios com o crack, que comprava com o seu salário. Segundo ele, essa prática lhe trouxe um déficit na memória, uma seqüela da associação química que fazia, nesse período:

Eu ficava o mês inteiro tomando Dramin e o dia que eu recebia o salário, eu fumava tudo de pedra (crack), nem maconha eu tava fumando mais, não. Maconha dava muito vacilo, sempre deixava umas coisas ali, os outros descobriam... Aí, assim que acabava a pedra, eu mandava uma cartela de Dramin, pra cortar a fissura. Aí, comecei a tomar uma cartela de manhã e uma cartela de noite. Eu ficava os dias todos sem comer. Depois foi me dando uma leseira. E eu ainda misturava com um bocado de outros remédios pra combinar, pra dar uns efeitos que eu gostava... Ainda tenho seqüela daquilo até hoje.

Carlos mantinha o trabalho na cozinha da creche, onde gostava de brincar com as crianças, principalmente com os mais “*problemáticos*”. Essa experiência o ajudou a compreender melhor o seu adoecimento: ele viveu na creche situações que o permitiram perceber a gravidade da negação da sua doença, postura que ele sustentava para si mesmo, e

da relação que estabelecia com as pessoas, utilizando o afeto que elas tinham por ele para conseguir mais droga.

Pensei que (o meu problema) fosse da ordem psiquiátrica, e aqui (na Terra) fui entender que era da dependência química. **Na creche, foi onde eu vivi um auto-engano muito grande, no sentido de subestimar a doença, a dependência química, porque eu falava para todos que eu usava drogas, já tinha passado por vários tratamentos, até me considerava um dependente químico, mas não aceitava que era um.** Eu vivi um auto-engano muito grande, de apesar de saber como proceder, como tratar, como fazer com as coisas, ser muito atencioso, amoroso e carinhoso com as pessoas. Sempre fui assim, em todos os lugares onde eu fui, eu sou assim, ou seja, **pelo afeto que eu conquistava das pessoas, eu achava que eu podia usar e abusar delas, também.** Comecei a confundir isso, pensava se o afeto que eu dava era para poder abusar disso. Comecei a questionar o tipo de afeto que eu recebia, o porquê deles estarem me dando (afeto). Fez uma bagunça danada. Foi uma subestimação da doença, não enxergava, vivia de viseira, vivia esperando chegar o fim do mês para receber o dinheiro e usar droga. E fiz isso durante muito tempo, até que não estava conseguindo esperar chegar o fim do mês, tinha que arrumar um dinheiro lá dentro. Cheguei a essa conclusão pela perda de uma oportunidade boa, onde eu subestimei a doença.

Nessa ocasião, a amiga, coordenadora da creche onde Carlos estava trabalhando, lhe ofereceu um tratamento em uma CT na Itália e ele foi para a Europa se tratar.

O sexto tratamento: a Comunidade Terapêutica italiana e o medo de enlouquecer

Aos 26 anos, Carlos foi para a Europa, em mais uma tentativa de tratamento, desta vez em uma CT italiana, onde permaneceu por seis meses. Nesse tratamento, queixou-se que a quantidade de medicação que utilizava afetava a sua rotina na CT, que, basicamente, se resumia a trabalhar, das 7h às 19h. Essa experiência de ter que enfrentar uma cultura

diferente, com o objetivo de tratar-se, sob o efeito de muita medicação, levou-o a temer um agravamento, ainda maior, do quadro psíquico que apresentava.

Era só serviço, serviço, serviço, serviço... (Depois do jantar) ficava sentado na mesa, a gente conversava e eu, lesado demais de remédio, não conseguia entender. Às vezes, eu entendia, eu falava mais o inglês que o italiano... Fiquei lá seis meses, num desespero, nossa! Eu tava muito na paranóia, eu já não tava muito certo, já tava entrando em surto, nessa época.

Após receber uma visita dos pais, Carlos decidiu voltar ao Brasil, interrompendo o tratamento. Voltou a trabalhar na creche, retomando o consumo do crack e da medicação, com o dinheiro do salário. Quatro meses após o seu retorno da Itália, já estava roubando dinheiro da creche e usando droga diariamente, até que foi dispensado do trabalho. Retomou os roubos em casa e os pais o internaram em um hospital psiquiátrico, aos 27 anos. Era a terceira vez que Carlos se tratava nesse tipo de serviço. Foi nessa internação que ele percebeu que acontecera o que temia: o seu quadro psíquico se agravara. Ele passou a acreditar que seu problema, então, não era dependência química e sim, um transtorno psiquiátrico incurável, e que sua única saída era viver confinado em um manicômio.

E essa foi a pior vez. Porque eu já tava desanimado mesmo de achar que tem jeito... Eu já não tava a fim de tentar fazer diferente, de tentar ajustar, igual eu tinha feito da outra vez... Já tinha resolvido assim: “meu lugar é aqui (no hospital psiquiátrico)”. Aqui eu não atrapalho... Meu lugar é aqui dentro do manicômio, não posso nem sair, meu lugar é aqui o resto da vida. Já estava convencido disso. Eu já não tava normal. Eu tava surtado, eu tava fazendo as coisas, eu entrava aqui, passava por você, pegava e saía carregando um negócio e achava que você não estava nem vendo e você parada aqui. Não estava muito certo da cabeça também não. **Eu já não tava mais distinguindo o que era real e o que não era.**

Nesse hospital, Carlos fazia uso abusivo da medicação prescrita, manipulando a equipe clínica. Ele buscava neutralizar a consciência que tinha do seu adoecimento, sedando-

se. Além disso, passou a se alimentar exageradamente, engordando cerca de 25 kg em um curto período.

Como era janeiro, não tinha psiquiatra lá, eu tava só sendo atendido pelo plantão. Então, comecei a tomar (remédio) e eu sabia manipular de tudo quanto é jeito, pra eu tomar o remédio que eu queria. Então, todo dia, eu tomava 80 gotas de Haldol, uma injeção de sossega leão, 80 gotas de Haldol pra esperar a injeção. No primeiro e no segundo dia apagava, mas daí por diante a injeção já não tava mais fazendo efeito. Então, eu tomava as 80 gotas, a injeção, e ficava jogando baralho com os caras lá, valendo cigarro. Ainda tomava mais 2 Dormonides pra dormir. No outro dia, era remédio o dia inteiro, toda hora, nas horas do plantão era Rivotril, era Haldol, era Amplictil. Ah, tava a fim de desligar mesmo, sabe? Eu não tava agüentando a minha cabeça não. E comendo... A única coisa que eu fazia era pedir pra tomar remédio, comer e deitar, pedir pra tomar remédio, comer e deitar... Engordei uns 25 quilos, 30 quilos, nesse período que eu fiquei lá.

Depois que saiu do hospital, a única coisa que fazia fora de casa era a auto-escola. Sua rotina era: dormir o dia inteiro, ao final da tarde, ir para a auto-escola, à noite acordar para fumar maconha e comer. Foram três meses tentando tirar a carteira de habilitação.

Mais uma vez, pediu para voltar a trabalhar na creche, mas cometeu um roubo, pegando dinheiro em uma gaveta da sala onde o pai estava, comportando-se como se o local estivesse vazio, pois estava sob o efeito de drogas e remédios. O pai o internou novamente em um hospital psiquiátrico, depois desse episódio.

Sobre o agravamento do seu problema, Carlos considerou que sua origem estava na sua desesperança, que crescia cada vez que ele usava droga, pois, para ele, as recaídas revelavam o seu fracasso nos tratamentos e evidenciavam a verdade: o que ele queria mesmo era se drogar.

Quando eu queria me empenhar no tratamento, eu era sincero naquele desejo de ficar sem droga naqueles momentos. Mas aí, quando eu usava droga, eu desacreditava de tudo, eu falava assim: então, eu não era sincero, eu acho que eu tava era enganando, eu acho que eu vou é morrer usando esse trem mesmo! Não tem jeito, não tem como... E

tentando de tudo quanto é lado, dentro da minha cabeça, uma questão e outra batendo e voltando e **eu não conseguindo achar solução nenhuma. Aí, eu desisti, resolvi entregar mesmo pra doença... Não tem jeito mesmo, é falta de, de esperança mesmo... Isso foi o que me fez adoecer.**

Ao sair do hospital psiquiátrico, Carlos foi se tratar na Terra da Sobriedade.

*O sétimo tratamento em uma Comunidade Terapêutica: a Terra da Sobriedade*¹⁷

Aos 28 anos, Carlos foi encaminhado para se tratar na CT da Terra da Sobriedade e foi admitido no regime de permanência-dia¹⁸.

Primeiramente, apresentaremos, de modo geral, como se deu seu tratamento na Comunidade Terapêutica, utilizando os dados colhidos no seu prontuário, e, posteriormente, apresentaremos seu próprio relato, obtido através de entrevistas.

Carlos iniciou o tratamento, em maio de 2004, participando de todas as atividades do cronograma. Também iniciou a diminuição do uso de medicação, com acompanhamento da psiquiatra da instituição.

Em junho de 2004, foi indicada uma psicoterapia individual, devido à sua dificuldade de relacionamento com os demais pacientes, visando ajudá-lo a aproveitar ao máximo a proposta de tratamento, inclusive, da terapia em grupo – modalidade preferencial de atendimento nessa Comunidade Terapêutica.

¹⁷ Parte das informações sobre o sétimo tratamento em uma Comunidade Terapêutica foram coletadas no prontuário desse serviço.

¹⁸ Trata-se de um acompanhamento por um ou dois turnos (de 7h às 18h), quando o paciente participa de todas as atividades do cronograma diário. O pernoite é feito em outro local, no caso do Carlos, na casa dos pais. A indicação desse regime de tratamento visa à manutenção do vínculo familiar e social, minimizando os efeitos prejudiciais de uma institucionalização.

Ele planejava retomar os estudos, no segundo semestre de 2004, mas sua família não concordava com seus planos, pois julgava que ele ainda estava muito doente para retomar outras atividades. Achavam que deveria se dedicar, exclusivamente, ao tratamento. Em julho de 2004, viajou para a praia com outros pacientes e recaiu no uso do crack. Negou a recaída para a Comunidade, dizendo que fez uso apenas de álcool, subestimando o fato de que essa também é uma substância psicoativa e, na sua história de vida, de grande influência no seu adoecimento.

Em agosto de 2004, conciliou o tratamento e o cursinho pré-vestibular, enfrentando dificuldades para concentrar-se no estudo e para permanecer em sala de aula. Fazia uso de maconha no caminho entre a CT e o cursinho. Posteriormente, durante uma assembléia¹⁹ semanal, confessou sua recaída para a Comunidade, pois o contrato assumido pelos membros do grupo era a manutenção da abstinência.

Também namorou, por dois meses, uma paciente que estava hospedada no serviço, ainda nesse segundo semestre de 2004. Mantinha um bom nível de reflexão na psicoterapia em grupo e individual. Preparava-se para tirar carteira de motorista e para o vestibular, para o curso de Psicologia. Tinha planos de estudar e trabalhar em 2005. Em dezembro de 2004, Carlos interrompeu a psicoterapia individual, conforme planejado, e matriculou-se na faculdade de Psicologia, pois conseguiu passar no vestibular, mesmo não tendo se dedicado aos estudos como deveria.

¹⁹ Nas assembléias semanais, uma das atividades do cronograma de tratamento, todos os membros da Comunidade - pacientes, equipe clínica e administrativa, e demais funcionários - discutem os temas relevantes ao funcionamento da vida comunitária, sejam eles relativos à convivência entre os indivíduos, ao planejamento das atividades extra-muros de cada paciente e do grupo, ao funcionamento administrativo da instituição, que implique na participação coletiva, ou à filosofia do modelo de tratamento. Todos os problemas da Comunidade, de qualquer natureza, são resolvidos coletivamente. Nas assembléias, os pacientes recém-admitidos apresentam-se e dizem qual o objetivo de sua estadia na CT, assumindo formalmente um compromisso com os demais. As recaídas no uso de drogas ou o descumprimento de qualquer outra regra básica - no que se refere a atos de violência, roubos ou prática sexual dentro da CT -, assim como as evasões, os desligamentos e a alta também são avaliados, discutidos e/ou planejados nas assembléias.

A família ainda discordava dos planos dele, por considerá-lo incapaz de realizá-los naquele momento, devido ao seu adoecimento. Ela era atendida pela equipe nas reuniões de orientação para familiares. Para ele, sua família atuava como facilitadora do seu adoecimento, pois o protegia das situações cotidianas que ele precisava enfrentar sem recorrer ao uso de drogas e dava-lhe dinheiro, o que era um grande facilitador do consumo. Carlos ainda mantinha o uso da maconha e manifestava um comportamento de abandono do tratamento. A equipe clínica propôs, então, que se hospedasse na CT. Ele recusou, a princípio, depois fez uso abusivo de medicamentos, com risco de morte. Após esse episódio, decidiu, então, pedir ajuda. Foi hospitalizado e comunicou que também estava em uso de crack.

Em março de 2005, iniciou tratamento no regime de hospedagem²⁰. Devido à hospitalização, não frequentou as aulas e acabou perdendo a vaga na faculdade. Enquanto esteve hospedado, namorou, por alguns meses, outra paciente da CT, que apresentava quadro psiquiátrico grave. Recaiu no uso abusivo de medicamentos, arrombando a farmácia da instituição e assumiu, na assembléia semanal da CT, não só esse arrombamento, mas também um furto que cometera, em um supermercado próximo. Nessa mesma semana, evadiu do serviço, levando o seu vídeo cassete e usou droga. Depois retornou, pedindo ajuda. Propôs à equipe morar na Pensão Protegida²¹, assumir a fabricação diária do pão para a CT, como projeto pessoal, e, com o dinheiro que a instituição economizaria na padaria, compraria seus objetos pessoais, acreditando que, dessa forma, não precisaria mais se relacionar com a sua família. Tudo indica que ele tentava romper com a dependência econômica, pois para ele esse era o único vínculo que mantinha com seus pais. A equipe discutiu os benefícios e os riscos

²⁰ Trata-se de acompanhamento 24 horas, quando o paciente participa de todas as atividades do cronograma de tratamento durante o dia e pernoita na instituição. O tempo de permanência em tratamento é inicialmente programado pelo paciente no momento da admissão e pode ser redefinido ao longo do desenvolvimento do seu projeto pessoal.

²¹ Trata-se de uma casa localizada a menos de 3 Km da Sede, numa área urbana. A moradia na Pensão Protegida visa uma maior autonomia e independência: está indicada para aqueles que trabalham e/ou estudam e que desejam viver num ambiente saudável e de responsabilidades compartilhadas, com o compromisso de manter a abstinência de toda e qualquer substância psicoativa.

dessa proposta, enfatizando que a fabricação do pão diário era o seu projeto pessoal de tratamento e que a sua força de trabalho não seria utilizada pela instituição como mão-de-obra barata, pois esse não era o objetivo clínico da atividade. Além disso, não seria dessa maneira que ele conseguiria resolver seus conflitos com a família e muito menos alcançar sua independência financeira.

Em abril de 2005, Carlos envolveu-se em uma briga com outro paciente. Na assembléia de avaliação do ocorrido, quando se discutiu sobre a exclusão dos agressores, a Comunidade decidiu pela permanência, no tratamento, dos envolvidos nesse episódio. Foi proposta uma reparação pública, através de um debate sobre o tema da violência, que se daria durante o grupo de mútua-ajuda semanal, aberto ao público. Carlos surpreendeu-se com a reação de acolhimento dos demais pacientes, alegando que, em qualquer outra CT, isso seria motivo para uma exclusão do tratamento.

Ele ainda mantinha uma oscilação do humor significativa, ou seja, uma forte labilidade emocional, intercalando períodos de envolvimento com o tratamento com outros de isolamento e desesperança. Em discussão com a equipe, falou da falta de sentido da sua vida: “*eu preciso construir um desejo*”. Programou, então, para o segundo semestre de 2005, a retirada da medicação, a retomada do cursinho e a manutenção da fabricação diária do pão da CT.

Já no segundo semestre de 2005, Carlos iniciou um namoro com uma colega do cursinho, apesar de perceber a inadequação de uma relação amorosa nesse momento do seu tratamento. Mantinha um bom nível de reflexão sobre seus relacionamentos interpessoais - seja na família ou em outros contextos - sobre seu adoecimento e o uso inadequado que fazia das instituições de tratamento, por onde havia passado.

Ele se queixava das pressões externas que enfrentava para usar drogas, mas se recusava a reavaliá-las, sua proposta de estudar e namorar, atividades que se tornaram um

contexto de risco para uma recaída. Demandava muito dinheiro aos pais e, quando questionado pela equipe, desconversava. Acabou abandonando o cursinho. A equipe suspeitava de recaída no uso de drogas, mas ele não dizia nada sobre isso. Apesar disso, aceitou a sugestão de permanecer por 10 dias na Comunidade, sem contato externo²².

Durante o segundo semestre de 2005, Carlos manteve a fabricação diária do pão, como um projeto pessoal, mas não a desenvolvia de maneira regular: sua instabilidade no vínculo com o tratamento interferia nessa regularidade, no estabelecimento de um ritmo de trabalho e no aperfeiçoamento da qualidade do produto, que, no entanto, ele almejava. A intervenção da equipe se direcionava para a promoção do vínculo com uma atividade rotineira, tanto na CT quanto fora dela, visando também ampliar seu cronograma pessoal, para além das atividades desenvolvidas no serviço.

Em janeiro de 2006, Carlos interrompeu o uso de medicação com o acompanhamento do seu psiquiatra. Mas, em março, viajou com os pais e usou droga. A equipe clínica propôs, então, sua transferência para a permanência-dia. O objetivo dessa intervenção era despertar sua responsabilidade pelas escolhas feitas, até então, e desenvolver sua autonomia, frente à família e à instituição.

Carlos evoluiu positivamente, depois da mudança no regime de tratamento, e iniciou um curso de pizzaiolo no SENAC, em maio de 2006. Na última quinzena, também fez um curso de padeiro, promovido pela Prefeitura de Belo Horizonte. Nesse período, estabeleceu relações afetivas com os demais pacientes e com a equipe clínica, mostrando-se cooperativo e envolvido com as atividades do cronograma de tratamento. Seu projeto de cuidar do pão diário era entendido por ele como “cuidar da Comunidade”. Apesar disso, seu compromisso com essa atividade sofria a interferência da instabilidade do seu humor,

²² Essa é uma intervenção combinada com os pacientes hospedados na Comunidade, quando há recaídas no uso de drogas, cujo objetivo é interromper o consumo compulsivo.

alteração que ainda permanecia. Ele passou a discutir, na CT, a viabilidade de abrir um negócio próprio, no ramo da alimentação, como projeto de vida futuro.

Em julho de 2006, pediu à equipe para retomar a hospedagem, no período de férias escolares, como prevenção de recaída. Enfatizava o desejo de aprofundar no tratamento e de cuidar da sua saúde mental, indo além da abstinência de drogas.

Durante as entrevistas para esta dissertação, especificamente quando falou sobre sua rotina de tratamento na permanência-dia, Carlos expôs sua percepção a respeito das funções terapêuticas das atividades do cronograma, quando essas são realizadas espontaneamente, e não por pressão externa. Ele concluiu que o trabalho na CT, realizado com liberdade, gera um conhecimento sobre si mesmo e sobre as outras pessoas. Além disso, esse conhecimento é, para ele, transformador. Sua história era modificada pela atividade e pelas interações com os demais pacientes, durante o trabalho na CT. Assim, Carlos era sujeito e objeto da sua ação, pois aquilo que fazia também o transformava.

Se é hora de tal atividade, então, eu vou estar ali, fazendo o que a atividade me pede, vou procurar não desviar a minha atenção, estar dentro do que a atividade exige de mim. Tem também o meu jeito de me relacionar com as pessoas, dentro de cada atividade, cada um tem o seu. Eu procuro me relacionar com as pessoas dentro da minha verdade, dentro da verdade da atividade e da minha verdade. **A minha verdade é a minha história de vida. Eu tento encaixar as duas (a atividade e a história de vida) e tirar um proveito das duas, encaixar uma na outra.** Às vezes, eu vejo que a minha verdade com a atividade precisa ser mudada, porque não cola, não dá muito certo, minha postura não condiz com a atividade que eu estou fazendo, ou com as minhas maneiras de pensar ou com as verdades que eu considerava. **Com a atividade, eu vou descobrindo outras verdades que são melhores que as que eu considerava. Eu sei que a minha verdade só serve para o outro, quando ela pode ser compartilhada, abertamente e com sinceridade. E a partir do momento que eu posso escutar a verdade do outro, ela serve para eu modificar a minha verdade.** Eu vejo diversas maneiras de pensar, diversas condutas. Eu trato as pessoas de uma determinada maneira e a minha verdade é essa. Mas, eu vejo outros tratando outras pessoas de uma maneira diferente. Algumas pessoas da mesma maneira que eu trato, outras de maneiras diferentes. Então, eu vejo que não precisa ser daquele jeito que eu acho que tem que ser. **Pode ser de outro jeito, eu não preciso entrar numa atividade e achar que a atividade é assim**

e pronto, só na risca. Igual a um robozinho, falar chavão, viver de chavão, que é uma coisa que Comunidade Terapêutica institucionaliza muito nesse sentido, de fazer todo mundo fazer a hora que toca o sinal, ou parar de fazer. Tem que fazer porque tem alguém olhando e, se não fizer, vai pegar uma punição. Você não está nem refletindo naquilo ali, você faz para não pegar a punição. Esses bitolamentos.

Para ilustrar a sua participação nas atividades do cronograma, explicou que, na espiritualidade²³, busca relações entre essa prática e a sua vida, associando as leituras e as músicas à sua experiência pessoal, o que dá um sentido à atividade. Desta vez, ele não tinha como objetivo controlar o grupo para o seu benefício, como fazia em outras Comunidades. Como quem se deixa levar pela correnteza de um rio, sem lutar contra o fluxo natural da água, decidiu aceitar o tratamento, deixando de lado as antigas resistências:

Em relação à espiritualidade, eu procuro, hoje, com muito mais facilidade, a relação das leituras com alguma coisa da minha conduta. Consigo ver a relação, e, quando percebo, eu falo sobre a ligação que eu percebo dentro da minha vida, falo como eu estou fazendo e o que eu estou sentindo, dentro daquilo que eu estou escutando, o que eu estou fazendo daquilo que eu estou escutando. Vejo os momentos de cada um e enxergo os meus, é isso. **A espiritualidade, antes eu a buscava para um fim. Agora eu descobri que não tem objetivo nenhum. Não que seja uma atividade sem sentido de fazer, mas é uma coisa que você faz, mas que você só entra no rio e deixa ele te levar. Você não faz força. Quando você aceita que ela te leve, ela te leva. Você não sabe para onde vai te levar, mas você simplesmente aceita. Agora se você quer entrar, quer controlar, quer nadar contra a correnteza, não dá certo. Quando você entra, dá sua contribuição, entende o que está acontecendo, fala a sua verdade, isso só ajuda. Cada hora te ajuda numa coisa diferente.**

Sobre a sua participação nas tarefas de limpeza cotidiana e manutenção da CT, que são determinadas a partir da necessidade da Comunidade, constatou as mudanças que percebeu em si mesmo, ao avaliar sua maneira de se relacionar com elas. Anteriormente,

²³ Na espiritualidade, pela manhã, todos os membros da CT se reúnem e lêem textos religiosos, filosóficos e quaisquer outros sugeridos pelos presentes, que discutam o sentido da vida. Os pacientes são estimulados a partilharem suas percepções acerca do que foi lido e suas experiências de vida que ilustrem a leitura. Essa atividade tem como objetivo ajudá-los a responderem à pergunta: “para que eu vou viver o dia de hoje”, de modo que estabeleçam uma meta a ser cumprida naquele dia.

sentia-se responsável pelo bom funcionamento dessa vida coletiva, mas não conseguia se organizar e se concentrar no seu trabalho, além de não respeitar a idéia de que essa responsabilidade era também dos demais pacientes. Trabalhava de modo acelerado, tentando assumir muitas tarefas ao mesmo tempo, o que comprometia a sua interação com a atividade e com o grupo de pacientes e, conseqüentemente, a qualidade dos resultados. No entanto, ao mudar esse comportamento, Carlos percebeu-se mais calmo e atento ao que fazia, sem aquela ansiedade que o impulsionava a dar conta de todas as tarefas ao mesmo tempo:

Eu sou uma pessoa que se preocupa muito com as coisas que precisam ser feitas. **Só que agora eu tenho me preocupado com a coisa que eu estou fazendo.** Às vezes, eu estava fazendo e pensava: em determinado lugar precisa fazer isso, a pessoa ainda não fez, eu fico preocupado em fazer tudo ao mesmo tempo. **Hoje eu estou mais preocupado em fazer aquilo que eu me comprometi fazer.** Se eu tenho que fazer pão, eu vou fazer, vou olhar o pão e sem muita correria, porque antes eu fazia correndo para acabar logo e fazer outra coisa que eu via que estava precisando em outro lugar. Eu faço ali, devagar, quando sobra tempo, eu ajudo as pessoas a fazerem outras coisas, ajudo as que eu tenho afinidade, com mais disposição. Gosto mais de ajudar as que eu tenho afinidade.

Carlos mencionou os benefícios que tem alcançado para a sua saúde, quando participa das atividades do cronograma de tratamento, ilustrando seus argumentos com a atividade de culinária. Ele explicou que, independentemente da atividade, é o modo como são organizadas que favorece a saúde. Primeiramente, avaliou como as atividades eram organizadas nas outras Comunidades Terapêuticas, por onde passou. Concluiu que a impossibilidade de realizá-las com liberdade comprometia o sentido que era atribuído a elas. Nesse caso, quando o trabalho é adotado como um recurso terapêutico, limitava-se o alcance do tratamento, comprometendo o seu resultado. Quando a execução é feita com mais liberdade, conforme ocorria na Terra da Sobriedade, a atividade adquire novo significado, pois desafia e exige criatividade.

(Os benefícios para a saúde que são alcançados) não têm muito a ver com a atividade em si, essa não é a questão. Por exemplo, **nas outras Comunidades, eles é quem falam a regra e como você deve fazer a atividade.** Se você está numa cozinha, eles te falam como você deve fazer e até o que você deve fazer ali dentro. Você só tem acesso ao alimento no dia que você vai fazer. Você não tem acesso à dispensa, quem controla a dispensa é outra pessoa. Você não escolhe: vou fazer isso ou aquilo; você ganha uma carne e eles falam: hoje você vai fazer carne frita ou hoje é ensopada; **você não tem poder de escolha. Recebe uma ordem e executa essa ordem.** Da mesma forma que do lado de fora (em situações externas à Comunidade): quem é que vai a um restaurante e pode ficar sem camisa e de short de nadar? **Se alguém disser como a gente tem que proceder, tudo que a gente tem que fazer, aí, é fácil. Agora, quando entra num lugar que você tem que descobrir, escolher como você vai fazer, se a sua crítica está um pouco alterada, isso será manifestado na sua conduta ali naquele lugar, vai fazer um monte de gafes, isso porque sua crítica está alterada.** Se (o caso) for falta de educação, você vai se portar também de uma maneira que não convém, igual quando você está na sala de aula e fica tacando bolinha. É pela falta de significado e de sentido de estar ali (que se age dessa maneira). É fácil alguém chegar e dizer: você tem que ir no colégio, porque tem que estudar; você tem que fazer a tarefa desse e desse jeito, porque você vai melhorar; isso é fácil. Se você tiver uma carne e o cara fala: faz com batata. Aí, fica pronto, e daí? (...) **O que vejo nas outras Comunidades é que a gente segue uma tabelinha, uma regrinha, agora é assim, você só pode falar agora, você não tem iniciativa.** Em outras Comunidades, se eu errasse o mesmo tanto que eu já errei aqui (na Terra), eu não estaria mais aqui, teria que buscar outra Comunidade para fazer dentro das regras. (...) **Se alguém te diz antes (o que e como fazer), você entrega e pronto, quando na realidade você não fez um almoço, você só seguiu uma ordem, você não criou, você não descobriu. É difícil colocar um significado naquilo.**

Portanto, tudo indica que a liberdade para escolher o modo de execução das tarefas, como acontece na Terra da Sobriedade, favorecia a expressão do sujeito, sua criatividade, sua iniciativa, sua autonomia, permitindo-lhe dar sentido ao que estava fazendo. Carlos cita algumas variáveis que interferem na tarefa, as quais é preciso estar atento, sugerindo que isso só é possível quando há envolvimento com a atividade e acredita-se na importância do tratamento. Fica evidente a mudança que isso provoca na consciência de si mesmo e no sentido que atribui às atividades que realiza:

A diferença que eu estou falando é a seguinte: você entra na cozinha e vê um monte de coisa lá dentro, você pensa: eu vou pegar o arroz, quantas canecas será que eu ponho? **Eu vou ter que ter criatividade e iniciativa** para sair e perguntar para alguém como faz, procurar saber. **Fazer almoço é muito mais do que receber um monte de coisa, picar e botar lá, do jeito que o outro mandou.** Você nem percebe, nem presta atenção; nossa! o fogo está queimando, está na hora de mexer... o cara falou que são tantos minutos para deixar cozinhando, você confia naquilo ali e deixa, você não vê que está queimando, não ficou concentrado naquilo ali, você só vê quando o óleo já está queimando; você transformou numa regra e estava esperando dar os minutos (que foram ditos). Não tem aquela percepção daquilo que precisa. **Fazer almoço implica pegar uma panela, ver se ela está limpa, colocar a comida, botar no fogo, colocar o arroz, ver se a água está secando, cuidar para não empapar o arroz, cuidar para não queimar no fundo, ver em qual vasilha você vai servir, se a mesa e a bancada estão limpas...** Se eu acho que aquilo tem uma importância, eu vou buscar todas as alternativas para fazer aquela coisa. Aqui (na Terra da Sobriedade) quando alguém pergunta se tem que levantar a mão para falar, a gente diz: aqui, a gente está entre amigos e ninguém precisa ficar atropelando o outro, todo mundo sabe a hora de falar: a proposta é essa. **A gente vai percebendo um ao outro, vai tendo consciência. O sentido das atividades aqui dentro é pra você se tocar nisso, não tem como dizer o que deve ser feito, se é desse ou daquele jeito, você vai descobrindo qual a melhor forma de fazer. Às vezes, demora mais tempo...** Se bem que nem sei se existe a forma certa, porque eu estava fazendo errado antes, mas achava que estava fazendo certo. **Hoje, eu consigo enxergar melhor aquilo que eu fazia, fazer de um jeito diferente e ir melhorando.**

Sobre essa liberdade dada ao paciente no desempenho das atividades e a relação entre esse ‘modus operandi’ e a recuperação da saúde, ainda comentou que isso lhe permitiu ampliar o contato com a realidade em que vivia, tanto dentro da CT da Terra da Sobriedade, quanto fora dela, além de ajudá-lo a descobrir seu potencial e as suas limitações reais. Diferentemente da relação ilusória que mantinha com a vida, quando sob o efeito das drogas, ao trabalhar na CT, ele passou a viver a realidade tal qual ela era, tornando-se cada vez mais consciente do que era capaz ou não de fazer. Ao agir com autonomia, tornou-se capaz de testar seus próprios limites e de se conhecer melhor, caminhando em direção a uma forma mais saudável de viver.

A liberdade me ajuda a acreditar mais naquilo que eu estou fazendo, para não construir castelo de areia. **Eu tenho que saber até onde que eu vou e o que realmente eu posso fazer. Na dependência química, eu sempre vejo que eu acredito que eu posso mais... Tanto na grandeza, de achar que eu sou bom demais, quanto na inferioridade, achar que eu sou ruim demais, nesses dois extremos, nunca tem a concretização do “demais”.** Na minha cabeça, faço tudo e aconteço, mas eu não dou conta de fazer aquilo tudo que eu imagino. Foge da minha realidade. **Eu tento e bato de volta, não consigo.** Tento de novo, dá errado, mas continuo acreditando na minha grandeza. Mas, de tanto bater e voltar, começo a achar que eu sou pior, porque não consigo fazer aquilo que é grande. Então, eu vou lá pra baixo também. Mas, acontece que eu não sou assim tão pior. **Eu preciso descobrir o meu limite, o que realmente eu dou conta de fazer, qual é a minha real capacidade. A minha capacidade não é a determinação do outro, não é a regra do outro, cada um é um, e deve saber o que dá conta.** Talvez eu até dê conta de tudo aquilo que é grande, mas, no momento, eu não dou conta. **Acho que pela liberdade, tenho melhorado.**

Segundo ele, agir com liberdade favoreceu uma forma de expressão mais verdadeira e o enfrentamento dos seus conflitos e das suas dificuldades, despertou o senso de responsabilidade pelos próprios atos e gerou uma consciência mais aguçada sobre a evolução do próprio adoecimento.

Porque eu podia ser uma pessoa, como já fui em outros tratamentos, de ser um paciente exemplo em X meses de tratamento e, depois, sair e ser quem realmente eu sou. Ser o que eu queria ser. O que eu era lá dentro era só para cumprir o período e o prazo. A hora que saísse, eu seria ´eu- mesmo´ de novo. **Aqui (na Terra), eu convivo com o meu-eu-verdadeiro todo dia, eu não finjo de bonzinho. E dentro do meu-eu, com a liberdade que eu tenho, eu vou aprendendo com os meus erros e acertos e vou consertando. Pela liberdade, eu venho aprendendo a lidar com a responsabilidade dos meus atos, eu faço tal ato, eu volto, vejo que não deu.** Se percebo que estou indo naquele rumo de novo, eu já sei o que vai acontecer. Então, eu mudo o rumo de novo. **Pela liberdade e pelas oportunidades, de estar aqui e lá fora também. De ser livre para poder escolher a hora que eu vou chegar.**

Carlos comparou a sua participação nas atividades na fazenda do avô às das Comunidades Terapêuticas onde se tratou. Na fazenda, ele podia direcionar com autonomia a própria vida, a partir da liberdade que tinha no desempenho das atividades, aproximando-se

da experiência na Terra da Sobriedade. Para ele, o trabalho com o avô era benéfico para a sua saúde, ao permitir o uso da criatividade, da descoberta de como ele podia contribuir para a melhoria da sua própria qualidade de vida e das pessoas que compartilhavam seu cotidiano. Ao impor regras e sanções rígidas na realização do trabalho, as outras Comunidades acabavam por impedi-lo de efetivar tais descobertas e, conseqüentemente, de abrir o caminho para o auto-conhecimento e para a melhora do seu quadro.

Quando eu fui lá para o meu vô, foi parecido com o que foi aqui (na Terra). Lá é com mais liberdade, mais ou menos como é aqui. Lá no meu avô, eu tinha que preocupar com a roupa que tinha que lavar, com o quarto que ficava sujo. Tinha dia que ficava insuportável, nem eu agüentava a sujeira, eu tinha que limpar. **Depois, eu comecei a ter idéias para melhorar o lugar, comecei a descobrir uns jeitos mais bacanas; olhava umas plantas, sabia que era de comer, inventava um tempero; comecei a ver e a criar uma condição melhor para aquela realidade que eu estava vivendo.** E o que é diferente das outras Comunidades, porque elas também ensinam que eu tenho que lavar roupa, ter um quarto limpo, banheiro limpo, só que nas Comunidades eu lavava a roupa, porque se eu não lavasse, tinha que sofrer alguma sanção; se eu não limpasse o banheiro, eu tinha que limpar porque ia ter alguma punição. Se eu não limpasse o quarto, eu ia passar vergonha, porque ia sofrer uma punição. Então, eu limpava para não sofrer penalidades. **Eu não limpava pelo desejo de ver limpo ou porque era importante estar limpo, ou até porque me sentia mal no sujo, igual era lá na fazenda do meu avô.** No dia que eu limpava no meu vô, achava bacana, até enxergava que poderia fazer melhor... Você vai tendo umas idéias nesse sentido. **Por isso que eu falo que no meu avô é bem parecido com aqui, porque, por não ter regra, a obrigação do ter que fazer, quando faz é porque realmente você faz e começa a enxergar, está fazendo porque você quer, começa a ver um jeito melhor;** às vezes, quando faz igual burro com viseira, não vê como pode melhorar daqui e dali.

Sobre seu projeto de fabricar o pão diariamente na CT da Terra da Sobriedade, disse que a mudança na forma de fazer o pão originou e era, ao mesmo tempo, o resultado de uma mudança interna, na forma de pensar e entender o sentido da atividade. Isso gerava envolvimento com o tratamento, persistência, ritmo e atenção na atividade. Ao trabalhar mais lentamente, repetindo as etapas necessárias para o cumprimento das tarefas, ele descobriu novas formas para sua realização, além de sentir-se mais calmo e mais sereno.

Antes eu fazia o pão de uma maneira, assim... não é desleixada... Eu tenho facilidade com o trabalho. Não sei se é porque eu já trabalhei, eu já fiz outras coisas antes... Então, às vezes as pessoas vêm para cá e não têm o costume de fazer e eu já tinha. Então, elas gastam 40 minutos e eu gastava 15, 20 minutos para fazer aquela coisa. Eu abusava disso, fazia rápido, para acabar rápido e sobrar mais tempo para fazer outras coisas, ou pra não fazer mais nada. Ficava nessa correria. **Hoje, fazendo devagar, vejo que, desse jeito, eu encontro mais sentido, devagar, observando o que eu estou fazendo, procurando enxergar diversas possibilidades dentro daquilo que eu estou fazendo, não ficar só na regra.** Antes, fazia rápido, acabava, pulava de uma coisa para outra. Agora, vou num ritmo bacana, envolvendo com aquilo ali, vendo outras coisas, vou acrescentar uma coisa, ou outra. **Agora, com a atenção dentro daquilo ali que eu estou fazendo, tenho descoberto mais variáveis dentro daquilo que eu estou fazendo, jeitos diferentes, porque antes eu só via de um jeito;** às vezes, tem um outro jeito mais fácil de fazer. Agora tenho descoberto outras maneiras de fazer as coisas. Quando estou fazendo, eu viajo naquilo ali. **Fico mais sereno, menos ansioso, respeito o tempo das coisas, porque, às vezes, quero que aconteça no meu tempo,** mas isso não dá certo. Me aproprio dos momentos que vão acontecendo ali dentro.

Essa mudança na forma de fazer o pão tem ampliado seu contato e sua percepção da realidade, pois Carlos tornou-se sensível à lógica intrínseca da seqüência das suas ações e capaz de intervir nessa lógica, de acordo com o objetivo que pretende. Assim, aprendeu que toda ação tem uma conseqüência, e esta, por sua vez, pode gerar uma nova ação, e uma nova conseqüência, e assim por diante. É de grande interesse observar a maneira como ele relacionou sua forma anterior de lidar com as tarefas com a sua maneira de lidar com as drogas:

Na fabricação do pão, são muitas variáveis para prestar atenção, é o fogo, a massa, se tinha untado o tabuleiro. Quando o pão estava pronto, eu pensava: ontem, eu não untei o tabuleiro, olha o que aconteceu. Hoje, eu esperei o tempo da massa crescer, olha o que aconteceu. Eu percebo que eu estava com pressa, na temperatura alta, o pão queimou, olhei todos os ângulos, todas as variáveis, até conseguir fazer alguma coisa que prestasse realmente. **Porque aquilo que eu acreditava, que era capaz de fazer - um pão muito bom - não saiu muito bom, porque eu não esperei o tempo certo da massa, a minha verdade não era real, de achar que eu sabia tudo.** Na droga, você acha que você está no nirvana, que com ela você tem mulheres e dinheiro, arma, poder... Eu pulava o tempo todo

para tentar viver na droga e eu nunca dava conta de fazer o que eu imaginava; até um determinado tempo eu dei, mas depois afetou demais o psicológico, eu não dava mais conta de ser aquilo, de fazer aquilo tudo, mas eu queria correr atrás do ideal de grandeza, achava que eu ia conseguir controlar a droga, isso era uma ilusão.

Ele também comentou como sentia que o tratamento em grupo, em uma Comunidade, ajudava na sua recuperação. Conviver entre dependentes químicos favorecia a interação, pois o sentir-se entre iguais gerava nele a consciência de que ele próprio estava doente e de que era possível melhorar. Através do espelhamento proporcionado pela experiência grupal, ele adquiriu uma consciência mais aguda, ao mesmo tempo, da sua doença e das possibilidades de superá-la.

Como sou um dependente, eu acho mais fácil viver com quem é dependente químico do que com quem não é. Ou até com quem é, mas não assume que é um dependente químico. Eu me sinto mais à vontade no meio de dependente químico, dentro de uma Comunidade do que fora. **O que torna mais fácil é a identificação tanto da doença quanto da melhora, tanto do sofrimento quanto da conquista, das glórias, do errado; ver as pessoas como espelhos, que passaram o mesmo que eu passei, tanto em graus mais leves quanto em graus mais avançados, que sofrem o mesmo tanto que eu e ver que elas estão construindo, fazendo o bem.** Vejo pessoas que já fizeram muita coisa igual eu fiz e tendo que baixar a cabeça quando alguém grita, que em outra situação faria o contrário. É uma identificação, um confronto dos pares.

Sobre sua doença, desde que iniciou o tratamento na Terra da Sobriedade, Carlos comentou sobre a mudança que percebia em relação ao seu modo de viver, à sua percepção da realidade e ao seu comportamento. Comparou seu cotidiano, quando todas as suas ações tinham como único objetivo conseguir a substância para consumi-la, à sua rotina de tratamento na Terra, cujo objetivo das suas ações passou a ser a conquista da sua saúde, através de uma atitude mais tranqüila e ponderada diante da vida.

Eu tenho encarado as coisas de uma maneira diferente, me posicionado de uma maneira diferente. Sem querer controlar as coisas, administrar. Aceitar a coisa do jeito que ela aparece. Não querer fazer as coisas articuladas, para que apareçam na sua frente do

jeito que eu quero que apareça. Vai aparecer do jeito que tiver que aparecer. Quando aparece, eu tomo uma posição. Eu não tomo uma posição antes de acontecer. **Antes, eu ficava tão angustiado, tão ansioso, que eu criava a situação só de estar já pensando na minha cabeça como é que eu iria fazer, quando aquilo acontecesse.** Aos poucos, eu ia fazendo aquilo acontecer, a hora que acontecia, eu já estava reagindo. **Hoje, só quando aparece é que eu vejo o que eu vou fazer.** Na ativa, é o contrário: você acorda querendo saber como vai arranjar dinheiro, como você vai usar droga, que droga você vai usar, quanto que você vai querer usar, de que maneira que você vai querer usar... você vive muito tempo, muitos dias e muitos anos acordando só com esse objetivo: pensando qual mentira você vai ter que contar, qual manipulação você vai ter que fazer para ter o ganho, como arrancar de um e de outro, de que maneira você se apresentaria para conseguir o que você quer.

Carlos explicou que, no tratamento atual, tem conhecido suas possibilidades e limites, além de poder criar novas necessidades para si mesmo – diferentes daquelas associadas à droga – e perceber melhor as necessidades das pessoas com quem convive. Através dos erros e acertos, proporcionados pela experiência na CT, ele vai, pouco a pouco, se descobrindo e aprendendo a conviver com o outro, e percebe a importância desse convívio para sua recuperação.

Acho que todas as CTs que eu passei tem alguma coisa importante. As coisas aconteceram do jeito que tinham que acontecer. **Aqui na Terra tem sido o tempo da criação, da descoberta, da ampliação das necessidades, de ver as coisas, aprender a enxergar a necessidade dos lugares e das pessoas,** ver que eu não trato a intolerância da pessoa não com intolerância também, mas respondo à dificuldade da pessoa. Às vezes, falo bravo, mas é para ajudar na dificuldade da pessoa, separar o meu espaço do das outras pessoas, enxergar outras coisas, ampliar o meu espaço.

Esse processo de aprendizagem, segundo ele, de “*construir e destruir*” suas idéias, suas certezas e verdades, não tem sido fácil, pois implica maior responsabilidade pelas próprias escolhas. É preciso confiar no outro, acreditar que ele possa estar certo, aceitar-se necessitado de ajuda e disposto a ter esperança de que é possível estar em recuperação.

O tratamento hoje é mais pesado, é construir e destruir. Na recuperação, você vai ter aquelas idéias, de como você vai decorar

aquilo tudo que você construiu, o que você vai ampliar... Eu bato muito a cabeça, porque quero construir a grandeza que eu imagino. Eu começo, eu desisto, volto para trás, depois eu começo de novo, vejo que eu estou crescendo, volto atrás. Até que eu descubro que eu não preciso nem de uma mansão, nem de uma torre gigantesca e eu construo uma choupana adequada, um chalé. **Descubro isso pela própria persistência diante dos erros, conhecendo os meus limites, descobrindo o que não pode e na aceitação (desses limites).** Mas, aí, eu vou tentar fazer mesmo, não porque o outro mandou, não é para fazer o que o outro quer que eu faça. Foi preciso eu fazer muita coisa que eu quis fazer, porque eu acreditava que aquilo era o certo, depois eu vi que não era. **Tem certos momentos que a gente tem que ter jogo de cintura, acreditar que o outro tem uma visão melhor que a minha, está vendo de um ângulo melhor, que se eu for por esse lado, vai ser melhor para mim, e eu aceitar a orientação dele naquele momento; mas, só como impulso (estímulo) e a hora que eu já estiver definido no caminho, eu enxergar as possibilidades daquele caminho e terminar a construção;** é só o primeiro impulso, depois é a manutenção que você vai pedindo, é uma ajuda ali, até **nos grupos de mútua ajuda mesmo, que você escuta a pessoa fazendo aquela idéia que você está na cabeça, e você vê que ela está se dando mal, ou outra que fez de outro jeito e está dando certo e, assim, você vai escolhendo o que fazer. Quando o interesse é sincero e é a verdade, você consegue enxergar o caminho certo pra tomar. Você nem toma a decisão na frente, a coisa aparece na sua frente e é justamente aquilo que você estava querendo fazer.**

Quanto ao tempo de tratamento, aquele dedicado à Terra da Sobriedade foi o mais longo da vida do Carlos. No entanto, ele avaliou que não é isso que determina os resultados e que não há como definir, *a priori*, quanto tempo será necessário para que a mudança interna aconteça. Por isso, afirmou que não se está curado porque se cumpriu o tempo de tratamento. Da mesma forma, não é porque se está em uma Comunidade Terapêutica, durante qualquer período que seja, que se tem garantida a cura da dependência química. Assim, a indefinição do tempo de tratamento na Terra da Sobriedade é percebida, por ele, como um diferencial importante em relação às outras CTs. Além disso, o fato de não considerar a sua experiência como sendo desvinculada da sua vida no mundo externo permite-lhe ampliar seus interesses e estender suas descobertas para sua vida como um todo:

O fato de não ter um tempo de tratamento pré-determinado, como em outras Comunidades, faz diferença. Uma vez me perguntaram

se eu não tinha vontade de ir embora para casa, porque é que eu tinha que ficar tanto tempo aqui (na Terra). A pessoa enxerga aqui (na Terra) e lá fora, como dois lugares diferentes, **não enxerga que o aqui dentro é o lá de fora e é tudo a mesma coisa.** A dificuldade é essa. Tudo que eu posso fazer aqui dentro, eu posso fazer lá fora, não tem diferença; eu não preciso de um aval para sair daqui para fazer o que eu realmente quero fazer, eu sei que o meu interesse é comum ao da Comunidade; **então, não tem separação do lá de fora com o daqui de dentro.** A pessoa fica no tratamento esperando dar o tempo X, receber a alta para poder ir embora e fazer o que realmente quer fazer, acreditando que deixou o problema dentro da Comunidade, que agora já não está mais com o problema. **Mas, o problema está em todo lugar, você tem que aprender a lidar com ele. A Comunidade oferece o espaço para você realizar, dentro dela, o interesse comum e ampliar esse interesse.**

Ampliando o seu projeto pessoal para as atividades externas à CT, Carlos participou de um curso de pizzaiolo no SENAC, em maio de 2006. Sobre essa atividade e sobre as possibilidades de reinserção, ele referiu-se ao estigma social e à dificuldade de enfrentar possíveis situações de recaída, caso revelasse sua história de vida. No entanto, isso não o impediu de mostrar uma forma de convívio mais adequada, em um meio diferente da Comunidade Terapêutica, revelando sua verdade apenas naquilo que era necessário para a realização de suas atividades naquele contexto e guardando para si o que poderia comprometer sua recuperação ou estigmatizá-lo.

No curso, você encontra outro tipo de pessoa e tem que ser diferente com essas pessoas. Não diferente esquecendo o seu 'eu'; diferente no sentido de mais reservado, disciplinado, reforçar mais a disciplina, porque quando a gente está entre amigos, você, às vezes, até exagera, mas dá para ser mais solto. **Tenho que ser mais disciplinado no curso. Aumentar os meus limites que com os meus amigos são menores;** eu não posso dizer para todo mundo toda a minha verdade. Apesar de, hoje, eu ter uma concepção da minha verdade diferente da que eu tinha um tempo atrás, não convém que todas as pessoas saibam dessas coisas. Mas, nem por isso eu me isolo do convívio com outras pessoas, me estigmatizo ou acho que eu não mereço estar ali. **A minha história de vida é a minha verdade. Se eu dissesse sobre a minha verdade, algumas pessoas iam me discriminar. Outras iriam se aproveitar da minha verdade, para querer achar uma companhia para fazer coisas erradas.** Sei que ia dar abertura. Por exemplo: se eu falar que sou dependente químico e tivesse lá uma pessoa que está começando a usar droga, ela ia me chamar pra usar ou

ia pedir para eu trazer droga para ela ou ia me chamar para fazer alguma coisa. Uma pessoa, que já está no uso de droga e que tivesse um caráter um pouco parecido com o meu, ia me chamar para fazer um roubo... Um tatu cheira o outro, ia dar zebra. **Eu me aproprio muito do momento, eu já me apropriei muito erradamente, hoje eu tenho aprendido a me apropriar da maneira certa, usando para o bem, antes eu usava para o mal. Sou uma pessoa que mescla o mal e o bem.**

Ainda sobre o curso do SENAC, comparou sua postura, sua disposição e seu interesse em aprender algo novo, com a que tinha nos cursos anteriores, quando buscava apenas uma oportunidade para roubar e conseguir drogas. Todo esse processo o fez concluir que tinha potencial para aprender a ser diferente do que sempre foi. Ele revelou seu crescimento ao abandonar a antiga postura de onipotência, admitindo que ainda tinha muito o que aprender:

O curso foi muito bom, interessante, porque em outros cursos que eu fiz, eu não ia com o interesse de aprender, não tinha a vontade de aprender, não tinha a postura de aluno. Eu já chegava para tapear, para ver onde eu podia roubar, eu entrava, percebia o que eu podia tirar, o que estava descuidado, como eu podia roubar. Não ia com a intenção de aprender. **Eu superestimava a minha condição e achava que eu já sabia de tudo. E o tudo que eu sabia era que eu queria continuar daquele jeito.** Achava que aquele conhecimento (do curso) era ridículo e medíocre, pouco para mim. Nesse curso de agora, fui numa postura de querer aprender, sem ter um interesse perverso por trás. **De enxergar que tem realmente muita coisa que eu não sei e posso aprender, de entender que para muita gente tem coisa que parece simples, mas por ser simples não significa que é fácil;** tem muito cuidado, têm muitas variáveis e alternativas que precisam ser tomadas e que eu posso aprender.

Os pais do Carlos têm freqüentado regularmente a reunião de orientação para familiares de pacientes em tratamento na CT da Terra da Sobriedade. Sobre o relacionamento atual com eles, Carlos revelou o desejo de aproximar-se, mas, ao mesmo tempo, um grande receio de repetir o padrão anterior, que apenas contribuía para a manutenção da sua dependência química:

Tenho feito muita força para conversar com os meus pais. Ainda sou muito travado no relacionamento com eles. Quero dizer algo e não digo, demonstrar sentimentos e não demonstro. Não que eu não goste

deles, isso eu ainda vou trabalhar. Não que eu não converse com eles, nosso relacionamento ainda é superficial. Não aprofundo a relação, porque ainda não encontrei um lugar para entrar. Não quero entrar pelos mesmos caminhos que sempre entrei, mas ainda não achei um espaço adequado no relacionamento. Como se estivesse rondando para saber a brecha certa, o espaço certo para me colocar do jeito certo.

Todas as manipulações que fez contribuíram para que a família construísse uma imagem de doente, de alguém incapaz e necessitado de tutela. Atualmente, ele luta para enfrentar e modificar esse papel familiar, pois isso tem influenciado negativamente seu retorno para o convívio com a família e com a sociedade em geral:

Na maioria dos momentos, eles ainda me vêem como a mesma pessoa de antes. Não é culpa deles, mas eles mantêm a mesma idéia e agem da mesma maneira. Noutras horas, eles soltam e agem de uma maneira nova. Antes, eles me tratavam como retardado e eu respondia como um retardado. Se eu ficar lutando para mudar eles, eu vou me estressar demais. (...) A maneira de me sentir tutelado era porque eu queria um pai e uma mãe que fossem coniventes com o meu uso, que me autorizassem usar droga em casa, que me dessem dinheiro, me emprestassem carro. Eu, para poder fazer as coisas, tinha que fazer tudo de uma maneira perversa, fazer escondido, manipular. Então, eu era tutelado, permitia que fosse assim. Eu tinha que mentir, me mostrava como uma outra pessoa, para poder fazer aquilo que eu queria fazer. **Era uma tutela porque eu não mostrava o que eu queria de verdade; eu queria ser o drogado, queria que eles assumissem e aceitassem o drogado que eu era e queria que eles fossem coniventes com isso.**

Carlos ainda se mantém em tratamento na Terra da Sobriedade, atualmente em acompanhamento ambulatorial, freqüentando grupos de mútua-ajuda, terapia em grupo semanal, as atividades esportivas e as festivas da CT. Mantém a instabilidade no humor e o distúrbio do sono, e, por isso, está em acompanhamento psiquiátrico. Luta pelo estabelecimento de um projeto de reinserção social saudável. Ainda indeciso quanto a estudar ou trabalhar, está em busca de uma profissão que o realize. Teme enfrentar o mercado de trabalho formal, já que não tem a experiência freqüentemente exigida.

3.2 *A história de Miguel*²⁴

As entrevistas que permitiram o resgate biográfico de Miguel se iniciaram em 2005, quando o projeto para essa dissertação ainda se esboçava. Foram seis encontros de uma hora cada um, realizados na Terra da Sobriedade e as informações foram gravadas e transcritas, com a autorização do paciente. Nos dois primeiros, em janeiro de 2005, Miguel estava em tratamento nessa CT, em regime de permanência-dia. Como método de entrevista optamos pela técnica de “instrução ao sócia”²⁵, proposta por Clot (2006). As demais entrevistas apresentadas nessa dissertação foram realizadas em agosto e outubro de 2005, e em agosto e outubro de 2006. Nesse período, Miguel estava em acompanhamento ambulatorial. Nas duas últimas em 2005, Miguel comparou o seu trabalho como operador de caixa no estacionamento, no mercado formal, às atividades terapêuticas que exercia na CT da Terra da Sobriedade, revelando os impactos dessas experiências no seu adoecimento e na sua vida em geral. Nas duas últimas entrevistas, realizadas em 2006, buscamos complementar os dados já apresentados: Miguel relatou sua história de vida, da infância até chegar à Terra da Sobriedade.

²⁴ Trata-se de um nome fictício.

²⁵ A técnica “instrução ao sócia” foi primeiramente utilizada na ergonomia por Yves Clot, a partir dos trabalhos de Odonne na Universidade de Turim, na Itália. Para essa dissertação, a pergunta inicial foi modificada, de acordo com os nossos objetivos. Clot, na proposta original, interessa-se pelo trabalho, pela maneira como o trabalhador realiza suas atividades. No caso do Miguel, pedimos a ele que explicasse, detalhadamente, a um suposto sócia como esse deveria se comportar e agir ao realizar suas atividades cotidianas, de modo que ninguém percebesse que se tratava de um sócia. Conforme prevê a técnica, em um primeiro momento, Miguel foi entrevistado e, em um segundo, ele recebeu o material da entrevista digitado para que pudesse comentá-lo, após sua leitura.

A infância e a adolescência

Miguel, 22 anos, é o caçula de seis filhos que residem com os pais. É solteiro e não completou o ensino médio. Seu pai é mestre de obras aposentado, sua mãe trabalhou 17 anos como empregada doméstica e, atualmente, é cuidadora de idosos.

Na infância, Miguel era levado pela mãe para o trabalho. Ela trabalhava como doméstica e ele a ajudava nos afazeres: limpava a casa e lavava o banheiro. Do trabalho da mãe, ia para a escola. No final do dia, quando não dormiam no trabalho, voltavam para casa. O fato de morar na casa dos patrões da sua mãe influenciou diretamente a maneira como avaliou sua infância. Para ele, ter que viver entre estranhos, como se fossem da sua família, o privou de conviver com seus irmãos e com vizinhos, e, até mesmo, de brincar na rua do seu bairro.

O casal de velhinhos, pra quem ela trabalhava, morava próximo a um colégio onde eu estudava; então, a casa deles era como se fosse a minha casa. Tudo era resolvido ali: se fosse para apanhar era na frente deles, como se fossem da família. Eu sempre fui muito atentado na escola e, por isso, direto eu apanhava. Era um pessoal mais rico, e rico não brinca na rua. Eu ficava vendo tudo da grade. Quando eu chegava no meu bairro, via os meninos todos brincando na rua... Queria ter uma infância também.

Miguel não conviveu com os irmãos, pois estava sempre sob os cuidados da mãe. Isso se dava pela distância física e, também, por uma proteção excessiva da mãe, que tentava poupá-lo dos conflitos e problemas familiares. Toda essa situação alimentou nele um sentimento de não-pertencimento à sua família e dificultou o estabelecimento de vínculos afetivos com os irmãos.

Eu sou o caçula. Acho que o intuito da minha mãe de me levar para o trabalho dela era para ficar comigo. Meus outros irmãos eram mais velhos e já sabiam se proteger. **Isso me deixou à parte do meu pessoal, dos meus irmãos. Eu me sentia muito como uma visita lá em casa.** Eu passava o dia inteiro fora e queria estar em casa ou na rua, igual aos meus irmãos. Eu era muito uma visita, na minha casa, até nos

finais de semana. Sabe um parente seu, distante, quando chega e é criança, você fala: vamos brincar na rua, todo mundo me recebia como visita, **não tinha intimidade**, tinha uns meninos da rua que nem me conheciam... O tempo foi passando e eu fui me distanciando mais. **Minha mãe me protegia muito. Se tinha uma discussão lá em casa, tinha que ser longe de mim.** Acho que porque eu era o caçula, eu sempre fui muito problemático, até para nascer, nasci com 6 meses e meio. Fiquei na incubadora um tempão, corri vários riscos de morrer.

Aos 14 anos, Miguel decidiu não mais acompanhar a mãe no seu trabalho, passando a ficar em casa. Porém, não havia uma estrutura familiar para recebê-lo, com tarefas domésticas ou uma rotina programada que organizasse sua vida. Ele ficava em casa, segundo ele, “*para fazer nada*”. Quando relatou sua adolescência, associou essa desocupação ao desencadeamento dos roubos que passou a cometer, a partir de então. Na casa dos patrões da mãe, antes de retornar para sua casa, costumava mexer nos pertences deles, mas, segundo ele, “*queria só ver o que tinha, (pois) se roubasse iam saber que era eu*”. Já no seu bairro, na casa de um amigo, roubou pela primeira vez um dinheiro para jogar fliperama e foi descoberto. Depois roubou o dinheiro da irmã com o mesmo objetivo, ficando conhecido, na vizinhança, como o “mão leve”. Nessa época, Miguel já tinha experimentado o tabaco, mas ainda não havia usado outras drogas, logo, os furtos foram anteriores ao consumo de substâncias psicoativas.

Foi aos 13 anos que Miguel fumou escondido o tabaco. Álcool, apesar de relatar não gostar de consumir essa substância, bebeu pela primeira vez aos 14 anos, com o irmão e o primo, por quem tinha um “*fascínio*”, já que os dois eram mais velhos, se divertiam nos bares do bairro e eram populares na vizinhança - tudo o que um adolescente queria para a própria vida, segundo Miguel. Costumava sair, nos finais de semana, com essas duas figuras de referência em sua vida, porque a mãe os obrigava a cuidarem dele, apesar das queixas do irmão mais velho, que sempre alegava não ser o pai e que, por isso, não se dispunha a vigiá-lo. “*Eu me espelhava neles e eles sempre desfazendo de mim*”, comentou sobre essa situação.

Miguel não gostava de estudar. Frequentou boas escolas e não tinha dificuldades na aprendizagem, mas nunca se interessou. O que o atraía na escola era a possibilidade de ficar na companhia dos amigos.

Nunca me vi pegando livro e lendo; eu gosto das coisas mais concretas, mais práticas. Alguém fala: faz aquilo ali. Eu vou e faço; acabei, e agora? Faz aquilo ali. Eu vou e faço, acabei, e agora? Eu sempre fui preguiçoso para escola e para tudo que tinha que ter um esforço mental. Eu deixei muita oportunidade (de estudar) de lado.

Antes de completar 15 anos, Miguel foi para um colégio interno, onde viveu por quase três anos. Isso se deu depois que assediou sexualmente o neto da patroa da mãe, fato que foi descoberto pela família da criança. Essa foi a maneira que sua mãe encontrou para lidar com essa situação, após ter sido demitida. Durante a entrevista, ele se recusou a entrar em detalhes sobre esse episódio, mantendo o foco do relato na repercussão subsequente ao fato. Segundo ele, sua mãe achava que nesse colégio interno, mais uma vez longe da família, ele seria educado, estudaria, aprenderia uma profissão e não ficaria na rua. No entanto, para ele, morar no colégio interno era, ao mesmo tempo, uma punição e um prêmio, por ser uma oportunidade de se aproximar e estar com o primo, do qual gostava muito, e que também estudava lá.

Foi bem acolhido pelos colegas desse internato, por já conhecerem o seu primo, e também, porque seu comportamento estava de acordo com aquilo que era esperado dos internos: obedecer às regras e aos horários das atividades, não se envolvendo em brigas ou em outros problemas com os demais. *“No colégio, eu era muito comportado. Eu sou muito bem mandado. Sei seguir regras, não tenho problemas nenhum, não faço rebelião. Me dei bem por causa disso”*, explicou Miguel.

Ele descreveu a rotina diária dos internos dessa instituição, onde viveu: estudo, esporte e curso profissionalizante. Os alunos também trabalhavam, em grupo, na manutenção

da limpeza da escola e dos dormitórios. Todas as atividades, a serem realizadas por cada interno, eram determinadas pelos educadores.

Acordava de manhã, tinha um café, um estudo bíblico, lá era católico. **Cada turma tinha uma tarefa para fazer; éramos divididos em grupos. O educador falava o que eu tinha que fazer.** Se você tivesse aula de manhã, você ia para escola e depois do almoço esporte, curso e estudar, revezando com quem estudava à tarde. Depois de todas as tarefas, tinha um esporte mais prolongado, e descíamos pra estudar e fazer outras coisas do curso, depois do banho. Meu primeiro curso foi de digitação, depois foi de computação e depois de ajustador mecânico, que faz peças para máquinas e carros, mexendo com torno. Muito bacana! Meu primo fazia tornearia na mesma seção que eu.

Foi nessa época do internato que Miguel fumou maconha pela primeira vez, com a ajuda e sob a influência do primo, que já usava. Desde o primeiro contato com a droga, ele se impressionou com o efeito da substância, com a perda de controle que ela lhe causou, dizendo que ficou “*louco*”, apesar de ter consumido uma pequena quantidade.

Eu conheci a droga no colégio interno. Tinha um tempo que eu já estava lá, nós saímos na sexta-feira e meu primo me aplicou. Eu já conhecia, andava com os caras que fumavam, mas eu nunca tinha usado. Ele me aplicou num baseado (maconha): era uma pontinha de nada e eu fiquei louco...

Nos finais de semana, Miguel ia para casa. Por várias vezes nas entrevistas, ele se referiu ao sentimento de isolamento e de exclusão, quando estava em casa. Essa situação era reforçada pela postura do seu pai, que também não participava das questões familiares por estar constantemente alcoolizado, e pela avó materna, que, assim como a mãe, tentava isolá-lo dos conflitos da família.

Quando ia embora para casa no final de semana, me sentia isolado. Não tinha opinião nenhuma dentro de casa. Tudo que estava rolando eu não participava. Se o pau estivesse quebrando era dentro do quarto, e eu ficava do lado de fora e minha mãe saía rindo de lá de dentro. O meu pai sempre à parte de tudo. Minha vó sempre me protegendo... Eu era muito medroso. Minha mãe nunca teve dó de bater. Era com força... Por isso, eu não questionava essa situação (tinha medo de apanhar dela).

Também nos finais de semana, no último ano no colégio, Miguel roubava lojas, quando saía com um colega, além de cometer pequenos furtos na instituição e fumar tabaco escondido. Sobre os furtos, dizia que era para se divertir apenas, pois não precisava comprar cigarro – ele o conseguia vendendo os vales-transporte que recebia para ir para casa - e nem maconha, pois esta ele conseguia com o pai de um colega, que era traficante. Apesar dos furtos terem sido descobertos pelos funcionários, voltou para casa somente quando tinha vencido o prazo para permanecer no colégio. Ele relatou suas transgressões, além das experiências com a maconha e os pequenos furtos nos finais de semana:

Eu roubava lá dentro (do colégio), não para usar droga. **Era para roubar mesmo.** Eu e o meu colega, no final de semana, íamos para uma loja no shopping e roubávamos as calças, vestindo uma por cima da outra, **por cortiço.** Esse menino morava no Morro do Papagaio. A gente ia para casa dele e trocava por droga. Ele fumava baseado e cheirava cola. Eu sempre ficava impressionado com aqueles becos do morro, porque eu nunca tinha vivido aquilo. Caminhávamos muito. E os vales-transporte nós trocávamos por cigarro. Por maconha não precisava, porque o pai dele era traficante e a mãe era muito doida. Foi muito relâmpago a passagem com esse cara. Eu usava droga nos finais de semana, fora do colégio. Lá dentro, eu nunca usei. Eu fumava era cigarro escondido, na quadra, dava uns tragos e apagava. Até que eu comecei a dar problema, roubar e tal. Minha casa caiu quando eu estava com a jaqueta do meu colega, tinha um maço de cigarros e eu mexi nele na frente do Grei. Ele chamou minha mãe para conversar. Teve uma época que eu levei revista pornográfica lá pra dentro e o Frei pegou e chamou minha mãe de novo. Depois, eu roubei um ‘game boy’ de um menino que tinha lá, mais por inveja mesmo. Chamou minha mãe de novo. Foi a última vez, porque eu tive de sair de lá, porque eram só três anos (esse era o prazo máximo de permanência).

Saindo do colégio interno, Miguel criou uma nova rotina de vida, passando a perambular pelas ruas, na zona norte de BH. Com os amigos do bairro, nessa época, passou a usar solventes e manteve o consumo de maconha. Ele menciona um fato importante, que aconteceu depois que voltou para casa: certa ocasião, ele e os amigos foram presos pela polícia, roubando celulares de pedestres no seu bairro. Como ainda eram menores de idade, não permaneceram detidos.

Toda essa situação de roubo e prisão também o alertou para o seu padrão de uso de substâncias psicoativas. Ele tentava se controlar, diminuindo a frequência e a quantidade usada, pois já percebia que estava abusando. Apesar desse esforço, ainda aos 17 anos, fumou mesclado (maconha com crack), junto com os amigos da favela, local, que, agora, freqüentava assiduamente. Pouco a pouco, ia se familiarizando com as drogas, experimentando cola, thinner, além da maconha, que passou a fazer parte do seu cotidiano:

Eu andava muito com meu irmão e o meu primo. Eles usavam droga. Até que eu comecei a andar mais com o meu primo, que me apresentou uns caras muito barra pesada. Até então, eu não conhecia o crack. Eu cheguei a ter pouco tempo de envolvimento com o crack. Não deu nem ano. Eu lembro que eu comecei a cheirar cola, thinner, usava baseado. Fumava na maçã. A maçã era o cachimbo para fumar maconha. Comecei a intrujar (freqüentar assiduamente) na favela. Formamos uma turma de quatro. A gente era apelidado de maconheiro mesmo. Mas, chegou um tempo que eu estava tentando controlar, não saía tanto para a rua. Fumava só um em cima da laje. Foi aí que eu comecei a escrever música. Lembro que todo dia, às seis horas, eu tinha que fumar um baseado. Era de manhã, na hora que eu acordava, na hora do almoço, o digestivo, o aperitivo e outro, às seis horas, para eu ir dormir. A primeira vez que eu fumei crack foi com essa turma. Um colega me ofereceu um mesclado (maconha com crack). Eu tinha uns 17 anos.

Nessa mesma época, Miguel conseguiu um trabalho como cobrador em uma Kombi clandestina de transporte urbano. Ele roubava parte do dinheiro que recolhia nesse trabalho, para comprar droga, passando a usar crack puro, sem misturá-lo com maconha, como fazia anteriormente. Desde o seu primeiro contato com essa substância psicoativa, percebeu uma compulsão incontrolável para o consumo, usando-a diariamente e roubando, também, em casa. Com esse padrão de uso, os furtos no trabalho se intensificaram e Miguel abandonou o emprego, depois que seu patrão passou a questioná-lo quanto ao dinheiro roubado. Sem trabalho e em casa, passou a usar crack ainda mais. Ele demonstra um comprometimento importante da sua crítica, em relação ao seu comportamento nessa época, na medida em que parece não perceber o agravamento do seu envolvimento com a droga e as

conseqüências disso nos atos de transgressão, que se tornavam, também, cada vez mais graves:

Teve um dia que eu queria fumar um baseado e esse amigo me deu crack. Eu tinha uns R\$100,00 e fumei. Passei a usar todo dia e a roubar dentro de casa. Só que minha mãe desconfiava, mas não sabia direito. Da segunda vez no crack, então, eu fumei demais mesmo. Eu via que tinha uma ganância no negócio. O baseado rodava, na hora de fumar, e o crack não passava de jeito nenhum. Já tinha um comandando o meu dinheiro, o outro, a droga e eu embolsando... Aquela loucura! Eu roubava demais na kombi! O cara já sabia que eu fumava um baseado, mas teve, um dia, que eu roubei uns R\$30,00 e comprei um relógio no camelô. Deu uma falta de dinheiro e ele disse que tinha sido eu. Larguei o trabalho, dizendo que já que ele desconfiava de mim... Eu queria pôr ele na justiça e minha mãe não deixou. Trabalhei mais de um ano com ele. E aí, desempregado, a droga piorou, porque eu ficava o dia inteiro em casa.

Sua mãe acabou descobrindo que escondia as drogas no seu quarto, passando a trancá-lo em casa e a vigiá-lo. Para usar, pulava a janela e continuava roubando sua família. Depois, passou a roubar na rua, até que foi preso. Como ainda era menor de idade, entrou para o Programa Liberdade Assistida do Juizado da Infância e da Adolescência, onde foi atendido por uma psicóloga. Por causa do roubo – a vítima era filha de um policial - passou a sofrer ameaças de morte e mudou-se para a casa de uma irmã, em outro bairro, onde também usava drogas. Certa vez, acabou se envolvendo em uma briga com o seu cunhado, por causa dos furtos e das drogas, e retornou para a casa da sua mãe.

Ele começou a roubar antes de usar drogas, entretanto, percebia que, agora, havia uma relação entre o consumo de substâncias e os furtos. Apesar de toda essa situação, que se agravava progressivamente, ainda não sentia necessidade de solicitar ajuda para cuidar da sua saúde.

Por rebeldia, eu comecei a roubar. Depois, por vício, eu comecei a roubar em casa. Pegava o CD e deixava a capinha. No Natal, minha mãe foi escutar o CD, quando ela viu, não tinha nenhum mais. Todo mundo já sabia que era eu. Teve uma vez que eu rodei, roubando lá no bairro. Eu roubei dois celulares. Estava eu e mais dois. Saí correndo e as duas mulheres pegaram os dois e eles me “caguetaram”. Quando

cheguei, a casa estava cheia de polícia na porta. Os policiais já chegaram me algemando. Minha mãe foi ficando na cola. Eu nem tinha 18 anos ainda. Nem fui preso. Entrei para o Liberdade Assistida. As meninas assaltadas eram filhas de policial e o cara começou a rondar lá em casa, querendo me matar. Eu saía, de vez em quando, e fumava maconha. Depois, meu primo passou a trazer para mim. Fiquei de amizade com um vizinho, que também trazia pra mim. A R. (psicóloga), do Liberdade Assistida, começou a me atender. Eu fui para o Morro do Papagaio, para a casa de um cunhado meu. Ele fumava também. Na época, eu já tinha 18 anos e fumava com ele. Comecei a fumar pedra, também, com um cara que eu conheci de lá. Roubava as roupas da minha irmã, vendia e usava droga demais. Um dia, o meu cunhado foi procurar um CD e não achou. Os caras falaram que eu é que tinha vendido e deu a maior confusão. Ele disse que ia me matar.

Depois que Miguel voltou para a casa da mãe, houve uma banalização crescente das conseqüências do seu uso de drogas: passou a consumir em casa, sem se preocupar com a repercussão disso na sua família, e ia aos atendimentos com a psicóloga sob o efeito de substâncias. Apesar da vigilância da família, o uso passou a ser contínuo, gerando conflitos com a mãe e interferindo no acompanhamento psicológico:

Voltei para a casa da minha mãe. Todo mundo me vigiando. Eu pulava a janela, fumava o dia inteiro e eu comecei a dar na cara: eu fumo mesmo! Teve um dia que teve uma audiência e, na frente do juiz, minha mãe contou que eu roubava em casa. Eu disse a ele que ela era louca. Neguei que eu tinha problemas com droga. Ela levantou e disse para eu nunca mais aparecer em casa e foi embora. Eu ia no atendimento da psicóloga doidão. Ela me perguntava se eu estava fumando e eu falava que não. Usava o dinheiro do vale transporte para fumar baseado. Quando dava, fumava beréu (maconha com crack).

A busca por tratamento para a dependência química

Miguel já havia completado 18 anos, quando sua avó o levou para uma igreja evangélica, que se propunha a ajudar dependentes químicos. Depois de completar o programa de ajuda de quinze dias, ele ficou mais alguns dias sem usar maconha quando saiu de lá, mas, depois, recaiu. Sua mãe o levou às reuniões de triagem de uma Comunidade Terapêutica, para

um segundo tratamento, mas ele recusou a internação. Conseguiu um trabalho no seu bairro, como ajudante de marcenaria, profissão que havia aprendido no colégio interno. Nesse trabalho cheirava muita cola de sapateiro, durante o expediente.

Além de trabalhar para conseguir mais dinheiro, e, conseqüentemente, mais droga, passou a cometer o crime de estelionato: comprava a crédito nas lojas e vendia os bens, para usar droga. Certa ocasião, chegou a receber uma “encomenda” do irmão do seu patrão na marcenaria, que lhe deu uma quantia para que, através desse esquema criminoso, comprasse um tênis, mas acabou usando o dinheiro para a compra do crack. Por causa disso, ele foi violentamente agredido. Pressionado pela psicóloga e diante das conseqüências da agressão que sofrera, Miguel decidiu se tratar e foi encaminhado para uma Casa de Recuperação. Entretanto, apesar de ter vivido tantas situações que evidenciavam o seu adoecimento, ele ainda não aceitava que era um dependente químico.

Fiquei correndo dele (do irmão do marceneiro, que encomendara um tênis) um tempo. Até que teve um dia que ele me pegou e me deu um espanca, ele mais uns três. Eu fui para o pronto-socorro. A psicóloga me ligou e perguntou se eu queria morrer ou tratar, porque, se fosse para morrer, ela não podia me ajudar. Eu disse que queria tratar. Fui para uma Casa de Recuperação, lá no bairro Nacional. **Até certo ponto, eu negava a minha doença, porque eu sempre fui muito de imagem. Dizia para mim mesmo que eu fumava só um baseado.** No fundo, eu sabia que tinha problema com o crack. Naquela época, não tinha problema com a maconha. Cigarro, eu nem parei de usar.

Sobre o tratamento na Casa de Recuperação, em Belo Horizonte, no qual permaneceu por 45 dias, Miguel criticou a proposta terapêutica da instituição, apesar desse não ter sido o motivo pelo qual se desligou. Segundo ele, o local não tinha um programa de tratamento organizado, nem profissionais de saúde responsáveis pelo serviço. Como estava usando maconha no local e se envolveu em uma briga, por estar sendo acusado injustamente de fornecer drogas para os demais, foi transferido para outro serviço. Toda essa situação evidenciava o seu descompromisso com o tratamento:

Lá era bem largado. Era evangélico. Depois da oração, a gente dividia o que tinha que ser feito (as tarefas da casa). Fiquei lá só 45 dias, porque eu briguei. Lá, eu fumava maconha. Briguei porque todo mundo estava já usando droga descarado e um cara saiu de lá, bebeu, fumou todas, e voltou dizendo que eu era o traficante que tinha levado droga para lá. Mas, era o marido da mulher, que cuidava de lá, que estava levando. Quando ele não levava, a gente fazia correria e, lá perto, tinha ponto de venda, dentro da favelinha. Nesse meio tempo que eu estava lá, a psicóloga ia me visitar direto e chegou em um dia que eu estava doidão. Eu neguei.

Miguel foi transferido pela Justiça para a CT da Terra da Sobriedade, seu terceiro tratamento. Ele não queria ir para outra instituição, mas, além da determinação judicial, sua mãe lhe disse que não o aceitaria em casa.

O tratamento na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade²⁶

Miguel foi admitido na Comunidade Terapêutica, em agosto de 2003, aos 20 anos. Iniciou o tratamento no regime de hospedagem.

Nos primeiros três meses, ele demonstrou dificuldades para definir um projeto pessoal, participando das tarefas cotidianas descompromissadamente, chegando até mesmo a se ausentar de algumas atividades programadas. Ele estava na CT, mas se recusava a participar, caracterizando, segundo a equipe clínica, uma recusa ao tratamento.

A partir de dezembro de 2003, dentre as atividades que poderiam ser desenvolvidas dentro da CT, Miguel demonstrou interesse pela jardinagem, estabelecendo um primeiro projeto pessoal. Ele tinha a expectativa de que essa experiência pudesse permitir que aprendesse uma profissão.

Eu tô mexendo ali, eu tô viajando em outras coisas. Por exemplo, mexer com a terra, nó, mexer com a terra é bom demais! Eu gosto muito de pensar na frente, eu fico viajando. **Eu tô plantando uma**

²⁶ Parte das informações apresentadas sobre o tratamento na Terra da Sobriedade foram coletadas no prontuário do paciente.

mudinha e nó, mais pra frente eu vou fazer um mudário em casa, sabe? Vou vender muda. Na época, eu pensava nisso: eu vou ganhar dinheiro, vou fazer um canteiro legal pra minha vó, **eu posso falar que eu sou jardineiro, sabe?** Eu sou jardineiro! Muito legal!

Ao mesmo tempo em que se envolvia com a jardinagem, apresentava um aumento do seu compromisso com outras atividades do tratamento: na psicoterapia, avaliou as relações familiares, questionando o modo como seus vínculos afetivos foram construídos, ao longo dos anos, e decidiu interromper o uso do tabaco. Também programou outras atividades para o seu projeto pessoal: começaria participando de um grupo de mútua-ajuda para dependentes químicos, externo à CT, e resolveria suas pendências legais, retomando o contato com a psicóloga e planejando como pagaria a pena alternativa que a Justiça determinara. Para a equipe, esse comportamento, diferente daquele que apresentou nos primeiros meses, quando chegou à CT, demonstrava o início de uma adesão ao tratamento.

Entretanto, em fevereiro de 2004, uma intervenção da Justiça definiu para Miguel um novo projeto, que alteraria sua rotina diária: o cumprimento da pena alternativa, a participação no Programa “1º Emprego” do Governo Federal e o retorno para a sua residência, assim que essas duas medidas fossem cumpridas. Enquanto isso, ele permaneceria residindo na Terra da Sobriedade. A equipe clínica da CT não foi consultada antes dessas medidas. Dessa forma, Miguel teve seu projeto pessoal, que ainda se esboçava, alterado por terceiros. Na verdade, ele estava em tratamento por determinação da Justiça, pois ainda não aceitava que era um dependente químico. A partir desta intervenção judicial, houve uma mudança na sua relação com o tratamento: ele voltou a fumar tabaco e retomou sua postura de descompromisso com as atividades, queixando-se das rotinas e provocando conflitos com os demais pacientes.

Em março, cumpria a pena alternativa (como jardineiro em um parque da cidade), participava do Programa 1º Emprego (no qual recebia uma quantia em dinheiro – uma bolsa-estágio, conforme prevê esse programa) e à noite estudava – atividades que foram

determinadas pela Justiça. Nas poucas horas em que se dedicava livremente à Comunidade Terapêutica, demonstrava inadequação nas relações interpessoais e desinteresse pelas atividades relacionadas ao tratamento. Insatisfeito com esta situação, Miguel passou a cometer pequenos furtos na Comunidade e a ameaçar outros pacientes com um punhal, sendo confrontado pelas suas atitudes inadequadas.

No final de abril de 2004, a equipe clínica propôs sua transferência para a permanência-dia e o seu retorno para o convívio familiar. Essa já tinha sido uma determinação judicial, mas foi antecipada pela equipe. Tal conduta tinha como objetivo estimular a percepção, em Miguel, de que ele precisava cuidar de si mesmo, da sua saúde e das suas relações sociais, comprometidas pelo envolvimento com a droga. Sua família, desde o início do seu tratamento, comparecia às orientações dadas pela equipe, somente quando convocada. Miguel resistia em retornar para casa, pois, para ele, sua família ainda não apresentava as condições adequadas para recebê-lo: havia um mês que sua mãe não ia em casa e trabalhava ininterruptamente, sem tirar folgas, cuidando de idosos; seu pai mantinha o uso abusivo de álcool e um de seus irmãos, de drogas ilícitas. Apesar disso, acreditava-se que Miguel precisava enfrentar essa realidade, ainda estando sob os cuidados da equipe da CT, para ter um suporte clínico.

Os profissionais mantinham a conduta de convidá-lo ao enfrentamento honesto da realidade que vivia dentro da CT. Por isso, Miguel assumiu os furtos que havia cometido, em uma das assembleias semanais. Depois disso, ele renovou o seu compromisso com a Comunidade: aceitou sua transferência para a permanência-dia, mas se recusou a voltar para casa e foi morar na Pensão Protegida da Terra da Sobriedade. Além disso, permaneceu freqüentando o Programa 1º Emprego e a escola.

Depois da assembleia semanal, quando assumiu os furtos que cometera, Miguel passou a cuidar, na psicoterapia, daquilo que, para ele, tratava-se de uma “*cleptomania*” e que

associava ao hábito compulsivo de trabalhar da sua mãe: ele avaliava que seus furtos, desde a adolescência, eram também uma forma de “agredi-la”, atingindo seus valores morais, pela sua dedicação, quase que exclusiva, ao trabalho e mínima à família. Por outro lado, com a equipe, Miguel mantinha uma postura de dependência “afetiva”, demandando intervenções em situações para as quais ele já estava apto a lidar e queixando-se, freqüentemente, do desejo de usar droga. A equipe entendia ser esse comportamento a manifestação de sua dificuldade de desvincular-se do lugar de paciente e de desempenhar um outro papel social, com uma postura de autonomia diante da própria vida, assumindo responsabilidades pelas suas atitudes. Esse comportamento foi mudando significativamente, principalmente a partir do momento em que Miguel iniciou um estágio em uma empresa de telemarketing, como parte do Programa 1º Emprego. Para a equipe, essa atividade permitiu-lhe ocupar um lugar semelhante ao de um trabalhador: ele tinha horário para chegar e sair do estágio, metas para serem cumpridas em equipe, com outros estagiários, tinha que respeitar a hierarquia da empresa e continuava recebendo a bolsa – um auxílio em dinheiro – do Programa do 1º Emprego. Além disso, havia uma promessa, por parte dos organizadores desse Programa, de que alguns estagiários seriam contratados pelas empresas.

Porém, findado o estágio em junho de 2004, Miguel não foi empregado, conforme esperava. Nesse momento, ele já havia cumprido todas as determinações da Justiça, com exceção do retorno para a residência da sua família: cumpriu a pena alternativa e finalizou o Programa do 1º Emprego. Diante disso, estabeleceu um novo projeto pessoal: voltar a participar de todas as atividades da permanência-dia na Terra da Sobriedade, continuar estudando à noite e desligar-se do tratamento, em dezembro de 2004.

Em agosto, vivenciou muitos conflitos na Comunidade, quando ocorreram novos episódios de furtos, com os quais não estava envolvido, conforme foi descoberto posteriormente. Ele sofreu a pressão e o estigma dos demais pacientes, por ter confessado os

furtos, da última vez em que esse tipo de situação acontecera na CT. Contraditoriamente, apesar de demonstrar indignação por ser considerado suspeito desses roubos, furtou objetos dos colegas da Pensão Protegida, sendo desligado do grupo. Por causa disso, voltou a morar na casa dos pais.

Uma outra contradição foi observada na época: Miguel queixava-se por não estar trabalhando, mas recusou uma oferta de emprego como servente de pedreiro feita por um familiar de outro paciente da Comunidade. Na entrevista, ele explicou que o trabalho lhe traria, além de recursos financeiros, reconhecimento social. Porém, para ele, o status social dessa profissão não era o que almejava. Justificou que procurou emprego nessa área por acreditar não ter outra opção, mas achava que esse tipo de atividade braçal exigia muita força física e não sabia se seria capaz de realizá-la. Por outro lado, avaliava que, como servente de pedreiro, conseguiria o dinheiro para poder gravar as músicas que compôs e se tornar um músico profissional. O que almejava era um trabalho que exigisse dele uma atividade “mental” e não “braçal”, sendo a possibilidade de criar uma banda e sobreviver com a música, acalentada como um sonho:

Quero ver se eu vou me aceitar trabalhando como servente de pedreiro. É muita força física, me aceitar naquela posição, não que eu ache inferior... Não sei se eu quero todo o desgaste do serviço de servente de pedreiro para fazer uma coisa que eu quero, que é gravar. Eu preciso de dinheiro para isso e também para ajudar em casa. Não sei se eu sou capaz; **o que eu quero é uma coisa light, como uma panfletagem, não uma coisa pesada, mais para a cabeça do que para o corpo físico...** Estou procurando de servente porque é o que me resta, por questão de escolaridade falta de opção, não saber aonde tem outras opções, ou às vezes saber, mas só por alto; aí eu acomodo. Eu quero trabalhar porque eu não suporto mais depender de ninguém, em relação a dinheiro. Eu quero tomar uma coca, eu não tenho dinheiro; quero comer em casa um tomate e não tem; fazer uns 10 reais de feira e colocar em casa, para ajudar porque precisa, não é só o reconhecimento. **O que eu quero é o reconhecimento com o fruto do meu trabalho de gravar...** Ser músico, gravar para ter algo em mãos para poder correr atrás. Gravar o que eu escrevi, as músicas que eu tenho. O dinheiro é para alugar um estúdio, com o DJ e a gravadora e eu vou cantar. Mais para frente eu quero ter uma banda, estilo Seu Jorge. Eu quero ser músico porque eu amo isso, não tem nada que

substitua. A música é como um hobby, como profissão, como uma vida.

Sobre a busca por um status social através do trabalho, Miguel comparou seus planos para o futuro, antes e depois do tratamento na Terra da Sobriedade. Seus planos anteriores evidenciam o drama que vivia para alcançar uma melhor posição social, pois, antes de iniciar o tratamento, queria ser um traficante de drogas.

Ah, sei lá, acho que eu **sempre vi o traficante como um ídolo**. Porque sempre é a pessoa que está acima, querendo ou não, um exemplo disso: eu ia buscar droga na mão dele. Ele estava acima de mim. **Eu queria estar naquela posição, por ter status, eu sempre olhei muito isso. Ter convivência, amizade demais, e ser respeitado, mesmo sabendo que é uma coisa que dura muito pouco. Eu sempre tive consciência (disso)**. Vai ser pouco, mas pra mim vai ser suficiente. Aí, que vem o comodismo, contentar com pouco porque está bom. É isso a minha vidinha.

Um dos objetivos do tratamento na CT era auxiliar Miguel a encontrar uma forma saudável de viver em sociedade. Desde que terminara o estágio de telemarketing do Programa do 1º emprego, quando não conseguiu um trabalho conforme esperava, passou a demonstrar desinteresse pelo tratamento e a apresentar muita dificuldade para planejar o seu desligamento gradual da CT, que se daria em dezembro de 2004, conforme ele próprio determinara. A equipe avaliava que seu projeto terapêutico deveria ser direcionado para atividades fora da Comunidade (estudo, cursos profissionalizantes, trabalho, lazer) e se dispunha a auxiliá-lo nesse projeto. Entretanto, mesmo concordando com essa proposta, Miguel não demonstrava iniciativa para concretizá-la.

Nesse período, chegou a frequentar, por dois meses, um estágio não remunerado como jardineiro, no Jardim Botânico da Prefeitura de Belo Horizonte. Esse estágio foi uma escolha sua e seu término estava previsto para dezembro de 2004, quando ele se desligaria também da CT. Entretanto, no início de dezembro, já ameaçava abandonar o Jardim Botânico, alegando que precisava de um trabalho remunerado. Apesar de ter providenciado documentos

personais para uma possível inserção no mercado formal de trabalho, após abandonar o estágio, Miguel não se direcionou para uma atividade produtiva formal. Durante sua permanência na Comunidade Terapêutica relatava, sem demonstrar crítica quanto a sua conduta contraditória, situações que evidenciavam o seu desinteresse por uma atividade laboral remunerada.

Ele atribuía seu desânimo e sua falta de iniciativa, para construir a vida produtiva, que desejava, a uma postura de acomodação, diante das situações que teria de enfrentar, para realizar seus desejos. Apresentava, também, uma dificuldade de dedicar-se e concentrar-se nas atividades. Para lidar com isso, ele relatou “*usar a máscara da euforia*”, ou seja, demonstrava uma falsa alegria para esconder, não só suas dificuldades, mas também seus sentimentos, o que o impedia de buscar uma solução. Esse mecanismo de defesa que desenvolveu para lidar com seus sentimentos é, segundo ele, anterior ao uso de substâncias. Na verdade, Miguel percebia que as drogas tanto lhe protegia quanto alimentavam suas dificuldades.

(Eu sou) aquele que quer tanto uma coisa que não sabe nem por onde começar; sei que tenho capacidade, mas fico assustado, não sei por onde começar. A dificuldade é de acreditar, de perseverar naquilo que você quer, procurar um emprego com seriedade e afinco, por exemplo. **Sabe o que quer, mas não faz o que quer, com medo de dar certo.** Eu tenho que acreditar muito no futuro, mas sem fazer hoje... **deixo muito pra depois as coisas, o que eu sei que eu tenho capacidade pra fazer hoje.** Eu não consigo sentar e me concentrar em alguma coisa: vou me dedicar a isso, e vou fazer isso. Eu tenho muita dificuldade com isso (em se dedicar e fazer as coisas), e aí eu me acomodo e fica por isso mesmo. E minha justificativa pra isso é a dificuldade. Na verdade, eu vivo bem com isso tudo porque eu não exponho isso. **Eu vivo a minha máscara, que é a euforia. Eu vivo a minha máscara, que é rir por fora e chorar por dentro. Eu acho que a droga só acarretou isso mais, sabe? Aumentou isso mais. E de certa forma escondeu isso mais. Reforçou pra mim, aumentou ainda mais essas características e, de certa forma, escondeu mais pra mim.** Eu pude ocultar isso muito mais pras pessoas e, da mesma forma, aumentaram as minhas falhas.

Miguel afirmava que, apesar de estar abstêmio, desde que iniciou seu tratamento, sua vida se tornara semelhante à de um “alcoólatra que só tampou a garrafa”, ou seja, que não

houve mudança no estilo de vida, no comportamento adictivo, na maneira de se relacionar com o mundo e com as pessoas. Além disso, vivia um impasse: percebia-se capaz de realizar as atividades de tratamento propostas na CT, avaliava que poderia trabalhar no mercado formal, mas enfrentava uma condição social objetiva desfavorável e que não iria mudar, pelo menos de maneira imediata, como almejava. Diante disto, ele preferia se acomodar, pois parecia temer ter esperanças de que poderia ter um futuro melhor.

Como falei eu tenho uma dificuldade de acreditar e perseverar, sou complicado. **Tenho muito medo de querer dar certo.** Quero que as coisas mudem pelo fato de estar vivo... Tenho ficado sem usar droga, tenho vindo aqui... (Mas) sou um sanguessuga, sabe? Não oferecer nada e só sugar. Sofro com picuinha da minha cabeça... **Não ter uma condição melhor de vida; eu queria ter dinheiro, ter nascido em outro ambiente, ter tido outra família, ser uma pessoa que sempre tivesse do bom e do melhor, não posso. Então, eu tenho que me conformar com pouco.** Acho que posso fazer muito mais... (Mas) sei lá, me dá uma preguiça. Fico pensando que tudo tem o seu tempo. Na hora que tiver que ser será. Eu fico esperando sempre para a última hora. Sei que posso fazer agora, mas espero para quando não tiver jeito mais, se tiver outra opção, eu vou nela. É a minha vida que está passando, isso dói. **Falta acreditar que eu posso ser um cara melhor, que eu posso sair de cima do muro igual eu estou (...)** Eu não acredito nisso hoje. Eu agradeço a Deus mais um dia, acredito em Deus pelo fato de estar aqui hoje, mas eu não acredito em mim mesmo, de poder lutar e ter força, de passar por cima de tudo, de qualquer barreira. Fico me perguntando será que eu sou capaz? Não sei... (silêncio) do que é que vai adiantar eu lutar por tudo isso e amanhã eu tomar um tiro na cara e morrer? Penso nisso, e vai tudo por água abaixo... Fica como está, é cômodo...

No momento do tratamento em que parte dessas entrevistas foi realizada, Miguel estava participando das atividades diárias da permanência-dia e programava, ainda naquele mês, desligar-se da Comunidade Terapêutica, transferindo-se para o acompanhamento ambulatorial. Seu relato ilustra os impasses que um dependente químico tem que enfrentar para alcançar a reinserção social que almeja. Segundo o modelo de tratamento da Terra da Sobriedade, a reinserção social não é uma fase que se dá a posteriori, mas, sim um dos objetivos do tratamento de uma doença considerada crônica e que, por isso, exige um acompanhamento continuado, por um período longo da vida do sujeito.

Considerando o período em que estive na CT, de agosto de 2003 a dezembro de 2004, Miguel apontou os diferentes benefícios que sua participação nas atividades do cronograma de tratamento trouxe para sua saúde.

A vivência de um cronograma diário, com horários estabelecidos para as atividades a serem desenvolvidas foi, inicialmente, um fator motivador para que se mantivesse em tratamento, pois oferecia objetivos diferentes da obtenção e do uso da droga para o seu cotidiano. Segundo Miguel, essa rotina programada lhe permitiu desenvolver novos hábitos e também favoreceu a reinserção familiar e social, pois era como um treinamento para o que ele viveria fora da CT. Além disso, toda essa experiência gerou nele a consciência da desorganização em que vivia anteriormente, quando estava usando drogas.

Participar da rotina da casa me ajudou a ficar aqui, em tratamento. Eu tive uma experiência passada de ficar num lugar que não tinha um cronograma. De manhã cedo, fazia alguma coisa e passava o resto do dia deitado. A probabilidade de usar droga era maior. **O cronograma da comunidade (da Terra da Sobriedade) me ensinou a ter um cronograma lá fora, me ajudou a ficar aqui, porque ficar parado olhando para o teto eu não conseguiria por muito tempo, ia durar no máximo uma semana. (...) Eu teria que aprender a viver lá fora da maneira que eu vivia aqui dentro.** Eu estou tentando fazer isso até hoje. **O cronograma ajuda a ter uma organização do dia,** eu vou acordar, vou trabalhar, no final do dia vou fazer isso e aquilo... a ter um horário para se alimentar, que antes eu não tinha... eu fui criando esses hábitos, que acabam se tornando hábitos... eu não consigo pegar uma folha e escrever um cronograma no papel, mas mesmo mentalmente, lá fora, funciona para mim. Por exemplo, alguns horários aqui de dentro eu tenho lá em casa pra mim, acabei criando. **Essa é uma organização importante também para se reintegrar (socialmente), porque tudo lá fora tem horário.** Antes de entrar na CT, tudo já tinha horário, mas eu tinha os meus à parte... Aqui, eu aprendi que tem os horários normais da vida, embora tenha dias que eu ainda fique igual a um “morcego”, só que o interessante é que isso me incomoda, porque criou uma consciência, então, isso me incomoda. **Essa rotina cria uma consciência,** porque no meu caso eu já vivi de uma maneira diferente, eu já acordei às 7 horas, preparei o café... Então, eu sei que eu posso viver dessa maneira. Para que vou acordar às 10h e ficar na cama até às 11h? (Se faço isso) acordo e tomo café e me desregula o dia inteiro, vou almoçar às 15h, já vou jantar às 21h e dormir bem mais tarde... Então, o cronograma funciona nesse aspecto para mim...

Outro aspecto mencionado como benéfico para sua recuperação: a ausência de um tempo de tratamento definido *a priori*, diferentemente do que acontece em outras instituições, prevenia a ansiedade que interferiria no seu envolvimento com o tratamento e, mais do que isso, permitiu que ele usufruísse das atividades previstas:

(...) Porque se eu tivesse estipulado para mim nove meses de tratamento, eu saberia exatamente quando sairia. Só que essa definição não foi sugerida para mim e eu também não coloquei. Isso me ajudou, porque eu não ficava contando os dias, faltam 90 dias, faltam 89 dias... O cronograma preenchia o dia. Com ele eu me esquecia do tempo e cuidava de mim, sobrava tempo para cuidar de mim. **Eu acho que o tempo de tratamento definido (*a priori*) cria mais ansiedade, para mim criaria. Eu iria criar reservas: vou fazer isso, mas daqui a nove meses eu vou sair e aí, lá fora, eu vejo como vai ser...**

Dentre as atividades que realizava, Miguel mencionou os efeitos da sua participação na oficina de padaria da CT em sua recuperação. Para ele, foi um trabalho que gerou um conhecimento sobre si mesmo; promoveu prazer com a realização e com o sentimento de dever cumprido; gerou, também, um saber técnico com a repetição da experiência, pois ele aprendeu a fazer pão; promoveu a interação e a possibilidade do estabelecimento de vínculos afetivos entre os colegas; e gerou reconhecimento social, porque, para ele, havia um valor simbólico no produto do trabalho, que poderia ser adquirido pelo público que freqüentava a instituição. Ao ser solicitado que imaginasse um sócia realizando seu trabalho, ele respondeu assim:

Amanhã é sexta-feira, (o meu sócia) faria pão na padaria, o mais rápido possível, da melhor maneira, pra fazer e ficar livre daquilo logo, mas eu gosto de fazer. **Quero ficar livre logo para ter a sensação de dever cumprido, para mim é importante a sensação de “eu fiz isso”.** (Essa atividade) me ajudou muito a descobrir eu mesmo, no toque, sentir a massa quente, a massa fria, descobrir que tudo é só uma fase mesmo, eu passo por várias fases até chegar a ser um pão. **Brincar muito com a J. (assistente social da comunidade que atende às famílias e coordenadora da oficina de padaria), dar muito abraço, encher a paciência dela, brincando, tentar alegrá-la,** porque eu sei que ela não está bem; conversar com a C. (oficineira) também. À tarde, eu como o pão que foi feito. **(A sensação de “eu fiz isso” é importante) mais porque posso dizer já tive a experiência**

de fazer as coisas, acúmulo de experiência... O pão dá reconhecimento, se as pessoas compram é porque fica bom...

Ainda quando se referiu à oficina de padaria, Miguel associou a sensação de estar em atividade, trabalhando na CT, ao sentimento de ser útil e de ser capaz de realizar algo concretamente. Ele percebia uma mudança em si mesmo, quando se observava em atividade, e isso gerava nele a consciência de que poderia ser diferente e ter um outro comportamento.

(...) Ainda mais quando a J. (assistente social, coordenadora da oficina de padaria) virava e falava: Miguel pode fazer o pão. Eu falava: nossa, **eu sou capaz de fazer isso!** Pra mim é muito bom, e o pessoal falava: quem que fez a rosca foi o Miguel, então eu vou comprar! A sensação de ser útil, também, né? **Poder ser útil para alguma coisa. Isso tudo um dia vai servir pra mim, tudo que eu estou vivendo hoje**, eu acredito muito nisso. Vai servir pra algum dia, nem que seja pra passar pra um sobrinho meu, entendeu? **A experiência de vida que eu tive aqui na Terra...** A experiência que eu tive de fazer uma massa de pão... **Estou mudando para melhor, uma coisa que eu fiz pra minha vida um tempo atrás, que hoje em dia eu posso fazer diferente. Aqui, eu conheci a minha capacidade.**

O fato de estar em atividade também gerava em Miguel a consciência do seu adoecimento. Ele considerou que, por estar sempre isolado da família, tornou-se um sujeito pensativo. Além disso, segundo ele, o efeito químico das substâncias estimulava o seu pensamento e gerava muitos planos de “como mudar o mundo”. Entretanto, percebia que tinha dificuldade em concretizar suas idéias, associando essa limitação ao uso de drogas. Ele encontrou, na música, uma forma de expressar seus ideais.

Eu sempre bolei e nunca fiz nada. E o fato de fazer pra mim ali (na CT), já é uma evolução muito grande, sabe? Muito grande, muito além pra mim. Era muito bom. Dá uma sensação boa demais. Por ficar mais isolado em casa, eu sempre fui um cara de ficar bolando as coisas. Isolado da minha família. Eu sempre vivi muito isso, por mais que eu vivesse no meio de todo mundo, eu me sentia isolado. **Aí, eu ficava bolando muita coisa na minha cabeça. Eu comecei a fumar maconha, e aquilo pra mim foi o máximo, porque, pra mim, eu me sentia o Albert Einstein, porque eu era o cara, eu bolava tudo, nunca saía do papel, mas sempre tinha planos, idéias, que eu vou mudar o mundo, sabe? (...)** A importância do pensamento virar ação é o reconhecimento. Igual ao fato da música pra mim. De certa forma, muito do que eu sempre quis na minha vida, foi tudo

passado pra música. Porque era muito pensamento, aí eu fui escrevendo, aí meus pensamentos iam virando letra de música. Aí às vezes, assim, uma vontade de viver num mundo melhor, de ter uma vida diferente, de ter nascido de outra mãe, de ter sido filho de outro pai, de ter outros irmãos. Eu acho que isso tudo, foi tudo pra música. O fato de poder falar isso, de poder mostrar pras pessoas, às vezes a pessoa usa isso pra vida dela. Igual hoje em dia eu escuto uma música, e coloco muito na minha vida. Muita coisa que eu escuto em música, eu falo: nó cara é mesmo, isso pode dar certo.

O tratamento em grupo proporcionou-lhe, além do estabelecimento de vínculos afetivos com os membros da CT, um estímulo maior para ter mais iniciativa e participar mais ativamente do tratamento, para buscar aquilo que queria para si. Isso se deu, principalmente, segundo ele, porque, pelo convívio com os colegas, conseguiu identificar melhor seus problemas e definir como os enfrentaria. Ele ilustrou sua mudança na forma como participava do tratamento, ao perceber que a sua recuperação dependia da sua dedicação e do seu envolvimento, comentando sobre uma situação, durante a espiritualidade, quando resolveu contar à Comunidade a verdade sobre a sua vida e desculpar-se por suas mentiras:

Tratar em grupo, a princípio, foi diferente. Eu sempre ficava muito sozinho e fui me habituando a viver assim. Em grupo, são muitas cabeças diferentes, tem que ter muita serenidade. Mas eu acho que é válido. **A gente aprende um com o outro, com a experiência de vida do outro. Sozinho, é mais difícil. No trabalho em grupo, comecei a enxergar algumas coisas que tinha que fazer: me ajudou a ter iniciativa.** Porque eu nunca tive problema em fazer o que é sugerido, aquela história do bom empregado: faz isso, e eu faço. **Agora, para minha vida, eu tomar uma iniciativa era muito raro.** Aqui na Terra, aprendi a ter uma iniciativa para mim, apesar de ainda ter dificuldade com isso até hoje. **Isso tem a ver, também, com o trabalho em grupo, mas é, também, uma mudança interior.** Aprofundar numa espiritualidade, por exemplo. Se eu ficasse ali parado, a espiritualidade ia ter todo dia e eu não iria ter melhora nenhuma. Se eu tivesse a iniciativa de me aprofundar, aí me ajudaria. No meu caso específico, lembro que caíram várias máscaras²⁷ e, no outro dia, eu tive que fazer uma reparação para eu me sentir melhor. Foi então, que eu comecei a entrar no tratamento. Eu não conseguia viver mais com aquela máscara que não era eu mesmo. Eu queria seguir um caminho de recuperação, mas isso estava me impedindo. **Escutar verdades me ajudou e essa troca de experiências.**

²⁷ Quando chegou à Comunidade, Miguel se apresentou ao grupo como um traficante do bairro onde sua família residia, o que não era verdade. Para ele, essa foi uma das “máscaras” que ele usou para se relacionar com os demais.

A experiência com o grupo fez também com que admitisse para si mesmo que estava doente, levando-o a se revelar frente aos colegas e assumir suas mentiras:

Percebi que estava doente pelo meu desvio de caráter. Eu ficava falando que eu era traficante (para a equipe e os outros pacientes da CT), que eu era assaltante, até que um dia eu resolvi falar que não era isso que eu queria para mim. Eu queria mudar, mas eu tinha que ficar alimentando esse negócio. Conte para o terapeuta a minha história de verdade. E resolvi contar para o grupo. Nesse dia eu tive um despertar²⁸. Chorei muito e discuti comigo mesmo no espelho. Comecei a acreditar em Deus nesse dia. **Antes (de dizer a verdade), eu comecei a acreditar nas minhas próprias mentiras e vi que a situação estava ficando grave.**

Para ele, o fato de sentir-se excluído pelos irmãos e afetivamente distante da mãe agravou seu problema. Além disso, seu desejo de ascender a uma condição sócio-econômica mais favorável, tornando-se traficante, seria outro fator determinante do seu adoecimento.

(...) **Acho também que o que me fez adoecer foi o meu afastamento da minha família, sempre fui muito afastado.** Nem me sinto no direito de dar opinião, nunca dei... Eu sempre vivi o que eles queriam que eu vivesse. Eu me sentia muito carente. Tentava me apegar aos meus irmãos, eles me excluía. Eu comecei a andar com o meu primo e ele me levou para a droga. Eu sempre estava perto da minha mãe, mas **eu nunca tive um carinho. Não tinha afeto.** Era o serviço dela e eu era como se fosse o empregado dela. Eu tinha uma relação diferente com a minha mãe. **Na droga, o que me fez adoecer foi a minha ambição. Quando eu comecei a usar crack, eu lembro que eu queria muito ser traficante. Queria muito dinheiro, e eu via eles com muito dinheiro. (...) Talvez não tenha um porquê. (O uso de drogas) foi uma consequência. Uma coisa leva à outra que leva à outra... Até que chegou (no nível de adoecimento em que se encontrava naquele momento). Amanhã eu não sei o que vai ser.**

²⁸ O “despertar espiritual” é um conceito frequentemente utilizado por participantes dos grupos de Alcoólicos Anônimos para se referirem ao ‘insight’ que tem como consequência a aceitação do adoecimento pelo dependente químico.

O trabalho como operador de caixa em um estacionamento

A postura de desinteresse pela continuidade do tratamento e pela realização do seu projeto pessoal – conseguir um trabalho remunerado - que Miguel ainda apresentava, já no final do período por ele estabelecido para se desligar da CT, foi modificada assim que ele conseguiu trabalhar como operador do caixa de um estacionamento, a convite de outro paciente da Terra da Sobriedade. Desde então, ele tem dado continuidade ao tratamento no ambulatório, passando a freqüentar o grupo de mútua-ajuda semanal.

Ele descreveu, detalhadamente, o local onde trabalhava e as mudanças na sua rotina diária, assim como suas funções como caixa. Ressaltou a importância que atribuía a sua função, por ser de muita responsabilidade, afinal seu cargo era considerado pelo empregador como sendo de confiança. Quanto ao relacionamento com colegas do estacionamento – além dele, havia mais um operador de caixa, um manobrista e um lavador de carros, totalizando 4 funcionários - e com outras pessoas do seu contexto de trabalho, ele enfatizou, principalmente, a mudança de turno entre os operadores de caixa como uma tarefa de grande importância: esse era um momento crítico, que exigia atenção redobrada para que não acontecesse nenhum problema em relação ao controle de dinheiro do estacionamento, ou seja, era uma tarefa passível de ameaçar a confiança nele depositada. Quando solicitado a instruir um possível sócio, sobre como proceder no seu trabalho sem ser notado, ele disse:

Trabalho como operador de caixa de estacionamento, começo às 6h e saio às 13h30min. (...) (No meu trabalho,) para abrir o caixa, liga o sistema e confere tudo: o dinheiro que o rapaz (o outro funcionário do caixa) deixa, faço anotações do começo do dia, leio alguma anotação dele (sobre as intercorrências durante o turno de trabalho), caso ele tenha deixado... E confiro os carros no pátio, porque pode faltar carro no pátio ou no computador. O número de carros no pátio e registrados no computador tem que bater; no sistema, pode passar algum carro e a responsabilidade é da pessoa que deixou (passar); Eu tenho que controlar o número de carros. Se faltar dinheiro, desconta do meu salário. Eu tenho uma quebra-de-caixa para isso, de R\$32,00; **pela**

categoria é obrigatório, porque é cargo de confiança e todo operador tem que ter quebra-de-caixa.

Além da responsabilidade de cobrar os motoristas pela permanência dos veículos no estacionamento e pela lavagem dos carros, quando esta acontecia, Miguel tinha que controlar a entrada e a saída na rampa de acesso, zelando para que acidentes não acontecessem, durante a movimentação dos carros. Havia uma tensão inerente a essa tarefa, pois, conforme descreveu, a estrutura física do prédio não favorecia esse tipo de controle.

Por ser no quarto andar, a rampa é um pouco complicada de descer, então a pessoa tem que fazer a curva bem aberta porque senão o carro dela agarra, porque tem um declive. Então, no horário em que se está fechando o caixa tem que olhar os carros e a curva. Se engarrar um carro na rampa, pára o estacionamento. É muito declinada (a rampa) e é complicado subir; às vezes, se parar nela, não consegue subir. E, se parar um carro atrás de você, fica mais complicado ainda. **É uma responsabilidade grande, além do dinheiro. É muita responsabilidade, porque qualquer coisinha que acontece é responsabilidade do estacionamento; vamos supor que tenha uma batida, o estacionamento tem que pagar. Eles vão jogar a responsabilidade sempre para gente.**

Ainda sobre a sua rotina, Miguel revelou que utilizava o computador do estacionamento durante o horário de trabalho para digitar as músicas que compunha, nos períodos de pouca movimentação de carros.

Eu, além disso tudo, escrevo minhas músicas no computador, eu estou atualizando tudo... **É até mesmo uma coisa que eu criei para não ficar parado, nos dias de pouco movimento.** Eu digito os meus rascunhos no computador do estacionamento.

Quando questionado sobre as mudanças na sua vida, depois que iniciou esse trabalho, ele esclareceu que trabalhava com muito cuidado, para retribuir a confiança do seu patrão, que, segundo ele, o empregara mesmo sabendo da sua história de vida, no que se refere aos furtos para uso de drogas. Percebia que toda essa confiança o fazia se sentir mais capaz de lutar pelo que queria naquele momento – trabalhar remuneradamente. Por outro lado, ele também considerava que essa postura de cobrança gerava uma tensão constante, que se

tornara fator de risco para o uso de drogas, na busca de alívio para essa ansiedade. Logo, a confiança que recebia do seu patrão era ao mesmo tempo positiva – já que o fazia se sentir digno e capacitado para recebê-la, motivando-o a manter-se em recuperação – mas, também, negativa, pois a tensão ameaçava sua abstinência.

Eu, especialmente, tenho uma responsabilidade muito grande diante disso tudo, pelo fato da confiança do meu patrão em mim, até mesmo pelo receio de acontecer algo errado, estou sempre tentando manter tudo perfeito, certinho... Porque ele deposita mais confiança em mim, e eu vou acreditar muito mais na minha capacidade, pelo fato de estar sendo confiado. Isso para mim é muito bom. Mas, ao mesmo tempo é ruim, porque é um peso grande nas minhas costas, para quem viveu da maneira como eu vivi... Pelo fato de ser dependente químico e estar mexendo com dinheiro, para mim, é bom, gostoso; eu coloco muito mais fé em mim agora. A todo o momento, eu não quero jogar tudo para o alto. Não é na questão de usar droga, mas é a confiança que essa pessoa está colocando em mim. Estou vigilante para não dar nada errado, não ter que ficar dando explicação, para a pessoa ver que eu estou fazendo por merecer estar ali, não pelo fato de ser dependente químico e amigo, dele querer dar uma força, não por isso, mas, pelo fato de merecer estar ali.

Miguel sentia-se grato pela oportunidade de trabalho oferecida por esse colega, pela carteira de trabalho assinada e de habilitação. Considerava que a remuneração e o reconhecimento da sua dedicação ao trabalho eram incentivos para a sua recuperação. Entendia que, pelo trabalho, conseguiria realizar o seu desejo de ascensão social, podendo ser financeiramente responsável pela própria vida, usufruindo dos benefícios materiais que modificariam a sua qualidade de vida.

No estacionamento eu sou um profissional, eu tenho que ser um profissional, **eu tenho que ser um profissional pra eu receber no final do mês (...)** Tenho trabalhado com muita vontade, ânsia mesmo, até mesmo por estar sendo super ajudado, pela pessoa reconhecer o meu trabalho, me ajuda bastante (na recuperação); pelo **reconhecimento do meu esforço**, faço muito além do que era para eu estar fazendo... Eu estou sendo ajudado porque estou tirando carteira de motorista também. (...) Minha carteira (de trabalho) está sendo assinada pela primeira vez. **Eu estou de lua de mel com a minha carteira de trabalho. É a primeira vez... Porque eu sempre quis isso. (...)** Pra mim é reconhecimento o fato de receber o salário mesmo. Eu acho

que ajuda muito (na recuperação) porque eu uso isso de estímulo, pra fazer mais, pra evoluir mais. Porque eu **sempre quis ter meu cantinho**, uma sala, uma cozinha, um banheiro e um quarto. Eu pagar aquilo, **pagar com meu esforço no final do mês. Comer o meu esforço**. Chega a um certo ponto que o trabalho é crucial, então se for olhar por esse lado, pra mim, eu só vejo coisa boa (em trabalhar).

Ele pretendia gastar o dinheiro do seu trabalho na aquisição de bens materiais, divertindo-se e ajudando sua família. Assim, poderia participar da vida familiar e reduzir o isolamento do qual se queixava. Tentava, dessa maneira, dar um destino mais saudável ao dinheiro que ganhava, diferentemente do que fazia anteriormente. Por outro lado, considerava que o dinheiro poderia ser um fator de risco para a sua doença, caso fosse utilizado para comprar drogas. Entretanto, a evolução alcançada, até então, o estimulava a manter-se em abstinência, fortalecendo-o no enfrentamento das suas dificuldades e no propósito de recuperação.

Tudo bem que eu nunca fiz um esforço para isso (para conseguir um trabalho remunerado), mas sempre quis que acontecesse, para ter uma garantia certa de ter um tanto por mês, ajudar em casa, poder sair com uma menina, poder comprar as coisas... **Eu sou materialista para caramba**, entendeu? **Garantia do final do mês me estimula muito para trabalhar**, por mais que eu fique com pouco, porque agora estou tirando carteira, paguei algumas coisas, **eu ajudei dentro de casa... Eu ajudo a minha família**. Coloquei como meta, se eu não ajudar em casa, não quero trabalhar... É minha obrigação... Em casa, não é todo mundo que ajuda. De certa maneira é um tapa de luvas... Aconteça o que acontecer, o meu vai estar lá, enquanto eu estiver trabalhando... (...) **Porque o fato de eu passar em frente à Pedreira (local de venda de drogas) tremer e não ir, porque hoje eu não me permito de maneira nenhuma voltar ao que eu era antes**. O fato de poder pegar um cinema. De não ter que dar satisfação pra ninguém, se eu quiser pegar um cinema, eu vou. Eu quero comprar um relógio, eu vou comprar um relógio. O dinheiro é meu e eu vou comprar e pronto. Penso: **eu vou ajudar dentro de casa esse mês. Esse mês eu não vou ajudar não, esse mês eu vou ficar com a grana. De certa forma, isso me dá uma questão de se impor, eu também estou aqui, eu também ajudo, eu também tenho as minhas coisas, eu também sou capaz... Só querer ter um emprego, ter minhas coisas e poder ajudar a minha família, mesmo que seja uma mixaria, mas minha parte eu estou fazendo, eu não estou de braços cruzados...**

Especificamente sobre a relação entre estar trabalhando no estacionamento e a evolução do seu tratamento, Miguel dizia perceber-se de maneira diferente: ele tinha se tornado capaz de trabalhar e, também, de lidar com as situações conflituosas em que vivia nesse contexto, de maneira saudável. Ressaltou que o seu empenho em lutar pelo que queria para si estava lhe trazendo resultados positivos, pois estava mudando a imagem que as pessoas tinham a seu respeito:

Sou um cara muito esforçado quando quero. Que ainda não se deu conta do que é realmente capaz de fazer, da capacidade de trabalho; como que eu consigo ficar tanto tempo trabalhando, às vezes, sem almoçar... Eu acho isso bom, para mim, é ótimo. Eu lembro que o pessoal me chamava de vagabundo... Tenho feito esforço para fazer diferente na minha vida em geral.

Quando avaliou sua participação nas atividades do cronograma de tratamento e a conquista do trabalho no mercado formal, ele considerou-se em evolução por conseguir participar das atividades, até a conclusão de cada uma delas, tanto na Comunidade Terapêutica como nas externas, já que persistir nas atividades que escolhera, era, para ele, uma grande dificuldade. Miguel observou que toda essa experiência estava lhe proporcionando uma nova vida, diferente daquela em que viveu quando usava drogas, e isto o estimulava a manter-se em recuperação.

Fico feliz de me ver evoluindo, de ver que eu não fiquei estagnado, entendeu? De ver que, por exemplo, o tempo que eu fiquei aqui (na Terra), eu fiz curso, fiz um monte de curso, fiz telemarketing, fiz padaria, fiz jardinagem, paguei minha pena na Lagoa do Nado... Então, eu tava evoluindo de alguma maneira... **Então, cada coisa que eu concluía, pelo menos (eu sabia e podia dizer que) eu já fiz aquilo ali, e aquilo ali também, e aquilo ali também... E hoje eu estou nessa posição, mas eu acredito que mais pra frente vai ser um passado pra mim também, porque eu não pretendo ficar da maneira que eu estou durante muito tempo.** Eu concluí alguma coisa que, a partir do momento que eu comecei, a minha finalidade é ir lá no final. E isso eu tenho dificuldade demais. Eu tenho preguiça, eu sou preguiçoso com as coisas. Isso tudo que eu vivi me ajudou a melhorar a minha doença, né? **Cada dia que passa, que eu vejo que eu consigo concluir alguma coisa, pra mim é uma satisfação muito grande. Eu vejo que eu sou capaz.** Participar das atividades do tratamento era bom, porque na sexta-feira, quando eu tava na padaria, eu não tava

usando, entendeu? Eu não tava na rua, eu não tava fazendo outras coisas, eu tava na padaria. Então, eu acho que, de certa forma, me ajudou muito porque **é um estímulo por alguma coisa**, de poder deitar na cama e poder falar: nossa, e tal, **eu vou aprender e vou mostrar que eu sei, que eu sou capaz. Aí, eu sendo capaz, eu posso me colocar no patamar de outras pessoas.**

O reconhecimento social, como consequência da inserção no mercado de trabalho, foi um dos aspectos mais significativos para Miguel, no que se refere à sua evolução. Ao trabalhar, ele mostrava às demais pessoas e a si mesmo que era capaz de ser diferente, de mudar sua vida e de conquistar um novo lugar na sociedade, sentindo-se um cidadão. Essa sensação abria novas perspectivas de melhora no futuro.

Eu acho que hoje eu, querendo ou não, eu sou algo diferente. É uma conquista. Hoje, eu sou um Miguel que acorda às cinco horas da manhã, trabalho o dia inteiro, chego tarde em casa, tomo banho, vou pra escola, volto tarde, acordo cedo, sabe? Hoje, eu não sou o Miguel que fica dentro de casa, ou, então, que está internado. **Porque, hoje, eu sou alguém na sociedade.** Hoje, eu sou assim, se eu chegar com meu documento, por exemplo, numa loja, eles vão puxar os meus dados e vão saber onde que eu moro. **Hoje eu sou um cidadão, né?** Eu acho que isso tem uma importância muito grande pra mim, porque através disso eu posso conquistar muitas coisas pra minha vida. **Hoje eu sou um lado que deu certo da recuperação.** Eu vejo muito isso. Eu sou uma pessoa que quis (ser diferente). Tem que querer, porque eu quis e eu estou aqui hoje, sabe? **Mesmo que amanhã eu use droga, mas eu sei o que eu sou capaz de fazer estando sem droga. Porque eu estou me conhecendo agora.**

Ao ampliar o seu contato com a realidade, passou também a implicar-se cada vez mais no trabalho, saindo de suas fantasias e concretizando seu pensamento. Modificava o mundo à sua volta e, ao mesmo tempo, transformava sua própria história.

Eu acho que isso (trabalhar) me ajuda demais, porque hoje eu vejo que, antes, ficava muito no pensamento, e hoje é ação. Os meus pensamentos de hoje, se eu continuar do jeito que eu estou, vão virar ação, entendeu? **E meu passado já não vai ser tão doloroso.** Vou saber que, no passado, há algum tempo atrás, eu estava trabalhando num lugar... Então, é outra coisa, não aquela coisa que eu tinha vivido, como o colégio interno. **Vou construir, então, agora mesmo um outro passado.**

A demissão do estacionamento

Quase um ano depois da sua admissão, Miguel foi demitido do estacionamento, depois que esse estabelecimento foi vendido. Então, ele passou a cuidar da casa, ajudando a irmã com quem estava morando. No seu relato, referiu-se ao trabalho como uma forma de expressar sua subjetividade e como um meio de alcançar seu propósito de recuperação. Disse, também, que o resultado do seu trabalho o estimula a continuar em recuperação.

Aquilo que a gente faz é um reflexo do nosso interior. Muitas vezes eu olhava o exterior e pensava: nossa que droga, eu não consigo manter meu quarto limpo... Mas eu não estava bem por dentro... No mínimo, o que eu tenho que ter é uma organização, manter minhas coisas limpas, e para eu estar com isso, eu tenho que estar bem comigo mesmo. Tenho que estar com um propósito de recuperação e de vida. Eu tenho que ter uma direção, uma meta. Acho que esse é o propósito. O trabalho em geral é o reflexo desse propósito. Quando eu olho o resultado do meu trabalho, isso me estimula a continuar no propósito, uma coisa puxa a outra. Se eu estou mal, também, uma coisa puxa a outra. Se eu estou bem, é a mesma coisa.

Ele comparou suas atividades cotidianas, quando usava drogas, à experiência nas atividades do tratamento na CT, e ao trabalho no estacionamento. Enfatizou que, na CT, trabalha-se para produzir saúde; já no estacionamento, trabalha-se, principalmente, pela remuneração, ou seja, para produzir a sobrevivência e a possibilidade de aquisição de bens materiais. Concluiu, afirmando que estar na CT o ajudou a ampliar a visão de si mesmo e do mundo, ao mostrar-lhe outras possibilidades de viver a vida ativamente, com amor e criatividade, dedicando-se a outras atividades, como a jardinagem e a padaria, para recuperar a sua saúde.

Na CT, eu fazia por amor. No estacionamento fazia por dinheiro. Não que eu não gostasse... Tinha dias que eu trabalhava bem, noutros dias eu trabalhava pensando no final do mês. **Aqui na CT o meu salário era a minha melhora, então, eu fazia com muito mais amor, prestava muito mais atenção, me dedicava muito mais...** Trabalhar para ganhar um dinheiro no fim do mês é uma coisa que já está impregnado na sociedade, acho que não existe mais alguém que trabalha por amor... Trabalha porque tem que trabalhar, porque precisa do dinheiro no fim do mês. Pode ter aquele que trabalha pelo dinheiro e

que coloque um pouco de carinho ali. Gosta do que faz... Mas eu não consigo trabalhar sem pensar no salário no final do mês. Na CT, a **laborterapia é um momento de reflexão, até mesmo de espiritualidade. Eu gostava muito da padaria e da jardinagem. É uma questão de se dedicar a algo, o que para mim era algo novo. Eu já tinha me dedicado ao roubo e ao furto, a ficar na rua. O trabalho, aqui na CT, veio me mostrar o outro lado da vida. Parece que amplia a visão da gente. Vejo que eu entrei muito na droga por falta de ter pegado as oportunidades, criado oportunidades, de fazer algo.** Quando eu estava em casa, quando acabasse o almoço, lavar as vasilhas, varrer o chão, por exemplo. Isso tudo é simples, são coisas normais da vida, não é que eu tenho que fazer porque eu sou um dependente químico. Se eu quero viver um pouquinho melhor, então eu tenho que deixar meu quarto limpo, deixar um banheiro limpo.

Comentou, também, que, quando estava na ativa, era como se usasse uma “viseira”, que direcionava a sua atenção somente para aquilo que lhe interessava, e, por isso, suas ações cotidianas se resumiam à busca de drogas ou de outras formas de prazer. Também comparou sua experiência no colégio interno, quando realizava as tarefas por obrigação, para não sofrer penalidades, com a percepção que tem, hoje em dia, da importância de cumprir com as suas responsabilidades, em qualquer contexto do qual faça parte. Considerou que, tanto na CT quanto no estacionamento, o trabalho o ajudou a desenvolver o senso de responsabilidade pela própria vida.

Eu lavo as vasilhas, a pia, e já cuido do chão. Na ativa, a gente não atina para isso, porque também tem gente para fazer por você. Minhas irmãs sempre fizeram, quando eu era pequeno. Se eu tivesse usando droga, não sei como seria. **Porque no colégio interno, eu fazia tudo isso, mas era por obrigação. Se não fizesse o cronograma, eu teria uma punição e isso eu não queria. Eu tinha que fazer. Bem ou mal eu tinha que fazer.** Para esse caso da viseira são várias explicações... Acho que antes, eu estava preocupado com outras coisas: em jogar fliperama e jogar bola, depois em usar droga. Em fazer uma correria para arrumar um dinheiro para usar droga; estava preocupado em ouvir um CD, em estar na cama. Eu nunca tive uma responsabilidade minha, comigo, de ter que fazer. Diferente de hoje: quando depois do almoço vejo a pia cheia de coisas, vejo que eu não dou conta de deixar para lá. **Tanto na CT, quanto no estacionamento, o trabalho vem como uma responsabilidade. É uma dificuldade para o dependente químico criar responsabilidade. Nesse lado, ajuda.**

Quanto ao trabalho ser uma possibilidade de reinserção social para o dependente químico, Miguel afirmou que, para ele, reinserir implica em ser diferente do que quando se usava droga, o que significa ter uma vida saudável. Mencionou que a dedicação exclusiva ao trabalho também pode ser prejudicial, quando se acredita que isso é suficiente para recuperar-se da doença. Concluiu que seria preciso mais do que um trabalho remunerado. Seria necessário cuidar e investir na formação acadêmica, no lazer e em relações afetivas saudáveis:

Não sei se teria jeito de não trabalhar. **Tem que trabalhar no mínimo para o seu sustento. A não ser que tenha pessoas do lado, financeiramente, para te ajudar. Viver sem trabalhar está difícil, para qualquer pessoa... Agora para reinserir, não necessariamente você tem que trabalhar remunerado.** Por exemplo: eu quando estava na CT, fiz muito curso lá fora e isso me ajudou, eu já estava me reintegrando. Eu cheguei a pensar que, para mim, trabalhar era reintegrar. Hoje penso diferente. **Hoje penso que reintegrar é estar fazendo diferente lá fora do que eu sempre fiz. Então, não é só trabalhar, isso está incluído, mas é “uma” das coisas que a pessoa pode estar fazendo; tem escola, tem igreja, criar um hábito de vida dentro da sociedade, como uma pessoa normal que acorda de manhã, faz uma caminhada, vai para o serviço, depois vai almoçar em casa, depois volta para o trabalho, trata as pessoas bem... tudo isso está incluído na reinserção.** Não posso dizer que o trabalho remunerado me atrapalhou, mas, hoje, para mim, me estagnou; eu pensei que, porque eu estava trabalhando, eu estava recuperando e me reinserindo. No sentido que eu achava que eu estava bem de tudo. Na verdade, eu estava trabalhando. **Tinha mais coisas para eu cuidar, na minha vida, além do trabalho, e eu estava só naquilo.** Eu estava dando um valor excessivo ao trabalho e esquecendo do lado espiritual e acadêmico, por exemplo, que eu precisava também. De fazer um esporte, jogar bola, namorar... Me estagnou muito nesse sentido... Não sei se é porque, hoje, eu estou sem trabalhar e estou vendo isso agora...

Atualmente Miguel continua em recuperação. Ele está morando com os pais, namorando e trabalhando em uma lanchonete - fazendo sanduíches - no turno da noite. Está planejando casar-se e tem se questionado como conseguirá constituir família e sustentá-la financeiramente com o salário que recebe, que considera insuficiente. Está abstinente, freqüentando a terapia em grupo semanal e os grupos de mútua-ajuda da Terra da Sobriedade.

CAPÍTULO IV

Discussão dos Casos Clínicos

Neste capítulo, de acordo com a diretriz, que adotamos para o nosso estudo, de não definir *a priori* um caminho teórico para a compreensão do nosso objeto de pesquisa, discutiremos alguns aspectos essenciais que emergiram do conjunto dos relatos. Buscamos compreender o processo de adoecimento que culminou com o desenvolvimento do quadro de dependência química e, mais especificamente, no que se refere ao tratamento desse transtorno, pretendemos refletir sobre a função clínica do trabalho desenvolvido pelos dois sujeitos na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade.

Várias teorias tentam explicar a complexidade da natureza da dependência química, deixando evidenciar que não existe uma única causa determinante desse transtorno. Segundo Bordin *et al.* (2004), 20% das pessoas que fizeram uso nocivo de álcool se tornaram dependentes dessa substância. No entanto, ainda não se sabe quando exatamente um *usuário* de drogas se tornará um *abusador* de substâncias e este, posteriormente, um *dependente químico*²⁹.

Analisando o processo de adoecimento vivido pelos dois sujeitos dessa pesquisa, observamos que o consumo regular do álcool e da maconha, que adotaram, seguiu um padrão semelhante ao encontrado nas pesquisas nacionais e internacionais.

Foi, também, aos 12 anos, assim como Carlos, que os estudantes do ensino fundamental e médio da cidade de Campinas/SP consumiram álcool, pela primeira vez, sendo esta a droga mais usada pelos jovens (Soldara *et al.*, 2004), cada vez mais cedo na vida

²⁹Nesta dissertação, acatamos a diferenciação proposta por esses autores: o 'uso' se refere ao consumo experimental, esporádico ou episódico; 'abuso' ou 'uso nocivo' quando nota-se algum tipo de prejuízo - biológico, psicológico ou social e o termo 'dependência' se refere ao consumo sem controle, associado a prejuízos sérios. Esses termos classificam um padrão contínuo e progressivo, mas não se pode afirmar com clareza como se dá o processo que faz o 'uso na vida' se tornar uma dependência.

(Pechansky *et al.*,2004). Esse é um dado preocupante, porque quanto mais cedo ocorrer o contato com o álcool, maior será a probabilidade de que se estabeleça a dependência dessa droga (Soldera *et al.*, 2004).

Infelizmente, muitas vezes, o próprio indivíduo se dá conta do seu adoecimento somente quando o transtorno já está instalado. Por isso, segundo Viana (2004), a primeira etapa do tratamento deve ter como objetivo conscientizá-lo acerca da própria doença. Para tanto, ele descreve cinco estágios – negação, negociação, raiva, depressão e aceitação - inspirados nos textos de Elizabeth Kubler Ross³⁰, para explicar os mecanismos de defesa que o ego desenvolve para enfrentar situações extremas. Esses estágios podem nos ajudar a compreendermos como se deu o agravamento do problema do Carlos e do Miguel.

O primeiro estágio se refere não só ao indivíduo, mas também à cultura, e se manifesta na negação do problema do ‘uso de droga’. Acriticamente, apregoa-se, como padrão de normalidade, o hábito de ingerir ansiolíticos, bebidas alcoólicas e tabaco, para o alívio da tensão, gerada pelo consumismo materialista, pela busca do prazer a qualquer preço, pelo imediatismo, pelo individualismo em um contexto de competição desenfreada, ou seja, por valores dessa mesma cultura, fundamentada em uma “*ideologia indutora da adicção*”³¹. Trata-se do “*alívio da dor através da narcotização da consciência* (Viana, 2004, p.65)”. Inserido nessa realidade, o indivíduo, seja ele um usuário regular ou um dependente químico, vive uma ilusão em relação ao uso de drogas e estrutura um álibi como mecanismo de defesa, usando desculpas e explicações coerentes, lógicas ou morais, racionalizações para sua conduta e suas idéias adictivas, cujos verdadeiros motivos não percebe, e por isso, nega o problema.

No segundo estágio do processo, Viana discute quatro níveis de negociação: (a) do indivíduo consigo mesmo em relação à droga: quando ele busca espaçar o tempo entre as doses ou faz substituições, ou deixa de usar uma droga ilícita para usar uma lícita, por

³⁰ KUBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 3ª ed., 1989.

³¹ KALINA, E. *Drogadicção II*. São Paulo: Francisco Alves Ed., 1987, p.18.

exemplo; (b) do indivíduo com a família, quando se aceita a oferta de ajuda para aliviar os conflitos, na tentativa de que permitam o uso moderado das substâncias; (c) do indivíduo com a sociedade, quando se torna um defensor da ‘cultura da droga’, ou no trabalho, quando busca atividades que permitam ser conciliadas ao abuso, por exemplo, trabalhando em empresas familiares ou, ainda, através da conquista de privilégios com as chefias e os empregados; (d) do indivíduo com o ajudador, quando busca um ‘atestado de normalidade’, argumentando sua capacidade de conciliar e manter um uso ou abuso de drogas controlado e de preservar a saúde. Essas estratégias de negociação podem adiar, ainda mais, um pedido de ajuda.

No estágio da raiva, o indivíduo vivencia a frustração diante das tentativas fracassadas de uso controlado e pode se envolver um pouco mais no padrão de vida adictivo. O rebaixamento da crítica e o risco de morte tornam evidentes a raiva que sente de si e do mundo. No estágio da depressão, o dependente químico percebe a contradição em que vive, o auto-engano, a distância entre o que planeja e o que realiza na (e para) a sua vida. Aumentam as chances de overdoses e as tentativas de auto-extermínio, porque nem sempre ele consegue suportar essa angústia. Finalmente, no estágio da aceitação, quando percebe o caos físico, psíquico e social em que se encontra, o dependente costuma procurar ajuda sozinho. Nessa última fase, ocorre a conscientização acerca do problema e o procedimento técnico deve ser o de possibilitar uma crise, que evidencie a falência total em que se encontra, na tentativa de conciliar o consumo de drogas com o trabalho e com convívio social, motivando o dependente a pedir ajuda (Viana, 2004).

Esse modo de compreender a progressão do adoecimento, proposto por Viana, explicita os mecanismos utilizados pelos indivíduos no enfrentamento do problema e permite, ao profissional, estabelecer um planejamento terapêutico mais adequado a cada uma das fases. Todo esse processo é, muitas vezes, anterior ao início da ajuda efetiva e, também, dinamicamente, pode se repetir ao longo da recuperação.

Os cinco estágios descritos acima podem ser identificados ao longo dos relatos dos dois casos. Carlos experimentou o álcool, pela primeira vez, em casa, em uma festa de família; buscou na bebida um recurso para se inserir no grupo da natação, consumo que, posteriormente, justificava as saídas de casa, nos finais de semana, com os amigos, em uma fase na qual o uso de drogas não era considerado um problema, ilustrando a fase da negação. A fase da negociação com a droga pode ser observada quando Carlos buscou administrar o uso, escolhendo consumir um tipo de substância prescrita por um profissional: primeiramente, recebeu medicamentos psicotrópicos para o quadro de depressão e os associava ao consumo de bebidas; posteriormente, abusava somente da medicação. Também mencionou os tratamentos que fez, cedendo à pressão familiar, com o intuito de continuar usando drogas, explicitando a negociação com a família. As tentativas de auto-extermínio, atreladas ao aumento da frequência e gravidade dos furtos que cometia e à escalada no uso abusivo de drogas, ilustram os estágios da raiva e da depressão. Ainda hoje, Carlos ‘luta’ pela aceitação plena da sua condição de dependente químico, mas podemos considerar que alcançou o último estágio dessa classificação que mencionamos.

Mesmo considerando a singularidade de cada história de vida, podemos observar um caminho semelhante nos relatos de Miguel. Ele bebeu, pela primeira vez, com familiares por quem tinha um “*fascínio*”, e com quem buscava intimidade. Depois, usou maconha com amigos, com quem andava pela rua, roubando. Tentava controlar o uso, pois percebia que estava abusando, ilustrando a fase da negociação. Ele aceitou ajuda por causa da pressão familiar e judicial e, mesmo assim, continuou se drogando, negociando, também, com a sua família. Seus delitos se tornaram mais graves, as conseqüências nas relações familiares e sociais também, motivando-o a buscar ajuda novamente. No tratamento, na Terra da Sobriedade, Miguel ainda buscava aceitar seu adoecimento.

No caso do Carlos, o processo de adoecimento esteve associado ao aparecimento de sintomas depressivos, ao abuso que fazia da associação entre o álcool e a medicação antidepressiva, condutas que culminaram com uma primeira tentativa de auto-extermínio, aos 16 anos, totalizando quatro ao longo de sua vida. Segundo seus relatos, após esse primeiro episódio, seu objetivo passou a ser a auto-destruição e, por isso, ele buscou o uso de outras drogas, associando-as à medicação psiquiátrica: consumiu maconha, cocaína aspirada, cocaína endovenosa e crack. As outras três tentativas de suicídio se deram: aos 22 anos, quando usava cocaína injetável e tentou uma overdose; aos 25 anos, associando álcool e medicamentos, após ser excluído da quarta tentativa de tratamento e ao perceber-se, mais uma vez, incapaz de fazer uso controlado das drogas, e o último episódio ocorreu já na Terra da Sobriedade, quando, vivendo um processo de recaída usando crack enquanto estava em tratamento, ingeriu medicamentos. Carlos considerava que a origem do agravamento da sua doença estava na desesperança quanto ao seu prognóstico, que era alimentada pelas sucessivas recaídas e pelas tentativas frustradas de controlar o consumo de substâncias:

Quando eu queria me empenhar no tratamento, eu era sincero naquele desejo de ficar sem droga naqueles momentos. Mas, aí, quando eu usava droga, eu desacreditava de tudo, eu falava assim: então, eu não era sincero, eu acho que eu tava era enganando, eu acho que eu vou é morrer usando esse trem mesmo! Não tem jeito, não tem como... E tentando de tudo quanto é lado, dentro da minha cabeça e uma questão e outra batendo e voltando e **eu não conseguindo achar solução nenhuma. Aí, eu desisti, resolvi entregar mesmo pra doença... Não tem jeito mesmo, é falta de, de esperança mesmo... isso foi o que me fez adoecer.** (Carlos)

Para Kalina (1987), o uso de substâncias psicoativas “*constitui uma prática que tem um caráter suicida, a curto ou a longo prazo* (p.15).” Segundo ele, a percepção interna da realidade contextual do dependente químico é modificada, pois o consumo da substância altera, seja transitória ou definitivamente, o equilíbrio neuroquímico cerebral, com conseqüências auto e, às vezes, heterodestrutivas, podendo resultar em morte. Essa relação

alterada com a realidade, associada as freqüentes recaídas, gerava no Carlos uma falsa certeza de que era impossível sair daquele ciclo doentio, aumentando a sua angústia e a sua desesperança a cada nova tentativa. Muitas vezes, os dependentes tentam o suicídio, como aconteceu nesse caso. Por outro lado, a raiva e a tristeza que sentem, quando bem administradas, às vezes com auxílio profissional, podem ser um primeiro passo para a aceitação do adoecimento e para um pedido de ajuda.

Ainda em relação à progressão no uso de drogas, observamos que veio acompanhada de um aumento da gravidade dos roubos que Carlos cometia, para manter o consumo. Com a intervenção familiar, ele buscou ajuda para sua dependência química, dando início a uma “*carreira moral psiquiátrica*”³². Dos 19 anos até a idade atual, foram seis internações em clínicas e/ou hospitais psiquiátricos e sete em Comunidades Terapêuticas. Quando avalia seu adoecimento, ele o associa à busca pela autodestruição, pela loucura, e à perda da autonomia diante da própria vida, ao permitir que seus pais a conduzissem, para obter ganhos secundários, sendo o maior deles, sua manutenção no uso de drogas. Essa postura de proteção, na tentativa de amenizar os impactos do problema na saúde, além dos impactos sociais, é muito freqüente entre os familiares. Infelizmente, por desconhecimento do processo de instalação do transtorno, tal conduta costuma retardar ainda mais um pedido de ajuda do dependente.

Miguel, por sua vez, associou o seu adoecimento ao fato de sentir-se isolado da vida familiar, o que teve início ainda na primeira infância, quando residia no trabalho da mãe, e se intensificou com sua estadia, por quase três anos, em um colégio interno. Também

³² Goffman (*apud* Jorge, 1990 b) define a *carreira* como sendo a trajetória percorrida por uma pessoa durante a sua vida, que não obriga uma escala de valores, mas que pode ter um caráter positivo ou negativo no que se refere à construção de uma imagem pessoal. Denomina *carreira moral* uma trajetória cuja seqüência regular de alterações provoca mudanças, no caso do Carlos mudanças negativas, no ‘eu’ da pessoa e em seu esquema de imagens e de relações com o mundo. (GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1977).

mencionou a sua ambição financeira como outro fator que favoreceu o adocimento. O seu desejo de ser traficante foi associado à busca de reconhecimento e de aceitação social.

Ah, sei lá, acho que eu **sempre vi o traficante como um ídolo**. Porque sempre é a pessoa que está acima, querendo ou não, um exemplo disso: eu ia buscar droga na mão dele. Ele estava acima de mim. **Eu queria estar naquela posição, por ter status, eu sempre olhei muito isso. Ter convivência, amizade demais, e ser respeitado, mesmo sabendo que é uma coisa que dura muito pouco. Eu sempre tive consciência (disso).** (Miguel)

Para Minayo e Deslandes (1998), a escassez de opções de trabalho no mercado formal, para os jovens das periferias e favelas, empurra-os para a ilegalidade, a fim de que possam atender aos sonhos de consumo, status e reconhecimento social, que são frequentemente veiculados e reforçados pela mídia. Quanto ao envolvimento com o narcotráfico e a busca de sobrevivência, Kodato e Silva (2000) afirmam que a prática do tráfico parece estar vinculada, também, à busca de uma rede social de apoio e de proteção à vulnerabilidade e ao risco. O traficante poderoso e bem sucedido se torna um modelo identificatório e a venda de drogas a maneira mais fácil e rápida de se ter a mobilidade social almejada.

Para enfrentar as dificuldades impostas pela sua condição social, Miguel propôs, como um dos objetivos do seu tratamento, a sua inserção no mercado formal. Uma primeira oportunidade surgiu como servente de pedreiro, oferta que ele recusou, alegando que preferia um “trabalho mental”, com menos desgaste físico. Apesar disso, considerava que os “trabalhos braçais” eram sua única opção, devido ao seu baixo grau de escolaridade. Diante da dificuldade de conseguir um emprego que mudasse, de maneira imediata, sua condição social, Miguel viveu um período de ‘desinvestimento’ no tratamento e, conseqüentemente, no seu projeto de vida. Sobre essa postura de acomodação, Lussi *et al.* (2006) explicam que:

Quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à dinâmica de sua vida, há o surgimento de um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situação que pode ser modificada à medida que o apoio da rede social se amplia (p.449).

Miguel apresentava uma certa adaptação patológica à ausência de perspectivas na qual se encontrava e tinha sua auto-imagem desvalorizada a cada dia. Esta situação foi revertida quando foi contratado para trabalhar no estacionamento.

Um aspecto comum nos dois casos e que nos pareceu relevante para compreendê-los: o ato de roubar se deu anteriormente ao uso de drogas, ainda na pré-adolescência.

Carlos tinha uma condição financeira favorável, sobretudo se a compararmos com a de Miguel. Ele estudava em uma boa escola e residia em um bairro de classe média, mas encontrou no ato de roubar uma forma de conquistar um lugar para si na escola. Como tinha dificuldades para fazer amizades, criou artifícios para se aproximar dos colegas, sendo os pequenos furtos o maior deles. Esses furtos tiveram início com as mudanças na sua constituição física, na passagem da infância para a adolescência. Segundo ele, algumas dessas mudanças não foram esclarecidas pelos médicos, que não sabiam se eram relacionadas a problemas de saúde ou se eram típicas dessa fase da vida. O fato é que foram associadas, por ele, a um distanciamento das outras crianças da escola. Ele buscava, também, o status social que a posse de determinados objetos escolares representava. Assim como no caso do Miguel, podemos concluir que os primeiros furtos representavam uma busca de aceitação e de afeto. Entretanto, com o adoecimento conseqüente ao abuso de drogas, ambos passaram a roubar para conseguir consumi-las. Carlos, por exemplo, manteve-se, por muitos anos, traficando e furtando para o consumo.

Miguel iniciou os roubos na adolescência, mexendo nos pertences da casa dos patrões da mãe, roubando a irmã para jogar fliperama, depois em lojas, com um colega do colégio interno, “*por cortiça*”. Assim como Carlos, com o abuso de drogas, o roubo passou

a sustentar o consumo e evoluiu para o estelionato, até que foi preso. Durante o tratamento na Terra da Sobriedade, ele disse que seus furtos, por ele denominados como uma 'cleptomania', eram uma forma de agredir a mãe, sempre ausente do convívio familiar, dedicando-se exaustivamente ao trabalho.

Em uma fase de significativas transformações físicas e de mudanças nas relações com os pais e com o mundo, como ocorre na adolescência, o roubo, assim como o uso de drogas, podem funcionar como uma maneira de transgredir normas, de contestar o mundo dos adultos. Também podem ser uma forma de auto-afirmação dentro de um grupo, pois nessa etapa da vida, a uniformidade grupal proporciona segurança e estima pessoal, para o jovem que está em busca de uma nova identidade (Oliveira, 1988). No caso de Miguel, não podemos desconsiderar que, além do sentimento de isolamento no contexto familiar, havia uma situação de pobreza à qual ele estava submetido, com poucas perspectivas educacionais, profissionais e culturais. Diante disso, a droga pode proporcionar um alívio ilusório para o sofrimento e o roubo, uma saída para as carências materiais.

Especificamente sobre o tratamento da dependência química, segundo De Leon (2003), aqueles sujeitos que buscam ajuda nas Comunidades Terapêuticas residenciais apresentam um transtorno que vai além do uso de substâncias psicoativas. Geralmente, sua atuação social e interpessoal encontram-se reduzidas, pois já não conseguem agir de maneira responsável nos ambientes que freqüentam, sendo incapazes de se manterem no emprego e/ou na escola, além de não responderem satisfatoriamente às necessidades afetivas dos familiares e dos amigos. A saúde está em risco, devido ao uso descontrolado, às vezes, de múltiplas drogas, com dificuldade ou impossibilidade de manter a abstinência. Apresentam, também, perturbações cognitivas e do comportamento, assim como do humor, do pensamento, muitas vezes irrealista e desorganizado, e, ainda, uma confusão ou ausência de valores morais e

espirituais. Todos esses fatores aparecem freqüentemente associados e se manifestam no estilo de vida delinqüente, com histórico de criminalidade e de risco social. A gravidade, o grau e a duração desses problemas variam de acordo com a história de cada um, mas apesar dessas diferenças, esses indivíduos geralmente buscam as Comunidades Terapêuticas para interromperem esse ciclo auto e heterodestrutivo, que afeta *a pessoa inteira* (De Leon, 2003).

Embora o sujeito esteja prejudicado em sua capacidade de tomar decisões, nas Comunidades Terapêuticas, ele é convidado a assumir a responsabilidade pelo seu transtorno e a descobrir de que forma contribuiu para o seu problema, além das possíveis soluções que daria para o mesmo. As internações nessas instituições têm como objetivo a estabilidade psicológica e social que serve de base para uma mudança, que se dará a longo prazo, no estilo de vida do dependente químico. Interromper o uso voluntariamente é um pré-requisito para que ele entenda a conexão dos seus próprios sentimentos com o uso de drogas, para que perceba a interferência da sua doença na sua atuação nos diferentes papéis que desempenha na vida – na família, no trabalho, no lazer, nos outros relacionamentos - e para que aprenda a lidar com o seu problema (De Leon, 2003).

Nosso objeto de estudo - *o trabalho realizado pelos pacientes em tratamento* - é um dos instrumentos clínicos das Comunidades Terapêuticas.

Como ilustrado nos relatos, tanto do Carlos quanto do Miguel, a história de vida desses dependentes está marcada por uma preocupação constante com o uso de drogas, o que os afeta, tanto do ponto de vista comportamental quanto cognitivo e emocional, direcionando inclusive, seus contatos sociais. Para Viana (2004), os dependentes estabelecem uma relação de inatividade com o mundo, pois ocupam-se o tempo todo de si mesmos. Suas ações, pensamentos e sentimentos são repetitivos e estereotipados, direcionados pela e para a droga, em um círculo vicioso. Gradativamente, seu contato com a realidade fica prejudicado e culmina em um isolamento afetivo e intelectual, em um subjetivismo extremado, como se o

único projeto existencial possível fosse o uso de drogas. Por isso, “*o indivíduo que abusa de substâncias entorpecentes provoca a sua morte como ser histórico* (p.63)”, pois não participa da construção do mundo em que hoje vivemos, essa realidade sensível, objetiva, que se dá pelo e no trabalho. Sua energia prática não cria objetos e nem transforma a natureza, tornando-a humanizada, já que está exclusivamente voltada para a busca da próxima dose.

Para compreendermos uma possível função reabilitadora da atividade laborativa, precisamos discutir a importância dessa ação para o ser humano. Segundo Chasin, M. (1999), quando o homem trabalha, o mundo circundante, a natureza, se torna para ele *sua* própria natureza, pois é o resultado da sua atividade transformadora consciente. O trabalho surge como resposta aos carecimentos, aqueles que foram herdados da evolução natural – que obrigam o homem a manter relações constantes com a natureza exterior e com os outros indivíduos por uma necessidade interna – ou aqueles provocados pela própria interação com a natureza e com os outros indivíduos. O que mantém o homem vivo é a sua capacidade de satisfazer as necessidades da sua própria existência, através do trabalho. “*O homem transforma a natureza e lhe impõe seus objetivos consciente e deliberadamente* (Chasin, M., 1999, p.141)”. Isto implica a idealização, a construção dos meios, o conhecimento e a efetivação prática do objeto pretendido. Pela atividade sensível, o homem não se desdobra apenas intelectualmente, mas realmente, efetivamente. Para tanto, a subjetividade humana, pelo e no trabalho, se realiza objetivamente como a capacidade de moldar a realidade sensível. Temos, então, uma objetividade subjetivada, um mundo humanizado, posto pelo homem. O homem se objetiva nos objetos externos e os objetos externos se tornam sociais. O objeto social é a confirmação das faculdades humanas, é a vida dos indivíduos exteriorizada.

Quando a realidade objetiva se torna em toda parte, para o homem na sociedade, a realidade humana, todos os objetos se tornam para ele a objetivação de si mesmo; os objetos confirmam e realizam, então, a sua individualidade; o homem torna-se, então, ele próprio objeto (Rocha, 2003, p.70).

A relação dos indivíduos com os objetos sociais determina a própria riqueza subjetiva. Essa relação, por sua vez, é determinada pela extensão das relações práticas dos indivíduos. Se as condições reais em que vivem determinam uma interação empobrecida com outros homens e com a riqueza social, suas relações práticas se encontram limitadas, tanto objetivamente, quanto subjetivamente (Rocha, 2003).

Ora, não é uma relação objetivamente e subjetivamente empobrecida e estereotipada que os dependentes químicos entrevistados estabeleceram com o mundo e com os outros homens? Como esses sujeitos participam da construção do mundo humanizado? Qual a qualidade e o alcance das suas atividades práticas? Como a dimensão subjetiva desses sujeitos se manifesta objetivamente?

A história dos sujeitos pesquisados evidencia o quanto se tornaram “especialistas” em obter e usar drogas, ou seja, praticamente todas as suas ações tinham como objetivo o seu consumo, como se essa tivesse se tornado sua única necessidade.

Na ativa (...) você acorda querendo saber como vai arranjar dinheiro, como você vai usar droga, que droga você vai usar, quanto que você vai querer usar, de que maneira que você vai querer usar... **Você vive muito tempo, muitos dias e muitos anos acordando só com esse objetivo:** pensando qual mentira você vai ter que contar, qual manipulação você vai ter que fazer para ter o ganho, como arrancar de um e de outro, de que maneira você se apresentaria para conseguir o que você quer. (Carlos).

No que se refere ao tratamento, um primeiro aspecto fundamental, que verificamos com a nossa pesquisa, é que, para os dependentes entrevistados, um cronograma de tratamento com tarefas a serem cumpridas, reorganiza a rotina diária dos dependentes. A abstinência, aliada ao propósito de recuperação, remete esses sujeitos, inicialmente, a uma desocupação, um dia com um outro tipo de direcionamento, diferente daquele vivido quando as drogas determinavam o que seria feito. Um cronograma “dá um molde” ao tratamento, como disse Carlos, e favorece a reinserção social, segundo Miguel, pois fixa objetivos,

desenvolve a disciplina e a persistência no desempenho de hábitos saudáveis, ensina a administrar o tempo, e, de um modo geral, estrutura a vida, não só em termos práticos, mas também psiquicamente. Pois, segundo De Leon (2003, p.63):

Cumprir obrigações depende de uma compreensão realista do tempo, do esforço e das aptidões necessários (compreensão da realidade), da capacidade de adiar satisfações e da paciência para percorrer cada uma das etapas necessárias (tolerância); e da capacidade de administrar impulsos e sensações perturbadoras que podem interferir nas etapas planejadas (autocontrole emocional).

Essa estruturação do dia, vivida num primeiro momento pelos pacientes ao realizarem as atividades do cronograma da Comunidade, também os ajuda a enfrentarem a angústia que sentem, quando se colocam diante da realidade que construíram e se deparam com a “pobreza” da sua subjetividade. Isso se dá porque toda relação com a droga tem uma natureza unicamente ideal, já que os sujeitos ficam imersos nos efeitos químicos das substâncias, que alteram e limitam seu contato com a realidade, reforçando seu isolamento. Dessa forma, seu poder de ação fica extremamente reduzido, ou seja, eles não deixam sua marca no mundo e suas vidas são pouco exteriorizadas concretamente.

Os relatos, a seguir, ilustram essa relação estereotipada que esses indivíduos adoecidos estabeleceram com a realidade e as conseqüências disso para a sua subjetividade.

Aí, eu ficava bolando muita coisa na minha cabeça. Eu comecei a fumar maconha, e aquilo pra mim foi o máximo, porque pra mim **eu me sentia o Albert Einstein, porque eu era o cara, eu bolava tudo, nunca saía do papel**, mas sempre tinha planos, idéias, que eu vou mudar o mundo, sabe? (...) **Eu sempre boleei e nunca fiz nada.**
(Miguel)

O efeito psicoativo da maconha deu a Miguel a certeza ilusória de que era capaz de resolver, eficientemente, todos os problemas, até mesmo os do mundo, quando, na prática, suas ações estavam unicamente voltadas para a obtenção da droga. Quando em abstinência,

ele concluiu que seus pensamentos e idéias não se tornavam realidade, que seus planos não se realizavam no mundo.

Já o Carlos afirmou sobre o comprometimento da sua auto-imagem:

(...) Eu tenho que saber até onde que eu vou e o que realmente eu posso fazer. Na dependência química eu sempre vejo que eu acredito que eu posso mais... Tanto na grandeza, de achar que eu sou bom demais quanto na inferioridade, achar que eu sou ruim demais, nesses dois extremos, nunca tem a concretização do “demais”. **Na minha cabeça, faço tudo e aconteço, mas eu não dou conta de fazer aquilo tudo que eu imagino. Foge da minha realidade. Eu tento e bato de volta, não consigo. (...) Eu preciso descobrir o meu limite, o que realmente eu dou conta de fazer, qual é a minha real capacidade.**

Para ele, portanto, esta relação ilusória com a realidade resultou em confusão e prejuízo na capacidade de julgamento sobre si mesmo, que oscilava entre o sentimento de grandeza e o de inferioridade. A repetição contínua dessa experiência o impediu de construir um conhecimento acerca do alcance das suas realizações. Dessa forma, ele não sabia o que era capaz de fazer, o que o levava novamente a recorrer às drogas.

Mas, afinal, como o trabalho pode ajudar esses sujeitos a enfrentarem sua doença?

Viana (2004) considera que o trabalho, primeiro e mais importante mediador entre as pessoas, permite aos integrantes de uma comunidade vivenciarem os fundamentos de uma vida social: a cooperação e a competição, a integração, a partilha, a organização, a responsabilidade, a amizade e a ética da convivência. Didaticamente, o autor explica que esta mediação se dá em três níveis, em constante interrelação: na Oficina Terapêutica Ocupacional, na Comunidade Terapêutica - entendida pelo autor como um tratamento psicossocial - e tudo o que compõe o extramuros, ou seja, na Sociedade. A compreensão de como o trabalho funciona, mediando as relações que os dependentes estabelecem com o mundo das coisas e das pessoas em cada um desses níveis, fundamenta a utilização da

atividade laboral como tratamento na Terra da Sobriedade, daí a importância de nos determos nesse ponto.

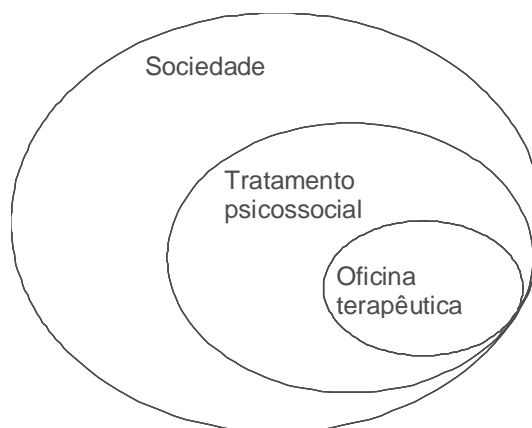


Figura 1: Os três níveis onde o trabalho se apresenta como mediador entre as pessoas.

Fonte: Viana, 2004, p.72.

Na Sociedade em que vivemos, o trabalho está associado, de um modo geral, a um ofício, ao uso de um saber profissional para a sobrevivência, à produção de capital, de bens de consumo e de serviços, para o enriquecimento material, para a valorização econômica de um produto qualquer, tudo isso regulado pelas normas do sistema capitalista e por leis trabalhistas. Na Comunidade Terapêutica, o trabalho, ou seja, a ação, o 'fazer' dos pacientes, está relacionado ao programa terapêutico ou ao regimento interno da instituição e visa à realização de uma rotina doméstica de autocuidado, de alimentação, de limpeza e manutenção da própria Comunidade. Especificamente no programa de tratamento da Terra da Sobriedade, os pacientes podem também desenvolver projetos pessoais, a partir da sua necessidade e das necessidades coletivas, dentro do espaço físico da instituição e, também, na sociedade, quando participam de atividades que acontecem nesse contexto (trabalho no mercado formal, estudo e lazer). Esse modelo de ajuda comunitária tem um modo peculiar de funcionamento, quando comparado a outros serviços como clínicas e hospitais psiquiátricos, por exemplo, pois os pacientes, integrantes desse coletivo, são seres *ativos* e estão na Comunidade para

produzirem o tratamento e não apenas para “consumí-lo”, ou seja, estão ali para *produzirem a própria saúde* (Viana, 2004).

Finalmente, na Oficina Terapêutica Ocupacional, o trabalho do paciente tem como objetivo exclusivo “*ampliar e gerar consciência nos participantes acerca de suas próprias vidas*” (Viana, 2004, p.73). Esse autor considera que tanto a Comunidade Terapêutica quanto a Oficina Terapêutica são aplicações de um mesmo método, a “*psicoterapia ocupacional*”³³ (Jorge, 1990 a; 1995)”, mas ressalta que a diferença entre ambas está na organização dos ambientes, nos materiais e ferramentas oferecidos, no papel do terapeuta, na relação entre os pacientes e no modo de aplicação do método.

Explicar detalhadamente cada um desses aspectos não é o objetivo dessa dissertação, mas, de um modo geral, na Oficina Terapêutica, cabe ao terapeuta ocupacional utilizar-se de uma técnica específica, como por exemplo, a pintura grupal ou a técnica da construção da maquete, como propõe Jorge (1990 a; 1995), para alcançar os objetivos do atendimento. Ele é um facilitador fixo da “*atividade livre e criativa*”³⁴ que o paciente realizará, seja individualmente ou em grupo, e além disso, analisa a psicodinâmica desse processo, desde a escolha do que será feito, passando pelas etapas de sua realização, até a contemplação do feito e as conclusões alcançadas. Para tanto, o terapeuta prepara a Oficina, oferecendo materiais (tinta, papel e madeira, por exemplo) e ferramentas (pincel, tesoura, martelo e serrote, por exemplo) que serão manipulados. O material é a matéria-prima para a construção de um objeto concreto (um quadro único, como na pintura grupal, ou uma cidade, como na técnica da maquete), que será o resultado do trabalho do grupo. Para cada um desses materiais e dessas ferramentas existe um correspondente interno no paciente: é o significado

³³ Segundo Jorge (1990a;1995;1997, p.43) a “Terapia Ocupacional é um método de prevenção, tratamento, cura e reabilitação que aproxima o ajudador do ajudado através de ocupações livres e criativas, sendo um método crítico-laborativo das relações humanas, portanto, modo psicoterapêutico”, por ele denominado Psicoterapia Ocupacional.

³⁴ Para que o paciente seja reabilitado, sua intervenção no mundo externo deve ser intencional e livre, conforme Jorge (*ibidem*).

que o material e a ferramenta têm para cada um. Nesse setting, cuidadosamente organizado pelo terapeuta, de acordo com a técnica indicada ou a atividade a ser escolhida, o paciente ou o grupo tem como tarefa a construção de um objeto concreto, com o objetivo exclusivo de saber de si mesmo, das relações que estabelece com as pessoas e com o mundo, no intuito de conhecer-se para modificar-se. Os objetos concretos são entendidos como espelhos dos seus criadores, pois são continente dos pensamentos, sentimentos, desejos e fantasias de quem os faz, e estão ali para serem psicologicamente interpretados por eles, com o auxílio do terapeuta. Portanto, o objetivo do atendimento é *exclusivamente* formar uma consciência em quem faz, daquilo que se é, do que se pretende ser, daquilo que se é capaz e incapaz, enfim, uma consciência do adoecimento e da saúde, utilizando-se como método o trabalho-tratamento (Jorge, 1995; Viana, 2004).

Considerando a proposta de Jorge (1990 a; 1995) acima apresentada, o ‘fazer’ nas Oficinas Terapêuticas não é um “*recurso meramente ocupacional*”, como afirmou Brescia (2003, p.130), mas tem como objetivo tratar os pacientes que dela participam. As Oficinas Terapêuticas Ocupacionais buscam ajudar o paciente a conhecer, refletir e transformar a consciência que tem de sua ação, compreendendo a que fim ela está dirigida, que pode ser ou não a maneira como utiliza sua força de trabalho, como acontece nas cooperativas estudadas por Brescia.

Por sua vez, o trabalho na Comunidade Terapêutica tem como objetivo fazer a vida comunitária acontecer, de acordo com o programa terapêutico da instituição. Os instrumentos terapêuticos, oferecidos nesse contexto ampliado, incluem os atendimentos programados no cronograma³⁵, tais como a oficina terapêutica ocupacional, o cinema, as oficinas de padaria, de pintura e de música, a atividade física, a espiritualidade, as reuniões de

³⁵ Cf. Anexo.

mútua-ajuda, as assembléias e reuniões de encerramento, além das tarefas de autocuidado, alimentação, limpeza e manutenção da Comunidade.

No que se refere ao trabalho doméstico, na CT da Terra da Sobriedade, as tarefas a serem realizadas são definidas previamente entre os membros (pacientes e equipe clínica), de acordo com as necessidades do grupo, para garantir a existência da própria Comunidade. É dada aos pacientes a liberdade para escolherem qual tarefa querem assumir e, também, como querem executá-la, contanto que seja feita com o mínimo de adequação e que sejam respeitadas as possibilidades e limitações de cada um, de acordo com a gravidade do seu problema e do estágio em que se encontra o comprometimento da sua saúde. O grupo e a equipe buscam ajudar cada paciente a escolher aquilo que é capaz de fazer e a realização desse trabalho é acompanhada e cobrada por todos. A equipe atua como facilitadora nesse processo inicial de organização do trabalho para a realização dessas tarefas, tanto orientando diretamente sobre o que deve ser feito quanto mediando as relações entre os pacientes, ajudando-os a se manterem em atividade e a cumprirem a responsabilidade assumida. Os próprios pacientes são convidados e estimulados pela equipe clínica a administrarem todas as situações que aconteçam durante a rotina diária, de maneira autônoma. Semanalmente, escolhem um representante que assume o cargo de “prefeito”, cuja função é liderar o grupo na realização das atividades, administrando as intercorrências com o auxílio da equipe. Evidentemente, ao participarem ativamente do cronograma diário, realizando esse trabalho doméstico, são obrigados a entrarem em contato direto com a realidade, tendo que lidar com as necessidades materiais e humanas, com as possibilidades e limitações da instituição para atendê-las, com o espaço físico, com a quantidade e qualidade dos materiais e das ferramentas disponíveis para a realização da atividade. É claro que os mesmos materiais e as mesmas ferramentas poderão ser manipulados, tanto na CT quanto na Oficina, mas os significados que irão adquirir, terão uma relação direta com o objetivo dessa utilização. Na Comunidade, o

objetivo do trabalho individual é dado pelas necessidades do grupo. Então, se o paciente é responsável pelo almoço, por exemplo, e não o faz porque está acamado, isso obriga a Comunidade a se reorganizar para que o almoço fique pronto, afinal essa é uma necessidade básica. O mesmo acontece com todas as outras tarefas, a diferença é que algumas podem ser adiadas, sem tantos prejuízos para o grupo. À medida que progride na recuperação, o paciente passa a dedicar-se, além da tarefa, ao seu projeto pessoal, dentro e/ou fora da Comunidade. Não é difícil imaginarmos os conflitos interpessoais que essas situações, aliadas aos imprevistos da realidade cotidiana, podem gerar, e, com isso vêm enriquecer a proposta reabilitadora, ao oferecerem uma variedade de experiências a serem enfrentadas individual e coletivamente.

Diferentemente do que ocorre na sociedade em geral, na Comunidade Terapêutica a força de trabalho não é remunerada, pois o produto final da ação de cada indivíduo e do coletivo visa à construção contínua da própria Comunidade. Especificamente no programa terapêutico da Terra da Sobriedade, dentro da CT acontecem oficinas de produção, como a da padaria, por exemplo. O trabalho realizado nesse contexto, em alguns momentos, de acordo com o amadurecimento e a evolução dos participantes, se aproxima daquele realizado na sociedade, no que se refere à qualidade na produção e apresentação do produto, à preocupação com as exigências e demandas do “mercado consumidor”, além das estratégias de vendas. A oficina não chega a alcançar as condições reais de trabalho, afinal se dá em um ambiente protegido e terapêutico, onde, assim como acontece no desempenho das outras tarefas domésticas, a participação é voluntária, a força de trabalho não é remunerada e as possibilidades e limitações dos pacientes são consideradas, quando se avalia o desempenho de cada um. Por isso, a venda dos pães visa, somente, à manutenção da própria oficina, através da compra de materiais para a sua realização, e isso acontece, apenas, quando o grupo está em um nível de recuperação que lhe permita atender à grande parte das exigências para a

comercialização. Do contrário, os materiais são comprados pela própria instituição. O objetivo primeiro dessa oficina de produção ainda é a experimentação, o fazer, a ocupação, o trabalho em equipe. No entanto, naturalmente - e isso é também um dos objetivos clínicos dessa atividade - esse processo, associado à progressão clínica dos participantes, evolui para um trabalho próximo ao de um profissional, até mesmo despertando habilidades e vocações, estimulando alguns a buscarem cursos profissionalizantes, como fez o Carlos. Quando os pacientes se consideram preparados para enfrentarem a realidade do mundo do trabalho capitalista, eles são estimulados a conciliarem o tratamento com o trabalho remunerado, como aconteceu no caso do Miguel.

Entendemos que o trabalho na CT, assim como acontece na Oficina Terapêutica, também gera no paciente uma consciência sobre si mesmo e sobre as suas relações com o mundo e com as outras pessoas, porque isso é uma característica intrínseca da atividade laborativa. Porém, nesse nível de aplicação, o trabalho do paciente não é psicologicamente interpretado pelo profissional, por não ser esse o objetivo dessa atividade para o terapeuta. Ou seja, quando um paciente assume a limpeza dos dormitórios, por exemplo, esta atividade não é utilizada pelo profissional como uma forma de cuidado da vida interior do sujeito, apesar de sabermos que todo trabalho é expressão da subjetividade.

Carlos, por exemplo, revelou a aquisição dessa consciência quando concluiu que a sua participação nas atividades de tratamento evidenciava e, ao mesmo tempo, transformava o nível de aceitação que tinha da sua doença, naquele momento, e a sua concepção do que era recuperar-se da dependência química.

Na sua primeira internação em uma Comunidade Terapêutica, aos 22 anos, a recuperação era algo que ele apenas receberia da instituição, não exigindo dele qualquer outro tipo de esforço. Por isso, dedicou-se, principalmente, em conseguir prestígio entre o grupo de pacientes para manipular a CT, conduta que também se repetiu em outros tratamentos. Até

então, Carlos não considerava a importância de uma mudança de valores e no seu comportamento em geral, como se bastasse apenas não usar drogas para se recuperar.

(...) Eu não via que uma pessoa tinha que se policiar nos seus comportamentos, que ela tinha que ter uma conduta de retidão, que ela tinha que ser honesta... E eu não enxergava que isso interferia no processo de uso de droga. Eu achava que isso não tinha nada a ver com o uso de droga. Você não precisava modificar isso pra ficar sem usar droga... Eu achava que era simplesmente não usar mais.(Carlos).

Na segunda Comunidade onde esteve, Carlos ainda buscava liderar negativamente o grupo, mas mudou a sua conduta na instituição em relação ao trabalho, quando observou o interesse e o envolvimento dos demais pacientes no tratamento. Ele se permitiu trabalhar em grupo e sentiu satisfação em aprender. Percebia que o seu investimento no tratamento se materializava nos resultados do trabalho que realizava e que essa experiência gerava auto-conhecimento. O tratamento em grupo adquiria um novo sentido para ele, pois, pouco a pouco, concluía que o seu sucesso dependia da sua disposição e dedicação para mudar seus valores e as suas atitudes. E o mais importante: os resultados obtidos, através do trabalho que realizava na CT, davam-lhe um sentimento de utilidade, além de levá-lo a descobrir que tinha de se esforçar para mudar.

Lá (na CT2), todo mundo gostava mesmo de trabalhar, de fazer as coisas bem feitas (...) Aí, a gente que fazia, no final de semana, olhava o negócio bem feito. Eu comecei a gostar: que bacana, nós que fizemos isso. (...)Gostei de ter aprendido. (...) Por ver as coisas que eu fazia ficarem bem feitas, então, **eu sou capaz de fazer uma cerca, eu não sou um inútil igual eu pensava que eu era. Comecei a ver que faz sentido, porque quando você faz uma coisa e você sente que ela ficou bem feita, todas as outras coisas que você for fazer, você vai querer que elas fiquem bem feitas também. E vai demorar um tempo pra você fazer as coisas até elas ficarem bem feitas, do jeito que você quer que fique. (...) Porque eu me toquei pela primeira vez que tinha que mudar pra tratar, que tinha que fazer uma coisa diferente. (Carlos).**

Na terceira Comunidade, observamos que Carlos intensificou sua participação no tratamento, como uma saída para enfrentar sintomas depressivos. À medida que sua compreensão acerca da recuperação se consolidava, ele percebia com mais clareza o próprio adoecimento: segundo ele, esta depressão estava relacionada à consciência que estava adquirindo quanto a sua relação com a droga.

Ah! Era um desânimo tremendo, vendo um tanto de coisa que eu ia ter que mudar em mim, achando que era impossível, que aquilo não dá. E, sabe, é, a consciência de saber o que precisa fazer, sem mentir... **A droga era só um veículo que me ajudava a suportar as coisas que eu não dava conta de mudar em mim.** (...) (Pensou:) Vamos começar a participar mais... **Eu comecei a participar, comecei a enturmar, comecei a jogar um baralho, jogar uma bola, falar nas reuniões. Comecei a participar mesmo, acho que foi isso. Acho que foi essa virada que deu, passei a participar mais, a falar mais, a dar minha opinião.**(Carlos).

No quarto tratamento, Carlos percebia o quanto o seu adoecimento evoluía rapidamente e que ainda precisava modificar sua conduta na instituição, em relação ao envolvimento com a recuperação, para poder praticar, fora da Comunidade, o que aprendia. Concluía que a recuperação estava além da abstinência e que toda essa transformação pessoal, pela qual tinha que passar, não seria uma tarefa fácil.

Na quinta tentativa, novamente na CT1, conciliou o tratamento com um trabalho remunerado na cozinha de uma creche, que era coordenada por uma amiga da sua família. O fácil acesso ao dinheiro, aliado aos furtos que cometia, contribuiu para o agravamento do seu adoecimento. Carlos passou a usar crack e medicamentos, concomitantemente. Toda essa situação no trabalho o fez refletir sobre sua postura de não-aceitação da doença, sobre como usava seus relacionamentos afetivos para manter o uso de drogas e o quanto isso o prejudicava subjetivamente, ilustrando o que afirma Viana (2004): para o dependente químico na ativa o outro é apenas um meio de se conseguir mais droga.

Na creche, foi onde eu vivi um auto-engano muito grande, no sentido de subestimar a doença, a dependência química, porque eu falava para todos que eu usava drogas, já tinha passado por vários tratamentos, até me considerava um dependente químico, mas, não aceitava que era um. (...) Pelo afeto que eu conquistava das pessoas, eu achava que eu podia usar e abusar delas também. Comecei a confundir isso, pensava se o afeto que eu dava era para poder abusar disso. Comecei a questionar o tipo de afeto que eu recebia, o porquê deles estarem me dando (afeto). Fez uma bagunça danada.(Carlos).

Apesar de temer a loucura, Carlos considerava que ter uma doença psiquiátrica que explicasse o seu problema seria mais fácil do que enfrentar a sua dependência química, e, além disso, justificaria o seu desejo de viver confinado em um manicômio. Parece-nos que esse desejo era não só uma expressão da sua desesperança, em relação ao seu prognóstico, mas, também, mais uma estratégia de negociação consigo mesmo, pois, quando estava no hospital psiquiátrico, ele abusava de medicamentos, repetindo o mesmo comportamento adictivo. Aparentemente, buscava apenas mudar de droga, das ilícitas para as lícitas, com o aval de uma instituição (o hospital psiquiátrico), mantendo-se, assim, em uso de substâncias psicoativas.

No sétimo tratamento, na Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, Carlos ainda tentava estabelecer um propósito de recuperação, a partir da aceitação da doença e da abstinência, para alcançar novas condutas e para construir um novo estilo de vida. Portanto, seus relatos, desde a primeira internação até a sua chegada na Terra da Sobriedade, ilustram os impactos da sua participação no tratamento, na aceitação do problema e na definição do que é preciso ser feito para se recuperar.

Outra dimensão terapêutica, que nos parece particularmente importante, concerne à organização do trabalho a ser realizado pelos pacientes. Conforme vimos no caso de Carlos,

quando uma Comunidade determina de forma rígida as tarefas a serem realizadas, o resultado terapêutico tem seu alcance limitado, pois impede o sujeito de tomar iniciativa, de se expressar, de descobrir novas possibilidades e de criar. Além disso, fica prejudicado o sentido que ele atribui à sua ação. Tal limitação ficou explícita nesse trecho do relato do Carlos:

(Os benefícios para a saúde que são alcançados) não têm muito a ver com a atividade em si, essa não é a questão. Por exemplo, **nas outras Comunidades, eles é quem falam a regra e como você deve fazer a atividade.** Se você está numa cozinha, eles te falam como você deve fazer e até o que você deve fazer ali dentro. (...) Você não escolhe: vou fazer isso ou aquilo; você ganha uma carne e eles falam: hoje você vai fazer carne frita ou hoje é ensopada; **você não tem poder de escolha. Recebe uma ordem e executa essa ordem.** (...) **Se alguém disser como a gente tem que proceder, tudo que a gente tem que fazer, aí, é fácil. Agora, quando entra num lugar que você tem que descobrir, escolher como você vai fazer, se a sua crítica está um pouco alterada, isso será manifestado na sua conduta ali naquele lugar, vai fazer um monte de gafes, isso porque sua crítica está alterada.** (...) Se você tiver uma carne e o cara fala: faz com batata. Aí, fica pronto, e daí? (...) **O que vejo nas outras Comunidades é que a gente segue uma tabelinha, uma regrinha, agora é assim, você só pode falar agora, você não tem iniciativa.** Em outras Comunidades, se eu errasse o mesmo tanto que eu já errei aqui (na Terra), eu não estaria mais aqui, teria que buscar outra Comunidade para fazer dentro das regras. (...) **Se alguém te diz antes (o que e como fazer), você entrega e pronto, quando na realidade você não fez um almoço, você só seguiu uma ordem, você não criou, você não descobriu. É difícil colocar um significado naquilo.** (...) **Tem que fazer porque tem alguém olhando e, se não fizer, vai pegar uma punição. Você não está nem refletindo naquilo ali, você faz para não pegar a punição. Esses bitolamentos.**

Miguel também viveu essa possibilidade de punição pelo descumprimento das regras, pois no colégio interno, onde estive na adolescência, as tarefas programadas eram obrigatórias. Porém, nesse caso, nos parece que o intuito da punição é exclusivamente disciplinar os alunos. Já algumas Comunidades Terapêuticas costumam utilizar sanções e privilégios como um método de tratamento, conforme ilustrou o relato do Carlos. Muitas vezes, o trabalho é usado como “castigo”: quando uma regra ou ordem é violada, o paciente ou o grupo é obrigado a trabalhar em uma tarefa que requer mais esforço físico, como capinar

um terreno, por exemplo, ou a fazer um trabalho sem nenhuma utilidade evidente para a Comunidade - um grupo cava um buraco de um lado, enquanto o outro tampa um outro buraco já feito e isso se repete por um período indeterminado, cavando-se e aterrando-se buracos... Sem dúvida essa é uma atitude criticável, se considerarmos que é adotada por profissionais da saúde. Acreditamos que ela seja, também, fruto de um desconhecimento técnico de como lidar com os problemas que podem acontecer nesse tipo serviço e de uma visão limitada a respeito do significado do trabalho.

Há ainda Comunidades que adotam um sistema formal e hierarquizado de sanções e privilégios, como uma forma de treinamento comportamental (De Leon, 2003). Quando evoluem no tratamento, mudando comportamentos e atitudes, os pacientes recebem recompensas explícitas dos funcionários, simbolizando a mobilidade e o sucesso pessoal, naquela microssociedade. Os tipos de privilégios dependem do estágio no programa em que se encontra o paciente, e variam desde poder manter na CT bens materiais pessoais (dinheiro, livros, rádio, TV), poder sair da instituição, com ou sem acompanhante, para dormir fora, usar o telefone, dormir nas melhores acomodações, e até ser promovido nas funções de trabalho.

Já as sanções são divididas em dois tipos: corretivos verbais (instruções, advertências verbais ou escritas, as conversas sérias e as reprimendas) e ações disciplinares³⁶, estas com um objetivo punitivo e corretivo (experiências de aprendizagem, rebaixamentos, as inscrições, as proibições de contato verbal, a turma dos faz-tudo, a perda de privilégios, a

³⁶ Quanto ao tipo de ação disciplinar que pode ser aplicada, nas *experiências de aprendizagem* são prescritas ações para se atingir determinados objetivos, em termos de comportamentos desejados, tais como a redação de textos para conscientizar quanto a um comportamento negativo. O *rebaixamento* na função de trabalho dentro da CT pode ser acompanhado da mudança de um quarto duplo para um dormitório, por exemplo. As *inscrições* se referem a cartazes que os pacientes carregam, com lembretes sobre o que precisam modificar em si mesmos, como, por exemplo, parar de ameaçar os demais. As *proibições de contato verbal* indicam que não se deve falar com aquele que está sendo punido e destina-se a interromper comunicações negativas entre os indivíduos, que impedem a sua evolução no programa. Para a *turma dos faz-tudo* designa-se trabalhos de status inferior, tais como a limpeza de banheiros, por um período delimitado de tempo. A *perda de status ou fase* envolve a regressão na hierarquia, assim como a perda de privilégios e de tempo no programa, ou seja, o paciente tem que ficar por mais tempo em tratamento, como punição. *Proibições no nível da casa* indicam proibições que atingem todos os moradores da CT, como a perda de privilégios por um certo período. Uma explicação mais detalhada dessas sanções pode ser encontrada em De Leon (2003).

perda de status ou fase, as mudanças de casa, as proibições no nível da casa e o desligamento administrativo). A aplicação da sanção depende: (a) da natureza da infração cometida (qual a frequência, se houve recaída na droga e qual o tipo de uso de droga, se o uso foi solitário ou em grupo, se esteve associado à violência ou à atividade criminosa); (b) das circunstâncias em que ocorreu (se foi dentro ou fora da CT, se a revelação da infração foi feita individualmente ou no grupo, se foram indicados os outros que participaram ou não); (c) do estágio no tratamento (a fase no tratamento indica um comportamento esperado e o nível de internalização do programa pelo paciente); (d) do potencial de aprendizagem (como o infrator compreende seu erro e a necessidade de sanção, a partir dos prejuízos que seu ato trouxe para si mesmo e para a comunidade) e (e) das opções de desligamento (alguns podem ser suspensos por um período e depois readmitidos) (De Leon, 2003).

Descrever detalhadamente cada um desses privilégios e dessas sanções não é o objetivo dessa dissertação, mas é importante ressaltar que esse sistema também repete a idéia de utilizar o trabalho como punição, dessa vez teoricamente fundamentado, como quando os residentes são designados para a realização de tarefas de status inferior (a turma dos faz-tudo), como limpar banheiro ou o chão, por um período determinado de tempo. Entendemos que as regras são necessárias e fazem parte da vida comunitária, pois como afirma D.Cru³⁷ (*apud* Clot, 2006) a regra é uma limitação estruturante para o indivíduo e media a relação indivíduo-grupo. A regra, justamente por definir o espaço de atuação do indivíduo, o permite agir com liberdade. Entretanto, questionamos a validade de se utilizar esse tipo de método, que envolve recompensa-castigo, como estratégia de tratamento, pois se reproduz acriticamente valores da sociedade moderna, que culpabilizam o indivíduo pelo seu adoecimento e, por isso, consideram que sua recuperação depende exclusivamente do seu empenho pessoal. Parece-nos uma contradição importante, propor ao dependente, como forma de penalidade, que ele se

³⁷ Cru, D. *Règles de métier, langue de métier: dimension symbolique au travail e démarche participative de prevention*. Dissertação de Mestrado. Paris: Ephe, 1995.

trate por mais uma semana, além do prazo de tratamento já definido anteriormente, ou que ele reinicie o tratamento do zero. E, ainda, propor que ele realize como punição a mesma tarefa, que, em outro momento, é indicada para a recuperação, como quando é designado para limpar os banheiros por descumprir uma regra qualquer. Além disso, cabe-nos interrogar sobre a efetividade desse sistema para promover o sentimento de pertencimento à vida comunitária e a aderência ao tratamento nas Comunidades Terapêuticas se, na verdade, ele limita a espontaneidade e autonomia do indivíduo e o impede de verdadeiramente responsabilizar-se pela sua saúde.

Enfim, não podemos deixar de concordar com Carlos, quando diz que, participar e se envolver no tratamento, voluntariamente, ciente da necessidade de mudar de vida, porque se está doente, é muito diferente de participar para não ser punido. Parece-nos que, quando não está atuando sob um sistema de privilégios e sanções, o paciente tem muito mais possibilidade de se deparar com a sua verdade. Além disso, é importante interrogar sobre os efeitos desse direcionamento da ação, através de um sistema de punição, sobre a saúde mental desses dependentes. Jorge (1990 a) considera que a atividade quando não é feita com liberdade, não é uma ação que expressa o sujeito que trabalha, mas é uma “*atividade-envelope*”, ou seja, que atende aos desejos daquele que a direcionou, o que comprometeria sua efetividade em um processo de reabilitação.

Para compreendermos melhor as razões pelas quais o trabalho tem que ser feito com liberdade e criatividade, sem ter que obrigatoriamente seguir as regras de execução previamente determinadas para atingir seu objetivo terapêutico, iremos nos apoiar nas contribuições de Clot (2006), a respeito da função psicológica do trabalho. Segundo esse teórico, a organização do trabalho que “*amputa o poder de agir dos trabalhadores* (p.10)” gera sofrimento, pois impede esses sujeitos de aplicarem o que aprenderam com as suas ações em outras experiências. Parece-nos que Carlos se refere a esse impedimento, quando se

pergunta sobre o sentido da atividade laborativa, quando essa não é a manifestação autônoma do sujeito, mas uma ação determinada, exclusivamente, pelo outro.

Clot (2006, *op.cit.*) apóia-se em Wallon³⁸ para referir-se a uma dimensão essencial da função psicológica do trabalho: “*poder contribuir por meio dos serviços particulares para a existência de todos, a fim de assegurar a sua própria* (p.74)”. Essa perspectiva considera que o trabalho tem a função de proporcionar o desenvolvimento humano, tanto no âmbito da sociedade, quanto do próprio indivíduo.

Segundo Meyerson³⁹ (*apud* Clot, 2006), o ser humano é uma espécie que cada vez mais fabrica o seu mundo. Essa atividade forma um patrimônio e uma tradição, cuja transmissão, através das gerações, torna novos atos possíveis e necessários, conferindo ao homem uma utilidade social. Os homens conservam e transmitem esse saber-técnico, recurso implícito na fabricação desse mundo humanizado. Os resultados dessa experiência laboral se eternizam nos objetos e monumentos, nos instrumentos e na memória da espécie e é dessa forma que o trabalho se apresenta às gerações futuras.

Esse saber-fazer, que constitui parte do material simbólico, mediador das interações no local de trabalho, é a cultura profissional do coletivo de trabalhadores, a história desse grupo, sua memória coletiva. Ele se manifesta nos conhecimentos operativos comuns e é denominado *gênero social*, por Clot (2006, *op.cit.*), sendo sempre mediado pela cultura de uma época. Essa memória coletiva organiza o encontro do sujeito com seus limites, quando este se depara, no trabalho, com as realidades objetivas do mundo das coisas e dos homens. Diferentemente das outras espécies, que têm seu trabalho determinado geneticamente, é a história das relações pessoais do sujeito que direciona sua ação. Logo, o gênero pré-direciona

³⁸ Wallon, H. *La vie mentale*. Paris: Messidor, 1938.

³⁹ Meyerson, I. *Écrits: Pour une psychologie historique*. Paris: PUF, 1987

a ação do trabalhador. Além disso, o gênero também significa a ação, ao determinar as formas de ver e de agir no mundo, em um dado momento, e, por isso, está em constante renovação.

Freqüentemente, o trabalho é reorganizado por aqueles que o realizam, pois é uma atividade dirigida, *mas em situação real*, e é isso que os mantém sujeitos criativos nessa situação. Para agir criativamente, o indivíduo tem que primeiro se libertar dos pressupostos que pré-direcionam sua ação, das suas *pré-ocupações*, ou seja, do gênero e da prescrição da tarefa, através de um estilo de ação pessoal. Ao mesmo tempo, é esse movimento de distanciamento do que estava pré-determinado e de criação de um estilo próprio que desenvolve o gênero, ao reavaliá-lo e transformá-lo na ação. Dessa forma, o gênero é fonte e também, renovado, é o resultado da ação pessoal, ou seja, ao mesmo tempo, *meio para e objeto da criação estilística*.

Além do gênero, outra fonte para este estilo de ação está nos conflitos intrapsicológicos e na memória pessoal, que também repercutem na ação, pois “*o trabalho como atividade material e simbólica sobre o mundo exterior, constitutivo da sociedade, nos parece do mesmo modo constitutivo da vida subjetiva* (Clot, 2006, p.93)”.

Esse trecho do relato do Carlos, sobre o seu trabalho na padaria da CT da Terra da Sobriedade, ilustra como se deu a mudança no seu estilo de ação, à medida que ele dava um novo significado ao seu trabalho, e, assim, o realizava com mais empenho, persistência, ritmo e atenção. Ao trabalhar, transformava a si mesmo em um novo sujeito, que trabalhava de uma nova maneira, dinamicamente.

Antes, eu fazia o pão de uma maneira, assim... não é desleixada... (...) Fazia rápido, para acabar rápido e sobrar mais tempo para fazer outras coisas, ou pra não fazer mais nada. Ficava nessa correria. **Hoje, fazendo devagar, vejo que desse jeito eu encontro mais sentido, devagar, observando o que eu estou fazendo, procurando enxergar diversas possibilidades dentro daquilo que eu estou fazendo, não ficar só na regra.** (...) Agora, vou num ritmo, envolvendo com aquilo ali, vendo outras coisas, vou acrescentar uma coisa, ou outra. Agora, com a atenção dentro daquilo ali que eu estou

fazendo, tenho descoberto mais variáveis dentro daquilo que eu estou fazendo, jeitos diferentes (...) Agora tenho descoberto outras maneiras de fazer as coisas. Quando estou fazendo, eu viajo naquilo ali. **Fico mais sereno, menos ansioso, respeito o tempo das coisas, porque às vezes quero que aconteça no meu tempo**, mas isso não dá certo. Me aproprio dos momentos que vão acontecendo ali dentro.(Carlos).

Essa transformação no estilo pessoal está diretamente relacionada com a organização do trabalho. Na Terra da Sobriedade, ela é feita pela própria Comunidade, com a participação ativa dos pacientes na definição das tarefas. A atividade para ser transformadora da história de vida daquele que a realiza é sempre feita com liberdade, gerando um conhecimento sobre si mesmo e sobre as relações que o sujeito estabelece com o mundo e com as outras pessoas. Isso se dá pela ampliação do contato com realidade, permitindo uma maior implicação no trabalho. Esta é outra função clínica da atividade laborativa, que, ao ser realizada de forma autônoma, não só revela ao dependente a “pobreza” da sua subjetividade, mas também lhe oferece meios de enriquecê-la. Sobre esse enriquecimento, Miguel e Carlos, ao constatarem o resultado das suas ações, percebiam em si mesmos novos atributos, passando a se verem como úteis e capazes. Dessa maneira, assim como foi encontrado por Brescia (2003), pouco a pouco, esses sujeitos construía uma nova auto-imagem, através do trabalho. Nesse sentido, vale a pena retomarmos dois momentos dos seus relatos:

Eu acho que isso (trabalhar) me ajuda demais, porque hoje eu vejo que antes ficava muito no pensamento, e hoje é ação. Os meus pensamentos de hoje, se eu continuar do jeito que eu estou, vão virar ação, entendeu? **E meu passado já não vai ser tão doloroso.** Vou saber que, no passado, há algum tempo atrás, eu estava trabalhando num lugar... Então, é outra coisa, não aquela coisa que eu tinha vivido, como o colégio interno. **Vou construir, então, agora mesmo um outro passado.(...)** Então, cada coisa que eu concluía (na Terra da Sobriedade), pelo menos (eu sabia e podia dizer que) eu já fiz aquilo ali, e aquilo ali também, e aquilo ali também (...) **Cada dia que passa que eu vejo que eu consigo concluir alguma coisa pra mim é uma satisfação muito grande. Eu vejo que eu sou capaz. (...)** **É um estímulo por alguma coisa, (...)** eu vou aprender e vou mostrar que eu sei, que eu sou capaz. **Aí, eu sendo capaz, eu posso me colocar no patamar de outras pessoas. (...)** Por exemplo, mexer com a terra (...) é bom demais! Eu gosto muito de pensar na frente, eu fico viajando. **Eu tô plantando uma mudinha e nó, mais pra frente eu vou fazer um**

mudário em casa, sabe? Vou vender muda. Na época, eu pensava nisso: eu vou ganhar dinheiro, vou fazer um canteiro legal pra minha vó, **eu posso falar que eu sou jardineiro, sabe?** Eu sou jardineiro! Muito legal! (Miguel)

Com a atividade, eu vou descobrindo outras verdades (sobre mim mesmo) que são melhores que as que eu considerava . Eu sei que a minha verdade só serve para o outro quando ela pode ser compartilhada abertamente e com sinceridade. E a partir do momento que eu posso escutar a verdade do outro, ela serve para eu modificar a minha verdade. Eu vejo diversas maneiras de pensar, diversas condutas. (...) Então, eu vejo que não precisa ser daquele jeito que eu acho que tem que ser. **Pode ser de outro jeito, eu não preciso entrar numa atividade e achar que a atividade é assim e pronto, só na risca.**(Carlos).

Concluimos que, na Terra da Sobriedade, a organização do trabalho, pela liberdade que oferece aos pacientes na realização das tarefas, permite a manifestação de um estilo pessoal de ação e essa é uma das razões pelas quais o trabalho mantém a sua função clínica nesta Comunidade. O relato de Carlos atesta esse argumento, pois, segundo ele, a liberdade de escolha e de ação favorece a expressão subjetiva, a iniciativa, o fazer criativo, promovendo a autonomia e permitindo-lhe dar sentido à sua recuperação. Sua fala também ilustra essa relação entre a tarefa prescrita e o enfrentamento da realidade, quando o sujeito tem que se livrar das regras operacionais do gênero para poder lidar com uma situação real, que ultrapassa o planejamento. E ilustra, ainda, como o gênero se renova pelo estilo da ação: cada um percebe a si mesmo no próprio trabalho e no trabalho do outro e quando descobre a melhor forma de fazer, pode avaliar como fazia e como poderá fazer no futuro. É o trabalho, feito com liberdade, gerando consciência de si mesmo, do outro, da sua doença e de suas possibilidades de conquistar a saúde.

A diferença (entre as Comunidades) que eu estou falando é a seguinte: você entra na cozinha e vê um monte de coisa lá dentro, você pensa: eu vou pegar o arroz, quantas canecas será que eu ponho? **Eu vou ter que ter criatividade e iniciativa para sair e perguntar para alguém como faz, procurar saber. Fazer almoço é muito mais do que**

receber um monte de coisa, picar e botar lá, do jeito que o outro mandou. Você nem percebe, nem presta atenção; nossa! o fogo está queimando, está na hora de mexer... o cara falou que são tantos minutos para deixar cozinhando, você confia naquilo ali e deixa, você não vê que está queimando, não ficou concentrado naquilo ali, você só vê quando o óleo já está queimando; você transformou numa regra e estava esperando dar os minutos (que foram ditos). **Não tem aquela percepção daquilo que precisa. Fazer almoço implica pegar uma panela, ver se ela está limpa, colocar a comida, botar no fogo, colocar o arroz, ver se a água está secando, cuidar para não empapar o arroz, cuidar para não queimar no fundo, ver em qual vasilha você vai servir, se a mesa e a bancada estão limpas...** Se eu acho que aquilo tem uma importância, eu vou buscar todas as alternativas para fazer aquela coisa. Aqui (na Terra da Sobriedade) (...) **a gente vai percebendo um ao outro, vai tendo consciência. O sentido das atividades aqui dentro é pra você se tocar nisso, não tem como dizer o que deve ser feito, se é desse ou daquele jeito, você vai descobrindo qual a melhor forma de fazer. Às vezes, demora mais tempo...** Se bem que nem sei se existe a forma certa, porque eu estava fazendo errado antes, mas achava que estava fazendo certo. **Hoje, eu consigo enxergar melhor aquilo que eu fazia, fazer de um jeito diferente e ir melhorando.**
(Carlos).

Para Carlos, a liberdade para poder agir permitiu-lhe saber, também, quais são suas reais possibilidades e limitações, e, como em um ciclo, esse novo conhecimento se torna recurso para a próxima ação. Dessa forma, ele expressa aquilo que Clot (2006) propõe como outra função psicológica do trabalho: transformar o vivido em recurso de vivência de uma nova experiência. Como sujeito das suas ações, percebe o seu lugar nesse trabalho coletivo que acontece na Comunidade, com o qual se comprometeu.

A liberdade me ajuda a acreditar mais naquilo que eu estou fazendo, para não construir castelo de areia.(...) **Eu preciso descobrir o meu limite, o que realmente eu dou conta de fazer, qual é a minha real capacidade. A minha capacidade não é a determinação do outro, não é a regra do outro, cada um é um,** e deve saber o que dá conta. (...) **Acho que pela liberdade, tenho melhorado. (...) Aqui (na Terra), eu convivo com o meu-eu-verdadeiro todo dia, eu não finjo de bonzinho. E dentro do meu-eu, com a liberdade que eu tenho, eu vou aprendendo com os meus erros e acertos e vou consertando. Pela liberdade, eu venho aprendendo a lidar com a responsabilidade dos meus atos, eu faço tal ato, eu volto, vejo que**

não deu. Se percebo que estou indo naquele rumo de novo, eu já sei o que vai acontecer. Então, eu mudo o rumo de novo. (Carlos).

Portanto, no trabalho, ao mesmo tempo em que o sujeito traz suas questões pessoais e as modifica ativamente, ele as ultrapassa, ao participar de um projeto ainda maior, de construção do patrimônio humano, garantindo a perenidade da sociedade. Para Clot (2006), esse processo gera um sentimento vital de utilidade social e a inserção do indivíduo no gênero humano. Entendemos que, de um modo geral, quando o tratamento da Comunidade Terapêutica propõe ao sujeito trabalhar pelo bem comum oferece a ele um contexto que promove esse sentimento de utilidade, por buscar conciliar as necessidades e as possibilidades individuais e coletivas.

Esse trecho do relato de Miguel, quando ele se refere ao seu trabalho na oficina de padaria, ilustra esses dois momentos: o trabalho como possibilidade de autoconhecimento e de crescimento pessoal e, ao mesmo tempo, propiciando esse sentimento de “dever cumprido” e de utilidade.

(...) Quero ficar livre logo para ter a sensação de dever cumprido, para mim é importante a sensação de “eu fiz isso”. (Essa atividade) me ajudou muito a descobrir eu mesmo, no toque, sentir a massa quente, a massa fria, descobrir que tudo é só uma fase mesmo, eu passo por várias fases até chegar a ser um pão. (...) (A sensação de “eu fiz isso” é importante) mais porque posso dizer já tive a experiência de fazer as coisas, acúmulo de experiência... O pão dá reconhecimento, se as pessoas compram é porque fica bom. (...) A sensação de ser útil, também, né? Poder ser útil para alguma coisa. Isso tudo um dia vai servir pra mim, tudo que eu estou vivendo hoje, eu acredito muito nisso. Vai servir pra algum dia, nem que seja pra passar pra um sobrinho meu, entendeu? A experiência de vida que eu tive aqui na Terra... A experiência que eu tive de fazer uma massa de pão... Estou mudando para melhor, uma coisa que eu fiz pra minha vida um tempo atrás, que hoje em dia eu posso fazer diferente. Aqui (na Terra da Sobriedade), eu conheci a minha capacidade.
(Miguel)

Outro aspecto que favorece a recuperação é o tratamento ser realizado em grupo. As atividades têm como finalidade contribuir, não apenas para o crescimento individual, mas

para a Comunidade como um todo. O relato do Carlos, por exemplo, ilustra as afirmações de Clot (2006) sobre o trabalho ser dirigido não só pelo próprio sujeito e pelo objeto da sua tarefa, mas também *para* o outro, que passa, então, a ter uma função diferente. Ele deixa de ser um *meio* para se conseguir droga e passa a *fazer parte e dar sentido* ao projeto existencial de cada um, como alguém que contribui para o crescimento pessoal ao receber ajuda, através da troca de experiências. Apesar de, inicialmente, ter apresentado muita dificuldade para aceitar e agir respeitando a idéia de que, a partir do trabalho individual, a Comunidade era uma construção coletiva, Carlos percebeu que, em um grupo de iguais, trabalhando por um objetivo comum, ele encontrava “espelhos” que lhe revelavam o seu adoecimento e, também, apontavam caminhos para recuperar a saúde.

(...) Às vezes, eu estava fazendo e pensava: em determinado lugar precisa fazer isso, a pessoa ainda não fez, eu fico preocupado em fazer tudo ao mesmo tempo. **Hoje eu estou mais preocupado em fazer aquilo que eu me comprometi fazer.** (...) Eu me sinto mais à vontade no meio de dependente químico, dentro de uma Comunidade do que fora. **O que torna mais fácil é a identificação, tanto da doença quanto da melhora, tanto do sofrimento quanto da conquista, das glórias, do errado; ver as pessoas como espelhos, que passaram o mesmo que eu passei, tanto em graus mais leves quanto em graus mais avançados, que sofrem o mesmo tanto que eu e ver que elas estão construindo, fazendo o bem.**

O tratamento em grupo também ajudou Miguel, tanto no estabelecimento de vínculos afetivos com os outros pacientes, quanto no estímulo a participar mais ativamente da própria recuperação, com mais iniciativa para cuidar dos seus interesses e dos interesses comuns. Isso se dava pela consciência adquirida na experiência grupal.

Tratar em grupo a princípio foi diferente. (...) **A gente aprende um com o outro, com a experiência de vida do outro. Sozinho é mais difícil. No trabalho em grupo comecei a enxergar algumas coisas que tinha que fazer: me ajudou a ter iniciativa.** (...) Escutar verdades me ajudou, essa troca de experiências. (Miguel)

A função do outro na direção do trabalho, conforme afirmou Clot (2006), também se manifesta na busca de reconhecimento social, entendida aqui como a valorização de si pelo olhar do outro (Brescia, 2003). Este foi um aspecto apontado, principalmente, por Miguel, como sendo um dos objetivos do seu empenho no trabalho, tanto na Comunidade quanto no estacionamento, e tem uma relação estreita com a sua reconstrução identitária. Para ele, a confiança que recebia do seu patrão, o seu profissionalismo, que se materializava no salário que recebia, e a carteira assinada - outra forma de materialização do seu empenho - eram expressões desse reconhecimento, que o estimulava a continuar trabalhando e melhorava a sua auto-estima. Além disso, a possibilidade de adquirir bens materiais e ajudar seus familiares era, para ele, uma forma de reinserção, já que o seu isolamento era uma das suas principais queixas no tratamento.

Sou um cara muito esforçado quando quero.(...) Eu acho isso bom, para mim é ótimo. Eu lembro que o pessoal me chamava de vagabundo... Tenho feito esforço para fazer diferente na minha vida em geral.(...) **Pra mim, é reconhecimento o fato de receber o salário mesmo.** Eu acho que ajuda muito (na recuperação), porque eu uso isso de estímulo, pra fazer mais, pra evoluir mais. Porque eu **sempre quis ter meu cantinho, (...) pagar com meu esforço no final do mês. Comer o meu esforço. Porque o fato de eu passar em frente à Pedreira (local de venda de drogas) tremer e não ir, porque hoje eu não me permito de maneira nenhuma voltar ao que eu era antes.** (...) Eu quero comprar um relógio, eu vou comprar um relógio. O dinheiro é meu e eu vou comprar e pronto. Penso: **eu vou ajudar dentro de casa esse mês. Esse mês eu não vou ajudar não, esse mês eu vou ficar com a grana. De certa forma, isso me dá uma questão de se impor, eu também estou aqui, eu também ajudo, eu também tenho as minhas coisas, eu também sou capaz... Só querer ter um emprego, ter minhas coisas e poder ajudar a minha família, mesmo que seja uma mixaria, mas minha parte eu estou fazendo, eu não estou de braços cruzados...** (Miguel)

Um último aspecto, que nos parece essencial para a compreensão dos dois casos e da função clínica do trabalho, concerne à proposta de reinserção social da Terra da Sobriedade, sendo esta uma das finalidades do tratamento. A proposta terapêutica da

instituição prevê que os pacientes desenvolvam atividades externas, como parte de um projeto pessoal, como fez Miguel, ao trabalhar no estacionamento, e Carlos, ao participar de cursos profissionalizantes. Segundo Le Guillant (2006), só podemos verdadeiramente conhecer um paciente a partir do seu retorno à vida, dita, 'normal'. Da mesma forma, para constatar uma possível evolução do tratamento, devemos observar seus comportamentos habituais, sua nova maneira de ser. Ele se referia a pacientes psiquiátricos internados nos manicômios franceses, para os quais esse psiquiatra propunha, como tratamento, a retomada da vida cotidiana e do contato com a família ou a vivência de situações terapêuticas próximas das condições habituais de vida. Considerava que, ao modificarmos as condições de vida dos pacientes, estaríamos interferindo na evolução do seu transtorno mental. Acreditamos que a mesma lógica se aplique nos casos de dependência química e entendemos que esse tipo de perspectiva também pode ser encontrada na Comunidade Terapêutica. Além disso, a retomada das atividades reais que acontece no desenvolvimento do projeto pessoal permite que, dentro do possível, o próprio paciente transforme a sua condição de vida e, conseqüentemente, sua condição psíquica.

No que diz respeito aos casos que compõem este estudo, percebemos que Miguel, quando comparado ao Carlos, conseguiu com mais facilidade associar atividades exclusivamente de tratamento a atividades de reinserção social. Provavelmente isso se deu, porque Carlos teve seu psiquismo mais prejudicado com o consumo de drogas, devido ao período prolongado de uso, associado ao envolvimento com a criminalidade e à dificuldade dos seus familiares em tratá-lo de forma não-tutelar, o que exige uma desinstitucionalização ainda mais progressiva. Além disso, Miguel precisava trabalhar, pela necessidade de sobrevivência, enquanto Carlos contava com o suporte financeiro da sua família.

É interessante observarmos a percepção do Miguel quando ele define a reinserção social como sendo mais do que trabalhar. Seu relato aponta o esforço exigido pela retomada da vida social (Le Guillant, 2006).

Tem que trabalhar no mínimo para o seu sustento. A não ser que tenha pessoas do lado, financeiramente, para te ajudar. Viver sem trabalhar está difícil, para qualquer pessoa... (...) Agora para reinserir, não necessariamente você tem que trabalhar remunerado. (...) **Hoje penso que reintegrar é estar fazendo diferente lá fora do que eu sempre fiz. Então, não é só trabalhar, isso está incluído, mas é “uma” das coisas que a pessoa pode estar fazendo; tem escola, tem igreja, criar um hábito de vida dentro da sociedade,** como uma pessoa normal que acorda de manhã, faz uma caminhada, vai para o serviço, depois vai almoçar em casa, depois volta para o trabalho, trata as pessoas bem... tudo isso está incluído na reinserção (Miguel).

Tal constatação não nos parece negar a centralidade do trabalho no seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Ao contrário, o relato de Miguel, como um todo, evidencia os impactos positivos dessa atividade na sua saúde e na sua condição de vida. Nesse trecho acima, ele apenas destacou a importância de se cuidar das outras dimensões da vida, além do trabalho.

Também concordamos com Le Guillant, quando ele afirma que uma realidade favorável, associada à consciência a seu respeito e seus ensinamentos, serão sempre os melhores psicoterapeutas. Precisamos ajudar esses indivíduos que sofrem a avaliarem criticamente suas perdas e devolver-lhes a esperança, ajudando-os a descobrirem o valor e a importância da própria existência. Nas palavras de Jorge (1995), permitindo que recuperem a agressividade necessária para lutarem por si mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa teve como objetivo explicitar e compreender a importância do trabalho como tratamento para os dependentes químicos da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade, especificamente a função clínica dessa atividade.

Cabe estabelecer, de início, que nossas conclusões não são aplicáveis a todos os dependentes químicos e não se referem à proposta terapêutica de todas as instituições de tratamento. Elas são resultantes do resgate biográfico de dois pacientes da Comunidade Terapêutica, mas ilustram, com clareza, *possibilidades* do que pode acontecer com um sujeito que se torna um dependente químico, assim como apontam maneiras de se lidar positivamente com uma realidade, em busca de saúde.

O estudo da vida desses dois dependentes revelou-nos que o uso de drogas resultou em uma simplificação drástica dos seus interesses e das suas ações, ao direcioná-los exclusivamente para o seu consumo. Verificamos, também, os benefícios que o trabalho, tanto aquele realizado dentro da instituição quanto o realizado no mercado formal, trouxe para esses indivíduos. Seja pela reconfiguração da identidade, pelas repercussões subjetivas decorrentes do reconhecimento (Brescia, 2003), seja pela possibilidade de expressão e desenvolvimento da subjetividade, através da ampliação do contato com a realidade, o trabalho veio reestruturar e redirecionar a vida desses sujeitos, contribuindo, assim, para uma evolução favorável dos quadros clínicos por eles apresentados.

Mas acima de tudo, este estudo apontou um possível caminho para entendermos qual trabalho pode ser proposto como tratamento, já que sabemos que ele pode ser, também, fonte de adoecimento. Tudo indica que, para que a relação trabalho-saúde seja benéfica para o sujeito, a organização das tarefas deve permitir que *a atividade seja realizada com liberdade*. Apesar de admitirmos que esse aspecto ainda careça de uma investigação aprofundada para

delimitarmos com precisão seus efeitos na saúde mental, ao longo dos relatos, principalmente do Carlos, verificamos que uma organização rígida da atividade realizada pelo pacientes na Comunidade Terapêutica limita o alcance dos resultados do tratamento, ao empobrecer o sentido atribuído pelo sujeito à sua ação. Isso nos fez concluir, apoiando-nos em Clot (2006), que, somente quando o sujeito pode se manifestar e criar, no (e pelo) trabalho, é que ele alcança uma consciência de si mesmo e das relações que estabelece com o mundo, tornando-se capaz de construir e de transformar a própria história. Além disso, conforme Clot (2006, *op.cit.*), é somente através do exercício de uma atividade livre e autônoma que o sujeito pode ultrapassar suas questões e necessidades pessoais, passando a fazer parte do gênero humano: nesse instante, sua ação passa a ter uma utilidade social.

Também discutimos, mesmo sem poder fazê-lo na profundidade que esse aspecto requer, as peculiaridades e os objetivos do trabalho aplicado na Oficina Terapêutica Ocupacional, na Comunidade Terapêutica e na sociedade em que vivemos, mais especificamente, o uso da atividade laborativa como tratamento nos dois primeiros e como mediadora das relações entre os indivíduos nos três níveis. Como já dissemos, tivemos como foco de nossas investigações, a dimensão clínica da atividade laborativa realizada nas CTs. No entanto, o impacto do trabalho na saúde, a partir da interrelação desses três níveis, ainda é um campo a ser melhor investigado.

É importante considerarmos, igualmente, que, em um contexto capitalista, sistema que determina as relações nos três níveis acima mencionados, não encontramos um modelo de produção flexível, que respeite o ritmo, a habilidade e o estado de saúde do sujeito, permitindo que trabalhe com liberdade, aspecto essencial para que se alcancem os objetivos clínicos, conforme encontramos no nosso estudo. Interrogamo-nos sobre como ajudar esse sujeito a lidar com as exigências de um ambiente laboral cada vez mais seletivo, com novas tecnologias e novas formas de organização e gestão do trabalho (Lima e Borges, 2002), e que,

ao mesmo tempo, aliena o trabalhador de si mesmo, das suas relações sociais e daquilo que ele produz (Barros , 2002). Não estamos aqui negando o potencial emancipatório e a possibilidade de realização pessoal que esses sujeitos podem encontrar no trabalho, mesmo nas suas formas alienadas. Acreditamos que esse potencial pode ser, em grande medida realizado, desde que o trabalhador encontre formas alternativas de organização da atividade, no interior das relações capitalistas ou desenvolva estratégias de enfrentamento, individuais e/ou coletivas, para lidar melhor com as contradições intrínsecas a esse sistema.

Um problema semelhante ocorre quando consideramos que uma proposta efetiva de recuperação pressupõe que, abstêmio, o sujeito deva modificar seus comportamentos e valores, estabelecendo para si mesmo um novo estilo de vida. Na Comunidade Terapêutica, ele experimenta, bem mais ativamente, os fundamentos de uma vida social: a cooperação, a integração, a partilha, a amizade e a ética da convivência. No entanto, não são esses os valores que fundamentam as relações sociais vividas no capitalismo e, dessa forma, interrogamo-nos quanto à viabilidade de vivê-los plenamente dentro das Comunidades Terapêuticas. Carlos, em um dos seus relatos, também se questionou sobre esse aspecto, e viveu um momento de profunda desesperança em relação ao seu futuro, ao concluir que seria muito difícil encontrar outras pessoas com quem pudesse compartilhar os mesmos valores.

Diante dessas contradições essenciais para a recuperação dos dependentes químicos, Jorge (1995) enfatiza a necessidade de ajudarmos o paciente a recuperar a agressividade para lutar em prol de si mesmo, ainda que esteja submetido a um contexto que o desqualifique socialmente. Para tanto, precisamos considerar a sua posição, individual e, ao mesmo tempo, enquanto parte de um coletivo, frente a essa situação que terá que enfrentar, compreendendo até onde será capaz de lidar com suas limitações e como poderá buscar novas soluções. Nesse sentido, a perspectiva de Le Guillant (2006), que defende o resgate da história do sujeito, quando objetivamos compreender o surgimento e o desenvolvimento de uma

patologia, oferece-nos um método consistente para avaliarmos suas necessidades e ajudá-lo a enfrentar essa realidade.

Além disso, concluímos com o nosso estudo que a proposta de conciliar atividades exclusivamente clínicas com atividades reais - de trabalho, de estudo e de lazer, por exemplo – *enquanto em tratamento*, como propõe a Terra da Sobriedade e como defendia Le Guillant (2006), proporcionou ao sujeito o desenvolvimento de estratégias mais saudáveis para lidar com essa realidade potencialmente adoecedora.

REFERÊNCIAS

- APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA TERRA DA SOBRIEDADE, Belo Horizonte, 2003 (mimeo).
- APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA TERRA DA SOBRIEDADE, Belo Horizonte, 2005 (mimeo).
- REGIMENTO INTERNO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA DA TERRA DA SOBRIEDADE, Belo Horizonte, 2005 (mimeo).
- BARROS, V. A.; SILVA, L.R.; A pesquisa em História de Vida. In: GOULART, I.B. (org.) *Psicologia Organizacional e do Trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BARROS, V.A.; SALES, M.M.; NOGUEIRA, M.L. Exclusão, favela e vergonha: uma interrogação ao trabalho. In: GOULART, I.B. (org.) *Psicologia Organizacional e do Trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. Sistemas Diagnósticos em Dependência Química – Conceitos Básicos e Classificação Geral. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004.
- BRASIL, Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre o Regulamento Técnico que contém as exigências mínimas para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas.
- BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005*. Superv. E. A. Carlini. Brasília: SENAD, 2007.
- BRESCIA, M.F.Q. *O uso do trabalho como recurso terapêutico: ‘novas’ possibilidades no atendimento em serviços de saúde mental*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte.
- CARLINI, E.A. (Org.) *I Levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País – 2001*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP, 2002.
- CHASIN, J. Marx – Estatuto ontológico e resolução metodológica. In: TEIXEIRA, F. J. S. *Pensando com Marx: uma leitura crítica comentada de O Capital*. São Paulo: Ensaio, 1995.
- CHASIN, M. *O complexo categorial da objetividade nos escritos marxianos de 1843 a 1848*. 1999. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte.

- CHAVES, E.M. *A história das Comunidades Terapêuticas no Brasil*. Palestra proferida durante o III Seminário Nacional/IV Encontro Mineiro de Comunidades Terapêuticas e Instituições Afins, Belo Horizonte, 23 a 25 de junho de 2007.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Tradução de Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006. Título original: *La fonction psychologique du travail*.
- DE LEON, G. *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- FORTES, R.V. *Trabalho e Gênese do Ser Social na 'Ontologia' de G. Lukács*. 2001. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte.
- JORGE, R.C. *O Objeto e a Especificidade da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1990 (a).
 _____. Relação terapeuta-paciente: notas introdutórias – parte 2. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: GES.TO, ano II, nº 2, agosto, 1990 (b).
 _____. *Psicoterapia Ocupacional: História de um Desenvolvimento*. Belo Horizonte: GES.TO, 1995.
 _____. *Museu Didático de Imagens Livres Rui Chamone Jorge: Mostra "Corpo Grupal"*. Belo Horizonte: GES.TO, 1997.
- KALINA, E. *Drogadicção II*. [S.l.]: Ed.Francisco Alves, 1987.
- KAPLAN, C.; BROEKAERT, E. An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. In: *International Journal of Social Welfare*. Oxford, v.12, p.204-210, 2003.
- KODATO, S.; SILVA, A.P.S. Homicídios de adolescentes: refletindo sobre alguns fatores associados. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [S.l.]. v.13, n.3, p.507-515, 2000.
- LIMA, M. E. A. (org) *Escritos de Louis Le Guillant*. Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2006. Título original: *Travaux et écrits de Louis Le Guillant quelle psychiatrie pour notre temps?*
 _____. A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epidemiológicas recentes. In: CODO, W. (org). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004, p.139-160.
 _____. *Os sentidos trans-histórico e histórico do trabalho e sua importância para o psicólogo*. Texto elaborado para uso exclusivo em sala de aula. Belo Horizonte, s.d. (mimeo).
- LIMA, M.E.A.; BORGES, A.F. Impactos psicossociais do desemprego de longa duração. In: GOULART, I.B. (org.) *Psicologia Organizacional e do Trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [São Paulo], v.14, n.3, p.448-456, 2006.

- MATA, C.C. *O papel dos terapeutas ocupacionais nos Centros de Convivência de Belo Horizonte: buscando respostas*. 2000. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Departamento de Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte.
- McLELLAN, A.T. *et al.* Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. In: *Addiction*, Estados Unidos, v.100, p. 447-458, 2005.
- MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. In: *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.14, n.1, p.35-42, jan-mar, 1998.
- OLIVEIRA, E.M.L.P. Drogas e seus efeitos. In: BUCHER, R. (org). *As Drogas e a Vida*. São Paulo: EPU, 1988.
- PAULILO, M.A.S. Pesquisa Qualitativa e a História de Vida. In: *Serviço Social em Revista*. Universidade Estadual de Londrina, v.02, nº 01, p.135-148, jul a dez 1999
- PECHANSKY, F.; SZOBOT, C.M.; SCIVOLETTO, S.; Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.26, Supl.I, p.14-17, 2004.
- PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- RAVNDAL, E. Research in the concept-based therapeutic community – its importance to European treatment research in the drug field. In: *International Journal of Social Welfare*, Oxford, v.12, p.229-238, 2003.
- RIBEIRO, M.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. Organização de Serviços de Tratamento para Dependência Química. In: FIGLIE, N.B. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 2004, cap.30, p.460-512.
- ROCHA, F.A. *O complexo categorial da subjetividade nos escritos marxianos de 1843 a 1846*. 2003. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte.
- SOLDERA, M. *et al.* Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [S.l.], 26 (3), p.174-9, 2004.
- VANDEVELDE, S. The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the ‘democratic’ Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. In: *International Journal of Social Psychiatry*. London, v.50, p.66-79, 2004.
- VIANA, R.G.V. O uso do trabalho como tratamento do dependente químico. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: GES.TO, 2004, p.47-96.
- VIEGAS, S. *Trabalho e Vida*. Transcrição da palestra proferida no CRP – Centro de Reabilitação Profissional. Belo Horizonte, 1989.

ANEXO

Cronograma Semanal de Atividades da Comunidade Terapêutica da Terra da Sobriedade

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
6:30	Despertar					7:30 despertar	Refeição mutirão Livre (interno)
7h	Café					8h Café	
7:30	Espiritualidade					8:30 espiritualidade	
9h	Cinema	Terapia 1 / Tarefa/ Ativ. Física	Pintura	Terapia 1 / tarefa/ Ativ. Física	Música	Mutirão p/ reunião	
10:50	Lanche		10:30 Lanche	11h lanche	Lanche		
11:10	Cinema	Terapia 2/ at. Física/ tarefas	10:50 ativ. Física tarefa	Terapia 2/ Tarefas/ ativ física	Padaria/ tarefas/ ativ. físicas	Mutirão p/ reunião	
13h	Almoço		(12:30) Almoço	Almoço			
14h	Tarefas	Terapia 3/ Tarefas	Assembléia geral	Terapia 3/ Tarefas	Tarefa/ padaria	Mutirão para reunião	
16h	12 passos	Esporte	12 passos	Esporte	12 passos	15:30 Asseio	
17h	Lanche					16:30 Lanche	
17:30	Reunião encerramento					17h Reunião de mútua-ajuda	
18h	Pernoite ext /At.Pedagógica inventário/ Asseio/ livre						
19h	Jantar						
20h	Ativ. Pedagógica/ inventário/ livre					Organização reunião/ mutirão para jantar	
22h	Recolher						

