

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades
Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas**

MARIANE CAPELLATO MELO

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo como
parte das exigências para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Psicologia em
Saúde e Desenvolvimento**

Apoio: FAPESP

**Ribeirão Preto
2016**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades
Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas**

Mariane Capellato Melo

Orientadora: Professora Doutora Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Apoio: FAPESP

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Melo, Mariane Capellato.

Sentidos Construídos sobre a Experiência de Internação em Comunidades Terapêuticas com Pessoas em Tratamento por Uso de Drogas. Ribeirão Preto, 2016.

171 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Corradi-Webster, Clarissa Mendonça.

1. Comunidade Terapêutica. 2. Uso de Drogas.
3. Internação. 4. Rede de Atenção Psicossocial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Melo, Mariane Capellato

Sentidos Construídos sobre a Experiência de Internação em Comunidades Terapêuticas com Pessoas em Tratamento por Uso de Drogas.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedico este estudo a seus colaboradores e a todos aqueles que sofrem com a violação de seus direitos.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa, fundamentais na colaboração deste estudo, que generosamente se disponibilizaram a contar sobre suas histórias e possibilitaram que elas fossem contadas.

Ao CAPS-AD, pela coparticipação neste estudo no acolhimento dele e pela disponibilidade do espaço para realização do mesmo.

À Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto pela coparticipação neste estudo.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), aos professores, aos funcionários e aos alunos, pelas reflexões e pela estrutura disponibilizada para a realização e conclusão deste trabalho.

À minha mãe que tão generosamente propiciou que eu fizesse meu caminho, me acalentando quando possível e me incentivando a prosseguir na vida.

Ao meu pai que em sua constante presença na minha vida, pode permanecer nela mesmo tendo partido.

Ao Eduardo, meu parceiro na vida e na pesquisa, por ser meu porto seguro, por me auxiliar nas reflexões desse estudo e na produção dessa dissertação.

Aos meus irmãos que desde cedo dividem comigo os desafios da vida, os dois de formas tão diferentes, por me apoiarem mantendo minhas escolhas a minha maneira e por me possibilitar estar no meio de um percurso e observar dois lados da ponte.

Aos meus cunhados por fazerem parte da minha vida e abrirem espaço para que eu pudesse fazer parte da vida deles.

Às minhas amigas tão queridas Ana Raquel e Alice, por fazerem parte da minha vida, por compartilharmos ideias e por terem estado do meu lado em momentos tão intensos e únicos.

Aos meus amigos Isadora, Romerito, Tamires, Giovanna, Laura, Daniela, Naira, Aurélio e Luiz Fernando, que mais próximos fisicamente ou mais distantes contribuíram com reflexões e acolhimento.

Ao pequeno Cisco, que em momentos de dúvida me ajudou a ter fé na vida com sua determinação e curiosidade.

À minha orientadora, um agradecimento muito especial, por fomentar meu crescimento em pesquisa e pessoal, por me incentivar a confiar no meu trabalho e pelo tempo de dedicação a mim e a essa pesquisa.

Ao pequeno Pedro, que ainda muito pequeno foi generoso ao possibilitar o auxílio de sua mãe e minha orientadora nessa pesquisa.

À minha analista, que nos bastidores desse estudo e da minha vida ter me auxiliado a me manter inteira e viva.

À Professora Doutora Carla Guanaes Lorenzi pelas colaborações tão preciosas nesse estudo, em diferentes momentos, mas principalmente na qualificação desse.

À Ilana Mountian por ter contribuído ricamente com a ampliação das discussões desse estudo no momento da qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por financiar esse estudo no seu início.

Agradecimento á Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro no projeto 2014/07897-9.

Miopia Progressiva

Por estranho que parecesse, foi exatamente por intermédio desse estado de permanente incerteza e por intermédio da prematura aceitação de que a chave não está com ninguém - foi através disso tudo que ele foi crescendo normalmente, e vivendo em serena curiosidade.

Paciente e curioso. Um pouco nervoso, diziam, referindo-se ao tique dos óculos. Mas "nervoso" era o nome que a família estava dando à instabilidade de julgamento da própria família. Outro nome que a instabilidade dos adultos lhe dava era o de "bem comportado", de "dócil". Dando assim um nome não ao que ele era, mas à necessidade variável dos momentos. (Clarice Lispector, Felicidade Clandestina, p.19)

RESUMO

Melo, M. C. (2016). *Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A assistência em saúde mental e, mais especificamente, os cuidados às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas foram por muito tempo negligenciadas pelo Estado. Atualmente, existem diferentes formas de tratamento para o uso problemático de drogas, contudo, as políticas públicas atuais têm aumentado o financiamento para internações em Comunidades Terapêuticas. O objetivo deste estudo é compreender os sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas por indivíduos que passaram por estas instituições e atualmente são usuários de um Centro de Atenção Psicossocial II – álcool e drogas. Para isto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com pessoas em tratamento em um CAPS- AD do município de Ribeirão Preto – SP, que passaram por pelo menos uma internação em Comunidades Terapêuticas. Foi realizada uma análise de categoria temática tendo como referencial epistemológico o construcionismo social, levando-se em consideração a influência dos tempos longo, vivido e curto na produção de sentidos. A discussão realizada dialogou com a literatura sobre a Reforma Psiquiátrica. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando-se os critérios éticos da resolução n.º 466 de 12 de Dezembro de 2012. A análise e resultados foi realizada com 10 entrevistas, sendo construídas quatro categorias: 1) Comunidades Terapêuticas e equipamentos da rede de atenção psicossocial; 2) Momentos marcantes como desencadeadores da decisão de internação e suas expectativas; 3) Funcionamento das Comunidades Terapêuticas; e 4) A saída da Comunidade Terapêutica: decisão e experiências na sociedade. As políticas públicas, ao abrir espaço para financiamento das, CTs, tem investido em um modelo pouco estudado e que age em contradição com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. As CTs trabalham unicamente com a abstinência propondo atividades domésticas, do campo (laborterapia) e espirituais, como principais intervenções. Há uma construção social, pautada no discurso moral religioso e jurídico, de que as internações prolongadas seriam a resolução para os problemas relacionados ao uso de drogas, sendo as CTs privilegiadas pelo financiamento público. Contudo, os usuários e familiares são constantemente enganados e expostos a situações de violência (coerção, imposição e punições). Tem-se desconsiderado a complexidade desse campo, impactando na forma como usuários de drogas são descritos e se descrevem.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; Uso de Drogas; Internação; Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Melo, M. C. (2016). *Meanings constructed by drug users about Therapeutic Communities inpatient treatment* Master Thesis, Ribeirão Preto School of Philosophy, Sciences and Languages, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Mental health assistance and specifically problematic alcohol and drug use care has been neglected by state policies for a long time. Nowadays, there are different sorts of possible treatments for problematic drug use, however, the current public policies has grown funding for Therapeutic Communities (TC) inpatient treatment. This study aims to comprehend the constructed meanings regarding Therapeutic Communities inpatient treatment experienced by patients whose had been treated by this kind of strategy and now are under treatment on Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas of Ribeirão Preto (CAPS-AD). To achieve this, semi-structured interviews were conducted with people on treatment in a CAPS- AD Ribeirão Preto - SP, who have undergone at least one inpatient experience on Therapeutic Communities. A thematic-categorical analysis was carried out using social constructionist epistemology as reference, taking into account the influence of the long-time, short-time and lived-time in the production of meanings. The discussion held dialogued with the literature on the Brazilian psychiatric reform. The project was approved by the Research Ethics Committee, respecting the ethical criteria of Resolution No. 466 of December 12, 2012. The presented analysis and results were based on 10 interviews, being constructed four categories: 1) Therapeutic Communities and equipment of psychosocial care network; 2) Memorable moments as triggers of inpatient admission decision and their expectations; 3) Operation of Therapeutic Communities; and 4) The output of the Therapeutic Community: decision and experiences in society. The public policies fostering funding for TCs, has invested in an understudied model and acts in contradiction with the guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform. The TCs works only with the perspective of abstinence treatment, proposing as key interventions: domestic, field (larbotherapy) and spiritual activities. There is a social construction based on moral-religious and legal discourse that extended inpatient stays would be a resolution for problems related to drug use, and this has made the CTs privileged by public funding. However, TCs users and their family members are constantly deceived and exposed to violence (coercion, enforcement and punishment). It has disregarded the complexity of this field, impacting the way drug users are described and describe themselves.

Keywords: Therapeutic Communities; Drug Use; Inpatient; Psychosocial Care Network.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
BREVE APRESENTAÇÃO DE DISCURSOS QUE CONSTROEM SENTIDOS SOBRE O USO DE DROGAS.....	27
PANORAMA DO PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	37
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	61
OBJETIVOS	65
1. Objetivo Geral	65
2. Objetivos Específicos	65
REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO	69
MÉTODO	75
1. Local	75
2. Participantes	76
3. Instrumentos	78
4. Coleta de dados.....	79
5. Análise dos dados	80
6. Considerações éticas.....	83
RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
1. Comunidades Terapêuticas e equipamentos da rede de atenção psicossocial.....	88
2. Momentos marcantes como desencadeadores da decisão de internação e suas expectativas	99
3. Funcionamento das Comunidades Terapêuticas.....	110
4. A saída da Comunidade Terapêutica: decisão e experiências na sociedade.....	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141

REFERÊNCIAS.....	147
-------------------------	------------

APÊNDICES.....	161
-----------------------	------------

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161
--	-----

Apêndice B – Roteiro Orientador da Entrevista com os Profissionais	163
--	-----

ANEXOS.....	169
--------------------	------------

Anexo A – Ofício de manifestação de concordância da instituição coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto).....	169
--	-----

Anexo B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP	170
---	-----

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Ao considerarmos a pesquisa como um processo onde o pesquisador pode se aventurar dentro do campo estudado (Willig, 2001), a minha aventura enquanto pesquisadora teve início no momento em que me aproximei do campo de estudos sobre drogas na iniciação científica. Naquela ocasião investiguei como mulheres em tratamento para uso de drogas vivenciavam a maternidade (Melo & Corradi-Webster, 2016). A partir daí fui enveredando nesse caminho, por meio do estágio no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS-AD), que na época mantinha um convênio com uma Comunidade Terapêutica (CT). Fui participando de discussões sobre esse tema no contexto de pesquisa e da prática e também no acompanhando de diferentes notícias divulgadas na mídia. Os questionamentos levantados neste processo foram se fortalecendo até vir a constituir esse projeto de mestrado.

O primeiro passo foi buscar na literatura por dados sobre as Comunidades Terapêuticas, para poder refletir e organizar o que viria constituir essa dissertação. A busca por compreender o que seria esse modelo de intervenção era direcionada e questionada por posicionamentos pautados principalmente nas denúncias de violação de direitos humanos nessas instituições, denúncias relatadas por pacientes que haviam sido internados em CTs e por instituições como o Conselho Federal de Psicologia, que desenvolveu um trabalho de fiscalização dessas em todos os estados brasileiros (CFP, 2011). A escolha por posicionamento crítico e em respeito aos direitos humanos e também da Reforma Psiquiátrica é uma postura adotada de forma mais ampla pelo grupo de pesquisa no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis), que busca investigar os temas em torno do uso de drogas considerando a historicidade desse fenômeno, o contexto cultural e social e as práticas de intervenção desse tema.

Após ingressar no mestrado vim a conhecer de perto o que era e como funcionava uma CT. Incentivada pela importância de aproximação do campo de pesquisa na leitura de autores da Psicologia (Carla Willig e Mary Jane Spink) e da Antropologia (Clifford Geertz e Bronisław Malinowski) apresentados em uma disciplina do programa de Pós-graduação de Psicologia intitulada “Metodologias Qualitativas de Pesquisa”, foram realizadas visitas a uma CT. Nesse processo pude conversar com os internos e com os funcionários dessa instituição, para também poder pensar como direcionar meus questionamentos e dar andamento ao projeto desenhado. Dessas visitas, algumas questões ficaram mais fortes para mim e me auxiliaram na realização das entrevistas. Dentre elas ficou marcada a importância dada à

experiência de quem já passou pelo mesmo processo de tratamento, onde “ex-usuários” ou internos mais velhos de tratamento fundam novas CTs ou se tornam coordenadores e monitores das CTs, sendo esses os principais responsáveis nesse modelo de intervenção. Além disso, pude observar a importância dada ao trabalho (doméstico e rural) e aos momentos religiosos, que ocupam o maior tempo de tratamento. Essas atividades eram descritas como tendo como objetivo a reeducação das pessoas, para que essas pudessem ao longo de suas vidas desenvolver autocontrole e viver em grupo. Além dessas questões, vivenciei nestes lugares descrições hegemônicas sobre a falta de controle do usuário e sobre a dependência como uma doença crônica, que assim deve ser cuidada ao longo de toda vida, através da evitação de situações e de pessoas geradoras de descontrole. Esses fatos foram apresentados massivamente por internos e monitores.

Essas vivências me fizeram lembrar da música composta por Zeca Pagodinho e Jorge Aragão (“Não Sou Mais Disso”) em que em uma de suas partes, Zeca Pagodinho canta: *“Eu deixei de ser pé-de-cana /Eu deixei de ser vagabundo/ Aumentei minha fé em Cristo/ Sou bem-quisto/Por todo mundo.”* O cantor que sempre aparece vinculado a bebidas alcoólicas, compõe uma música onde conta de uma personagem que para de beber todos os dias, e assim não é “vagabundo”, aumenta sua religiosidade e passa a ser mais considerado pelas pessoas. A música e as concepções observadas na CT fazem parte das construções de sentidos de nosso contexto histórico e cultural, onde o discurso moral e religioso é muito poderoso nas construções de sentidos e práticas.

Essas questões permearam, no decorrer desse estudo, por exemplo, na realização dos convites nos grupos e oficinas do CAPS-AD. Nestas ocasiões, precisei procurar formas diferentes de perguntar se as pessoas já haviam passado por internação em CT, já que muitas delas falavam de fazendinhas e clínicas. Nestes momentos, os sentidos de CT da pesquisadora foram se ampliando, por meio dos sentidos daqueles que passaram por algum tipo de internação. Assim o convite para participação no estudo, as entrevistas realizadas, a busca por referências na literatura e a aproximação com o campo, foi acima de tudo uma possibilidade de negociação de sentidos.

Outros interlocutores importantes nesse processo de negociação foram as discussões realizadas em Congressos com apresentação desse trabalho. No 14º Congresso Paulista de Saúde Pública de 2015 realizado em São Carlos-SP, pude observar como a questão de Saúde Mental, e mais especificamente no campo de álcool e outras drogas, acabam ficando marginalizadas na saúde pública. Foi organizado no evento apenas um grupo para apresentações de trabalhos nessa temática. Este foi alocado no último dia do congresso. Na

discussão posterior realizada, as CTs foram descritas com cautela por todos os presentes, ora criticando o modelo, ora dizendo sobre a falta de suporte na rede e em como este espaço servia como forma de contenção da demanda. Nas conversas com colegas no V Congresso Internacional sobre Drogas realizado em São João Del Rei- MG, observei que pesquisar sobre CT era compreendido automaticamente como tendo um posicionamento a favor do modelo ou como algo de pouca importância. Não houve nenhum trabalho selecionado nesse área para ser apresentado como comunicação oral, tendo sido apresentados apenas quatro painéis que abordavam o tema, sendo apenas este o que abordava de modo direto. A participação nos congressos auxiliou-me a reafirmar a importância de estudar as internações em CT e a necessidade de ampla reflexão sobre o tema.

Apesar dos avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica no que tange aos limites estabelecidos para internações prolongadas e à luta pelos direitos humanos, as CTs tem tido grande imersão na Rede de Atenção Psicossocial e recebido financiamentos do governo. Assim, neste estudo busco, por meio do relato de pessoas que passaram pela internação em CTs, ampliar as compreensões a respeito de como esse modelo se estrutura e como tem atuado.

**BREVE APRESENTAÇÃO DE DISCURSOS QUE
CONSTROEM SENTIDOS SOBRE O USO DE DROGAS**

BREVE APRESENTAÇÃO DE DISCURSOS QUE CONSTROEM SENTIDOS SOBRE O USO DE DROGAS

Esse capítulo inicial busca apresentar alguns discursos sobre o uso de drogas que permeiam nossa sociedade, influenciando na construção de sentidos sobre a temática tanto por profissionais como por usuários da rede de atenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Para este fim, serão apresentadas algumas anotações do caderno de campo, considerando-se que conhecer e analisar o campo-tema da pesquisa auxilia na compreensão de como os sentidos sobre determinado assunto são construídos. Spink (2003) aponta que o campo não precisa ser considerado apenas como um espaço específico, mas se constitui nos diferentes encontros e lugares onde se constrói sentidos sobre determinada temática. O autor destaca que quando o pesquisador está inserido em um tema, este passa a ser construído em suas múltiplas interações. Para Spink (2003) “ao relatar, ao conversar, ao buscar mais detalhes também formamos parte do campo; parte do processo e de seus eventos no tempo”. Assim, ao longo desse capítulo, trago anotações de caderno de campo a fim de exemplificar a presença destes discursos na construção de sentidos sobre o tratamento voltado a usuários de álcool e outras drogas.

Neste estudo, compreende-se que a linguagem tem um papel performático, ou seja, ao descrevermos algo, estamos também construindo este objeto. Considera-se que essas descrições ocorrem marcadas pelo seu momento histórico, contextual e nas relações (Corradi-Webster, 2014). É por meio da linguagem em ação, nas relações estabelecidas, que construímos o mundo e a nós mesmos (Souza, 2014). Spink e Medrado (2004) definem a linguagem como o instrumento de produção de sentidos, onde as pessoas constroem os objetos de discurso e se posicionam; assim podemos falar que a linguagem é em sua essência performática.

O momento histórico e o contexto delimitam quais sentidos estariam disponíveis naquela relação e naquele dado momento, contudo, é na relação social que novos sentidos também podem ser construídos (Corradi-Webster, 2014). Os discursos são compreendidos como construções sociais, que ocorrem pela regularidade da linguagem e por seu uso institucionalizado (Spink & Medrado, 2004), sendo por meio deles que podemos refletir sobre as práticas sociais de um determinado local (Gergen, 2009).

Buscando ilustrar a construção de sentidos e discursos que emergem nas relações entre diferentes atores sociais ao abordarem o tratamento oferecido aos usuários de drogas, trago

uma anotação do caderno de campo. Em uma reunião do Conselho Municipal de Álcool e Drogas (COMAD) em que participo como representante do Conselho Regional de Psicologia surgiu a seguinte questão: ocorreria uma votação acerca da formalização de apoio a um pedido de mais vagas de internação em uma Comunidade Terapêutica específica. Esta CT estava inserida no programa de financiamento do governo, mas dispunha de mais vagas em aberto. A votação consistia de forma simplificada em votos para sim ou não (apoiar ou não o pedido de mais vagas), em que a maioria elegeria o resultado. Antes de iniciar a questão a ser votada, o presidente da sessão explicou aos conselheiros “olha, é uma questão simples, vai ser uma votação rápida antes de iniciarmos a pauta principal”. Frente à explicação de qual seria a votação, levantei questões como: Que local era esse? Deveríamos mesmo apoiar esse pedido, uma vez que o município carece de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e de uma rede que atenda a demanda? Continuei apontando que em outras sessões não havia sido realizado apoio à necessidade de mais CAPS, nem a consultórios de rua, nem a outros dispositivos. Questionei se ao enviarmos apoio a esse pedido o Conselho não estaria se posicionando a favor das internações prolongadas. Surgiu então um desconforto entre o que aqui vou chamar de “grupo das CTs” e “grupo da Reforma Psiquiátrica”. Um dos conselheiros representante dos familiares perguntou “Quem é essa?”. O representante da Secretaria da Saúde respondeu: “É do pessoal da Reforma Psiquiátrica, ela é a favor do CAPS”. Nesse momento, devido à minha fala de buscar refletir sobre as práticas que estaríamos apoiando ao votar sim, fui posicionada como “o pessoal da Reforma Psiquiátrica”. Ser da Reforma era ser a favor de dispositivos psicossociais, do trabalho em rede e contra o modelo proibicionista, contra a internação em CT.

Questionar um sentido compreendido como óbvio e pré-estabelecido como verdade, como na perspectiva discutida de que um tratamento em CT sempre deve ser apoiado, gera conflitos nas relações, mas também a possibilidade de novos sentidos serem construídos. Assim, apresentar novas posições e sentidos podem auxiliar na construção de novas práticas (Corradi- Webster, 2014). Considera-se que ao compreender o papel performático da linguagem e o papel das pessoas na construção de realidades nos tornamos responsáveis por nossos posicionamentos, exigindo assim uma postura reflexiva por parte da pesquisadora (Souza, 2014).

Neste relato, no grupo denominado de CTs predominava a descrição do usuário como uma pessoa doente, sem controle, que deve permanecer longe da sociedade (internado), necessitando de uma nova identidade que seja marcada pela obediência, controle e abstinência. Para alcançar esses objetivos se faz necessário um tratamento que preze pela

espiritualidade e pelo trabalho (laborterapia), principais intervenções em CTs. Essas intervenções têm sido privilegiadas historicamente por meio do modelo proibicionista, que propõe ao Estado o dever de intervir no campo das drogas (produção, venda e consumo), se atendo ao combate das substâncias descritas como ilícitas. Sendo assim, o proibicionismo pode ser compreendido como um modelo político e envolto por condições culturais que tem fundamentado a proibição das drogas e punição nesse campo, defendendo a abstinência como única alternativa de cuidado (Alves, 2009; Alves & Lima, 2013). Por sua vez, o grupo da Reforma apresentava descrições sobre a importância do trabalho em rede, do respeito às escolhas da pessoa e questionava os interesses econômicos dos tratamentos privados. Tinha como embasamento o modelo de redução de danos, que atua pautado na compreensão do direito à saúde para todos, sendo o cuidado uma construção entre profissionais e as pessoas atendidas respeitando suas escolhas, história de vida e necessidades, buscando oferecer maneiras de oferecer cuidado e espaços promoção de cidadania (Passos & Souza, 2011).

O proibicionismo traz consigo o discurso moral e o discurso biomédico tradicional a respeito do usuário de drogas e de qual tratamento é compreendido como o mais adequado a essa concepção, presentificando-se nas falas do grupo das CTs. No segundo grupo, os discursos dos direitos humanos e psicossocial mostram-se presentes. Machado e Miranda (2007) discorrem que historicamente no Brasil há uma divisão dos modelos de enfrentamento das drogas entre as políticas do campo da saúde daquelas políticas determinadas pelo sistema judicial. Apontam que o discurso moral e o discurso dos direitos humanos aparecem de forma contraditória nas políticas e serviços de atenção aos usuários de drogas. Ao longo do meu percurso no campo das drogas, tive acesso a diferentes relatos de pessoas que haviam ido a julgamento decorrente de algum problema com drogas e nesses momentos o juiz oferecia as opções de internação ou prisão. O usuário de drogas descrito como perigo social (doente ou criminoso) tem por fim a exclusão social em instituições totais (CT ou cadeia). Assim, vemos como o discurso legitima práticas sociais e instituições e, por sua vez, essas práticas e instituições legitimam determinados discursos.

Existem discursos hegemônicos a outros e nesse capítulo serão abordados alguns dos principais discursos sobre as questões em torno das drogas, sobre o usuário, o que é considerado problema com drogas e o que é considerado tratamento e intervenções para usuários de drogas. Para isso vou discorrer brevemente sobre o discurso religioso, o moral, o jurídico, o biomédico asilar, o dos direitos humanos e o psicossocial, buscando localizar como as Comunidades Terapêuticas, foco desse trabalho, são permeadas por esses.

As religiões ocidentais foram por muito tempo detentoras do conhecimento e responsáveis por dispositivos de saúde (casas de misericórdia, santas casas, hospitais psiquiátricos), cuidando de toda gama de serviços para pessoas excluídas socialmente, fato este que acontece ainda hoje (Ribeiro & Minayo, 2014; Koenig, 2007). O discurso religioso, mesmo após a ascensão da psiquiatria e do discurso médico de controle dos corpos, fez e ainda faz parte das intervenções no campo da saúde, educação e assistência social (Ribeiro & Minayo, 2015). Foucault (2009) aponta que Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, apesar de ter sido o responsável por iniciar o cuidado aos alienados dentro do discurso biomédico, ao desenvolver um tratamento e considerar a loucura como doença, também teve influências do discurso moral. O tratamento proposto por ele, conhecido como “tratamento moral”, resultou no aprisionamento dos indivíduos e tinha como base a correção do comportamento destes e o trabalho. Em *Vigiar e Punir*, Foucault (1987) discorre sobre o papel das religiões nas prisões que em conjunto com a reclusão e um trabalho intenso sobre a “alma” do preso buscava-se gerar a transformação moral desse. Mesmo com a mudança de prática e de instituição cuidadora as marcas religiosas permanecem.

Ribeiro e Minayo (2015) discorrem a respeito do papel das instituições religiosas no Brasil. As igrejas, principalmente cristãs e evangélicas, historicamente aparecem associadas a diferentes temáticas sociais. No campo das drogas há movimentos religiosos que se organizam para oferecer ações sociais ou de evangelização. Esses vão até locais de venda de drogas, de consumo e de tratamento, como nas Comunidades Terapêuticas. Nesse setor, as ações acabam ocorrendo de forma indiscriminada, não havendo separação do que é social e do que é evangelização. As autoras apontam para a influência da igreja na construção de políticas, assegurando práticas religiosas nos contextos de saúde, divergindo assim, da garantia de laicidade.

Essas instituições de tratamento religioso têm ganhado espaço social, ao passo que é crescente o uso de drogas, o pânico social em torno da questão e a percepção de que os serviços públicos existentes não atendem a demanda. Neste cenário, tem-se percebido um aumento na aceitação social e no financiamento público às CTs (Bolonhesi-Ramos & Boarini, 2015). Há também um imbrincamento entre os discursos religioso, moral e biomédico. Para exemplificar, descrevo o relato de uma anotação de caderno de campo. Ouço em uma estação de rádio um religioso discutindo a questão do uso problemático de drogas, desse ser ou não curável. Neste programa colocam gravações de telefonemas realizados a várias clínicas de reabilitação. Ao final da ligação, as telefonistas das clínicas ao serem indagadas sobre a cura diziam “nenhum local garante a cura das drogas”. O religioso que conduzia o programa diz

então que em sua igreja alcançava-se a cura rapidamente, não sendo necessárias internações “longas e caras”, sem garantia de cura. Descreve o uso problemático de drogas não como uma doença crônica e incurável, mas como algo maléfico que destrói a vida em busca do prazer. Ele dava seu próprio depoimento como ex-usuário e o de outros membros de sua igreja, que por meio da conversão haviam sido curados das drogas (Fossi & Guareschi, 2015). Percebe-se que ao mesmo tempo em que ele constrói a problemática com as drogas dentro do discurso moral, como busca intensa pelo prazer, e nega o discurso médico, ao dizer que não é uma doença crônica, ele empresta do discurso médico repertórios, afirmando que em sua igreja é possível “curar” o usuário de drogas. Observa-se a força do discurso religioso na questão das drogas e como esse tem sido valorizado ao oferecer uma resposta “rápida” à questão do uso frente ao pânico social em torno da questão. Esse discurso carrega sentidos das drogas como um pecado, uma falta de espiritualidade, que traz sofrimento para si e a seu entorno, assim, busca-se a “cura” via abstinência e reencontro com Deus (Ribeiro & Minayo, 2015).

O discurso moral, em nossa cultura está muito vinculado ao discurso religioso, dada a grande importância histórica e cultural que as religiões têm em todo processo de formação cultural brasileira (Dalgalarondo, 2006). Contudo, nesse discurso fica estabelecida a noção de que o uso de drogas e seu tratamento são responsabilidades apenas do indivíduo, e diz-se sobre sua falta de vontade ou de motivação, descrevendo-se o uso problemático de drogas como uma falta de caráter. O enfrentamento sobre a questão da droga é pautado principalmente no trabalho e na exclusão social, gerando sentimentos de culpa no usuário e buscando sua reeducação social por meio do trabalho (regras e responsabilidades) (Pillon & Luis, 2004; Rezende, 2000). Dado o embrincamento entre os discursos religioso e moral, principalmente nas atuações em CTs, nesse trabalho estes serão referidos em conjunto, como discurso moral religioso. Com isto, busca-se abarcar os sentidos construídos por estes de usuários de drogas como culpados individualmente por seu uso, devido a sua falta de motivação e caráter para arcar com responsabilidades e geradores de sofrimentos para as famílias. As práticas fundamentadas por esse discurso são de exclusão social, de punição, de conversão, de normatização dos indivíduos por meio do trabalho e espiritualidade para se alcançar a abstinência.

O discurso jurídico tem papel fundamental no modo de atuar frente ao pânico social em torno das drogas, por meio das diferentes instâncias da justiça. O usuário é compreendido como um problema/risco social para si e para o seu entorno, e seu consumo é visto como ilegal para as drogas ilícitas, ou sem controle para drogas como álcool. Os usuários sofrem a intervenção do Estado via justiça, seja nas internações involuntárias (a pedido da família) e

compulsórias (intervenção Estado) ou no julgamento e condenação de usuários e vendedores de drogas (Machado & Miranda, 2007). O atual programa “Crack é preciso vencer” que financia as internações de longa duração e investimentos em aparatos de segurança pública, é um exemplo da força desse discurso em âmbito nacional, além de serem políticas pautadas em tratados internacionais de combate às drogas. O relato presente no caderno de campo exemplifica como o discurso jurídico punitivo emerge no dia-a-dia. Uma colega que estava indignada com os roubos e pichações perto dos locais em que transita, disse “sei que vai parecer exagero, mas acho que essas pessoas deviam ficar presas acorrentadas em uma fazenda, fazendo trabalho de campo, porque trabalho de campo é assim no sol, bem pesado”. Naquele momento, pensei que essa punição existia nas CTs, presas a correntes concretas no caso de violação dos direitos humanos, menos concretas quando se trata da culpabilização que carregam por serem usuárias de drogas. Sendo o usuário de drogas um desviante, medidas punitivas se tornam aceitáveis socialmente (Fossi & Guareschi, 2015).

As intervenções jurídicas focadas nas internações de longo prazo demonstram a interferência desse discurso nas práticas de saúde. Os usuários de drogas transitam entre descrições de perigo social, de doentes e de pessoas sem controle. A intervenção construída como principal possibilidade é a exclusão por meio de prisão ou internações longas, ou conversão pelas igrejas. Todos estes locais em que o controle social é exercido pelos princípios morais e pelas relações hierarquizadas (Fossi & Guareschi, 2015). Alves (2009) discute como no campo das drogas as intervenções via Ministério da Justiça tem sobrecarregado os serviços penitenciários, além do aumento dos gastos em policiamento na conhecida “guerra às drogas”.

O discurso biomédico/psiquiátrico tradicional tem características asilares, tendo como principal representante no campo da saúde mental as instituições psiquiátricas. Nesse discurso a questão do uso e problema das drogas é compreendida em seu âmbito individual, de um organismo que deixa de funcionar normalmente e passa a precisar das substâncias que geram prazer. As principais intervenções são a internação prolongada e o uso de medicamentos que buscam a eliminação dos sintomas e assim, a abstinência das drogas tidas como problemas (Pillon & Luiz, 2004; Fernandes & Fuzinato, 2012). Machado e Miranda (2007) apontam que as práticas psiquiátricas no campo de álcool e drogas eram incipientes até a segunda metade do século XX. Com os tratados internacionais a respeito do controle das drogas, as práticas psiquiátricas se fortaleceram nessa área. Essas ofereceram aparato técnico para as intervenções judiciais, que deixaram de ser unicamente punitivas, tendo sido criados locais específicos para tratamento de usuários de drogas, seguindo os acordos internacionais.

Atualmente, as políticas públicas brasileiras a respeito do enfrentamento às drogas são divididas em duas frentes, uma do Ministério da Justiça, por meio da Política Nacional sobre Drogas, criada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e outra dirigida pelo Ministério da Saúde, nomeada Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e drogas (Brasil, 2003). Há uma complexa trama de discursos que constituem as atuais práticas públicas no cuidado aos usuários de drogas (Passos & Souza, 2011). Apesar da existência dos discursos hegemônicos, da divisão apresentada e da reflexão das práticas envolvidas nessa construção de sentidos, há sempre um jogo de poder entre discursos e sentidos, sempre abrindo possibilidade de mudanças (Corradi-Webster, 2009).

O discurso dos direitos humanos no que tange as intervenções realizadas aos usuários de drogas vem sendo disseminado por diversos setores da sociedade (conselhos de profissão, denúncias pela mídia, grupos de pesquisa) que têm criticado a exposição do usuário de drogas a diferentes formas de violações dos direitos humanos (maus tratos, negligências, coerções, etc.). De forma macrossocial, esse discurso pauta-se na liberdade de escolha garantida pela constituição, e na luta por garantir acesso ao cuidado considerando o fenômeno da droga como uma questão econômica, política e social. Na saúde pública, dispositivos como consultórios na rua e centros de atenção psicossociais são os principais locais com potencial para a circulação desse discurso, ao fundamentar práticas que se valorizem a escolha da pessoa (Alves & Lima, 2013). O discurso psicossocial compreende o uso problemático de drogas como um sofrimento mental causado por diferentes fatores da história de vida das pessoas (biológicos, psicológicos, familiares, sociais, econômicos, culturais, espirituais), que aumentam seu afastamento social. Propõe práticas que privilegiem o cuidado multiprofissional, em comunidade, próximo a família, buscando a garantia de cidadania dessas pessoas (Pillon & Luiz, 2004; Amarante & Torres, 2001). Com este discurso, atividades com foco na redução de danos e oficinas de geração de renda têm ganhado mais espaço e reconhecimento social.

O consumo de drogas tem sido retratado pela mídia em uma perspectiva do medo e caos, de forma moralista e sem considerar sua inserção ao longo da história. Isto gera uma desvinculação do problema com o contexto sócio histórico e impossibilita o debate democrático. A falta de discussão e debate por sua vez leva a ações do governo que não atendem as necessidades da população sobre a questão das drogas (Bolonhesi-Ramos, & Boarini, 2015). Uma das questões que aparece sempre associada à problemática das drogas diz respeito à classe social: os pobres, carentes, com suas constantes perdas e precarização da vida. O maior representante dessa relação, na mídia e no imaginário social, é a figura do

“crackeiro” (Adorno, 2014). No documento do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas alerta-se para a segregação social dos usuários de drogas, para a associação errônea do uso de drogas com a delinquência e para a pobreza, que leva jovens a verem no tráfico a alternativa de trabalho e geração de renda (Ministério da Saúde, 2004).

Considerando o papel performático da linguagem e a importância de uma postura crítica do pesquisador que com seu trabalho auxilia na construção de realidades, posiciono-me nesse trabalho como sendo “do pessoal da Reforma”, na luta por garantir os direitos humanos e tratamentos humanizados e contra a coerção e imposição de modelos normativos. Gostaria de frisar que esse estudo não se trata de uma desvalorização das pessoas que passaram por CTs, nem a seus familiares e nem às suas crenças e trajetórias de vida. Em minha trajetória sei da complexidade e dificuldade que todos os envolvidos na busca por cuidados para a questão do uso de drogas passam. Assim, gostaria de apontar meu posicionamento nesse estudo como uma busca, por meio dos relatos de pessoas que passaram por esse modelo de intervenção, de refletir a respeito das práticas exercidas nessas instituições e o que nessas e no nosso contexto e história tem fundamentado e possibilitado ações que retroagem aos avanços já conquistados pelo processo de Reforma Psiquiátrica e pela luta dos Direitos Humanos.

**PANORAMA DO PROCESSO HISTÓRICO DE
SAÚDE MENTAL NO BRASIL E DAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

PANORAMA DO PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A construção de práticas em saúde no Brasil tem em seu percurso marcos importantes como a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei No. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, fundamentando-se na premissa de saúde como um direito de todos e dever do Estado, presente na Constituição de 1988 (Menicucci, 2014). O SUS tem como diretrizes a universalidade, a integralidade e a equidade. Sua organização e funcionamento se estrutura de forma regionalizada e dividida em níveis de complexidade tecnológica de modo que possam resolver as demandas de saúde da população em seus diferentes níveis, garantindo dessa maneira a participação popular na formulação e controle das políticas públicas (Barbiani, Junges, Nora, & Asquidamini, 2014; Lei No. 8.142, 1990). Em sua organização, o SUS conta ainda com a possibilidade de complementariedade por meio do setor privado, no qual é imperativo que tal parceria siga os interesses públicos em detrimento dos privados, assegurando, além disso, que a instituição privada cumpra as normas e preceitos instituídos pelo SUS (Lei No. 8.142, 1990).

As políticas e noções de saúde são circunscritos pelo contexto histórico, sendo por isso, difícil desconsiderar a complexidade dos determinantes sociais e a interlocução com setores fora da saúde, como por exemplo, a luta por direitos ao pensar em promoção de saúde (Silva & Baptista, 2014). No processo histórico da construção e estruturação do SUS que perdura até hoje existem tensões entre determinados discursos que são permeados pelos diferentes sentidos de saúde: o conceito de saúde, quem é o responsável por mantê-la e quem são os responsáveis por oferecer cuidado, sendo estas questões fundamentais nesse contexto.

Menicucci (2014) aborda a historicidade da dualidade entre público e privado dentro do SUS que apresenta um sistema híbrido garantindo a saúde como um direito universal e dever do Estado e ao mesmo tempo preservando e aumentando a liberdade do mercado, possibilitando a privatização da assistência à saúde. Dentre outros aspectos Silva e Baptista (2014) discutem sobre discursos a respeito da saúde enquanto responsabilidade individual ou coletiva e também dentro de uma perspectiva regulatória ou emancipatória. Assim, as dimensões da saúde (política, funcionamento, sentidos) podem ser entendidas como construção social, ou seja, o que é considerado como uma necessidade, as demandas, a oferta de modelos de intervenção, estariam circunscritas a um determinado momento histórico específico (Barbiani et al., 2014).

Entre as propostas para fortalecer ações públicas mais efetivas foram criadas as Redes de Atenção da Saúde (RAS). Previstas pela Portaria No. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estas são estratégias para tentar superar a fragmentação do funcionamento político-institucional do SUS (Ministério da Saúde, 2010). Dentro dessa perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dispõe a respeito da atenção e cuidado integrado às pessoas que estão em sofrimento psíquico, incluindo usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2012). Fazem parte da RAPS diferentes serviços, desde atenção primária, emergencial, centros de atenção psicossocial até serviços hospitalares e residenciais, bem como dispositivos para a desinstitucionalização e produção de renda. Dentre os serviços incorporados à RAPS as Comunidades Terapêuticas (CTs) ganharam espaço como serviços de atenção em regime residencial de caráter transitório (Ministério da Saúde, 2011).

A Portaria No. 3.088 determina que as CTs devem oferecer cuidado contínuo para adultos com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma voluntária e com um quadro clínico estável (Ministério da Saúde, 2011). Segundo a Portaria No. 131, de 26 de janeiro de 2012 (Ministério da Saúde, 2012), que regulariza o financiamento do governo para as CTs, a internação deve durar 6 meses, podendo ser prolongado por mais 3 meses (em caráter transitório), podendo o residente interromper a permanência a qualquer momento, sempre respeitando e garantindo os direitos humanos deste como cidadão, sua autonomia e reinserção. Ainda, segundo esta Portaria, o trabalho das CTs deve ocorrer em articulação com a atenção básica (cuidados clínicos gerais) e especialmente com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este serviço hábil para oferecer acompanhamento especializado a essa demanda, auxiliando no planejamento terapêutico do paciente, desde a saída da CT, monitorando seu seguimento de cuidado e promovendo sua reinserção social (Ministério da Saúde, 2012).

As Comunidades Terapêuticas devem oferecer aos pacientes contato frequente com os familiares e com os meios de comunicação, estimular situações de convívio social, respeitar a orientação religiosa não impondo a participação em atividades religiosas específicas, garantir sigilo, promover espaços horizontalizados de discussão além de oferecer atividades individuais e coletivas visando a prevenção do uso de drogas com fundamentação técnica e científica pautada nas diretrizes do SUS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre as “boas práticas” de funcionamento para os serviços de saúde (humanização da atenção e gestão da saúde, profissional legalmente habilitado, qualidade nutricional e a segurança dos alimentos). A equipe de profissionais tem que estar em constante manutenção, registrando aspectos relevantes do paciente-residente, exigindo para

cada quinze residentes a existência de um coordenador (profissional de saúde de nível universitário) presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Além disso, devem possuir no mínimo dois profissionais de saúde de nível médio com experiência na área, presentes nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana (Ministério da Saúde, 2012).

A estrutura física da CT segundo a Portaria No. 131 (Ministério da Saúde, 2012) deve respeitar as diretrizes da ANVISA sobre projetos de construção e funcionamento de serviços de assistência à saúde, contando com local que facilite a reinserção do residente em sua comunidade de origem, não podendo estar, portanto, nas dependências de hospitais e fica vedado o uso de quartos de contenção e trancas que não permitam a livre circulação do usuário.

A inclusão das CTs como parte da RAPS e a aprovação de seu financiamento, foi cuidadosamente delimitada pelas portarias citadas acima, visando garantir que esse serviço promova bem estar e reinserção social para as pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. Contudo, as CTs funcionam no Brasil há mais de 40 anos, segundo a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas [CONFENACT] (2013). O número dessas CTs é incerto e esses locais geralmente fogem às delimitações do governo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013). Bolonhesi-Ramos e Boarini (2015) apontam para o posicionamento de entidades profissionais como a Psicologia e Psiquiatria declarando-se contrárias as CTs devido à falta de comprovação da efetividade dessas, a constatação de violação de direitos humanos, defendendo o tratamento realizado no território, em rede e em acordo com os princípios da Reforma, preservando os laços sociais e familiares. Os autores prosseguem refletindo sobre como essas instituições têm agido de forma contrária a esses princípios, considerando que o investimento público nessas entidades é um retrocesso, além de legitimar sentidos e práticas relacionadas ao isolamento do usuário de drogas do seu contexto, além de proporcionar uma única forma de intervenção, através da abstinência.

Dado o espaço que as CTs têm na atualidade como modelo de intervenção e os apontamentos contrários a esse modelo, faz-se necessário compreender seu processo histórico no campo da saúde mental e seus desdobramentos.

Ao longo da história ocidental, os considerados desviantes das normas ocuparam lugar de exclusão na sociedade. Dentre eles estavam as pessoas descritas como loucos, sendo colocados primeiramente em prisões e asilos e posteriormente em hospitais psiquiátricos. A instituição psiquiátrica nasce com a mudança do paradigma da loucura como algo passível de tratamento, contudo, se por um lado Pinel (considerado o pai da psiquiatria) com a proposição

do tratamento moral possibilitou o reconhecimento da importância de cuidado, seu modelo de tratamento resultou na internação prolongada de pessoas, distantes da sociedade e submetidas a técnicas como laborterapia e punições. (Foucault, 2009).

No Brasil, a partir de 1852, devido aos maus tratos e condições precárias de tratamento, foi criado no Rio de Janeiro o primeiro local específico de internação, o Asilo Pedro II. Os asilos tinham como objetivo atribuir caráter técnico e científico, além de condições mais humanas (Braga, Fraga, & Souza, 2006). Segundo Tenório (2002), apesar dos asilos terem sido criados com o propósito de aperfeiçoar a clínica e humanizar o tratamento, acabaram reproduzindo muitas das condições do modelo anterior, utilizando para isso do discurso da Psiquiatria. Para Basaglia (1985), o discurso psiquiátrico produziu técnicas que serviram como forma de adaptar os pacientes à violência, sem que esta fosse explícita, mas transformada em uma violência como forma de normatização, exclusão e controle.

No Brasil, na década de 60, a exclusão dos desviantes através das internações psiquiátricas tornou-se mais intensa. Isto aconteceu durante o regime militar que propôs que a assistência psiquiátrica fizesse parte da previdência social, estimulando a criação de hospitais psiquiátricos privados, que prestavam serviços ao Estado. Esses hospitais recebiam verba quase exclusivamente do governo. Assim, eram movidos pelo interesse financeiro dos empresários da área (conhecidos como “empresários da loucura”) interessados em manter os lucros de suas principais fontes através de internações mais prolongadas, maior número de pacientes e menores gastos com o tratamento (baseando-se muitas vezes apenas na utilização de medicamento) (Braga et al., 2006; Pitta, 2011).

A internação nos hospitais nem sempre tinha uma razão clara ou comprovada por critérios clínicos e científicos. Os critérios utilizados eram definidos pelo médico e pelos familiares, sendo que naquele momento histórico a internação era compreendida como estratégia de tratamento especializado. Os manicômios eram considerados como espaços únicos para essa população, fazendo com que dificilmente as famílias procurassem outros serviços ou opções de tratamento, além do fato de que após a internação, muitas famílias não aceitavam os pacientes de volta (Barros & Josephson, 2001). Observa-se o impacto que o discurso médico psiquiátrico da época, associado a um momento político específico, teve na construção de formas de compreender e manejar os processos de saúde e doença (Tenório, 2002).

Devido à falta de regulamentação e fiscalização desses hospitais, das crescentes denúncias de maus tratos e da manutenção de longas internações, cunhou-se o termo “indústria da loucura”. Frente às críticas de setores da população, o Estado produziu manuais,

determinações de serviços e resoluções sobre a ambulatorização e interiorização dos serviços psiquiátricos, apesar disso, estas estratégias ainda não se concretizaram (Braga et al., 2006).

Goffman (1961/2001) discute que as instituições totais voltadas para o cuidado, como os hospitais, são destinadas ao cuidado de pessoas consideradas incapazes e que oferecem algum tipo de risco (não proposital). Essas instituições criam distanciamento com o mundo externo o que serviria como uma forma de controle, além de uma forma de institucionalização dos internos, ou seja, a normatização deles. Esse processo aconteceria, ainda segundo Goffman (1961/2001), por meio da “carreira moral”. Para o autor, seguindo as regras e funcionamento da instituição a pessoa nesse processo de institucionalização teria suas características pessoais mortificadas (intencionalmente ou não). Para ele, todas as instituições fechadas capturam parte do tempo e do interesse dos que ali estão, podendo ter características cruéis como a punição ou reforço de comportamento, onde não é possível ter vontade própria. Sendo assim, toda instituição teria um grau de fechamento que é maior ou menor de acordo com os obstáculos colocados entre ela e a sociedade, sendo as instituições totais aquelas nas quais o isolamento ocorre de forma integral. Esse distanciamento social provocaria a ruptura dos papéis que a pessoa ocupava anteriormente (trabalho, casa, rede social) de forma que após a internação haveria dificuldades em retomar esses papéis sociais da mesma forma.

No final da década de 1970, ocorreu no Brasil forte movimento de redemocratização combinado com muitas reivindicações de direitos à cidadania. Nesse momento histórico a luta por condições melhores de tratamento nas instituições psiquiátricas foi se fortalecendo (Barros & Josephson, 2001; Ferreira, 2006). Guimarães, Medeiros, Saeki e Almeida (2001) descrevem que foi através dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental e de outros setores sociais (dentre eles, o movimento da Reforma Sanitária) que teve início o processo de reformulação de práticas e discursos na área, processo conhecido como Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, com o crescimento das discussões na área instituíram-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental (que aconteceram em 1987, 1992 e 2001, 2010).

A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental foi permeada por reflexões sobre a produção de saúde mental e sobre a atuação dos profissionais da área, buscando o resgate dos direitos de cidadania dos doentes mentais (Costa-Rosa, Luzio, & Yasui, 2001). Hirdes (2009) fala sobre os aspectos necessários para a reformulação das legislações e políticas que abordavam questões de saúde em geral além daquelas específicas em saúde mental, revendo questões trabalhistas, civis e penais que pudessem dar suporte para as estruturas do novo modelo de assistência social. Embora houvesse reivindicações políticas, administrativas e de

mudança das teorias e práticas, a Reforma tinha como foco e propósito estabelecer os direitos do doente mental (Costa-Rosa et al., 2001).

Esse processo histórico de busca por melhoria das condições para pessoas em sofrimento mental ocorreu de formas similares em diferentes países que tentaram criar modelos mais humanizados e críticos de oferecer tratamento na saúde mental. Alguns desses países tiveram grande importância para o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, segundo descrito por Amarante (1995): as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra/ Estados Unidos); a psicoterapia institucional (França); a psiquiatria de Setor (França e Estados Unidos); a psiquiatria preventiva (Estados Unidos); a antipsiquiatria (Inglaterra) e a desinstitucionalização Basagliana (Itália).

No Brasil, dois modelos de atenção à saúde mental foram propostos e discutidos como opções aos manicômios. O primeiro destacado aqui foi o modelo de Comunidades Terapêuticas, inspirado no modelo inglês da década de 1960, que também ganhou força nos Estados Unidos da América (EUA) e foi importado ao Brasil na década de 1970, porém de modo muito diferente das atuais instituições também chamadas de Comunidades Terapêuticas (CFP, 2013). Tenório (2002) discute que no Brasil o primeiro modelo serviu apenas como um intervalo um pouco mais liberal da vida asilar, continuando a excluir os pacientes e a tratá-los com autoritarismo e disciplina, não destituindo realmente o modelo psiquiátrico do manicômio. O segundo modelo foi o da psiquiatria comunitária, que ganhou força principalmente nos EUA no governo de John F. Kennedy em 1963, propondo intervenções mais próximas da comunidade, até mesmo com uma intenção preventiva de evitar o adoecimento, incluindo a prevenção de doenças mentais (Devera & Costa- Rosa, 2007).

Segundo Canoletti e Soares (2004), no Brasil em 1970 no I Congresso de Psiquiatria foram determinadas normas de atuação que seguiam os preceitos da psiquiatria comunitária, sendo elas: a saúde mental como direito de todos, a inserção da psiquiatria na rede de saúde à comunidade, prevenção e educação da população acerca das doenças mentais. Contudo, foi somente em 1973 que foi criado um manual de serviço para a assistência psiquiátrica que utilizava a psiquiatria comunitária como modelo. Entretanto, esses preceitos não foram postos em prática, havendo repercussões isoladas em regiões como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Tenório (2002) aponta que a ideia de normatização e de desvio continuava presente nas bases desse modelo, ampliando as ações da psiquiatria visando ainda controlar condutas e indivíduos dentro do que é descrito como saúde, através desse modelo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira propunha a construção de um novo modelo de cuidado à saúde mental como uma nova resposta social, revertendo o processo

hospitalocêntrico, através da implantação paulatina de redes fora dos hospitais psiquiátricos, desativação dos leitos de internação, integração da saúde mental em outros programas de saúde, participação de movimentos sociais e de trabalhadores da área, superando os paradigmas da clínica tradicional psiquiátrica (CFP, 2013). Sobrepondo a essas questões práticas da Reforma Psiquiátrica, as mudanças não são unicamente técnicas e serviços, mas uma atitude ética para como as pessoas em passam por sofrimento mental, compreendendo-as como cidadãos políticos e de direitos (Guerra, 2004; Amarante, 2009; Pitta, 2011). Para Amarante e Torre (2001) a desinstitucionalização tinha três aspectos fundamentais: des-hospitalização, cuidado aos desassistidos e desconstrução do paradigma da loucura. A desinstitucionalização se trata de uma atitude responsável para com as pessoas em sua relação à vida, suas interações na comunidade imputando ao tratamento deixar de gerar confinamento, exclusão e morte social (Pitta, 2011).

Seguindo essa perspectiva, novas alternativas foram sendo pensadas e desenvolvidas, dentre elas a participação dos usuários do serviço de saúde e de seus familiares e a abertura gradual de novos serviços comunitários e territorializados (Almeida & Escorel, 2001). Hirdes (2009) aponta que a noção de território veio através da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia. Território seria segundo ele, um espaço regional de assistência no qual os sujeitos têm suas referências socioculturais, econômicas e físicas/materiais que delimitam o seu cotidiano, além de seus planejamentos e relações, sendo assim este território próximo de um território subjetivo, propondo uma nova forma de representar os usuários e as formas de tratamento.

No Brasil, o primeiro Projeto de Lei a respeito disso foi o de No. 3.657/1989, apresentado em 1989 e proposto pelo deputado federal Paulo Delgado. Este documento proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, previa o investimento público na criação de recursos extra-hospitalares e determinava a obrigatoriedade de comunicar ao poder jurídico sobre as internações compulsórias para que este pudesse fornecer um parecer sobre a legalidade ou não da internação (Hirdes, 2009). Entretanto, foi apenas em 2001 que estas mudanças foram aprovadas de modo definitivo através da lei de No. 10.216. Nesse período de espera, leis estaduais foram criadas controlando a internação psiquiátrica involuntária e ampliando a rede de serviços extras hospitalares (Costa-Rosa et al., 2001). Anterior à lei de 2001, o Ministério da Saúde (MS) já havia determinado 11 portarias que constituíam o esqueleto de normas essenciais no âmbito nacional, desde o controle dos hospitais em funcionamento até a criação e regulamentação dos serviços alternativos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que depois foram

remodelados como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CFP, 2013; Hirdes, 2009). Aos poucos foram então criadas diferentes alternativas de tratamento que buscavam atender a demanda e as particularidades de cada território, baseadas nessas novas apreensões do sujeito e da saúde mental, ampliando assim o cuidado para a vida cotidiana dos sujeitos e considerando suas relações sociais (Amarante & Torre, 2001).

Para Pitta (2011) a constituição da rede de atenção psicossocial na Reforma Psiquiátrica traz a perspectiva e fundamento da noção da existência do sujeito assistido, ou seja, é indissociável pensar a pessoa sem sua rede, a pessoa que precisa de cuidado fora da assistência em rede. A noção de reabilitação social presente nos ideais da Reforma Psiquiátrica aponta a busca e a disponibilidade dos serviços de saúde mental em oferecer condições para os pacientes terem sua autonomia em sociedade, tendo sempre em vista a garantia da cidadania, ou seja, o direito a trabalho, a casa e pertencimento a uma rede social (Guerra, 2004).

Nesse ínterim, a lei da Reforma No. 10.216 de 2001 determinou as diretrizes sobre o processo de internação dentro do novo modelo psicossocial implantado. Nela fica determinado que a internação só pode ser indicada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, exigindo para a comprovação disso o laudo médico específico. Na ocorrência da internação, a instituição deverá oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, assistência social, psicológica, ocupacional, de lazer, dentre outros (Lei No 10.216, 2001). De acordo com a legislação, quando esses critérios não forem seguidos, a internação é considerada asilar, sendo vetada para tratamento da saúde mental/ álcool e drogas (Ministério da Saúde, 2004). De acordo com a referida lei, as internações podem ser caracterizadas como voluntárias (com consentimento do paciente), involuntárias (sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros) e compulsórias (determinada pela justiça somente em casos em que a vida do sujeito ou de terceiros esta em risco).

Basaglia (1985) trabalha com a noção de instituições de violência para as instituições fechadas, descrevendo como essas instituições roubam a liberdade e a possibilidade de saúde dos internados. A violência e a exclusão são “justificadas” nessas instituições por um suposto caráter educativo intrínseco às famílias, escola, sistema penitenciário e hospitais psiquiátricos. Tanto a violência quanto a exclusão são efeitos de uma divisão hierárquica daqueles que têm o poder e daqueles que não o tem, em que os direitos igualitários, humanos e de bem estar não são considerados.

Se a Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe mudanças no panorama da saúde mental como descrito por Basaglia, no campo de álcool e drogas ainda o confinamento é majoritário,

a exclusão do usuário de drogas ocorre em diferentes âmbitos e é defendido por políticos, gestores, pesquisadores, mídia; se faz necessário assim que a luta pela Reforma Psiquiátrica persista (Pitta, 2011).

Observa-se que a exclusão social e a ausência de cuidados fazem parte da história e atinge continuamente as pessoas que estão em sofrimento devido a algum transtorno mental. A reformulação dos modelos assistenciais deve se estender para a população que faz uso de álcool e outras drogas, como aponta o Ministério da Saúde (2004) em documento sobre a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas, reconhecendo a importância e necessidade de ultrapassar o atraso histórico de abandono dos que necessitam de tratamento devido ao uso de álcool e outras drogas.

Torcatto (2013) descreve o processo histórico de uso de substâncias psicoativas no Brasil (bebidas fermentadas, tabaco, cachaça, café, guaraná, *ayuhasca*, *cannabis*, etc.) e como essas tiveram papel importante no comércio e cultura brasileira. No processo histórico, o autor aponta a influência do discurso médico e sanitário nas leis que regulamentaram o uso de drogas, mantendo os usuários sob o controle farmacêutico e médico, vetando e controlando pelo sistema jurídico o uso das substâncias ilícitas. Apesar do controle sobre as drogas, dado o contexto social, uma forma nova de comércio da substância começou a se estabelecer a partir da década de 1940, progredindo posteriormente ao comercial atual.

Bolonhesi-Ramos e Boarini (2015) realizaram análise histórica a respeito da compreensão do uso de substâncias e de como as políticas públicas dos higienistas (início do século XX) atuavam nesse campo. Apontam para o uso do discurso moral na descrição dos usuários e nas práticas de enfrentamento do uso. Os considerados dependentes do álcool eram tidos como sem responsabilidades com a família e com seus deveres, preguiçosos, com a inteligência desbotada; assim como os usuários de outras drogas eram desequilibrados, “loucos morais”, vistos como um perigo social. Esses usuários eram associados a crimes e a práticas como a retirada dos filhos e entrega desses para famílias moralmente aceitas. A internação decorrente do uso de drogas deveria ocorrer mais precocemente possível, de forma obrigatória e via interdição da pessoa, de acordo como o modo como seu estado mental era avaliado, buscando impedir que esse cometesse crimes. Os autores descrevem que as principais formas de atuação eram pautadas no proibicionismo, como a lei seca e uso das internações prolongadas, justificadas por meio do perigo social atribuído ao usuário de drogas.

Discutia-se na época o uso do trabalho como forma de tratamento nos manicômios, asilos e colônias, como ocorria internacionalmente. O trabalho, principalmente agrícola, era

sugerido como forma de ocupação para evitar o uso de álcool e aquisição de um ofício. Assim, observamos como o tratamento era voltado para o isolamento, internações longas visando à abstinência, principalmente nas classes pobres. Percebe-se um processo de higienização das ruas por meio da exclusão das pessoas consideradas desviantes (Bolonhesi-Ramos & Boarini, 2015; Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). Dessa forma observamos que o discurso médico passou a ter influência nas práticas determinadas pela justiça oferecendo aparatos técnicos para o controle do uso de drogas. Assim, o usuário de drogas antes tido como viciado passa a ser descrito como doente (dependente de drogas), havendo a formação de locais para tratamento específicos para a dependência e assim, mudança da prática unicamente de punição via internação compulsória. Esses serviços eram voltados somente para o uso de drogas ilícitas, seguindo as convenções e tratados internacionais. Os autores apreendem que esse tipo de intervenção, preocupada com tratados, não incluíam demandas específicas da população brasileira (Machado & Miranda, 2007).

No final do século XX, com o período da ditadura militar, os ideais proibicionistas se fortaleceram. Contudo, nas décadas de 80 e 90 no Brasil, com o fracasso do milagre econômico, o desemprego, o aumento da pobreza, a educação de má qualidade, o aumento da violência, há também um aumento do tráfico de drogas em nível nacional e internacional, principalmente da cocaína. Internacionalmente, a “guerra às drogas” organizada e liderada pelos EUA impunha práticas totalitárias pautadas nos mecanismos bélicos, atuando em países da América Latina contra o tráfico e a favor da ordem social. O que era uma guerra pontual acabou por ter caráter contínuo na sociedade contemporânea, como ocorre no Brasil ainda atualmente na guerra contra o tráfico (Passo & Souza, 2011).

No Brasil, dentre os modelos de intervenção voltados aos usuários de drogas, o proibicionismo é uma das bases das principais ações do Estado, determinadas pelo sistema jurídico e de segurança pública (Fossi & Guareschi, 2015). Segundo Fiore (2012) o proibicionismo é pautado em duas premissas: a primeira diz que o uso de drogas é considerado danoso e deve ser proibido e a segunda diz que o Estado deve atuar nessa questão através da punição e perseguição dos produtores, vendedores e usuários de drogas. Esse modelo tem impactos maiores, pois legitima e limita determinadas compreensões sobre o fenômeno das drogas, como a dificuldade de realizar pesquisas que falem dos benefícios de substâncias advindas da *cannabis*. Esses discursos constroem uma descrição do fenômeno do uso de drogas segundo uma divisão de classes, ao passo que esse se estende por toda a sociedade, rompendo as barreiras sociais, aproximando as diferentes classes para o reconhecimento das regras, normas de comunicação e comércio (Medeiros, 2014). Além

disso, tem priorizado as internações de longo prazo, principalmente nas Comunidades Terapêuticas (Passos & Souza, 2011; Fossi & Guareschi, 2015).

A fim de corrigir esta lacuna assistencial na saúde e repensar a política de cuidado às pessoas que fazem uso problemático de drogas, o Ministério da Saúde (2004) atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de enfrentamento dessa problemática, através da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. De acordo com esta política os considerados transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas deveriam ser tratados nos três níveis de atenção, sendo o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-AD) o gerenciador desta rede e a principal referência de cuidados. Visando oferecer tratamento terapêutico individualizado, o CAPS-AD propõe então modalidades de atendimento intensivas (em que o usuário passa o dia todo no serviço), semi-intensivas (em que o usuário passa alguns períodos por semana no serviço) e não intensivas (em que o usuário frequenta atividades pontuais no serviço). A atenção básica deveria, então, oferecer cuidados primários ao usuário e aos seus familiares e a atenção terciária ofereceria leitos em hospitais gerais para internações curtas e pontuais (Ministério da Saúde, 2004).

Além da reorganização da rede através dessas políticas, há também uma busca por desconstrução do senso comum, como por exemplo, a ideia de que todos os usuários de drogas são doentes e necessitam de internação, prisão ou absolvição (Pereira, Jesus, Barbuda, Sena, & Yarid, 2013). Busca-se para essa desconstrução, incentivar modalidades terapêuticas de tratamento que promovam a reabilitação, sendo que o modelo de Redução de Danos (RD) é adotado como principal direcionador do cuidado. Este modelo reconhece a singularidade de cada usuário e propõe uma construção conjunta com os pacientes de estratégias de enfrentamento, aumentando sua liberdade e preservando a vida e seus laços sociais, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo e da coletividade, em um tratamento democrático e participativo com usuários, profissionais da saúde, pesquisadores, redutores de danos participando da gestão e atuação no cuidado em Rede (Queiroz, 2001; Machado & Boarini, 2013). Como definido Passos e Souza (2011, p.157):

“Em última instância, pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas.”

O modelo da redução de danos é anterior à inclusão desse pelo Ministério da Saúde. A redução de danos no Brasil teve início na cidade de Santos, devido a demanda no cuidado das pessoas portadoras do HIV. Dado o contexto de Santos ser cidade portuária, maior porto do país, havia grande circulação de pessoas e assim era um local estratégico para o tráfico de droga. Os altos índices de contágio de HIV ocorriam, na maioria dos casos, devido ao uso de seringas compartilhadas. A RD criada pelo programa de estratégias DST/AIDS teve início com a distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis. Com o aumento nacional dos casos de HIV o modelo da RD ampliou sua atuação para outros locais do país e, posteriormente, para as populações usuárias de drogas, contudo sofrendo grande resistência de setores como a psiquiatria e instituições religiosas (Santos, Soares & Campo, 2010; Passos & Souza, 2011).

Machado e Miranda (2007) descrevem o papel do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) criado desde 1980, no apoio ao modelo de redução de danos. O Confen era constituído por representantes de diversos ministérios, representante da polícia federal, vigilância sanitária, um jurista e um médico psiquiátrica. Este tinha inicialmente suas ações voltadas para repressão do uso e do tráfico de drogas. Com o fim do período ditatorial passou a propor intervenções preventivas e mesmo de repressão mais brandas e com auxílio de entidades vinculadas principalmente às universidades, passou a apoiar e propor políticas que atuassem via redução de danos. Apesar da oposição de setores como o da igreja católica e do sistema jurídico, a redução de danos teve continuidade levando futuramente o Ministério da Saúde a pautar sua atuação nesse modelo.

A redução de danos tem sido o modelo adotado na luta pelos direitos humanos e pela consolidação da Reforma Psiquiátrica também a usuários de drogas. A RD convida o usuário de drogas a se posicionar de outra forma: descrevendo-o como um cidadão com direito a saúde, acaba se contrapondo ao modelo de guerra às drogas e assim, contrapõem-se aos discursos jurídico, médico psiquiátrico e moral religioso, uma vez que esses predisõem a abstinência como tratamento para os usuários de drogas e descrevem o usuário de drogas como criminosos, doentes e imorais (Passos & Souza, 2011).

Borgouis (2000) aponta para o impacto negativo que a classificação de substâncias como ilegais podem gerar na maneira como esses usuários são descritos, em contraponto, às pessoas que fazem uso de substâncias classificadas como remédios. Para o autor, a soma do discurso moral com o discurso biomédico e econômico (voltado a produtividade) acarretaria na busca por controlar e impedir o uso de substâncias consideradas prazerosas e que levariam à improdutividade econômica. Além disso, descrições das drogas como ilegais e um perigo

social tem fomentado políticas pautadas no pânico social, como o vivido com o *crack* e as campanhas do governo, que estigmatizam o usuário, banalizando a complexidade do tema e levando a paralização frente aos desafios (Pitta, 2011). Essas compreensões têm servido para colocar em prática modelos de exclusão dos indesejados, legitimando internações prolongadas, presentes na ultrapassada cultura manicomial. Essas intervenções, por sua vez, recebem aceitação e apoio social pautados em uma rede de atenção psicossocial que não tem investimento adequado e não atende a demanda (Bolonhesi-Ramos & Boarini, 2015). Conseqüentemente, cresce o espaço das iniciativas privadas (CTs), financiadas pelo governo e propagandeadas pela mídia. Ribeiro e Minayo (2015) apontam que o número dessas instituições ainda é incerto, sendo descritos diferentes números pela SENAD, Ministério Público e pelas estimativas de incentivo dados por programas do governo, o que assinalaria, segundo as autoras, para uma quantidade de CTs que funcionam sem registro e fiscalização.

A negligência existente no cuidado às pessoas que fazem uso problemático de drogas e o posicionamento dessas somente como “drogadas” possibilitou que propostas de intervenção focadas unicamente na abstinência e de caráter total tomassem conta do cenário de tratamento para usuários de drogas. Os discursos predominantes médico psiquiátrico, religioso e bélico (“guerra às drogas”), possibilitam que os usuários sejam representados como antissociais, imorais e criminosos, sugerindo que a única saída possível pra eles seria a exclusão/separação do convívio social como forma de tratamento. Esses discursos contribuíram para uma compreensão distorcida daqueles que fazem uso problemático de drogas, no qual o combate ao uso da substância é considerando fator imprescindível no tratamento (Fernandes & Fuzinato, 2012). Também, o fato de muitas substâncias serem consideradas ilícitas contribuiu para a construção de um entendimento do consumo de drogas enquanto ato de criminalidade, criando-se a necessidade de ocultação do uso por parte dos usuários e assim, incorrendo em sua conseqüente marginalização. Corradi-Webster (2014) descreve como mulheres que fazem uso de álcool são posicionadas e se posicionam somente pelo uso problemático da bebida. Assinala a importância da compreensão ampliada das experiências de vida e descrições dessas. Ao mesmo tempo, ao se tratar algumas drogas como lícitas e outras como ilícitas construiu-se uma crença de que as drogas lícitas seriam menos prejudiciais e abriu-se espaço para reações intensas frente às drogas ilícitas (Corradi-Webster, 2013; Ministério da Saúde, 2004).

Existem diferentes aspectos no campo de álcool e outras drogas que passam despercebidos e/ou são compreendidos como naturais. Assim como a divisão de drogas ilícitas e lícitas a questões de gênero estão imbricadas nesse campo, em estudo realizado em

um CAPS-AD sobre adesão ao tratamento destacou que dos 316 prontuários investigados (86,4%) eram de homens (Peixoto, Prado, Rodrigues, Cheda, Mota & Veras, 2010). Segundo estudo realizado por Sabino e Cazenave (2005) em Comunidades Terapêuticas vinculadas a Federação brasileira de CTs 92,3% dos internos eram homens, A predominância de homens e a menor acessibilidade das mulheres no cuidado do uso de drogas pode ser reflexo da dificuldade construída em torno da ilegalidade do uso, da falta de organização dos serviços para acolherem as demandas e responsabilidades das mulheres, do estigma gerado e das punições como perda da guarda dos filhos justificadas pela descrição dessas como incapazes e irresponsáveis (Prado & Queiroz, 2012). Além disso, há estudos que apontam para o maior abuso de drogas medicamentosas como os benzodiazepínicos por mulheres, o que também dificultaria a notificação do uso problemático e assim do cuidado dessas (Galduróz, Noto, Nappo & Carlini, 2005)

A política do Ministério da Saúde ainda é considerada como referência para o atendimento na área, entretanto, o forte discurso proibicionista, o pouco investimento nos serviços de saúde mental comunitários e a introdução da temática “drogas” na agenda de campanha de políticos brasileiros, vêm levando, nos últimos anos, a respostas sociais e governamentais que parecem divergir do que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica e pelo documento do próprio Ministério da Saúde a respeito do tema (Corradi-Webster, 2013). Dentre estas propostas, como dito anteriormente, tem ocorrido um aumento no financiamento público e no número de internações de longo prazo em Comunidades Terapêuticas.

Esse aumento pode ser um reflexo do endurecimento do modelo de “guerra às drogas” (Canoletti & Soares, 2004). Este modelo vem sendo justificado pelo aumento do uso de drogas e pela impossibilidade de respostas imediatas que abranjam todo o processo e pela função que o consumo de drogas tem em nossa sociedade.

O proibicionismo está associado muitas vezes a discursos morais e bélicos (Vasconcellos & Volcov, 2013), mas também é influenciado por outros discursos, como o do individualismo e o psiquiátrico, que constroem a dependência como responsabilidade única do indivíduo, fruto de disfunções fisiológicas ou psicológicas (como características da personalidade ou crenças disfuncionais) (Zago, 2001). Este endurecimento é exemplificado por mudanças na lei, elevando as penas para o crime de tráfico de drogas ilícitas (Lei No. 11.343, 2006) e ampliando o número de leitos e de financiamentos para Comunidades Terapêuticas (CT) voltadas a usuários de drogas através do Decreto No. 7.179 (2010) e da Portaria No. 3.088 (Ministério da Saúde, 2011).

Esses diferentes discursos históricos e culturais, assim como a política e outros dispositivos como a mídia, têm grande importância na forma como as pessoas constroem suas práticas e se localizam no mundo, pois incitam certas possibilidades de descrições a respeito do tema em detrimento de outras (Rasera & Japur, 2005; Corradi-Webster, 2009). Assim, o fomento à “guerra às drogas”, com os modelos de internação longas acabam sendo construídos como um meio de tratamento inevitável para os que fazem uso de drogas, além de repercutirem na construção identitárias destes.

O tratamento em Comunidades Terapêuticas vem recebendo atualmente destaque enquanto forma de cuidado para pessoas que fazem uso problemático de drogas, buscando oferecer uma resposta para essa problemática (Sabino & Cazenave, 2005). O seu marco regulatório se deu através da Resolução CONAD No. 01/2015: no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). De acordo com esta, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, são caracterizadas como Comunidades Terapêuticas”(Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas [CONAD], 2015).

O processo histórico que nos conduziu até a esse momento de regulamentação da CTs faz com que nos aproximemos da fundamentação e desenvolvimento dessas no Brasil. As Comunidades Terapêuticas no Brasil tem sua fundamentação teórico-prática baseada principalmente no modelo norte americano, criadas nos EUA principalmente por pessoas que já haviam passado por tratamento devido ao uso de drogas.

Segundo Tinoco (2006), as Comunidades Terapêuticas norte-americanas surgiram a partir da década de 70 com grande influência também do modelo dos Alcoólicos Anônimos (AA), modelo também voltado para o tratamento do uso de drogas (Narcóticos Anônimos). O mesmo autor relata que ao longo da história várias Comunidades foram sendo criadas, sendo que as principais características dessas eram o caráter messiânico, a superioridade moral e a hierarquia entre os membros, utilizando de submissão e confrontação pública entre os internos. Essas CTs compreendiam o meio social como de extrema importância para a manutenção da dependência. Assim, os usuários de drogas deveriam ser afastados do meio em que viviam e levados para as Comunidades, sendo preciso também aderir aos princípios ideológicos destas (Damas, 2013).

No Brasil, as CTs são monitoradas pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA) através da resolução RDC No. 101 de 30 de Maio de 2001 e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) (Ministério da Saúde, 2001). Rezende (2000) destaca três modelos de Comunidades existentes no país: as espirituais, as científicas e as mistas. As

espirituais são aquelas que fazem uso do discurso religioso para fundamentar as práticas, buscando a doutrinação e o aconselhamento espiritual, que levariam à abstinência e à reinserção social. As científicas seriam formadas por equipes multiprofissionais da área da saúde, sendo nestas ausente o discurso religioso. As Comunidades mistas fariam uso do discurso religioso e do científico, contando com uma equipe multidisciplinar e também atividades religiosas. A autora destaca a importância de considerar a complexidade necessária para o tratamento para usuários de drogas, sendo necessária uma multiplicidade de propostas que se complementem.

A inserção das Comunidades é anterior a sua regulação pelo Governo. O surgimento da primeira comunidade no Brasil data de 1968. Essa foi criada por movimento de jovens ligados à igreja evangélica. O segundo registro de CT foi em Campinas, sendo esta também vinculada a um movimento religioso, nesse caso católico, tendo como principal responsável um missionário norteamericano (Fossi & Guareschi, 2015).

A judicialização da questão do uso problemático de drogas contava anteriormente apenas com a internação dos usuários em hospitais psiquiátricos. Entretanto, o descuido do sistema de saúde público abriu caminho para o crescimento das Comunidades Terapêuticas. O Confen apoiou o crescimento destas, compreendendo que havia falta de instituições que ofereciam cuidado aos usuários de drogas, embora já reconhecesse a necessidade dessas melhorarem as condições de tratamento (Machado & Miranda, 2007).

As Comunidades Terapêuticas são geralmente instituições fechadas, sendo raras as que trabalham com modelos mais abertos. Elas têm como objetivo a “cura” do indivíduo entendendo como cura sua abstinência total das drogas, compreendendo que apenas dessa maneira ele poderá conviver novamente em sociedade (De Leon, 2003). As CTs atuais mantêm características de autoajuda, disciplina, confrontação e controle intenso (físico e emocional) das pessoas internadas, dentro de um ambiente sem drogas (Sabino & Cazenave, 2005). Uma das atividades fundamentais nas CTs é a laborterapia. Segundo De Leon (2003), o trabalho nas CTs é compreendido como expressão da identidade e valor do sujeito, assim seria através dessa atividade que os problemas pessoais poderiam ser resolvidos, não tendo a função de aprendizagem de um novo ofício ou de capacitação para atividades profissionais. Minayo e Ribeiro (2015) apontam que há uma construção por parte dos ex-dependentes de que esses eram dependentes e que aprenderam a viver de forma correta ou que há um modo certo de viver, que seria em Deus. Essa narrativa, segundo as autoras, é “*insistentemente repetida e se torna parte da doutrinação religiosa*”, organizando a vida com orações, trabalho e disciplina.

Embora algumas CTs atuais busquem uma maior vinculação com o discurso científico e com práticas mais humanizadas, a presença do discurso moral e religioso ainda é muito comum. Valderrutén (2008) analisa possíveis fatores que geram a busca cada vez maior por tratamento em Comunidades Terapêuticas e a eficácia deste tratamento para determinadas pessoas, afirmando que através do discurso moral e religioso estas CTs parecem oferecer uma identidade integrada, que corresponderia às exigências sociais de ajuste a projetos morais, estabilidade e integração social, somado à promessa de que o usuário chegaria a renúncia total do uso, mudando totalmente a sua vida, deixando, por conseguinte, a posição de desviante para se transformar em usuário em recuperação ou recuperado.

As Comunidades Terapêuticas apresentam uma singularidade, pois se apoiam em três discursos, no discurso moral religioso, com a compreensão do prazer da droga como um mal a ser combatido, no discurso jurídico disciplinatório e punitivo e no discurso biomédico de tratamento, ocupando local característico que parece oferecer respostas às compreensões sociais a respeito do uso de drogas (Ribeiro & Minayo, 2015; Fossi & Guareaschi, 2015). As CTs utilizam de métodos morais para recuperar o indivíduo, sendo as atividades chamadas espirituais, como leitura da bíblia, oração, grupo de AA e NA as principais ferramentas de tratamento, levando ao caráter confessional e culpabilização dos internos pelo uso de drogas (Bolonesi-Ramos & Boarini, 2015; Fossi & Guareschi, 2015).

As CTs parecem ter um impacto na construção das identidades individuais, uma vez que através da separação do indivíduo do meio social e sua reclusão junto a um grupo específico com discursos hegemônicos, estas Comunidades facilitariam uma identidade fusional, no qual a questão deixa de ser o consumo, mas todo o cotidiano e estilo de vida dos residentes, havendo uma diluição das marcas biográficas ao longo do processo terapêutico (Valderrutén, 2008). Com o uso do discurso do cuidado, são determinadas formas de comportamento e de pensar, havendo questionamentos sobre a ética deste cuidado, que impõe ao sujeito um modo de ser no mundo.

O Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2011) emitiu um relatório sobre a inspeção nacional de direitos humanos em locais de internação para usuários de drogas, buscando intervir nas discussões sobre as drogas, principalmente a respeito da política de internação, muitas delas compulsórias, como primeiro recurso de intervenção e sobre a existência de uma chamada “epidemia do crack”. Das 68 instituições inspecionadas no Brasil todo, o CFP encontrou que em todas as CTs houve indícios de violação em vários graus, tais como: interceptação e violação de correspondência, violência física (castigos e torturas), exposição a situações humilhantes, imposição de credo, desrespeito à orientação sexual, dentre muitos

outros. O documento aponta que essas condições contribuem para a construção de uma identidade culpada e inferior no usuário, sendo a submissão um ideal e a “cura” almejada. Outros agravantes destacados são: a ausência de profissionais da saúde, a existência de profissionais submetidos aos preceitos religiosos, além de crises de abstinência desassistidas. Dessa forma, o CFP apontou a necessidade de uma mudança de postura do Estado frente à utilização deste modelo de assistência dentre as suas políticas e recomendou cautela nas ações referentes à “guerra contra o crack” (CFP, 2011).

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) relatou que em 2013 contabilizava 85 Comunidades Terapêuticas cadastradas. Contudo, esse número não corresponde à realidade de Comunidades existentes. Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) afirmam que existem muitas CTs que têm seu funcionamento sem a filiação à federação e não apresentam condições adequadas, desde a estrutura até o modelo de funcionamento. Os princípios das Comunidades federadas são postos pela FEBRACT como de recuperação e resgate da cidadania, a reabilitação física e psicológica e a reinserção social delegando os cuidados médicos e clínicos necessários a outros serviços de saúde (Sabino & Cazenave, 2005).

Um levantamento feito pela FEBRACT em 2005 descreveu algumas características da população internada em suas filiais naquele ano. A amostra era composta majoritariamente por homens (92,3%), com média de idade de 28,8 anos, sendo que 50% já haviam passado por outros tipos de internação, sendo as drogas mais usadas o álcool, a maconha, a cocaína e o crack (Sabino & Cazenave, 2005).

Foram cadastradas 1256 instituições que funcionam como Comunidades Terapêuticas no contexto brasileiro, em mapeamento realizado pelo SENAD sobre as instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007. Entretanto, essas entidades existem enquanto tratamento de drogas há mais 30 anos e nesse período foi apenas em 2006 que elas passaram a ser consideradas como espaço de tratamento na área da saúde, sendo a partir de então reguladas pela ANVISA (Ministério da Saúde, 2006). Ribeiro e Minayo (2015) apontam que a discordância entre os números de CTs pelos órgãos públicos é um demonstrativo de que existe uma quantidade de CTs que funcionam sem a fiscalização. Em 2006 foi aprovada a Lei nº 11.343 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) que busca, entre outras ações, a prevenção do uso indevido de drogas através do cuidado e reinserção social de pessoas que façam uso de drogas (dependentes ou não). Para tal, determina ações de prevenção do uso e atenção ao usuário como: redução dos fatores de vulnerabilidade e risco

para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção, respeitando princípios como o fortalecimento da autonomia com relação ao consumo de drogas; a redução de danos como forma de estabelecer os objetivos; trabalhos articulados entre as atividades de prevenção, serviços de saúde e familiares; investimento em diferentes formas de inclusão social e melhoria da qualidade de vida (atividades esportivas, culturais, artísticas e profissionais) (Ministério da Saúde, 2006).

As Comunidades só passaram a contar obrigatoriamente com profissionais de nível superior depois da Portaria No. 131 (Ministério da Saúde, 2012), o que pode ter levado a certo distanciamento entre as investigações científicas desse contexto. Segundo o SENAD existiriam até 3000 CTs no Brasil, contudo em estudo realizado somente com questões relativas ao uso de álcool e drogas, apenas 439 (35%) dessas se denominaram como CTs (Ministério da Saúde, 2007).

Nos últimos anos, diferentes Projetos de Lei (PL) foram formulados buscando modificar leis anteriores que dispunham sobre a atenção a usuários de drogas. O PL No. 1.377/2015, por exemplo, autoriza que instituições como as CTs falem sobre religião e desenvolvam trabalhos internos não obrigatórios (Câmara dos Deputados, 2015). O PL No. 6.684/2009 acrescenta à Lei No.11.343 (2006) a suspensão da obrigatoriedade de reinserção social para as CTs. Existe um discurso crescente sobre uma prática de atenção, onde direitos já conquistados em Lei podem ser revogados (Câmara dos Deputados, 2009).

No primeiro semestre de 2015 o FUNAD (Fundo Nacional Antidrogas) aprovou o aumento no orçamento de Comunidades Terapêuticas (instituições particulares) para 153 milhões, o que equivale a um aumento de 115% de crescimento em relação ao ano anterior. As entidades escolhidas não se encaixam na categoria que exigiria processo licitatório (CFP, 2015).

A literatura científica brasileira ainda é escassa em relação a esta temática, mas vem aumentando sua produção. Entretanto, os artigos mais antigos não trazem elementos suficientes para a compreensão de como o tratamento nas Comunidades Terapêuticas funcionam atualmente ou como essas são organizadas no Brasil, havendo concentração dos estudos desenvolvidos em CTs na região sul do país (Gabatz et al., 2013; Selegim & Oliveira, 2013; Siqueira, Barbosa, Laranjeira, & Hopkins, 2007). Em estudo realizado por Silva e Garcia (2004) foram identificadas 22 CTs no Espírito Santo, no qual 54,5% eram ligadas à religião protestante. Nessas Comunidades as atividades desenvolvidas buscavam principalmente a ocupação do tempo através de atividades em áreas espirituais, ocupacionais, recreativas e físicas. Em 77,5% das CTs as internações duravam entre 7 a 9 meses e em 82%

destas não era oferecido acompanhamento depois da internação. Essas CTs propõem como principal saída frente à dependência do uso de álcool e drogas a conversão religiosa. Estudos realizados pelo Ministério também se mostram ainda muito insipientes e apresentam apenas um esboço da inserção de instituições que se denominam como CTs (Ministério da Saúde, 2012). Alguns artigos se posicionam a favor do modelo das CTs, sem problematizar o modelo de tratamento, responsabilizando somente o interno pela não adesão ou pelo considerado fracasso do tratamento. Artigos recentes tem problematizado as CT como parte da RAPS e buscado discutir a fundamentação dos tratamentos e sua inserção histórica no contexto brasileiro (Ribeiro & Minayo, 2015; Fossi & Guareschi, 2015; Bolonhesi-Ramos & Boarini, 2015; Alves & Lima, 2013; Pitta, 2011).

Perrone (2014) discute as práticas das Comunidades brasileiras dentro da Reforma Psiquiátrica, e aponta que embora, teoricamente, essas práticas se aproximem dos ideais da Reforma, ainda há distanciamento de como essas acontecem e os impactos dessas no tratamento e na vida dos usuários. Outro discurso que legitima a Comunidade Terapêutica enquanto prática de cuidado é o discurso científico psiquiátrico. Em determinados estudos (Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008) o que se observa é a defesa do tratamento visando à abstinência do paciente, colocada como o objetivo principal, justificando essa prática através da apresentação dos malefícios proporcionados pelo uso da droga e pelos dependentes para a sociedade.

Dois estudos internacionais de revisão se propuseram a analisar a eficácia do tratamento das Comunidades Terapêuticas e ambos apontam a falta de estudos e a dificuldade de conclusões devido à diversidade de modelos de CTs existentes. Vanderplasschen et al. (2013) revisaram Comunidades que utilizavam o *Recovery* como modelo de atuação, esse modelo voltado para reabilitação social compreendendo o indivíduo para além do paradigma saúde e doença. Contudo os autores apontaram dificuldade em avaliar, devido principalmente ao foco dos estudos de eficácia em CTs estarem voltados à abstinência. Fiestas e Ponce (2012) apontam para erros metodológicos nos artigos encontrados na revisão, sendo necessário estudos com maior rigor, além dos aspectos técnicos das pesquisas, os autores afirmam não há evidência da efetividade das CTs frente a outros serviços. Os artigos de revisão ainda discutem a necessidade de se ampliar a visão do cuidado para além do uso ou não uso de droga e da necessidade de múltiplos dispositivos de atenção, que inclusive possam ser menos onerosos e com maior eficácia (Fiestas & Ponce, 2012; Vanderplasschen et al., 2013).

Spink (2010) em estudo que analisou os sentidos de ser fumante, em um momento em que há um forte discurso anti-tabaco, aponta para o discurso de vida saudável no qual hoje é exigido das pessoas uma vida controlada e sem riscos e que comportamentos que saiam disso são julgados moralmente como impróprios, inadequados e são desqualificados. No caso do uso de drogas, todos os discursos focam nos malefícios destes, sendo estes fisiológicos, biológicos e sociais. Segundo a autora, estas construções dificultam políticas de cuidado como a de redução de danos e, por outro lado, acabam legitimando políticas de saúde que visam à abstinência total.

Valderrutén (2008) considera as CTs atuais como instituições totais, com características similares aos asilos, buscando atualmente a “cura” social para os hoje chamados “dependentes”. Corradi-Webster (2013) também aponta que nos dias atuais os rituais segregacionistas e de purificação encontram-se travestidos em algumas práticas psicoterápicas e discursos moralistas, em uma nova roupagem técnica que já era descrita por Basaglia em 1985.

Dessa forma, atualmente existem muitos questionamentos acerca de quais seriam os modelos mais adequados de intervenção para o cuidado de pessoas que fazem consumo problemático de álcool e outras drogas, buscando assim maneiras eficazes de lidar com uma questão que vem se tornando preocupação pública. Apesar disso, também se observa a falta de conhecimento e pesquisas na área, principalmente no que se refere às Comunidades Terapêuticas. Sendo este o modelo que vem sendo destacado e preconizado na chamada “guerra contra o crack”, se torna fundamental desenvolver pesquisas nesse campo, buscando compreender melhor quais são os sentidos atribuídos pelos usuários que passaram por esse modelo de intervenção, buscando não negligenciar a complexidade desse campo (Pereira et al., 2013).

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Nas últimas décadas o campo da saúde mental foi marcado por transformações no modo de compreender o sofrimento psíquico, relativos ao indivíduo que sofre e aos cuidados oferecidos a ele. Este movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica, teve um impacto na legislação brasileira e na organização da rede de atenção privilegiando o cuidado comunitário e territorializado com internações curtas e pontuais. Apesar do Ministério da Saúde discutir atualmente a questão dos transtornos por uso de substâncias dentro da agenda da saúde mental, há historicamente um descaso do Estado junto à população que sofre com estes transtornos. Este descaso levou à disseminação de Comunidades Terapêuticas, instituições geralmente fechadas (isoladas e que não ou pouco promovem contato social ao longo do tratamento), de cunho religioso e que têm como princípios o afastamento do usuário de seu convívio social, a abstinência total a todas as drogas, a laborterapia e a prática religiosa, contrariando muitos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Nos últimos anos, a sociedade brasileira vem vivenciando um “pânico” que foi incentivado pela mídia e nomeado de “epidemia do crack”. Soma-se a isto, a representação construída de que apenas medidas extremas poderiam auxiliar no tratamento de pessoas que estabeleceram uma relação problemática com as drogas, levando a um aumento nas internações de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas, sejam estas internações voluntárias, involuntárias ou compulsórias. Órgãos públicos nacionais e internacionais, entidades de representação de classe e de direitos humanos vêm relatando o aumento do número de violações dos direitos humanos nestas instituições e a efetividade destas vem sendo questionada por diversos especialistas. Frente a isto, levantam-se as seguintes questões: Quais são os sentidos construídos por pessoas que passaram por internações em CTs a respeito desta experiência? O que representa as internações em CTs para pessoas que passaram por esse modelo de cuidado? Como ela é compreendida? Com este estudo buscamos subsídios que auxiliem na compreensão desta estratégia de intervenção e na discussão sobre as políticas públicas que abordam a questão do consumo de drogas. Não se trata de um estudo que visa validar esse tratamento ou propor parâmetros de comparação com outros modelos, mas investigar aspectos da experiência da internação em Comunidades Terapêuticas por pessoas que passaram por esse processo.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

Este estudo tem por objetivo compreender os sentidos construídos a respeito da internação em Comunidades Terapêuticas por indivíduos que passaram por estas instituições e atualmente são usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas do município de Ribeirão Preto – SP.

2. Objetivos Específicos

- Compreender os motivos e como se deu a procura por cuidados em Comunidades Terapêuticas;
- Conhecer como os participantes descrevem o processo de internação em Comunidades Terapêuticas, as rotinas e métodos utilizados por estas instituições e os sentidos construídos pelos indivíduos entrevistados a respeito destas;
- Analisar como se deu o processo de saída da CT e retorno ao território.

REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO

REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO

Esse estudo fundamenta-se na inteligibilidade construcionista social como uma epistemologia, uma vez que é uma forma de conhecer e olhar para as realidades. Segundo Mountian (2014) a epistemologia “permite decidir que tipo de conhecimento é possível e o que é possível ser conhecido”. De acordo com a perspectiva construcionista social, as pessoas estão a todo o momento construindo descrições sobre suas experiências, nas relações que estabelecem por meio da linguagem em uso (Gergen, 2009). Considerando a linguagem como uma prática social e os discursos como o uso sistematizado e institucionalizado da linguagem, nos estudos construcionistas há o foco para as práticas discursivas, ou seja, para a construção e ações que a linguagem em uso realiza (Méllo, Silva, Lima & Di Paolo, 2007).

Spink e Medrado (2004) discorrem que a produção de sentidos é inscrita em um momento histórico e cultural, sendo necessariamente uma construção dialógica. Assim, os sentidos são os termos que nos servem como forma de localização no mundo, como o descrevemos, incluindo a nós mesmos, e como lidamos com as situações em nosso entorno, são construções sociais presentes na linguagem em uso.

Estas construções de sentido influenciam no modo como conduzem sua vida, e se dão através da linguagem, que não representa a realidade social e sim a constrói. Desta forma, a pesquisa construcionista social entende a ciência como uma prática discursiva, sendo o conhecimento científico uma prática construída por pessoas em interação que devem buscar auxiliar na abertura de novas possibilidades de construir os sentidos sobre determinado objeto (Gergen & Gergen, 2010). A pesquisa é construída como uma possibilidade de entendimento sobre o objeto de pesquisa e não como uma verdade absoluta, nesse fazer há a inclusão do pesquisador como figura ativa e reflexiva em todo o processo (referências, bases de dados, análise, apresentação dos resultados) (Corradi-Webster, 2014).

Estudos construcionistas compreendem que estas construções de sentido acontecem nos relacionamentos interpessoais, influenciadas pelos discursos sociais e pelas experiências de vida da pessoa, permanecendo em constante mudança (Corradi-Webster, 2014; Gergen, 2009; Guanaes & Japur, 2003). Willig (2001) aponta que pesquisas construcionistas dedicam-se a identificar os vários modos em que a realidade social é construída a partir dos discursos disponíveis na cultura.

Nessa perspectiva os discursos seriam as regularidades da linguagem, ou também entendidos como o uso institucionalizado da linguagem. Em nossa sociedade as diferentes

estruturas de poder fazem uso de sinais e tipos de linguagem próprias que produzem determinados sentidos e possibilidades de descrições. Se os discursos são de certa forma permanentes ao longo do tempo, as práticas discursivas têm como potencialidade ser um momento de ressignificação. Usando a linguagem podemos, dentro do coletivo, produzir novos sentidos e nos posicionar de formas diferentes (Spink & Medrado, 2004). Em cada discurso existe, portanto, implicações e ações que ele direciona (Willig, 2001).

A linguagem nos auxilia a organizar nossas experiências, a dizer como nós somos, como percebemos o mundo, e assim ela nos indica como descrevemos o que desejamos, porque agimos e somos de determinadas formas, e isso diz respeito ao momento histórico e a cultura da qual fazemos parte (Burr, 2003).

Spink (2004) sugere que a construção de sentidos deve ser compreendida considerando-se três níveis temporais: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto. O tempo longo traz conteúdos culturais definidos no transcorrer da história, sendo estes conteúdos antecedentes às pessoas, tornando-se presentes através das representações dos modelos, convenções e normas, sendo considerados como discursos sociais (como discurso religioso, discurso de gênero, dentre outros). O tempo vivido engloba os processos de socialização realizados através da linguagem, resignificando o tempo longo, considerando a história de uma pessoa dentro do grupo social a qual pertence. O tempo curto é aquele que abarca os acontecimentos do dia-a-dia, é o tempo onde as compreensões sobre o processo de produção de sentidos podem ocorrer, como no encontro entre pesquisador e entrevistado. A autora também aponta que é por intermédio dos três tempos que se torna possível conhecer discursos institucionalizados, normatizantes, papéis e funções estabelecidas e as estratégias da linguagem que nos posicionam em cada relação. Dessa forma, abrem a possibilidade da escuta da pluralidade de discursos que sustentam os processos de produção de sentido.

No processo de construção de sentidos diversas posições são assumidas, resultando em uma grande variedade de possibilidades de se contar histórias sobre si, dependendo do contexto e do momento interativo (Guanaes, 2006). As pessoas constroem descrições de si, trazendo a sensação de identidade pessoal, através das experiências vividas que irão caracterizar a pessoa como individualmente única (Rasera & Japur, 2005). Portanto, as escolhas feitas diante de determinados contextos sociais e a história pessoal destas posicionam-nas em determinado lugar nas relações (Japur, Guanaes, & Rasera, 2004).

Para compreender o processo de produção de sentidos realizado em uma pesquisa, considera-se também importante que o pesquisador tenha uma postura de reflexividade constante. Incluir no processo de pesquisa reflexões a respeito dos caminhos escolhidos,

quais e como foram os procedimentos realizados, incluindo a relação entre os sujeitos (pesquisador e pesquisado) é parte fundamental deste processo dentro do campo das ciências sociais. Assim, a reflexividade é o processo sobre e na pesquisa, em que se reflete sobre o que é produzido e como é produzido (Oliveira & Piccinini, 2009; Neves & Nogueira, 2005).

Historicamente, havia a construção do pesquisador como pessoa neutra no seu fazer pesquisa. Entretanto, com os movimentos das pesquisas críticas, como as pesquisas feministas e o construcionismo social, o pesquisador passou a ser considerado ativo na pesquisa e em seu papel de denúncia das relações de poder estabelecidas na ciência e nas relações sociais e mesmo no momento da própria pesquisa, como na entrevista (Spink & Menegon, 2004; Neves & Nogueira, 2005). A reflexividade, assim, serve à postura ética do pesquisador buscando transparência no processo, postura crítica da sua “autoridade” (gênero, classe social, profissão) e para colocar em questionamento os discursos dominantes (Mountian, 2014).

Willig (2001) destaca que a reflexividade se refere à contribuição do pesquisador na construção de sentidos durante o processo de pesquisa, já que se considera impossível que o pesquisador mantenha-se neutro durante este processo. Dessa maneira, a reflexividade busca explorar os modos pelos quais o pesquisador influencia em uma pesquisa, como ele age e como informa o estudo. Dessa forma, considera-se o pesquisador como agente ativo na pesquisa, ele se torna uma ferramenta importante para a construção de sentidos e práticas que resistam à ideologia dominante. Existem duas formas de reflexividade, a pessoal e a epistemológica. A primeira faz referência aos valores, experiências, interesses, comportamentos, objetivos de vida e identidades sociais que irão delimitar a pesquisa, bem como o modo como essa pesquisa pode modificar o pesquisador. A reflexividade epistemológica refere-se a como o desenvolvimento da pesquisa também constrói e circunscreve as falas e sentidos dos participantes, nos questionando sobre as suposições que foram construídas ao longo da pesquisa e os impactos dessas suposições para os achados e para a própria pesquisa (Willig, 2001).

Destaca-se também que a inteligibilidade construcionista social foi utilizada em outras pesquisas do campo de estudos de álcool e outras drogas, auxiliando a compreender os sentidos construídos sobre a temática e o impacto na construção das identidades e práticas (Corradi-Webster, 2009; Melo, 2013).

MÉTODO

MÉTODO

1. Local

Os participantes foram selecionados dentre as pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial II– Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Ribeirão Preto – SP, único serviço de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas para adultos no município. Esse serviço se mantém e foi criado em 1996, por uma ONG espírita em parceria e a pedido da prefeitura do município.

Este serviço visa atender a demanda de indivíduos com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, oferecendo tratamento intensivo (8h as 21hrs), semi-intensivo (paciente realiza atividades semanais) e não intensivo (ocorre por meio do acompanhamento em grupos de manutenção, participação nos grupos de apoio quando o paciente sente necessidade e no acompanhamento de consultas médicas). Ao procurar atendimento, inicialmente o indivíduo passa por um processo de triagem, no qual é programado um projeto terapêutico individual, que pode ser constituído pela participação nos Grupos de Apoio, oficinas e atendimento médico e psicológico, grupo familiar, dentre outros. Depois deste planejamento, um profissional da equipe fica responsável por ser a referência a ele, para aqueles que se encontram em tratamento intensivo. Esse profissional deve acompanhar o processo de tratamento deste, sendo a referência desta pessoa para o que for preciso. As atividades desenvolvidas incluem: atendimento individual (médico, psicoterápico e orientações) e grupal, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimentos à família e acompanhamento terapêutico. Desde sua abertura, o serviço atua seguindo o modelo da Redução de Danos, ou seja, é discutido ao longo do processo de tratamento o objetivo que cada pessoa quer alcançar quanto ao uso de drogas, considerando o contexto, história e fatores sociais, psicológicos e biológicos da pessoa.

A equipe técnica do serviço é composta por médicos psiquiatras e clínicos, equipe de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educador físico. O serviço funciona de portas abertas não sendo necessário encaminhamento formal de outros profissionais da rede. Recebe também pessoas oriundas de diversas Comunidades Terapêuticas da região de Ribeirão Preto, tendo também parceria com uma CT do município, para onde encaminham e de onde recebem pacientes. O serviço também é responsável no

município por realizar avaliações técnicas e emitir pareceres a respeito de pedidos de internação compulsória e involuntária.

A decisão de incluir participantes neste estudo advindos de local diferente (CAPS-AD) do serviço que seriam convidadas a contar a respeito (Comunidades Terapêuticas), ocorreu para que houvesse maior liberdade de expressão a respeito do que foi vivido nas CTs, compreendendo que perguntar sobre o tratamento no local em que ele ocorre poderia interferir de forma significativa na posição e relato dos colaboradores. Assim, o CAPS-AD foi escolhido por se tratar de um serviço psicossocial, que atua pautado no modelo de redução de danos, mas que também mantém ligação com a internação em CTs, seja por convênio via prefeitura, seja indiretamente recebendo pacientes que passaram por diferentes CTs.

Dentro de um contexto mais amplo vale ressaltar que o município de Ribeirão Preto foi selecionado para participar do programa do governo do estado de São Paulo “Recomeço” e também aderiu ao programa do Governo Federal de combate ao crack. Esses programas investem principalmente em equipamentos policiais de combate ao tráfico (viaturas e câmeras de segurança) e aumento de vagas de internações em CTs. O processo de vagas em CTs é direcionado principalmente pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). Além disso, há um processo histórico na cidade de incentivo à internação em CTs, tanto pelo Conselho Municipal de Álcool e Drogas (COMAD) quanto pelo responsável da Saúde Mental do município.

2. Participantes

Os participantes foram indivíduos em tratamento no CAPS-AD de Ribeirão Preto -SP, que já haviam passado por pelo menos uma experiência de internação em Comunidades Terapêuticas. Os participantes foram convidados pela pesquisadora nos grupos de acolhimento realizados semanalmente e nas oficinas realizadas na instituição.

Os critérios de inclusão foram: ser usuário do CAPS-AD de Ribeirão Preto – SP; ter passado por pelo menos uma experiência de internação em CTs; ter mais que 18 anos; e concordar em participar da pesquisa. Para atingir aos objetivos propostos, foram entrevistadas 15 pessoas, sendo estas as primeiras que concordaram em participar do estudo. Para a análise, foram selecionadas 10 entrevistas e excluídas 05, seguindo os critérios de exclusão: 1) excluiu-se a única mulher entrevistada, considerando esse estudo não ter como objetivo a discussão de gênero, questão essa que merece devida atenção em estudos mais focados, considerando a

problemática de formulação dos serviços que ainda são pensados para atender a população masculina e não se atêm às questões e demandas femininas; 2) excluiu-se um colaborador que passou por internação em uma CT há 30 anos atrás. Embora essa informação nos diga da inserção há anos das CTs como intervenção a usuários de drogas, optamos por não selecioná-la para trazer questões das CTs mais recentes; 3) excluiu-se um participante devido às condições do colaborador no momento da entrevista, uma vez que este encontrava-se extremamente confuso, com dificuldades de dar informações; 4) excluíram-se duas entrevistas de colaboradores que ao longo da conversa disseram só terem sido internados em clínicas de reabilitação, que embora tivessem características estruturais similares a uma CT (fazenda, laborterapia, monitores), foram internados involuntariamente após avaliação psiquiátrica.

Dessa forma foram analisadas as entrevistas dos colaboradores descritos na Tabela 01.

Tabela 1: *Dados sociodemográficos dos participantes desse estudo (n=10)*

Participantes*	Idade	Profissão	Reside com	Escolaridade	Estado Civil
Flávio	38	Estoquista de supermercado (afastado)	Sozinho	Superior incompleto	Solteiro
Fernando	47	Funileiro (desempregado)	Pais	Ensino médio incompleto	Separado
Rafael	23	Porteiro (desempregado)	Avós	Fundamental incompleto	Solteiro
Jorge	40	Vendedor autônomo	Esposa e filho	Fundamental incompleto	Casado
Diego	33	Entregador de panfleto (desempregado)	Mãe e irmãos	Fundamental incompleto	Solteiro
Lucio	32	Auxiliar de pedreiro (desempregado)	Pais	Ensino médio incompleto	Solteiro
Daniel	33	Cozinheiro (afastado)	Esposa e filhos	Fundamental incompleto	Casado
Lucas	26	Estudante história (afastado)	Mãe	Superior incompleto	Solteiro
Paulo	42	Auxiliar de pedreiro	Pais, irmão e tio	Ensino médio incompleto	Solteiro
Fabio	37	Auxiliar técnico em comunicação (afastado)	Esposa e filhas	Ensino médio incompleto	Casado

*nome fictício

Conforme observado na Tabela 1, a idade média dos participantes foi de 31,8 anos. Somente um dos participantes residia sozinho, os demais moravam com familiares, sendo dois casados, um separado e oito solteiros. A respeito da escolaridade, quatro não possuíam ensino fundamental completo, quatro não possuíam ensino médio completo e dois possuíam ensino superior incompleto.

3. Instrumentos

Entrevista semiestruturada

O instrumento utilizado para a coleta de informações foi o roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A). A entrevista semiestruturada é considerada um modelo de interação social no qual se objetiva obter informações dos participantes através de um roteiro com algumas perguntas básicas delimitadas por temas centrais, mas que incluem a flexibilidade de escuta dos participantes para outras questões (Lima, Almeida, & Lima, 1999; Fraser & Gondim, 2004). Segundo Bógus e Nogueira-Martins (2004) as perguntas do roteiro de entrevista são construídas a partir da teoria que envolve a pesquisa, dos dados observados na literatura e dos objetivos da pesquisa. Considera-se que a narrativa produzida na entrevista dá-se dentro de um processo interativo e cooperativo, em que entrevistador e entrevistado posicionam um ao outro e que os sentidos são construídos considerando-se os tempos longo, vivido e curto (Spink, 2004).

Foi elaborado um roteiro de entrevista que busca abordar as construções de sentidos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas (Apêndice B). Para tal, a entrevista semiestruturada foi organizada em quatro grandes tópicos, sendo estes: 1) Identificação dos participantes - composto por questões sócio-demográficas; 2) Trajetória de consumo de substâncias - com perguntas voltadas para as experiências dos entrevistados de consumo de substâncias psicoativas e a problematização do mesmo no decorrer de suas vidas; 3) Trajetória de busca por cuidados em saúde mental e drogas - nesse tópico as questões abordam a busca de cuidados em saúde mental e estratégias utilizadas para lidar com questões relativas ao consumo de substâncias; e 4) A vivência de internação em Comunidades Terapêuticas - as questões tratam sobre a experiência de internação, desde a decisão por esse recurso até a experiência dentro da CT e o impacto após a saída da mesma.

Caderno de Campo

Nesse estudo, o caderno de campo foi utilizado como instrumento para auxiliar o pesquisador no registro das observações relevantes durante o processo da pesquisa. Estes registros são importantes para a análise e discussão dos dados, buscando uma compreensão mais global do fenômeno estudado (Minayo, 2014).

Spink (2003) discorre sobre o “adentramento” do pesquisador ao fazer pesquisa em um campo-tema. Este seria as redes de sentidos que se ligam em torno do seu tema de pesquisa, que extrapolam o local e tempo de coleta de dados e que pode emergir em diferentes espaços e tempos. As observações anotadas nesse estudo abrangem o campo-tema deste, assim, constam nas anotações informações sobre questões levantadas e experiências profissionais da pesquisadora anteriores ao início da pesquisa, reportagens sobre o tema das CTs, relato de pessoas próximas, visitas a uma CT, momentos da entrevista, e tudo aquilo que se constituiu como campo-tema. Essas anotações auxiliaram nas reflexões e posicionamentos ao longo de todo estudo e aparecem direta ou indiretamente citados ao longo do texto.

4. Coleta de dados

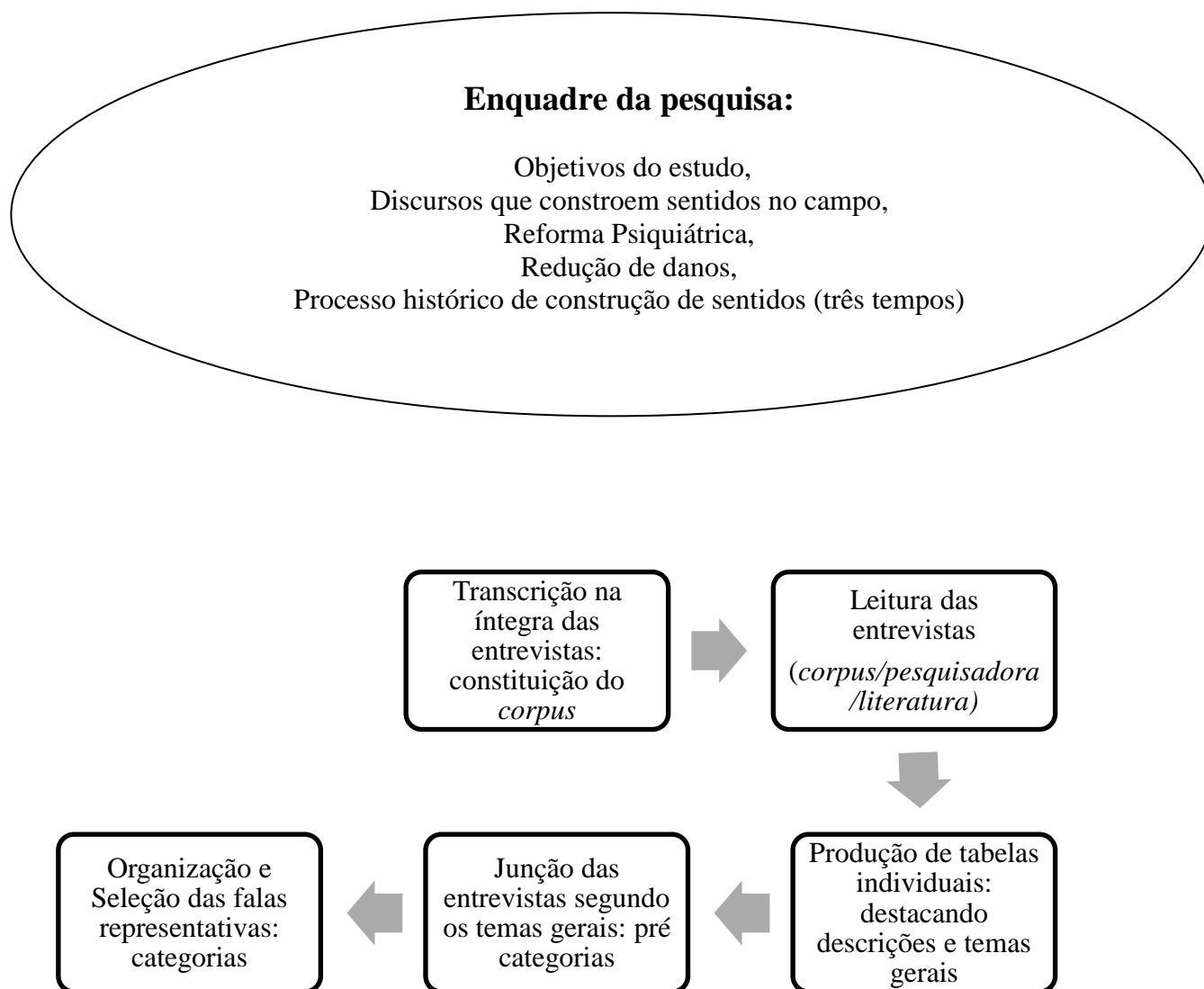
A pesquisadora foi aos grupos de acolhimento e oficinas realizadas no CAPS-AD e explicou os objetivos de seu estudo, convidando pessoas que preenchessem os critérios de inclusão para participarem. São realizados em torno de 10 grupos de acolhimento semanais no serviço, com características de grupo aberto, onde os usuários participam por tempo indeterminado. As oficinas realizadas no serviço são de esporte, tear, papel reciclado, música entre outras, que buscam oferecer diferentes espaços de interação e formas de expressão. A pesquisadora realizou o convite nestes grupos e oficinas, e nos casos em que houve interessados, foi feito o agendamento da entrevista. Essas aconteceram nas dependências do CAPS-AD, em uma sala individual, em horário possível ao paciente e ao serviço. Antes da entrevista, a pesquisadora explicou novamente os objetivos do estudo, os direitos do participante e fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), solicitando aos participantes que as entrevistas fossem áudio-gravadas. Após o aceite em participar e estando de acordo com a gravação da entrevista, foi assinado o TCLE e a entrevista tinha início.

5. Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio para facilitar o processo de análise. Buscando garantir o rigor metodológico em pesquisas que propõem a inteligibilidade construcionista, o pesquisador deve explicitar todos os passos da pesquisa, desde a seleção dos métodos de coleta até o processo de análise e de interpretação dos dados, a fim de que o leitor possa acompanhar a produção dos sentidos (Spink & Lima, 2004).

Para tal, nesse trabalho foi utilizada a análise de conteúdo temática, em que os referenciais epistemológico e metodológico servem de guias na realização da leitura e escolha da produção de temas. Considera-se que os temas são construções que o pesquisador encontra e escolhe como significativas segundo seus objetivos. A análise de conteúdo propicia aprofundamento das informações compartilhadas pelos colaboradores considerando aspectos como contexto e cultura (Minayo, 2000).

Nesse estudo, a análise foi realizada seguindo os passos: inicialmente houve a organização do material e a constituição do *corpus*, que se deu através da transcrição na íntegra das entrevistas; após, foi realizada a leitura inicial das entrevistas individualmente, possibilitando o confronto entre os sentidos produzidos nestas e o conhecimento prévio do campo de estudo; nesse momento, foi construída uma tabela para cada participante, buscando destacar a compreensão da pesquisadora sobre as falas, ressaltando aspectos do *corpus*, em uma análise vertical; seguindo os objetivos da pesquisa foram realizadas releituras do material, com a posterior seleção e agrupamentos das falas das diferentes entrevistas em temas recorrentes, em uma análise horizontal, e assim houve a seleção e organização desses trechos em categorias, como apresentado nas Figuras 1 e 2. Essas categorias foram analisadas de forma a se ater aos vários modos pelos quais os objetos de estudo são construídos no texto (sentidos) dado sua inserção histórica e contextual. Foi dada atenção para os discursos e práticas dominantes.



Figural: Organização do passo-a-passo da análise.

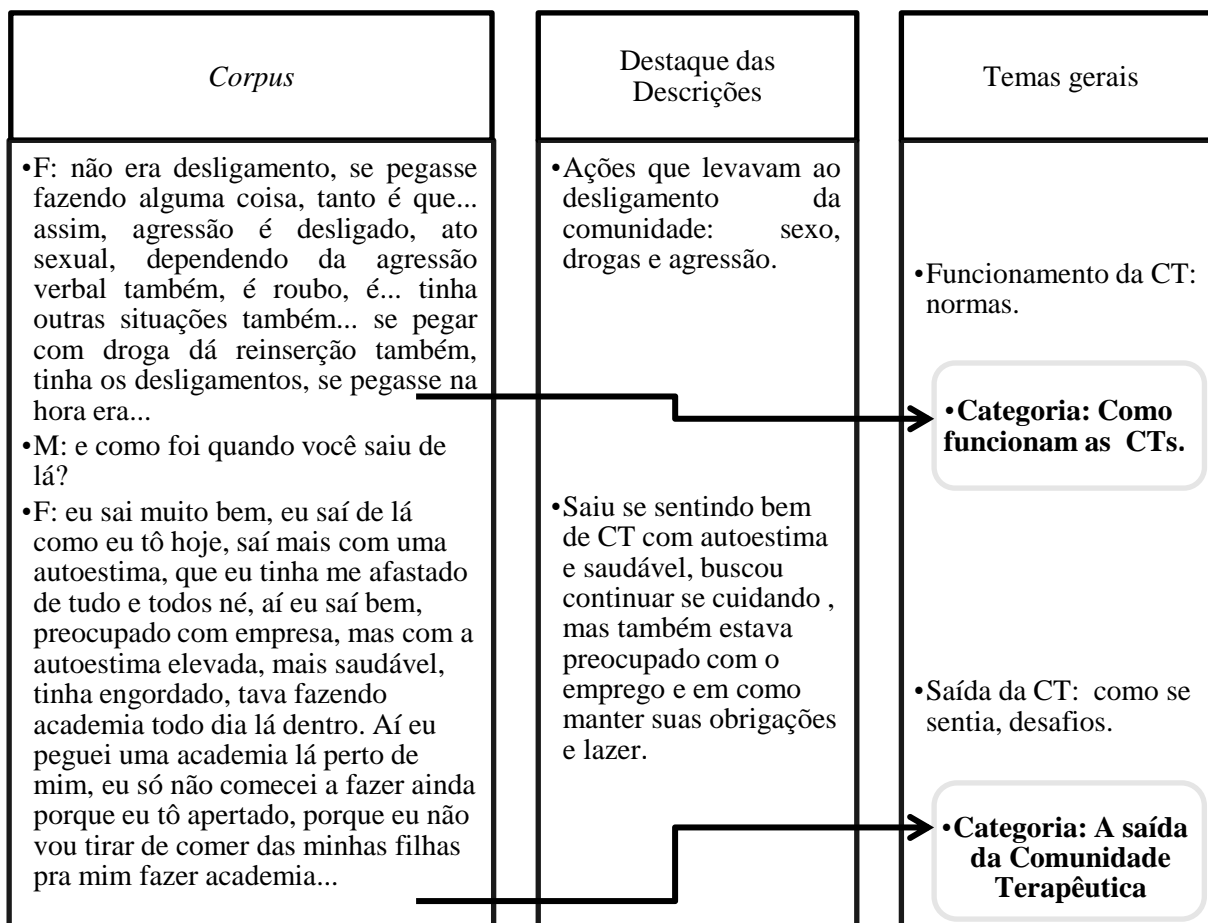


Figura 2: Exemplo de trecho de análise de uma entrevista: os primeiros passos e constituição das categorias.

As categorias são compreendidas nesse estudo como uma construção que utilizamos para organizar, dar sentidos e explicitar as produções de sentidos sobre as experiências da pesquisa e do fenômeno, sendo também potencialmente construtoras de ações. As escolhas de determinadas categorias expõem o posicionamento do pesquisador frente a seus interlocutores, e dessa forma essas escolhas devem ser compreendidas dentro de um processo de construção (Spink & Menegon, 2004). As falas selecionadas para construção dos resultados e discussão são representativas do grupo de entrevistados e apareceram em diferentes entrevistas, ou foram selecionadas por representarem unicidade e mostrarem a variedade de experiências e sentidos (Spink, 2010).

As categorias foram analisadas de acordo com os referenciais epistemológico e metodológico, considerando os discursos que auxiliam na construção de sentidos, os três níveis temporais (Spink, 2004), a literatura sobre a Reforma Psiquiátrica e redução de danos, levando também em conta a reflexividade.

6. Considerações éticas

Este projeto foi apresentado para a equipe do CAPS-AD do município de Ribeirão Preto - SP, que concordou e apoiou a execução deste. O projeto foi aprovado pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – SP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP (CAAE 31307414.7.0000.5407). Foram respeitados os critérios éticos da resolução n.º 466 de 12 de Dezembro de 2012, sendo os sujeitos informados sobre o objetivo da pesquisa, esclarecendo todas as dúvidas que se apresentaram, dando autonomia para decidirem se participariam ou não, tendo o cuidado de não identificar os sujeitos participantes, garantindo a confidencialidade e a privacidade destes, protegendo a imagem e a não-estigmatização e respeitando os direitos humanos. Foi previsto que situações em que houvesse mobilização de sentimentos ou pensamentos de angústia no participante, a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento. A pesquisadora faria um acolhimento inicial desta demanda e orientaria que o participante procurasse conversar sobre estes conteúdos e sentimentos com o profissional de referência dele no CAPS-AD. A inteligibilidade construcionista social compreende que a ética se expande a uma postura de reflexão sobre o que é produzir conhecimento em determinada área. Assim, na entrevista o pesquisador pode construir junto com seus interlocutores um espaço que contribua para a luta

contra a dominação e pela valorização dos direitos humanos (Spink & Menegon, 2004). Considerando essa perspectiva, em conversas em que foram relatadas situações de violação dos direitos humanos, foram construídas, caso a caso, possibilidades de encaminhamentos onde os entrevistados pudessem se posicionar de diferentes formas frente a essas experiências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando sintetizar algumas características que auxiliem na organização dos dados dos entrevistados, a Tabela 2 apresenta informações sócio demográficas e sobre o processo de tratamento devido ao uso de drogas.

Tabela 2: *Informações sobre o uso de drogas e internações dos participantes do estudo (n = 10).*

Participantes*	Início do uso	Uso de Drogas **	Internações/ Internações em CTs	Período da Última Internação em CT	Motivo da Saída	Tempo de Saída da CT
Flávio	19 anos	Crack e álcool	3/2	4 meses	Estava se sentindo bem	1 ano
Fernando	17 anos	Álcool/ maconha/ cocaína e crack	3/2	3 dias	Negligência, má alimentação e limpeza	6 meses
Rafael	13 anos	Maconha/ Cocaína e álcool	1/1	1 dia	Presenciou violação dos direitos humanos	1 semana
Jorge	18 anos	Cocaína/ crack e álcool	4/2	1 mês	Não queria ficar mais internado	3 anos
Diego	10 anos	Álcool/ maconha/ cocaína e crack	Indefinido/1	9 meses	Completo o tratamento	7 meses
Lucio	12 anos	Maconha/ álcool e cocaína	5/2	3 meses	Desentendimentos e vontade de sair	1 ano
Daniel	10 anos	Crack e álcool	4/3	4 meses	Estava se sentindo melhor	4 anos
Lucas	24 anos	Álcool/ maconha e cocaína	3/2	3 semanas	Não se adequou á metodologia	1 semana
Fabio	14 anos	Álcool/ maconha/ Cocaína e crack	2/2	6 meses	Terminou o tratamento	6 meses
Paulo	18 anos	Álcool/ cocaína e crack	1/1	1 ano	Descobriu desvio de dinheiro na instituição	15 anos

** organização das drogas pela ordem cronológica do uso.

A idade média de início de consumo de substâncias dos participantes foi de 15,5 anos, sendo que cinco começaram antes de atingir a maioridade. Dos 26 relatos de processos de internação, 17 ocorreram em CTs (65,4%), as demais correspondem a internações em

hospitais psiquiátricos, CAPS-III e clínicas de reabilitação. Este dado demonstra a importância das CTs como espaço de internação de usuários de drogas. Todos os participantes já haviam feito uso de múltiplas drogas, sendo relatado o uso de álcool por todos os entrevistados. Dentre os participantes, sete fizeram uso de *crack*, sete fizeram uso de cocaína e seis de maconha. Apesar do uso de múltiplas drogas relatado, não necessariamente os entrevistados estavam fazendo uso dessas no período da realização da pesquisa.

A Tabela 1 demonstra que oito participantes encontram-se distantes do mercado de trabalho (afastados ou desempregados) somente Paulo e Jorge realizam atividades remuneradas. Os dados da Tabela 2 a respeito do número de internações/ internações em CT e o tempo da saída desde a última internação em CT contribuem para a reflexão de como essa intervenção pode estar sendo faltosa no cuidado voltado para o retorno ao território (família, rede social e trabalho), considerando o dado da Tabela 1. Além disso, pode apontar para uma rede de atenção com dificuldades de atender e cuidar das pessoas antes e depois das internações, haja vista a complexidade social, economia, política e cultural em torno das questões do uso das drogas (Ribeiro e Minayo, 2015; Bolonhesi-Ramos, & Boarini, 2015).

Através da análise dos dados, foram construídas quatro categorias que tomaram por base os objetivos deste estudo. As categorias são: 1) Comunidades Terapêuticas e equipamentos da rede de atenção psicossocial; 2) Momentos marcantes como desencadeadores da decisão de internação e suas expectativas; 3) Funcionamento das Comunidades Terapêuticas; e 4) A saída da Comunidade Terapêutica: decisão e experiências na sociedade.

1. Comunidades Terapêuticas e equipamentos da rede de atenção psicossocial

Essa categoria é constituída pelos sentidos construídos a respeito do que seria uma CT, através dos relatos dos entrevistados. Foram realizadas comparações com outros tratamentos para uso de drogas que ocorreram ao longo suas histórias de vida e oferecidos pela rede de atenção psicossocial. A passagem por diferentes instituições auxiliou na construção de possíveis descrições sobre as CTs, enquanto modelo de intervenção às pessoas que fazem uso de drogas. As definições e funções atribuídas às Comunidades Terapêuticas, em comparação aos dispositivos da saúde, como hospitais, CAPS e clínicas de reabilitação, não aparecem de forma tão delimitada no momento das entrevistas, diferindo das definições encontradas nas

legislações, na literatura e mesmo na mídia. Sendo o momento da entrevista um convite a pensar sobre o modelo de CTs, pesquisadora e colaborador constroem em conjunto possíveis descrições acerca desse modelo.

Vale destacar que a construção de sentidos não ocorre apenas no momento da entrevista, mas em todo o processo de fazer pesquisa. A construção de uma compreensão sobre CTs entre pesquisadora e entrevistados teve um passo importante no convite realizado às pessoas em tratamento no CAPS. Anterior a realização das entrevistas havia uma definição de CT por parte da pesquisadora, definição esta pautada na literatura, no estágio realizado no CAPS e em visitas feitas a uma CT. Imaginava-se que todas as pessoas que passaram por esse modelo reconheceriam o termo “Comunidade Terapêutica” de acordo com a definição prévia da pesquisadora. Ao realizar os convites em grupos de apoio e oficinas do CAPS, perguntando quem havia passado por internação em Comunidade Terapêutica, predominava a concordância quanto a internação, entretanto, surgiam dúvidas sobre se a instituição em que fora internado poderia ser considerada uma CT ou não. Assim, em conjunto íamos construindo novos sentidos a respeito do que seria uma CT. Os participantes diziam “já fui internado”, “foi em tal cidade”, e a pesquisadora perguntava “como era o lugar?”, “era uma “fazenda?”. Respondiam “tinha trabalho”, “religiosidade” e “parecia um sítio”. Dessa forma a CT ganhava novos nomes, como o de Fazendinha. A partir da construção de descrições a respeito das CTs, foi possível identificar os possíveis colaboradores dessa pesquisa. De forma similar no decorrer desta categoria, há um esforço em construir sentidos comuns entre pesquisadora e entrevistado no momento da entrevista. Na fala de Lucio, o fato de estar internado “trancado” fez com que os diferentes serviços fossem compreendidos da mesma forma, mas ao mesmo tempo a internação em hospital psiquiátrico ganhou sentidos diferentes por não oferecer atividades como nas CTs e, sobretudo, pelos laços afetivos que foram formados com a equipe do hospital.

M: “Entendi, e você contou que teve 5 internações entre hospitais e Comunidades, em Comunidade foram 4 e o último no hospital (psiquiátrico)?

Lucio: ai, é tudo igual...

M: Mas você falou que em um tinha atividade e o outro não, tomava remédio...

Lucio: é tudo igual! Ficava internado lá... aqui também tem, não tem?

M: Não! Tem o pessoal que passa o dia, mas vai embora pra casa.

Lucio: Hum...lá você fica trancado! Tem um aqui que ficou comigo. A única diferença é que no hospital não fazia atividade, e que inventei lá eu fiz uma horta. Eu vou voltar lá daqui um mês eu vou lá, eu peguei tipo um afeto com as pessoas lá, com as psicólogas, elas falaram ‘não a gente quer te ver de novo, sem drogas, sem tá aqui. Quero que você venha só pra gente bater papo, conversar’, é só voltar lá.”

No trecho a seguir Flávio diz, inicialmente sobre a dificuldade em estabelecer as diferenças entre os modelos de internação. Após o diálogo estabelecido entre pesquisadora (processo de pesquisa/tempo curto) e o entrevistado (experiências de vida/tempo vivido) outros sentidos são construídos sobre a Comunidade Terapêutica, e assim ele busca explicar possíveis diferenças entre as chamadas clínicas de reabilitação e as CTs.

M: Você só ficou internado em Comunidade Terapêutica, nunca ficou internado em clínica de reabilitação?

Flávio: É a mesma coisa.

M: É a mesma coisa?

Flávio: Não é!?

M: Eu achava que Comunidade fosse que nem uma fazenda, que a pessoa vai, e a clínica parece mais com um hospital, só que, para a questão da dependência...

Flávio: Já fiquei também.

M: E tem diferença mesmo?

Flávio: Tem.

M: E como é na clínica?

Flávio: Qual a diferença da clínica e da Comunidade?

M: É!

Flávio: A Comunidade une os dois fatores, o clínico e o terapêutico, e a clínica é mais baseada no trabalho, assim, não tem os afazeres domésticos, não tem um alimento espiritual, não tem coisas nesse sentido, amor, é mais vinculado no clínico mesmo.

Daniel passou por diferentes modelos de internação, buscando explicar a diferença entre CTs e clínicas de reabilitação. Descreve que na primeira há o fortalecimento da confiança, de que ele era capaz, citando a capacidade de trabalhar. Para ele a clínica de reabilitação não trabalharia essas questões de potencialidades, o que levaria a um retorno à internação, ou seja, o retorno para o uso de drogas.

Daniel: É que eu sou capaz de trabalhar, de... Por mais que seja dura a luta eu sei que eu sou capaz, por mais que seja difícil, que tenha problemas, eu consigo, e isso na comunidade. Agora na clínica já não tem essa visão, cê até pode sair de lá ótimo, mas vai voltar pra clínica.

Ainda para Daniel, a diferença entre CT e clínicas estaria, principalmente, no modo de acolher cada pessoa e na possibilidade de escolha. Sendo que nas CTs ele poderia optar por ir embora do local e tomar ou não o medicamento, já que a internação era sempre voluntária. Na fala a seguir Daniel continua a aproximação entre os serviços, está é feita por meio da estrutura do espaço física do local (Clínica – CAPS – CT). Assim, os locais mais fechados estruturalmente são equiparados, embora haja discrepâncias nas ferramentas utilizadas para manter os pacientes no local de tratamento, como também destacado na frase a seguir.

Daniel: O que faz a diferença é no tratamento, se a pessoa que tá abstinente ou que tá usando, é a forma de acolher e de tratar, eu acredito que funciona.

M: E quando você fala clínica é a mesma coisa que Comunidade ou não?

Daniel: Não! Comunidade é totalmente aberta.

M: A clínica não é em uma fazenda? É em uma casa fechada?

Daniel: Não, é tipo o CAPS aqui, mas onde tem cachorro, segurança, cerca elétrica, é tipo uma prisão, onde até mesmo os pacientes ficam sedados... Tem Comunidades que não dão remédio, só se tiver muita necessidade, Comunidade assim é mais aberto... Nada é imposto, a partir do momento que você entra tudo é sugerido, você não é obrigado a nada.

As clínicas de reabilitação surgem nas entrevistas como um modelo próximo as CTs. Essas clínicas são geralmente instituições particulares, como as CTs, e que oferecem internação de longo prazo, mas como apontado nas entrevistas se diferenciariam no modo como os pacientes seriam internados (voluntário ou involuntário), pelas intervenções médicas psiquiátricas e da enfermagem, como a realização de tratamento medicamentoso no próprio local de internação oferecidas em contraponto as CTs, que oferecem atividades religiosas e de laborterapia. Atividades essas, descritas pelo colaborador, como sendo vinculadas as noções de cuidado e confiança na potencialidade.

Nas falas acima e no relato do processo de convite a participar da pesquisa, prepondera o sentido de internação como tratamento. O local e modelo de tratamento define, somente, o grau de abertura ou de fechamento, aparecendo em uma gradação de aberto para fechado (CAPS-CT-hospital/clínica). Historicamente, a internação é o tratamento mais utilizado para o tratamento dos usuários de drogas, assim como para toda a população considerada desviante. Internações longas em locais exclusivos para uma população são formas de exclusão, higienização das ruas e consideradas socialmente como forma de segurança social, pois asseguraria o controle dos desviantes da norma (Fossi & Guareschi, 2015; Bolonhesi-Ramos & Boarini, 2015; Foucault, 1997). Assim como no tratamento manicomial oferecido para os loucos, que ocorria de forma massiva financiada pelo governo na década de 60 no Brasil e respaldado pelo discurso psiquiátrico configuravam o fortalecimento da internação como única ferramenta efetiva para pacientes, familiares e mesmo para muitos profissionais da saúde (Barros & Josephson, 2001; Tenório, 2002). Da mesma forma, atualmente a internação tem se constituído como principal forma de intervenção no campo de álcool drogas, fortalecida pelo discurso moral religioso, jurídico e psiquiátrico- asilares, sendo apoiada mesmo por profissionais que defendem a Reforma Psiquiátrica (Barreiros e Conceição, 2013).

Há no contexto brasileiro uma naturalização da pobreza, que com influência dos discursos médico e jurídico (modelo proibicionista) constroem práticas de medicalização e

criminalização do uso de drogas. Isto pode ser observado nas políticas de internação compulsória aos frequentadores da *crackolandia* (Rubens, 2014). O que vai contra a orientação de desconstrução do senso comum, determinada pela Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, de que todos os usuários de drogas são doentes e necessitam de internação, prisão ou absolvição (Pereira et al., 2013; Ministério da Saúde, 2004). Contudo, as falas dos entrevistados são carregadas desses discursos, preponderando a internação como principal forma de intervenção.

Para Fernando, no entanto, existe uma dúvida anterior a possíveis compreensões sobre o que seria uma CT. Em sua fala, ele busca compreender o que pode acontecer consigo no meio de trâmites jurídicos. Ficando o questionamento e o receio a respeito se sua opinião será considerada sobre o local e a forma que irá se tratar, ou se será mais importante o desejo familiar de interná-lo. Prepondera em sua fala, a noção de internação, para pesquisadora era importante explicar o que era CT como um modelo específico de tratamento, contudo naquele momento da entrevista (tempo curto) o colaborador traz a preocupação com a voluntariedade de seu tratamento, Fernando gostaria de permanecer no CAPS e não ser internado, contudo ao assinar um documento que o impediria de ser internado de forma involuntária a pedido da família, fica com receio de ser internado. Conseguir delimitar o que é uma CT faz parte da preocupação em delimitar o que é esse tratamento e poder optar por qual se adequa a suas necessidades. Logo no início de sua entrevista, utiliza-se do espaço para tentar compreender o processo de tratamento.

Fernando: “Como que é a Comunidade Terapêutica?”

M: Então, tem gente que chama a Comunidade Terapêutica de fazendinha, tem vários nomes, geralmente é um lugar que fica afastado da cidade, é que a pessoa fica internada lá um tempo, uns meses, ela pode sair antes, mas geralmente são uns meses...

Fernando: É que a minha família queria internar eu na marra, inclusive o juiz veio aí com um papel e eu assinei um papel que eu aceitava internação, agora se eles quiserem me internar, eu quero tratar aqui, que é mais perto da minha família, tô querendo voltar com a minha esposa também, caso eu não quiser eles me levam na marra?

M: Existem alguns tipos de internação, existe a voluntária, que a pessoa fala: “eu quero me internar”.

Fernando: Porque da outra vez eu que pedi mesmo, mas agora eles entraram em um processo lá pra me internar na marra e eu assinei o papel lá.

M: Mas esse papel é do que?

Fernando: Que eu tava concordando com a internação.

M: Aí você veio aqui pro CAPS?

Fernando: Não foi aqui, o papel veio aqui, porque se eu não assinasse eles pegam a gente depois e internam.”

Fernando levanta uma importante questão a respeito das internações, o que é ser internado de forma voluntária e involuntária? A lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001 trouxe grandes avanços ao delimitar os modelos de internação e criar parâmetros de quando esses deveriam acontecer e como, definindo três modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória (Brasil, 2001). Contudo na fala anterior percebe-se que a indistinção entre as modalidades, ao passo que ele assina um documento para ir internado voluntariamente, pois sabe que irá de qualquer maneira ser internado, apesar de seu desejo ser tratar no caps. Couto, Lemos e Couto (2013) discutem que a prática de internações no Brasil deveria ser exceção no modelo de atenção à saúde mental, mas vem sendo usada de forma massificada, como um mecanismo de exclusão dos usuários de drogas.

Assim como as internações juridicamente são descritas com precisão pela legislação, as Comunidades também aparecem de forma bem definida nas portarias do Ministério da Saúde, que as incluem na RAPS como modalidade de tratamento residencial de caráter transitório oferecendo cuidado contínuo para adultos, que queiram ser internados devido ao uso de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011), dispondo de financiamento estabelecido pela Portaria No. 3.088/11,

Embora haja prerrogativas legais para a internação, nas falas dos participantes há incertezas do que seria esse tratamento, sendo descrito apenas como “local de internação”, próximo às clínicas de reabilitação, ou ao hospital. Ao compararem as CTs com outros espaços de internação, as principais diferenças levantadas foram em relação à estrutura, às atividades desenvolvidas e na decisão sobre a internação. Essas serão trabalhadas de forma mais complexa nas próximas categorias, contudo fica disposto desde esse momento divergências entre o que determinado e proposto nas legislações e o que é vivido pelas pessoas que são submetidas a elas. Ao considerarmos a saúde como uma construção social, suas necessidades e demandas serão específicas do contexto histórico (Barbiani et al., 2014). A formalização de determinadas práticas e modelos de atenção aos usuários de drogas definem quais caminhos são considerados mais eficazes para alcançar o bem-estar e, dessa forma, acabam criando maneiras de cerceamento daquilo que é considerado desviante (Couto et al., 2013).

As experiências do momento da internação na CT puderam ser repensadas no momento da entrevista (tempo curto) e, a partir disso, diferentes sentidos puderam ser construídos. As falas a seguir são constituídas por sentimentos ambíguos sobre o processo. Lucas diz sobre a mudança vivida na concepção que tinha sobre ser internado. Essa mudança ocorreu devido às experiências de uma internação em que se sentia com mais autonomia,

como para poder fumar na hora que quisesse. Descreve a possibilidade de ter mais autonomia como positivo em um tratamento, em que estar internado é estar privado de diversas situações e ações, dessa forma poder minimamente controlar as horas de fumar é tido como autonomia importante.

“Depende de como eu estaria no momento né, mas eu era relutante a internar. Assim, internação eu era bastante relutante no começo, mas eu fui tranquilo, depois que falou que saiu minha vaga eu fui, eu aceitei. Mas por mim eu não internaria, mas eu vi que internar... Por causa da experiência que eu tive na primeira internação, que eu não gostei muito, mas a segunda internação foi totalmente diferente (...).

M: E você falou que tinha muitas regras nesse primeiro lugar que você foi, e que não faziam muito sentido, você pode me dar um exemplo?

Lucas: Não, regras assim, por exemplo, horário pra fumar. Já nessa minha segunda internação a gente podia fumar a qualquer horário, só que era controlado o número de cigarros, então você tinha mais autonomia né, tanto pra você aprende pra se controlar, na hora de fumar.”

Jorge relata diferentes modelos de internações que passou, dividindo-os entre abertos (CTs) e fechados (hospital psiquiátrico). Para ele as internações ocorreram impulsionadas pela motivação de sua mãe em querer que ele parasse de usar drogas. Ele relata que fugiu do tratamento quando internado em CT e que completou o tratamento quando internado em hospital psiquiátrico. Vale destacar, que descreve a saída do tratamento dito voluntário/aberto usando o repertório de “fuga”, e por outro lado mesmo completando o tratamento no hospital (involuntário), ele retornou ao uso de drogas quando teve alta, para tratamento no modelo proibicionista retornar o uso é compreendido como uma grande falha.

Jorge: “Quando eu saí de Araraquara lá eu voltei pra droga de novo, entendeu, na verdade eu não fiz o tratamento lá, eu fugi, eu abandonei, porque o certo era eu ficar de seis a nove meses, cê ganha alta pra eles verem que você mudou realmente. Meu pensamento ainda era o vício. Minha mãe tentou me internar em um lugar aberto, depois tentou me internar em um lugar fechado, eu tive as duas opções. No lugar aberto eu não aguentei ficar 1 mês, eu fugi, e voltei pra droga. No lugar trancado eu cumpri os 3 meses lá, mas saí e voltei pra droga. A droga que me cansou hoje de eu não querer mais ela, de falar não, chega, pra mim já foi, dei um basta, tem uma hora que você não aguenta mais, bom no meu caso né.”

Jorge termina sua fala dizendo da importância de querer parar o consumo de drogas, “cansar do uso”, sendo para ele o fator mais importante para não usar mais drogas foram as diferentes formas de internação. Assim, dois pontos são importantes nesse trecho. Primeiramente a questão já trazida por Fernando, anteriormente, de uma indistinção prática entre internação voluntária e involuntária, já que não haveria a necessidade de fuga de um tratamento “aberto”/voluntário. O segundo ponto diz respeito sobre as metas estabelecidas em

relação ao consumo de drogas. Estas são voltadas somente para a abstinência e abarcam apenas dois modos de intervenções possíveis, um por meio do controle externo, via internações, e outro por meio do controle interno, via motivação pessoal. Os dois modos possíveis carregam o sentido de drogas como um problema do indivíduo que deve ser normatizado, buscando a abstinência, por si mesmo ou pelo Estado, concepções presentes nos discursos médico, “psis” (psicologia e psicanálise), jurídico e moral religioso (Corradi-Webster, 2009). Há, contudo, outras possibilidades de construção do objeto que ficam encobertas pelos discursos hegemônicos. Se considerarmos os discursos dos direitos humanos e psicossocial, que na saúde têm nas práticas da redução de danos sua principal ferramenta de atuação, outras possibilidades seriam propostas, como o foco no tratamento comunitário e a co-responsabilização dos profissionais por interagir e refletir sobre modos de reduzir os danos dos usuários de drogas de acordo com as condições do contexto (Castro & Passos, 2005).

A construção sobre possíveis descrições de CTs e outros modelos de tratamento também apareceram no momento da entrevista em que conversávamos sobre que tratamento indicar para pessoas que fazem uso problemático de drogas. Fernando, que havia passado por uma CT descrita por ele como tendo péssimas condições sanitárias e com violação dos direitos humanos, responde que a pessoa deveria procurar uma casa de recuperação. Ao ser indagado sobre a resposta, explica que o local deveria ser “asseado”, como o CAPS em que estava se tratando. Considera que o tratamento realizado no território deve acontecer quando a pessoa tem uma família e um lar. Caso contrário, vê na internação o modelo mais adequado de intervenção.

M: Entendi, e se alguém que tivesse procurando tratamento por causa do uso de álcool ou de outras drogas que tratamento ela deveria fazer, buscar, o que você daria de dicas?

Fernando: Ia falar pra ele ficar em uma casa de recuperação

M: Mas casa de recuperação foi onde você ficou lá 3 dias?

Fernando: É, inclusive veio uma mulher outro dia falar que o filho dela ficou lá e fugiu, fica em um lugar porco...

M: E como você acha que tem que ser o lugar que a pessoa tem que ficar...

Fernando: Um lugar asseado, tipo aqui assim...

M: E você acha que ela tem que ficar internada ou pode ficar que nem aqui no CAPS, de ficar aqui e ir pra casa?

Fernando: Vamos supor, se eu tivesse com a minha família, se tivesse com os moveis bom, que eu quebrei lá, eu ia ficar com a minha família, então eu saía daqui e ia pra minha casa, lá eu tenho mais liberdade, eu ia assistir uma televisão, ligar o ventilador, porque tá na casa dos outros tem que ser do jeito deles. Ontem eu tava no meu quarto, minha mãe me chamou na sala, 30 segundos, meu pai passou no meu quarto e falou “ô, essa luz acesa”, tudo que faz...

A fala de Fernando exemplifica a dificuldade enfrentada pelos serviços e rede atenção a saúde para lidar com os diferentes desafios que permeiam o uso de drogas. Estas extrapolam as questões individuais de saúde o que demonstra a necessidade de compreender e atender a demandas de outros âmbitos (moradia e trabalho). Como houve negligência na saúde no que tange ao manejo do uso problemático de drogas, viabilizou-se que entidades privadas, como as CTs, ganhassem espaço social. Além disto, como a problemática envolvida nesta questão envolve setores que não apenas o da saúde, como habitação e trabalho, e há falta de políticas públicas que atendam a estas demandas, as CTs passaram a ser vistas também como espaço de abrigo para pessoas sem lar e sem trabalho (Venturini, 2010).

Rubens (2014) discorre sobre a complexidade do campo de drogas ao qual os serviços de saúde vêm sendo os principais responsabilizados para lidar com esse campo, ao mesmo tempo em que sofrem com aspectos de infraestrutura, falta de equipes suficientes, de treinamento e do trabalho em rede. As dificuldades acabam por desmotivar, dificultar o trabalho dos serviços de saúde, que podem acabar no mesmo processo de impotência frente o cuidado dos pacientes. Como lidar com esses pacientes descritos socialmente como tão imprevisíveis, desconhecidos, “endemoniados”, sem controle e incuráveis? Na desmotivação, falta de serviços e de uma rede que funcione adequada às demandas da população, a internação se constrói e se fortalece como única resposta no campo da saúde (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). Compressão que ocorre inclusive para os usuários, que por não conhecerem outro modo de ser, acabam também defendendo esse modelo.

Fabio e Daniel também abordam a diferença entre o modelo adotado pelo CAPS de redução de danos e o adotado pelas CTs, de abstinência total. Ressaltam a importância de a pessoa querer estar em tratamento e de estarem em um local que realmente ofereça cuidado. Para Fabio, a redução de danos auxilia ao oferecer um tratamento no ritmo da pessoa, “devagar”, afirmando **que** este “não pode atropelar”, podendo contar com diferentes profissionais nesse processo e de forma gratuita. Contudo, também recomenda a internação na CT em que ficou internado.

Fabio: Eu já encontrei várias pessoas que ainda tão na droga e que já foram companheiros meus de noitada. Eu só faço a simples pergunta “você quer ou não usar?” Se a pessoa fala “quero” eu falo” então usa mais um pouco, mas quando você quiser parar tem o CAPS que é gratuito, que eles te dão suporte, te dão ajuda de profissionais, psicológico, ajuda a... você pode ficar aqui, tem alimentação saudável, basta você querer, dar um passo e ir devagar, não pode atropelar, a pessoa tem que aos poucos ir tirando. Logo assim, o J. mesmo fala “redução de danos”, começa devagar e a pessoa tem que querer muito, porque se a pessoa não quiser, não adianta ela vir aqui perto. Eu cheguei a perguntar pra uns 3 amigos meus, dei o cartão da A. (Comunidade Terapêutica), falei daqui... só que eu fiz essa pergunta “cê quer usar?”

“Então usa”, mas se quiser ajuda então procura, porque ninguém para sozinho, eu não acredito, eu não conheço pessoas que falam “eu sou de opinião, fumei 20 anos crack, eu era alcoólatra de beber, de ficar jogado e eu tive uma opinião e parei e hoje eu não uso”.

Para Daniel a internação em CT, segundo o modelo de “abstinência total”, é ideal para pessoas que querem se tratar. Para ele, o modelo de redução de danos não seria eficaz uma vez que possibilita que a pessoa continue o uso de drogas e ainda esteja em tratamento, ou que possa usar uma quantidade e não volte a ser dependente.

Daniel: eu aconselharia ela a procurar uma Comunidade

M: por quê?

Daniel: porque quando uma pessoa tá com problema por uso droga e tá pedindo ajuda, nem é ajuda, é socorro, quando pede é porque já não aguenta mais, e muitas vezes não tem outra forma.

M: por quê?

Daniel: porque ele te acompanha, porque aí acontece de tá todo mundo com problemas reunidos, com um objetivo, aumenta a autoestima.

M: foi assim com você?

Daniel: foi.

M: e se fosse oferecido essas condições fora da comunidade, que seria o ideal, você acha que mesmo assim a pessoa devia ser internada?

Daniel: que nem, a única coisa que eu não concordo é que cada um tem a sua opinião, porque aqui trabalha com redução de danos, pra mim não funciona, teve um dia que eu pus os pés e falei “eu não vou” porque um usuário de álcool se ele toma um gole, depois vai ser uma garrafa. Então redução de danos eu não concordo, e a internação é boa por que... Abstinência total, seria bom um lugar... ideal, tem um instituto X, já ouviu falar?

Os trechos dessa categoria, assim como na fala de Daniel, inundados pelos discursos pró abstinência, que compreendem que qualquer droga e qualquer quantidade de uso é um problema e deve ser combatido (Alves, 2009). Esses discursos são carregados de culpabilização, possibilidade ou impossibilidade do tratamento que recaem unicamente sobre o indivíduo. Sendo que esse indivíduo é caracterizados unicamente como desviante (usuário de drogas), esse teria uma mesma história, narrada como de insucesso, essas descrições repercutem na forma como a pessoa se vê e são vistas, muitas vezes tendo dificuldades de achar empregos, de lidar com situações estressantes pois logo surge a descrição “faz isso por que é usuário de drogas”, restringindo outros percursos e trajetórias de vida (Becker, 2012). Restrição presente na fala de Daniel “que nem, a única coisa que eu não concordo é que cada um tem a sua opinião, porque aqui trabalha com redução de danos, pra mim não funciona”; se há uma trajetória narrada como de insucesso que restringe outras narrativas e caminhos, no tratamento ocorre a mesma compreensão, todos deveriam ter os mesmo objetivo (abstinência) e do mesmo modo (internado), perde-se a noção de histórias únicas e trajetórias singulares e

múltiplas e de outras possibilidades de descrições e intervenções, menos pautadas no indivíduo como problema e mais no comunitário.

A fala destacada de Rafael aponta a CT como uma possibilidade de tratamento, desde que a pessoa conheça bem o local em que ficará internada, pois para ele tratamentos em que há maus tratos podem causar dificuldades ao longo da vida da pessoa.

Ah, se ele quisesse se internar eu falaria pra ele procurar bem o local de internação, as referências, não só da boca dos outros, os outros tão te falando que lá é bom, você tem que conferir mesmo. Porque só se você tá querendo parar de usar já é uma vitória. Eu já penso assim. Agora, se você quiser procurar uma internação, ou uma coisa melhor, mais profunda assim, investigue bem antes de encontrar... Antes de você ir, de você colocar seu filho lá, sei lá. Por que... Às vezes aquilo lá pode traumatizar ele pro resto da vida. Dependendo do estilo de tratamento.

Esta fala aponta como os usuários estão posição fragilizada, cheio de opções ruins, que não respeitam os direitos humanos e não oferecem cuidados e com consequências desastrosas. Como ficam sem referencia, considerando o atual panorama em que há muitas CTs, sem fiscalização daquela que não querem aderir aos programas do governo. Por outro lado, a mídia oferece apenas esta como opção de tratamento e as políticas públicas que não atendem a demanda nos tratamentos territoriais e em rede; resultado dessa equação é a impressão que apenas a internação em CTs (tratamento moral) podem ser resolver os problemas do uso de drogas na saúde (Ribeiro & Minayo, 2015; Calomeni, 2010). Constrói-se dessa forma que esta é a única opção ficando a cargo da família e do usuário estar atenta para se salvar dessas condições terríveis.

Nas falas a internação é descrita como benéfica mesmo após experiências ruins, trazendo questionamentos sobre quais espaços as pessoas que usam drogas ocupam na sociedade e como devem ser tratadas exclusivamente por consumirem drogas. Assis, Barreiros e Conceição (2013) assinalam que no cuidado com usuários de drogas a internação fechada e longa é vista como a única forma de tratamento por muitos profissionais da saúde, mesmo nos militantes da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, a internação aparece como intervenção predominante no tratamento para usuários de drogas.

O financiamento do Estado sem os necessários cuidados e reflexão críticas as intervenções pautadas em um tratamento moral, tem por efeito o desinvestimento em políticas universais e o risco de perda da laicidade, desconsiderando o papel do Estado e seu conhecimento técnico ao passo que promove o credo religioso e tratamento moral na saúde (Ribeiro & Minayo, 2015). Os discursos utilizados nos locais em que receberam tratamento passam a fazer parte do repertório das pessoas. As descrições dos espaços de tratamento como

abertos e fechados e de modelos de redução de danos ou abstinência passam a fazer parte das possíveis descrições dos entrevistados, bem como a compreensão de que CTs são locais abertos e de internação voluntária, pois permanece com as portas abertas, e assim, mesmo quando há experiências de internação onde houve maus tratos, a internação em CT ainda é vista como alternativa. Contudo, a descrição de voluntário e aberto das CTs se contrapõe a necessidade de fuga do tratamento, ou mesmo de abandono, como descrito por Jorge. Mas quando comparadas as clínicas de internação involuntária citadas nas falas passam a reforçar o sentido de CTs são instituição abertas.

Essas descrições ocorrem no momento da entrevista (tempo curto) como uma psicóloga, dentro de um CAPS que trabalha por meio da redução de danos, em perspectiva dos discursos “psis”; contudo a pesquisadora está interessada em conhecer outro modelo de intervenção, do lado dos colaboradores em seu tempo vivido esses passaram por diferentes internações e instituições que trabalhavam somente com a abstinência. Assim podemos ver como os discursos frutos do tempo longo se presentificam nas práticas de saúde e no momento da entrevista.

Nessa categoria foi trabalhado as descrições sobre CT em comparação com outros dispositivos da rede de saúde que fizeram parte da trajetória dos colaboradores, algumas questões ficam em suspenso, como as CT “chegam” até os usuários de drogas? Como que os entrevistados conheceram esse modelo e decidiram ou foram internados? Considerando que essas atualmente fazem parte da RAPS e são financiadas pelo governo.

2. Momentos marcantes como desencadeadores da decisão de internação e suas expectativas

A internação em Comunidades Terapêuticas ocorreu em momentos específicos da vida dos entrevistados, no qual esses se encontravam em situações de vulnerabilidade física e emocional, como situação de rua, debilidade física e perda dos laços familiares. Desses momentos vividos na internação emerge como uma resposta e solução possível para os diversos problemas experienciados e compreendidos como decorrentes do uso de drogas. A internação passa a ser constituída por diferentes expectativas, por exemplo, de ser um local seguro, de fuga de fatores externos (polícia, família e traficantes) e de poder se alimentar e recuperar-se fisicamente. Nas falas ilustradas nesta categoria há relatos desses momentos

críticos e posteriormente serão apresentadas as expectativas a respeito da internação em CTs e como os participantes tomaram contato com o modelo de intervenção das CTs para usuários de drogas.

Daniel relatou um jargão ouvido nas CTs sobre as consequências do uso de drogas, depositando na internação “clínica” a única possibilidade de cuidado, frente às perspectivas de morte ou prisão.

“Não, até então é, ela achou que eu tava fora em virtude do uso né, que eu saía e sumia às vezes, aí quando eu saí, eu contei pra ela, e também que depois foi o oficial de justiça em casa. Então foi... Aí eu falei que tinha que mudar (sobre a prisão). Porque, como o pessoal na Comunidade fala, que quem usa droga tem três destinos, né: clínica, cemitério ou cadeia, e aí então eu pensei clínica e cadeia eu já fui, só falta o cemitério, então tá na hora de parar (risos).”

A fala de Daniel é representativa de possíveis resoluções do cenário de drogas, principalmente no que concerne a atuação do Estado a população pobre, que acaba por não ter acesso e/ou desconhecer outras possibilidades de “solução” à questão do uso de drogas (Fernandes & Fuzinato, 2012). Assim como a internação trouxe para Daniel a possibilidade de mudar um destino dado como certo, caso continuasse o uso de drogas, para Flávio a experiência de morar na rua e todas as vivências desse processo o fizeram buscar ajuda para poder cuidar de si mesmo. Nesse momento, a internação aparece como possibilidade para sair do “fundo do poço”.

M: “E aí chegou em um momento que você quis ser internado? Como que foi isso?”

Flávio: Todo esse momento que chegou, precisou chegar no fundo do poço, pra aceitar e falar “não eu preciso de ajuda”.

M: E você falou que tava no fundo do poço como que foi? Tava usando muito e na rua?”

Flávio: huhum(afirmativo).”

Na vida de Fernando, a internação ocorreu em um momento crítico. Devido à grande quantidade do uso de álcool e, juntamente, a uma discussão com sua esposa, Fernando quebrou os objetos de casa, fazendo-se necessária a intervenção policial. Por meio dessa intervenção e de um pastor, ele foi internado. Em sua fala, o álcool e a atitude da esposa são tidos como os responsáveis pela quebra dos móveis e por sua condição, se desresponsabilizando do ocorrido. Esta condição se mantém ao ser levado para uma CT (Casa de Recuperação) sem condições de realizar uma escolha.

“[discussão com a esposa] E aí eu falei vem pra cá, aí eu liguei pra ela, liguei, liguei, aí foi me dando um nervoso, ia ali no bar, bebia mais, ligava pra ela e nada, ia no bar

bebia mais, quando foi assim faltava uma meia hora, aí liguei e falei “se você não chegar aqui em meia hora, você vai ter uma surpresa desagradável”. Eu fiquei olhando no relógio e ligando pra ela, quando deu 3 horas eu perdi a cabeça e quebrei tudo, aí a policia bate na porta, eu tava deitado no chão. Aí eles perguntaram “o que tá acontecendo aí?” aí eu expliquei tudo pra eles: que eu não tinha almoçado, não tinha tomado café da manhã e minha mulher tava na casa dos parentes dela, aí eu avisei ela se ela não viesse aí eu fiz isso. Aí o policial falou “fica um pouquinho aí”, aí ele foi lá conversar com os outros policia. Um deles me conhecia né, aí eles falaram sabiam que era trabalhador, boa pessoa, mas olha o que a bebida tinha feito, falaram pra mim “olha fica aí, mas não bebe mais não”, nisso chegou um pastor da igreja conversou com eles e falou pra levar pra casa de recuperação. Aí eu peguei e fui pra casa de recuperação, mas eu não gostei muito.”

Lucio contou de momentos muito difíceis em sua vida, em que também passou pela experiência de morar na rua. Nesse período seus familiares realizaram pedido judicial para que fosse internado, embora tenha relatado a concordância prévia em ser internado.

Lucio: Às vezes eu aparecia em casa, aí uns dois anos eu já tinha concordado com a internação, aí não aparecia vaga, não aparecia vaga. Aí um dia eu apareci lá em casa e já tava lá o oficial de justiça, a ambulância, uma viatura...

M: E foi involuntária?

Lucio: É!

M: E como foi o seu percurso de procurar ajuda?

Lucio: Todas às vezes foi eu mesmo que pedi...

M: Quantos anos foi a primeira vez?

Lucio: (...)Eu tinha 16.

M: E como foi?

Lucio: Como assim?

M: Você resolveu procurar por quê?

Lucio: Eu usava e comecei a ver que o uso tava me fazendo sofrer e aí eu falei vamos internar, aí meus pais concordaram.

Estar no “fundo do poço”, não saber e escolher o local de tratamento são condições e situações compreendidas de forma naturalizada nas falas dos participantes, como se fossem inerentes à pessoa que faz uso de drogas. Essas descrições faz referência a compreensão social do usuário de drogas como incapaz, para tal restaria somente a internação determinada por familiares ou pelo Estado (Alves & Lima, 2013). Para Rafael a internação surgiu como possibilidade na avaliação médica. Nessa avaliação foi questionado sobre os riscos da sua má condição de saúde e, diante disso, buscou por internação para tentar se cuidar.

“(...) Ih, se eu te mostrar uma foto minha de quando eu usava droga, você vai falar ‘nossa, você tava fraco’. Ô, o medico falou pra mim ‘precisa nem fazer um raio x de você, tô te vendo nessa doença por foto, dá pra ver... que que você tá arrumando? Você tá se matando?’ Aí foi que eu tive coragem assim de me internar.”

Rafael abordou aspectos físicos que o levaram a optar pela internação e para Flavio, a necessidade de ser internado foi em busca de se recuperar moralmente.

M: E quando você foi internado na comunidade foi porque então você tinha ouvido falar que era bom, mas falavam que você ia parar de usar, o que falavam?

Flavio: Pra eu recuperar né, falavam da recuperação.

M: E você foi lá pra isso, pra se recuperar? E se recuperar é o que pra você?

Flavio: Recuperar pra mim é os meus valores né, minhas virtudes, minha forma física, vida social, amor, sentimento, baseado nisso”

A internação surge como possibilidade quando aspectos da vida dos entrevistados estavam deteriorados, passando por más condições físicas e sociais, essas condições foram apresentadas pelos colaboradores na maneira como perceberam que o uso drogas era problemático. Dessa forma, a internação como tratamento aparece como uma resposta natural a momentos críticos da vida das pessoas que fazem uso de drogas, e que seria, por vezes, uma tentativa de mudar a perspectiva de “morte”, perda dos valores morais, das condições físicas do corpo. A culpabilização da droga e do usuário fica marcada nessas narrativas, que atribuem à internação a potencialidade de devolver o que eles perderam com o uso de drogas. Os sentidos sobre a CT como escolha de tratamento aparecem vinculados a sentidos sobre as drogas e sobre os usuários, sendo esses discursos institucionalizados em nossa sociedade. O modelo Proibicionista que fundamenta estes sentidos propõe que qualquer uso de drogas é um problema e levará ao risco de morte e que o Estado deve intervir por meio de punição e perseguição dos envolvidos (Fiore, 2012). Este modelo de intervenção se mostrou ineficaz por promover serviços que exigem unicamente a abstinência, o que dificulta a promoção de saúde às pessoas que não buscam esse objetivo ou não se adequam a ele. Este modelo também desconsidera que o uso de drogas é uma construção social, presente na história da humanidade, de tal forma que sua erradicação se torna uma guerra perdida (Alves, 2009).

Analisando como o tempo longo, que diz respeito ao uso institucionalizado da linguagem representado pelos discursos, auxilia a construir sentidos sobre a temática, podemos observar os discursos jurídico e moral legitimando sentidos do uso de drogas como essencialmente danoso e que deve ser combatido por meio de intervenções punitivas ou de perseguição. Nas falas destacadas observa-se a presença desses discursos ao descrever o uso de drogas como uma doença que produz consequências físicas e sociais (prisão, experiência de morar na rua). Sendo essas consequências atribuídas ao uso de drogas, a internação em Comunidades Terapêuticas acaba sendo construída como única saída de cuidado.

Daniel relatou que sua primeira internação em CT aconteceu aos 16 anos, quando o mesmo buscava um lugar para ficar devido à briga que tinha se envolvido por não dividir a droga com um colega conforme haviam combinado. Frente a esta situação, conta que se sentiu envergonhado frente à sua comunidade e amedrontado por sua ação, precisando se afastar.

Daniel: “Eu pedi ajuda pra uma assistente social, que ela sempre me levava comida pra mim e pra minha irmã, só que não profissionalmente, não vinha: ‘a sou de tal lugar e vim trazer’, era como pessoa mesmo, aí ela sempre falou, ‘olha quando vocês precisarem de um posto de saúde, de roupa, de um calçado vocês podem ir na minha casa’, aí teve uma vez que eu peguei uma certa quantidade de droga e eu não quis dividir com a pessoa e aí eu apanhei muito, apanhei muito e ela foi me buscar, aí eu pedi ajuda, mas acho que um pouco porque eu tava com vergonha de ter apanhado e voltado pra comunidade e eu falei pra ela: ‘olha eu preciso de um lugar pra ficar’... E aí foi quando ela arranjou lá

M: Foi meio que pra se proteger?

Daniel: É isso, não que se eu voltasse ia acontecer alguma coisa comigo, mas aí eu tava lá no A.[Comunidade Terapêutica] Je aí eu conheci bastante gente que era daqui, aí eu fiquei lá.

Rafael aborda a questão do uso da internação em CT como um espaço de “proteção” de problemas relacionados a risco de ser preso e outras demandas que deveriam ser cuidadas em outros espaços.

“Sim, é, tinha gente que tava correndo da polícia... os próprios obreiros lá falaram ‘eu não quero que ninguém fuja de polícia porque aqui é casa de Deus e tal’ e tinha gente que tava fugindo da polícia, tinha gente que já tinha tomado tiro, esse meu amigo tá com uma bala alojada ainda. Conseguiram arrancar só quatro dele. E é umas coisas que você não entende você fala... ‘aquele outro lá tá com a bacia quebrada, tá aqui também’.”.

Na fala de Rafael também é presente a ligação religiosa da CT, dando destaque para o termo “obreiros”, termo tipicamente utilizado no contexto das igrejas, além da descrição realizada pelo monitor de que aquele espaço era casa de Deus. Observa-se assim os discursos moral e religioso fundamentando as práticas de submissão aplicadas aos internos. Nota-se também a falta de cuidado adequado aos internos que apresentam questões sociais (conflito com a polícia) e físicas (bacia quebrada e balas alojadas).

Se por um lado a internação é descrita como uma perspectiva de mudança, em busca de cuidados físicos e sociais, por outro ela também pode ser usada como proteção a fatores externos à pessoa, como a fuga de traficantes e da polícia. O modelo proibicionista acaba tendo como “efeitos colaterais” a constante guerra entre traficantes, policiais e usuários, que amplificam os problemas para muito além do campo da saúde. Nesse aspecto as CTs e outros serviços de internação longa têm servido de espaço de fuga (Medeiros, 2014; Machado &

Miranda, 2007). Há um esforço social em posicionar as CTs como um dispositivo da saúde, contudo elas têm servido a diversos fins.

No trecho a seguir, Lucio aponta para a facilidade de saber sobre a internação em Comunidades Terapêuticas, ou através do acesso a internet, ou por conhecer outras pessoas que passaram por esse caminho antes.

Lucio: “É... eu já sabia que tinha.

M: E como você sabia que tinha internação?

Lucio: Ah, isso todo mundo sabe, por exemplo, se você quer saber alguma coisa é só ir na internet, procura que acha.

M: Mas na época não tinha internet?

Lucio: É, mas você conhece pessoas que já passou.

M: E você conhecia pessoas que passaram por internação, quando você tinha 16 anos?

Lucio: Tinham pessoas que já eram mais velhas...

M: E você foi internado?

Lucio: Fui.”

O acesso a determinadas informações sobre as CTs constroem sentidos idealizados sobre o tratamento nesse local, mas que nem sempre correspondem às expectativas. Lucas foi primeiro internado em um CAPS-III devido a uma crise em que foi diagnosticado com Transtorno Afetivo Bipolar. Posteriormente, devido ao uso de drogas, começou a fazer tratamento no CAPS-AD e como voltou a usar decidiu se internar. Por meio da família que conhecia os donos de uma Comunidade Terapêutica, ele foi internado. Sua segunda internação foi via programa do governo que tem por finalidade o financiamento de internações principalmente em CTs (Cartão Recomeço).

M: “Que você ficou a primeira vez internado. E como você chegou até lá?

Lucas: Foi um primo meu, da minha família, que conhecia, que era amigo lá do pessoal, do pessoal da diretoria lá, conhecia o pessoal da diretoria, da primeira internação. A segunda internação foi pelo cartão recomeço, que a gente pega aqui atrás da rodoviária, na secretaria de assistência social, não sei o que que é ali.

M: E o que que te falaram, você ficou internado, que informação que você tinha antes de você chegar lá?

Lucas: Nenhuma. Só sabia que eu ia ficar um tempo restrito, assim, um tempo confinado.”

Apesar de ter sido internado inicialmente através da indicação de pessoas conhecidas, não sabia exatamente como o tratamento era feito, somente que ficaria internado por algum tempo, utilizando-se do repertório de confinamento para falar da internação. O financiamento público das CTs tem atuado de forma a divulgar a prática de internação nesses espaços como solução aos problemas decorrentes do uso de drogas (Pitta, 2011).

Paulo também contou sobre a sua busca e a de sua mãe em encontrar um local para interná-lo. Conta que foi a diferentes locais encontrando falta de condições adequadas para tratamento, entretanto, por sentir que não conseguiria parar o consumo sozinho e que precisava de ajuda, aceitou a internação em uma CT que a mãe havia conhecido através de um panfleto que recebeu na Catedral da cidade.

Paulo: “Já tinha procurado, já tinha visitado umas casas, ali no... desculpa, aqui no bairro X. Já tinha visitado umas comunidades.

M: Ah, é?

Paulo: É. Só que era dentro da cidade. E eu fiquei meio assim com o pé atrás de ser internado por que eu fui lá. Nessa Comunidade, foi eu e minha mãe até, aí eu fui lá e falei ‘não, não tem como você ficar internado num lugar desse’. A casa uma bagunça, não era uma casa normal. Beliche pra tudo quanto é lado, roupa, cozinha tudo cheia de trem lá na cozinha, trem é louça, aí um monte de louça lá e os cara, banheiro daquele jeito mesmo, aí eu falei ‘não, num vou internar naquilo ali não, vou parar sem precisar de me internar’. E aí apareceu outras casas de recuperação, e eu não queria, mas quando minha mãe viu essa daí só foi por que eu não via mais chance de sair das drogas, né Mariane. Eu falei ‘Eu não vou conseguir sair’. E muitas vezes eu pensei que não ia conseguir sair. Muitas vezes mesmo. Eu achava que era assim, maior do que eu. Era o tal de dinheiro. Pegava o dinheiro, não pensava em outra coisa. A não ser comprar as drogas. Não pensava em outra coisa a não ser beber, você entendeu? (...) Da internação foi... E ainda tem um folheto lá na Catedral

P: E foi onde você aceitou?

Paulo: Ah, eu aceitei. Eu aceitei por que tava, naquela época tava demais, né. Vixe, eu tava demais.”

As práticas de saúde e de assistência social aparecem nas falas anteriores permeadas pelos sentidos dos usuários de drogas como incapazes de decidir e prejudiciais, como consequência prática da internação longa em CTs é dada como caminho certo. Contudo, como descrito por Paulo ele pode decidir qual seria a melhor condição para si ao descobrir o desvio de dinheiro na CT, demonstrando poder realizar escolhas, embora se descreva como descontrolado devido ter gasto o dinheiro com drogas.

A busca por informação de um local para internação ocorre como descrito em diferentes falas, via internet, indicação de familiares, médicos, serviços de saúde ou igrejas. Contudo, os usuários ficam vulneráveis de onde e o que viverão nesse local, sabendo, muitas vezes, apenas que estão indo para a CT devido ao uso de drogas e que ficarão confinados. A fala de Paulo ilustra a busca árdua dele e da família por um local de tratamento que oferecesse mínimas condições de higiene. Vivências como a de Paulo mostram os posicionamentos que os usuários de drogas ocupam socialmente, de pessoas que não precisariam de locais competentes para o cuidado, por serem pessoas frágeis e falhas e que assim aceitariam quaisquer condições oferecidas a eles. A disponibilidade de instituições como as descritas por Paulo, aponta para o grau de submissão do usuário de drogas, trazendo um sentido de que

pessoas em maior vulnerabilidade teriam menos possibilidades de lutar por condições melhores, considerando que a pessoa vulnerável está em maior contato com condições e espaços precários pois assim poderiam ser compreendidos como “normais”. Goffman (1961/1974) dispõe que classes econômicas mais altas, com maior proteção social não necessariamente aceitariam as condições de submissão (más condições de higiene e estrutural, necessidade de se realizar tarefas de casa e do campo, etc.) o que possibilita a reflexão de que tratamentos nesse modelo são criados e permitidos para usuário de drogas pobres.

Fabio descreve um processo similar ao narrado anteriormente, quando a pesquisadora perguntou sobre como ele tinha entrado em contato com a CT na qual havia ficado internado. Ele explicou que anteriormente a essa internação, na fase em que havia saído do presídio e começado a usar drogas novamente, optou por ser internado, pesquisando na internet um local adequado e que a família pudesse arcar com o custo. Entretanto, mesmo com todos estes os cuidados a instituição para a qual foi levado oferecia péssimas condições e ficava em local isolado.

M: “O que você sabia? Você sabia o que era uma Comunidade?”

Fabio: Lógico que eu sabia, quando eu saí do presídio, como eu te falei, eu saí em 2010 e eu quis ser internado. Aí minha irmã puxou da internet um lugar que tinha que pagar 700,00 mais uma cesta básica, a família resolveu pagar pra eu ficar 6 meses. Eu cheguei lá e era um ‘muquiço’. Mostraram um lugar pra minha mãe, minha irmã, meu cunhado quase me levou de volta, ele pensou “ tá cheirando mal isso aqui”, mas ele não falou nada e eu também não percebi. Mostraram e falaram que lá era feminino, aí eles foram embora, me colocaram dentro de um perua, mais de 16km no meio da terra do canal, me levaram lá pra perto de Cristais Paulista, me levaram pra um casebre.”

A inserção das CTs em diferentes campos como o político e o da saúde tem fortalecido e disseminado esse modelo de internação, o uso de aparatos como a internet tem servido como meios propagandísticos dessas instituições que prometem condições maravilhosas e verdadeiros milagres aos familiares que desesperados ou mesmo tomando precauções acabam por colocar em risco quem estava buscando cuidado. Como a “indústria da loucura”, as CTs parecem ter encontrado o seu mercado. Processo similar ao ocorrido com os hospitais psiquiátricos particulares e clínicas que visando aumentar lucros, mantinham os pacientes em péssimas condições e prolongavam suas internações (Pitta, 2011; Corradi-Webster, 2013). Esse processo na saúde mental foi combatido pela luta antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica e que se rerepresenta agora no tratamento dos usuários de drogas.

A escolha pela CT ocorreu, para Rafael, por meio da indicação de uma vizinha. Essa tinha um parente, amigo de Rafael, internado no local.

Rafael: “É, o que me motivou a ir pra lá foi as mil maravilhas, né, da ilustração. Por que a...a tia desse amigo meu é vizinha minha da rua de casa. Ele mora uns quarteirão pra baixo. Ela falou “ah, o C. tá lá super bem. Lá tem 6 refeições, tem isso, tem aquilo, tem...” falei “ah, então lá é bom né” e lá não paga. La não é pago. Mas esses trabalhos... falei ‘ah, ... eu vou’.”

As condições da CT a qual Rafael ficou internado eram precárias (p. 88), contudo esse decidiu ser internado nessa CT de acordo com a indicação de uma vizinha que era familiar de um interno, o que mostra os enganos a que tanto usuários como familiares são submetidos, além disso, há desconhecimento dos direitos (do cidadão) e de outras modalidades alternativas de tratamento. Na fala de Diego ele expõe como foi o processo para ser internado em uma CT. Essa internação se deu devido ao auxílio do CAPS-AD, frente a seu desejo de parar de usar droga. Houve também um o pedido de ajuda feito à família. Entretanto, ele relata o não conhecimento sobre o que seria essa experiência, relatando saber apenas que não seria no hospital especializado.

Diego: “Eu falei assim ‘mãe, eu tô usando crack e eu tô pedindo ajuda pra você”, ela falou “você quer?’, ‘quero’. Aí ela conheceu aí, pessoal falou que tinha a Comunidade R.

M: Mas aqui no CAPS, você conheceu?

Diego: É. Aí passaram pra lá pra Comunidade.

M: Então foi pelo CAPS que você foi internado?

Diego: É, agora não pode mais. Aí eu fiquei tranquilo, ela falou “tá bom, vou te ajudar”, aí eu tô conseguindo né, já diminuí bem a cachaça já.

M: Então quem te ajudou com essa questão da internação foi sua mãe e o CAPS.

Diego: É, profissional né, que encaminha.

M: E você sabia que ia pra lá?

Diego: Sabia. Sabia por que eu fui ligar no hospital (psiquiátrico), e eles falaram, não você vai pra fazenda. Aí eu peguei e fui pra fazenda.

M: E você sabia o que era a fazenda, você já tinha ouvido falar?

Diego: Não sabia.”

Ao incluírem as CTs como um serviço privado pertencente à RAPS viabilizou-se os convênios e parcerias com os CAPS, soma-se a esse cenário a dimensão política dessas instituições ao receberem financiamento. Entretanto, há certas incoerências considerando a proposta do Ministério da Saúde (2003) que aponta para a importância do tratamento comunitário e redução de danos. Além da literatura que não encontra resultados significativos com o tratamento em CT, fazendo ressalva do dispositivo como apenas gerador de enclausuramento (Pitta, 2011; Fiestas & Ponce 2012). A internação em CTs para Fabio foi via CAPS-AD, frente às dificuldades de manter o tratamento medicamento proposto a ele e ao mesmo tempo dar continuidade ao seu trabalho, já que se sentia sonolento e não conseguia

trabalhar. Fabio se afastou do trabalho ficando 15 dias em semi-internação (período diurno) no CAPS, optando então pela internação.

Fabio: "Como eu tava vindo no programa, eu vinha no programa me cuidar, eu já tava vindo nas reuniões, só que eu tava trabalhando aí eu tomava os remédios e trabalhava, aí eu falava "uma hora eu vou entrar debaixo de uma carreta" eu ficava pescando ,teve uma vez que eu brequei que a carreta tava em menos velocidade e eu tava a 110, na hora que eu olhei eu tava em cima da carreta, ela tava devagar. Aí eu cheguei em casa desesperado eu falei "eu vou entrar de baixo de um caminhão" eu tô tomando medicamento e dirigindo a noite, porque a maioria das nossas manutenções era depois da meia noite a gente podia descer o cabo e fazer a junção, então chegava as 3hrs da manha, 4h. Aí eu cheguei pra Doutora e falei, "oh, eu tô assim, assim, assim... eu vou morrer", aí ela falou "não, então eu vou te afastar e por na semi-internação". Aí os 15 dias a firma pagou, aí ficou pelo INSS , aí saiu uma vaga, eu pensei bem e fui."

Fabio aponta para as dificuldades em conciliar trabalho e tratamento, sendo o trabalho um fator importante em nossa sociedade. Segundo Castel (2000) o trabalho contribui de forma complexa para a manutenção das relações e segurança social, pelo não isolamento do indivíduo e por manter outras formas de descrição. Assim, os tratamentos territorializados e preocupados em manter os indivíduos trabalhando são passo fundamental para que esses sejam compreendidos como cidadãos. Daniel também narra o desconhecimento do local para onde estava sendo internado. Entretanto, diferente de Diego ele foi levado por pessoas da equipe do local da sua última internação, que ao encontrarem-no em situação de rua o levaram para ser novamente internado em outro local.

M: "Você voltou para sua casa e continuou usando?"

Daniel: Continuei... Vou pra minha casa e continuei usando, só que aquelas pessoas que eu conheci lá... Eu fui tomando consciência e eles montaram um grupo de apoio aqui, chegaram até montar clínica que tem até hoje... Aí... Eu a segunda vez que eu fui internado, eles me viram na rua e me pararam, me chamaram, eu entrei no carro e eles me levaram pra Comunidade.

M: Você foi sem saber??

Daniel: É."

Fernando contou sobre o desejo de ser internado, contudo ele estava alcoolizado no momento da internação não sabendo para onde estava sendo levado.

M: "E você quis ser internado?"

Fernando: É.

M: E aí levaram para esse lugar?"

Fernando: É.

M: Onde que fica?"

Fernando: Eu nem lembro onde que é, no dia que eu fui acho que eu tava bêbado e na porta eu não vi nada..."

A internação nas Comunidades Terapêuticas foi descrita como um espaço de recuperação de aspectos pessoais (valores, controle, família), da qualidade de vida e das condições físicas, nas pessoas que escolheram ser internadas. Contudo, foram descritas situações em que as pessoas não tinham conhecimento do que seria vivido ou para onde exatamente estavam indo. Os usuários são posicionados como incapazes de cuidado próprio e de realizar escolhas, podendo ser internados sem ter conhecimento prévio do que será vivido. Os pacientes e familiares aceitam um tratamento sem serem bem informados de suas características e assim, sem tendo seu direito de negociar seu posicionamento dificultado, pautando-se em instituições ou mecanismos que aparentemente deveriam garantir a indicação de um local seguro. Há discursos arraigados historicamente na sociedade ocidental, como o discurso médico psiquiátrico tradicional e o moral-religioso, que contribuíram para uma compreensão estigmatizante daqueles que fazem uso de drogas, em que se combate o uso destas, e nesse combate em que todas as armas são aceitas, os usuários acabam expostos a intervenções com alto risco de violação dos seus direitos (Fernandes & Fuzinato, 2012; Torcato, 2013).

O discurso da psiquiátrica tradicional, asilar, que é constituído pelos sentidos da abstinência como única saída aos prejuízos causados pelo uso de drogas, coloca que o foco do tratamento deve ser em modalidade de longa internação (De Leon, 2003). As CTs se apropriaram desse discurso e das práticas construídas através deles para modular sua atuação com os usuários de drogas. O modelo proibicionista tem servido de esteio para programas do governo que promovem a massificação de internações, principalmente as compulsórias (Duailibi et al., 2008).

Diferentes falas ressaltam a pouca informação que se tem do local onde as pessoas foram internadas. Mesmo estando dentro de um serviço de saúde, os meios de troca de informação como as redes de contato, ou a internet trazem dados restritos e que podem ser falsos. Assim, como poderia a internação ser considerada voluntária, se não são respeitados os direitos das pessoas de saberem e poderem ver o tratamento a que serão submetidas? Ademais, temos as situações narradas por Daniel e Fernando, nas quais eles são internados sem terem condições físicas plenas para realizar uma decisão. Fenômeno contrário à legislação, que determina o caráter voluntário da internação, o direito à explicação sobre o processo de internação que será vivenciado e a possibilidade de visita à instituição (Ministério da Saúde, 2012).

Portanto, se por um lado, como apontado por Perrone (2014), as CTs são descritas na legislação como equipamentos que estão de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica

e compõem a RAPS, por outro lado, existem percursos e tratamentos que vão totalmente na contramão da Reforma, como relatado nas falas dos entrevistados, apontando seu desconhecimento das características dos locais que foram internados, a impossibilidade de escolher devido às condições que se encontravam no momento que foram internados e pela exposição e submissão a condições desumanas. Assim, replicando dados apontados pelo relatório de inspeção dos direitos humanos em Comunidades Terapêuticas realizado pelo CFP (2011).

3. Funcionamento das Comunidades Terapêuticas

Nessa categoria serão apresentados os aspectos estruturais e de funcionamento (equipe, atividades, relacionamentos, profissionais) das Comunidades Terapêuticas relatadas pelos participantes da pesquisa, buscando oferecer um panorama de como estas funcionam e destacando como foram descritos esses aspectos.

Flávio apresentou sentidos ligados à Comunidade em tentativas de aproximar suas vivências exteriores aos momentos vividos dentro desta. Ele descreve o cotidiano na Comunidade considerando-o como uma rotina normal para pessoas que não usam drogas.

“Um dia na Comunidade. Um dia nunca é igual ao outro na Comunidade, é sempre diferente. Mas assim, um dia na Comunidade é acordar cedo, coisas do dia-a-dia que uma pessoa normal faz. Fazer higiene pessoal, trocar de roupa, ir trabalhar, fazer almoço, lavar roupa, trabalhar à tarde, coisas assim. Mas o que eu mais gostava era dos momentos espirituais”

Na fala de Lucio há uma descrição com mais detalhes de como eram as atividades, apontando para as divisões de tarefas entre as pessoas internadas, que se dava da seguinte maneira: cozinha, curral, horta e limpar a casa. Sobre o funcionamento, apontou o recebimento de alimentos por doação e sobre a punição de lavar as panelas para quem não seguia corretamente as regras da Comunidade.

“Cê acorda cedo, dependendo do que você pegar, por exemplo, se você tá na cozinha aí acorda 4:30 já coloca a lenha pra acender o fogo, cada um faz alguma coisa, fica 3 na cozinha, um lava as panelas, mas a maioria das panelas já tem gente pra lavar que é os que fizeram arte, mas quando não tem é os cozinheiros mesmo, o outro faz a comida, na cozinha eu fiquei uma vez só. Tem que picar as saladas e as frutas que vem tudo de doação, aí tem que tirar os podres e colocar na panela. Aí quando é curral, acorda cedo também. Você tem que acorda primeiro que a cozinha parece,

porque aí já coloca o leite para cozinhar, aí todo mundo acorda 6 horas pra todo mundo tomar o leite. Cê acorda tira o leite da vaca... É os que acordam mais cedo, na horta também, acorda horta, cozinha e curral. Aí tira o leite e volta, aí toma o leite e tem que rapar tudo, tudo... Aí vai lá cuidar das vacas, saí pra cortar cana pra dar pras vacas, o que tiver na fazenda, os porcos. Aí tem os que limpa a casa, tem os que planta, depende da casa.”

A aparência de normalidade descrita por Flávio e Lucio ao falar das atividades entendidas como de uma pessoa normal, não há estranhamento por essa ser uma rotina de atividades domésticas e do campo que se distanciam da vida e rotina da cidade, mas acredita-se que essa rotina é uma rotina verdadeira de pessoas normais. Goffman (1961/1974) aponta sobre o tratamento em hospitais psiquiátricos (instituições totais) em que o ambiente de tratamento e as regras são sempre demonstrativos para lembrar os internos de suas falhas (doença), não cuidando da integralidade da pessoa, estarem submetidos a essas organizações sempre trariam um grau de submissão, que seria mais percebido por pessoas com maiores condições aquisitivas, pois em sua condição de vida não precisou aceitar tais condições. Ou seja, a realização das atividades de limpeza, comida, trabalho no campo, momentos espirituais, determinados pela instituição deixam de ser problematizados dado que muitos dos usuários como descrito na primeira categoria, são internados em momentos críticos, de passagem por uma situação de rua, encontram-se em situações de vulnerabilidade e urgência de cuidado.

No trecho a seguir, Daniel relata as atividades propostas pelas CTs pelas quais passou e sobre seu envolvimento nelas. Ele descreveu os horários de prática da espiritualidade e também as reuniões realizadas para a discussão de dificuldades e problemas que ocorreriam na CT. Relatou também sobre a autorização de assistir futebol de quarta à noite, até o momento de ir dormir.

“Na Comunidade, era muito bom, bom assim, pra mim era, porque igual lá em São Paulo a rotina deles, acordava muito cedo, às 4h da manhã pra tirar leite, eu gostava de tirar leite, então me ensinaram, gostei e passei a fazer aquilo por prazer e não por obrigação e na hora que chegava do curral tomava um banho e aí tinha o despertar do resto do pessoal, aí tomava café da manhã, aí logo depois do café da manhã tem aquela parte que a gente chama de espiritualidade, por ser católico rezava o terço, lia uma parte da bíblia. Depois saía para o trabalho, cuidar do jardim, tratar dos animais, se tivesse que carpir, carpia e isso era só duas horas (do período) da manhã. Aí às 11hrs da manhã encerrava as atividades e fazia uma reunião que é até apelidada de reunião das onze, pra poder ver as dificuldades em um primeiro momento pra ver se a pessoa acordou bem, às vezes ela acorda mal e não tá conseguindo controlar, se tem alguma briga com outro interno, aí depois é o almoço, descansa e aí a tarde cada um volta pra suas funções, às 4h da tarde tem o café da tarde e depois é descansar, de quarta tinha o futebol, aí banho e a noite sempre tinha

um momento de louvor, louvor que eu falo era tocar um violão, cantava, aí a partir das 21h podia ir dormir.”

Na experiência descrita por Rafael, ele assinala alguns aspectos relevantes das atividades, como a necessidade de poucas pessoas para executar os trabalhos, enquanto os demais internos ficavam dentro de casa. Rafael diz também da falta de infraestrutura no cuidado às pessoas e a impossibilidade de horas de lazer, como assistir TV, comparando as condições vividas na CT como piores frente à situação de prisões.

“Ah, as atividades era... Fazer a limpeza, ou era passar o rastelo e carpir, eles davam enxada... Lá não era muito grande também. É isso. Limpar... Tinha duas pessoas: um era um amigo meu, o C., que ficava na cozinha... Só duas... Só que eles não fazem nada. Só serve. Só pega o que tá lá pra servir. E os outros, dois mais dois, vão fazendo a limpeza. Ou seja, são oito pessoas que trabalham no determinado tempo e o resto fica tudo trancado, só que ele não pode entrar dentro da casa e tem que ficar ao redor da casa, só que não pode sair daquele terreno ali da casa, sabe. Ele não pode passar pra fora que é onde é a área de... Depois assim, tipo assim: lá é desse tamanho, aí lá tem um pedaço que é da administração, aí tem um aqui que fica trancado, você não pode ter acesso, só pode quando vai trabalhar, que fica as mandioca, as coisa... E aqui fica a casa. Só que tem um riozinho, você não pode pescar lá também, não sei por que tem. Tem uma piscina que vive suja, e isso... E os quartos no sobrado lá. Você não faz nada o dia inteiro você não pode assistir televisão, porque é evangélico, é uma coisa meio, sabe... É pior que cadeia pra te falar a verdade viu. Porque uma pessoa que tá indo pra tratamento não pode se sentir daquele jeito. inclusive tinha um amigo meu lá que conheci lá dentro que ele tava com não sei se era da bacia, mas ele não tava andando. Trincado o osso. Ele tava internado, os cara não tava nem aí pra ele. Ele falou que segunda feira que foi agora, não sei se ele foi, ia fazer uma cirurgia, sabe? É umas coisas meio, sei lá, não tem como. Aquilo lá sendo pras pessoas dependentes.”

As atividades seguem um cronograma determinado pelos monitores a serem cumpridas pelos internos. Daniel descreve que realizava as atividades por prazer, a possibilidade de fazer atividades que se sinta capaz parece contribuir para a aceitação da mesma, diferente do que foi vivido por Rafael, que se sentia cerceado de seus direitos. A posição ocupada pelo usuário de drogas é daquele que necessita aprender o que é ser uma pessoa normal (ter uma rotina), assim ele precisaria ser reeducados pela CT que oferece seu passo-a-passo de aprendizado da rotina entendida como das pessoas “normais”. Ações que divergem da proposta da RAPS e das determinações da ANVISA (Ministério da Saúde, 2006) a respeito da necessidade de cada paciente ter um projeto terapêutico singular, que atenda as necessidades de vida da pessoa.

Os trabalhos realizados na Comunidade para Paulo tinham o sentido de “ocupar a cabeça”, com o tempo disponível ao longo do dia o interno trabalhando não ficaria ocioso e não pensaria na droga “não é bom pra ele?”, seria uma “terapia”.

Paulo: “Mas isso aí agora, uma dúvida,[sobre trabalho] isso aí não é visto como uma terapia pro interno? Pra tipo, ele não ficar muito tempo ocioso, é, assim, parado o dia inteiro, por que um dia numa casa de recuperação é trinta horas, não passa. Não passa. Isso aí, não, por que assim, não é um trabalho pra ele tá lá fazendo isso? Não é bom pra ele?”

Na fala de Lucas, ele faz a comparação entre as duas internações pelas quais passou, como sentiu diferença ao poder ter um tratamento que o ajudasse a pensar sobre questões a respeito do uso que fazia de drogas, diferente da primeira internação que era focada somente no trabalho.

“ Ah, eu acho que eu não acostumei assim com a casa, com as pessoas que tavam lá, não me acostumei. Aí acabou que eu não... Os coordenadores também, eu acho que não passavam... Essa... Eu tô tomado muito agora, falando dessa minha primeira internação, como comparativo dessa minha segunda, que foi assim, foi... A clínica era outra coisa, outro mundo, comparada com a primeira. Então a partir dessa internação, eu vejo que na primeira internação tinha muitas falhas, assim, desde a instituição, pro que eu estava tendo nessa segunda internação né, que os coordenadores eram melhores, a estrutura da casa era melhor, as regras eram mais aceitáveis. Então a minha primeira internação era muita laborterapia, de domingo a domingo tinha laborterapia, que era trabalho né. Então, não que eu não gostasse de trabalhar, de fazer alguma coisa, mas era o tempo todo assim, até domingo, então... E era só isso, não tinha nenhuma metodologia assim, pra manter você consciente do seu vício pra ajudar a lidar com a questão das drogas, como tinha nessa minha última internação. Que lá a gente trabalhava com os 12 passos, que é dos narcóticos anônimos, então era outra coisa assim, totalmente diferente, muito mais completo assim, o tratamento. Lá na outra clínica não, lá parecia que eles pensavam que trabalhando, ocupando a mente com alguma coisa e ficando lá dentro ia resolver o problema. Já nessa outra clínica não, já vi que era um preparo mais pessoal assim, tinha uma ajuda mais psicológica mesmo, de você se fortalecer psicologicamente, você colocar, lidar com situações, fazer estratégias de enfrentamento, então era outro nível, assim.

Para Diego as atividades de trabalho realizadas na CT não tinham um objetivo claro, mas ele atendia ao que era determinado entendendo como sendo algo de sua responsabilidade.

Diego: “Lá tem um monte de tarefa, tem gente que olha das galinhas, dos galos lá, dos patos, tem os patos, tem um porqueiro, tem um chiqueiro. Tem gente que tira leite de manhã cedo pra gente tomar o café.

M: Mas por que que tem que fazer tudo isso?

Diego: Aí eu não entendi.

M: Mas você fazia?

Diego: Fazia, eles mandavam carpir um mato, aí a gente ia carpir.”

Nos diferentes trechos as atividades de trabalho realizadas pelos pacientes, também chamada de laborterapia, aparecem como parte fundamental da proposta da CT, construindo um sentido de terapêutica ou ocupacional, de reeducação dos usuários de drogas. Contudo,

como apresenta Castel (2000) a importância do trabalho na sociedade se dá em sua dimensão política e cultural, em nossa sociedade a pessoa que está fora do mundo de trabalho estaria conseqüentemente com rupturas em suas relações sociais. Essa condição colocaria as pessoas em risco de precarização dos direitos humanos e de sua vida. As agências de saúde buscam por meio do desenvolvimento de técnicas médicas e a incorporação de serviços como as CTs, formas para controlar a vulnerabilidade, mas acabam por individualizar os problemas com o uso de drogas. Assim como as instituições totais descritas por Goffman (1961/2001) o trabalho nas Comunidades Terapêuticas não visa oferecer ferramentas de cidadania ou autonomia, nem em alguns casos renda para as CTs, o trabalho nessas instituições tem a função moral disciplinadora, busca normatizar os indivíduos de acordo com as premissas da instituição, determinando os interesses e limitando suas possibilidades de ações no mundo e mortificando suas trajetórias e singularidades, movimento comum às instituições totais.

Assim, ao passo que essas instituições individualizam o problema das drogas sem refletir a respeito das questões sociais, acabam por manter as pessoas longe do mercado de trabalho, sem oferecer recursos para que na saída essas possam entrar no mercado de trabalho, inclusive como uma forma de não mantê-las excluídas socialmente e ativas na luta por seus direitos. Esta posição é oposta à determinada pela redução de danos que ao buscar oferecer cuidado no território também inclui as necessidades da população, um exemplo de ação atual nesse campo corresponde ao Programa de Braços abertos do município de São Paulo em que usuário de drogas da “crackolandia” recebem dinheiro pela realização de atividades como a de limpeza do espaço público que estão (Decreto Nº 55.067, 2014).

Quais os sentidos possíveis do trabalho enquanto principal/obrigatória atividade nas CTs? O discurso moral fortalece essas descrições de trabalho como forma de intervenção “terapêutica”, como a possibilidade de aquisição de novos valores e identidades, ocupando a pessoa e ensinando regras para os que não têm controle. Esse movimento reedita o tratamento moral (Pinel) pautado no discurso moral religioso em que eram oferecidas atividades de trabalho para normatizar os loucos, mantendo-os produtivos (Foucault, 1997). O tratamento moral, embora preocupado com a humanidade das pessoas tinha como foco apenas o indivíduo e buscava a responsabilização deste por seus atos e conseqüências, ou seja, reeducar os comportamentos de forma alienada às regras sociais por meio principalmente do trabalho, utilizando-se para isto, do que para Pinel era considerado referencial técnico, como as punições (repressão e intimidação) e os reforços (doçura, filantropia) (Pereira, 2004). Os hospitais psiquiátricos reeditaram o aprisionamento do alienado nessas instituições não oferecendo a reinserção por meio do tratamento moral apenas oferecendo a normatização

desses (Amarante, 2009), fato que ocorre com os internos das CTs, seguindo uma compreensão sobre o trabalho como reeducação, promovendo ao indivíduo seu retorno para a sociedade com a sua nova identidade, apontamento contrário àquelas experiências apresentadas pelos colaboradores, como será discutido nas categorias posteriores. Os tratamentos psicossociais que prezam pelos direitos e cidadania compreendem que somente no território e em comunidade (não as CTs) se torna possível a luta com moradia, trabalho e participação social (Alves, 2009). A obrigatoriedade do trabalho no tratamento também pode ser compreendida como uma forma de aprisionamento moral. Corradi-Webster (2013) assinala que muitas vezes os rituais segregacionistas e de purificação recebem novos contornos sendo chamados de práticas de cuidado.

Além do trabalho, as atividades religiosas foram destacadas pelos entrevistados de diferentes formas. Jorge descreve várias atividades voltadas para a religiosidade como: orar, ir à igreja e vídeos religiosos. Flávio conta sobre a importância da espiritualidade em sua vida, como uma forma de enfrentamento.

M: “E você tava falando da convivência com um monte de homem, que tinha a abstinência sexual, como vocês faziam lá?”

Flávio: Eu, no caso eu, porque dos outros eu não sei, mas no meu caso tinha o princípio espiritual, religioso, quando eu tava vinculado com isso eu não tinha o desejo sexual, tanto assim, de transar, eu era mais religioso assim.”

No trecho anterior a religiosidade aparece auxiliando a enfrentar questões da sexualidade dentro da CT, enquanto de forma mais global a segunda fala de Flávio traz a religiosidade como espaço de troca e de fortalecimento, através de pensamentos bons e positivos que deveriam ocorrer nas reuniões (grupo de apoio ou grupo de sentimentos).

“A gente se reunia cada um com a sua espiritualidade, com a sua religião e ali baseado no princípio de um poder superior, a gente falava daquilo que a gente sentia, de um jeito sempre positivo, sempre melhor, sempre filtrando coisas boas, descartando as coisas ruins e esse que é o real sentido de uma recuperação.”

A espiritualidade é descrita, assim, como principal ferramenta para lidar com as dificuldades da CT, enobrecendo as qualidades (morais) e descartando a história em torno do uso drogas e qualquer questão que fuja a moralidade (Ribeiro & Minayo, 2014). A atividade religiosa como parte fundamental do tratamento em CT, é descrita por Lucio, que relata sobre as consequências do não cumprimento dessas atividades, acarretando na expulsão da CT.

M: “E tem alguma atividade religiosa?”

Lucio: Tem. A primeira que eu tô comentando é católica.

M: E as outras?

Lucio: As outras é tudo misturado, essa tinha que acordar 6 horas fazer a oração do terço, as que eram evangélica tinha que rezar o terço também, aí tinha um que negava, aí se não rezasse excluía, mandava embora.

M: Se não rezasse mandava embora.

Lucio: Ia pra outra casa.”

Rafael conta da rigidez do tratamento, que para ele, está vinculada ao modelo religioso seguido pela CT.

“Não. Porque lá era evangélico. Eu acho q por ser evangélico e muito rígido, eles são muito sem conhecimento. Porque os próprios obreiros, as pessoas q trabalham lá naquela clínica, são gente que toma 10, 11 meses de internação.”

As práticas confessionais e disciplinatórias, como às atividades religiosas realizadas e a própria denominação dos responsáveis (obreiros) remetem a influência da religiosidade nas CTs, proporcionando formas de vincular a pessoa à sua identidade social e manter o controle dos internos na internação, como nas situações de busca por prazer (sexual e drogas), na resolução de conflitos e de desobediências (Fossi & Guareschi, 2015). Na fala de Daniel, ao descrever as atividades realizadas na CT aponta à religiosidade como um modo de tratamento. Dessa forma, compreende que a Comunidade ao seguir esse modelo é uma instituição adequada. Nas diferentes falas as Comunidades Terapêuticas aparecem vinculadas ao modelo religioso.

“Lá é assim, um hospital mais religioso, lá eles seguem a religião católica, mas também tem laborterapia que é o trabalho, igual o trabalho da T.O., Psicologia, tem a parte de psiquiatria. Em termos de avaliação é um lugar adequado, ou até mais que adequado, até de tempo eu voltei lá pra visitar, conheci o pessoal daqui e aí eu vim embora.”

Paulo fala da importância que foi descobrir a religiosidade como forma de fé em sua vida, para lidar com o uso de droga, relatando esse momento vivenciado na CT como uma mudança de vida. Traz em paralelo a tristeza e a culpa de ver o sofrimento de familiares ao visitarem os internos, e de sua própria mãe, essa culpa e tristeza por gerar sofrimento nos outros servia de motivação para querer parar de usar drogas.

Paulo: “Não, fica ali em São Simão. É... Só que aí eu, lá eu comecei... Lá foi o lugar que, foi quando eu comecei a grande mudança da minha vida, né. Há 14 anos atrás, por que lá eu conheci a palavra, né, de Deus, sou muito fiel a Deus. Foi lá que eu conheci a palavra, e lá que eu vi o sofrimento de mães que ia visitar, é, minha mãe ia lá visitar, pessoa casada, e... Chorava assim nas nossas reunião, chorava, é... De vontade de sair da droga, sabe?”

Segundo a Portaria nº 131/12, a religiosidade dos residentes deve ser respeitada, não podendo ser obrigatória a participação nas atividades desse caráter (Brasil, 2012). As CTs citadas são todas ligadas diretamente a uma religião (espírita, católica ou protestante) ou ao modelo dos “Dozes Passos”, que apesar de não ser vinculada a nenhuma religião propõe a crença em um poder superior (Ribeiro & Minayo, 2015; Oliveira & Menandro, 2001). Embora as atividades religiosas possam não ser obrigatórias, o discurso moral religioso é importante em nossa cultura e legitima sentidos sobre o uso de drogas e sobre as pessoas consideradas dependentes. Sendo este discurso muito presente nestes modelos de tratamento construindo uma visão do usuário como culpado e gerador de sofrimento, propondo a exclusão social (internação e prisão) como forma de lidar com seu consumo de drogas, sendo a espiritualidade uma das principais ferramentas para atingir o objetivo de abstinência. Assim, mesmo que não sejam obrigatórias as atividades como a oração, leitura de livros, cultos, etc., há impacto na forma como as pessoas irão se descrever e se posicionar durante a internação. A literatura em busca de investigar o papel da espiritualidade nos tratamentos comumente a trazem como benéficas aos pacientes e abordam a questão da necessidade dos profissionais de adequarem a esse fator considerado assim terapêutico (Pillon & Luis, 2004; Koenig, 2007). Incluir a espiritualidade como um fator que possa auxiliar as pessoas a terem mais recursos, muito se diferencia do foco de um tratamento ser a espiritualidade. O fato do foco do tratamento ser a espiritualidade/moral religiosa pode configurar como doutrinação, não sendo necessariamente o que os residentes precisam e querem, limitando o desenvolvimento de recursos necessários para a complexidade de demandas da sociedade, principalmente no que concerne o local de exclusão que o usuários de drogas ocupa (Fossi & Guareschi, 2015).

Outras atividades descritas nas entrevistas consistiam em assistir filmes, participar de grupos, de diferentes atividades religiosas, jogar e assistir futebol, utilizar a academia e fazer atividades de artesanato. Diego contou em sua entrevista sobre atividades voltadas para o lazer e outras atividades como grupos de apoio, atividades religiosas e de trabalho.

M: “E tinha alguma outra atividade?”

Diego: Tinha academia lá, mas a academia...

M: Mais ou menos?

Diego: É, mais ou menos.

M: E tinha alguma coisa de algum artesanato...

Diego: Tinha.

M: Tinha artesanato também?

Diego: Tinha só que eu esqueci o nome da moça. Tinha pano de prato pra fazer. Aí eu fiz umas pipas, tinha umas folhas lá eu fiz umas 5 pipas.

M: E vocês soltaram pipa depois?

Diego: Não, mas eu levei pro meu priminho soltar.

M: E que mais que tinha?

Diego: Ah, o campo de futebol, todo dia podia jogar.

M: Ah é? E tinha alguma atividade religiosa?

Diego: Ah, a gente mesmo fazia oração.

M: Todo dia ou...?

Diego: Cada dia era um

M: E tinha grupo também?

Diego: Tinha, tinha NA [Narcóticos Anônimos] também. Tinha uma senhora que ia lá também, acho que psicóloga.

Lucas descreve sobre outras atividades que estiveram presentes na sua segunda internação, como o grupo de prevenção de recaídas. Esse grupo servia para levantar as dificuldades referentes ao uso de drogas e expor essas dificuldades perante o grupo (internos e coordenadores) e assim pensar em alternativas para não usarem a droga.

Lucas: “É porque a gente fazia uma reunião que chamava prevenção de recaída né, aí lá tinham várias situações, é do, era um material elaborado pelo NA, não sei da onde que é o material, se é da própria clínica, aí lá tem várias situações em que ajuda a gente a se reconhecer, a gente preenchia um questionário, a gente dava o questionário preenchido, de situações que a gente tinha dificuldade. Às vezes uma dificuldade social, uma dificuldade psicológica, tudo relacionado à droga. Aí a gente expunha essa dificuldade, perante o grupo, perante o coordenador, e a gente pensava numa maneira de como se sair, de como lidar com ela sem precisar recorrer às drogas.”

Os grupos de apoio nas CTs são atividades trazidas por diferentes participantes anteriores à fala de Lucas. Flávio também compreendia as reuniões como momento de troca de experiências e de fortalecimento. Os grupos são organizados para que os pacientes exponham suas dificuldades sobre o uso de drogas trazendo aspectos positivos que o auxiliem a enfrentá-las. Neles, os internos são submetidos ao exame dos coordenadores além do de seus colegas. Essa prática de grupo de exposição e confessionamento deixa de ser percebida como forma de coerção por ser representativa de discursos historicamente arraigados em nossa cultura, como o discurso moral religioso, o discurso médico psiquiátrico (Fossi & Guareschi, 2015; Foucault, 2009). A exposição e confrontação são práticas de controle e formas de vincular o interno à sua identidade de dependente de drogas, dependente em tratamento ou ex-dependente; falando de si sempre como alguém que tem falhas, sem controle, mentiroso, um “drogado”. O modelo de CT compreende que é benéfico para o indivíduo manter estas descrições identitárias mesmo após a saída da internação, a fim de que se mantenham conscientes de sua condição de dependente e assim, fiquem abstinente. A necessidade de se reconhecer como doente é um passo fundamental dentro do modelo dos

alcoólicos anônimos e outros grupos que se organizam em torno dos 12 passos, que são fundamentos muito presentes nas CTs. A percepção de que o indivíduo é doente (corpo e alma) e impotente seria a possibilidade desse indivíduo procurar ajuda e mudar suas perspectivas com a atuação do poder superior (transformação moral). Por meio do A.A. (Alcoólicos Anônimos) ou N.A. (Narcóticos Anônimos) a pessoa se torna pertencente a um grupo e uma identidade de usuário em recuperação, assim conseguirá manter-se abstinente dia após dia (Rodrigues & Almeida, 2002; Campos, 2009). O modelo dos 12 passos nos grupos de apoio tem grande êxito no auxílio a pessoas que fazem uso de drogas (Oliveira & Menandro, 2001). O foco no indivíduo doente, oferecendo uma nova identidade, ainda que continue restrita às drogas, parece ter maior espaço socialmente por atender as exigências sociais de normatização ou moralização (Valderrutén, 2008). As CTs ao seguir os 12 passos se vinculam a esse imaginário e espaço social. Modelos que considerem o uso de drogas como uma questão comunitária, cultural e não apenas individual estariam preocupados em oferecer cidadania aos usuários de drogas sem que para isso esses tenham que obrigatoriamente ficar abstinidos e considerando a espiritualidade como um aspecto da vida e não o único meio de se “salvar”.

Dentre essas diferentes atividades, a visita familiar também fazia parte do funcionamento de algumas CTs. A fala de Flávio mostra a expectativa dele em poder rever sua esposa e de como acontecia esse contato.

M: "E como eram essas visitas?"

Flávio: Aí eu não via a hora de chegar o dia, sabe de alguém ir lá me ver, me visitar.

M: E vocês ficavam um tempo juntos?"

Flávio: A gente passa um tempo, começa às 9 horas e ia até às 2 horas da tarde.

M: Não tinha visita íntima?"

Flávio: Não, não."

Lucio apresentou em sua fala a dificuldade dos familiares de irem visitá-lo devido à distância que a CT ficava da moradia destes.

M: "E você recebia visita lá?"

Lucio: Lá era difícil porque era longe, recebia principalmente telefonema"

Lucas relatou que em sua passagem pela CT as visitas ocorriam apenas depois do terceiro mês, embora a família também fosse chamada para participar de eventos.

"Então, na primeira internação deu mais tempo de receber visita, mas na segunda internação também não completou um mês, então eu não recebi visita. Mas podia ter

visita, mas era uma vez por mês, na segunda. E na primeira era só depois de três meses. Mas às vezes tinham uns eventos assim, e eles convidavam os familiares.”

Os excertos citados anteriormente, abordam uma série de outras atividades realizadas na CT, que vão desde atividades terapêuticas (grupos, terapia ocupacional), até atividades de lazer, como ver e jogar futebol e realizar exercícios na academia. A realização de diferentes atividades foi descrita como parte do tratamento na CT, contudo, nos sentidos identificados, aparentemente não há uma compreensão clara de como e porque cada atividade é realizada ao longo do dia e aparece uma dificuldade em distinguir se essas atividades teriam uma função terapêutica, de lazer, ou apenas de ocupação do tempo. O distanciamento da sociedade no tratamento e a formação de um grupo homogêneo facilitam a criação de uma identidade comum, em que as diferentes atividades fazem parte desse grupo (Velderrutén, 2008). O isolamento do usuário de drogas de seu meio é compreendido como fundamental para ocorrer a abstinência. Esse processo de exclusão ocorre sistematicamente ao longo da história aos classificados como desviantes e hoje se reedita nas pessoas que fazem uso de drogas, uma vez que essas são caracterizadas como um problema e perigo social, pessoas sem controle e impulsivas, devendo então ser normatizadas. Por meio desses argumentos de perigo social justifica-se a defesa de instituições com funcionamento residencial, de caráter fechado e mesmo o pertencimento das CT como apartes da RAPS (Fossi & Guareschi, 2015). Entretanto, este modelo desconsidera o princípio do SUS e da RAPS, que preconiza o cuidado no território, buscando em diferentes níveis de complexidade atender as necessidades daquela pessoa e de seus familiares garantindo contato frequente com eles nos casos de internação (Barbiani, et al., 2014; Ministério da Saúde, 2012; Lei No. 8.142, 1990).

Embora aparentemente se diga nas CTs que são considerados aspectos sociais e ambientais, oferecendo atividades diversas como forma de sanar a “deficiência” das características que impedem os usuários de drogas de ter controle sobre suas ações essas atividades ressaltam aspectos discutidos por Goffman (1961/1974) a respeito das cerimônias institucionais (atividades de lazer/esporte, portões abertos a comunidade e família, grupos e atividades religiosas, etc.) em que estas serviriam para construir aos internos uma perspectiva de união e igualdade entre eles e a equipe e de proximidade com as atividade do mundo externo. Contudo, o funcionário da equipe tem o papel de supervisão em uma relação hierarquizada em que esse ocupa um papel paternal (provedor e conhecedor) e os internos devem manter respeito e obediência a essa figura usufruindo desses momentos considerando a liberdade que ele proporciona em comparação ao cotidiano na instituição, ou também

buscando mostrar resultados para conseguir alta da instituição. Além desses aspectos, o papel disciplinador dos responsáveis pela instituição marca a posição de obediência dos internos e desses serem considerados como “não pessoas” como crianças que precisam aprender as regras sociais, caso não as cumpra esses são punidos.

Um aspecto importante do funcionamento da Comunidade, bem como de qualquer tratamento, é a relação entre pacientes e equipe. Nesse sentido, Daniel e Flávio contam do bom relacionamento que é estabelecido entre todos nas CTs, em que amizades são formadas, descrevendo o ambiente como familiar.

Daniel: “Família, em Comunidade geralmente a convivência é família, até mesmo quando alguém não tá bem e quer ir embora, porque quando tem uma pessoa que quer ir embora, dentro de uma Comunidade ninguém vai segurar ela, vai conversar com ela, falar ‘então, ô, aguarda a sua família’. Eu como usuário falo que ambiente é de família...”

Daniel em sua fala traz a descrição de família a cerca das relações estabelecidas, mas também usa o repertório família como exemplo em como lidar com os internos que querem ir embora da CT, dizendo “então, ô aguarda a sua família”, ou seja, não vá embora, espere a visita da sua família, para que a pessoa desista de sair. A discussão de Goffman (1961/1974) a respeito das situações das cerimônias institucionais que criam uma aparência de igualdade também aparecem na fala de Daniel, na noção de que a instituição é uma família, sendo a CT vista dessa forma, como abandoná-la? Cria-se uma relação em que todos são iguais, de homeostase familiar e nada pode mudar, cabendo aos patriarcas/equipe manter ou liberar a pessoa da instituição se sua reeducação for julgada como boa. A contraposição de sentidos fica demarcada no desejo de ir embora por saúde da família, do mundo fora da CT, sendo o termo família cunhado para falar também das relações na CT.

Flávio descreve como era a forma de resolver os desentendimentos entre os pacientes e entre paciente e monitores dentro da CT e como a sua relação com os mesmos continuou, de certa forma, após sua saída.

M: “Você tava falando do relacionamento na Comunidade, como era pra você entre você e os outros pacientes e entre você e os monitores?”

Flávio: Ah, de vez em quando saía uma faísca, uns rabos de foguete, mas a gente se dava bem, é uma família grande.

M: E você chegou a fazer amigos lá?

Flávio: Cheguei.

M: Tem contato até hoje?

Flávio: Os coordenadores, alguns companheiros, vão na minha casa me visitam, telefonam, whatsapp. Essas coisas tudo, eu vou lá.

M: E como resolvia esses atritos?

Flávio: Ah, de um jeito ou de outro, acabava resolvendo, esperava passar um pouco o tempo, esperava o momento certo para pedir desculpa, ou pra receber desculpa e aí várias vezes acabava em abraço e beijo.”

Diferente das experiências anteriores, Lucio descreve um desentendimento entre ele e um dos monitores, no qual um clima e ações de ameaça ocorreram.

M: “E o que era fazer uma coisa grave?”

Lucio: Se brigasse, eu briguei lá duas vezes com os monitores.

M: Por quê?

Lucio: Porque os monitores são ex-usuários também, tinha uns cheios de tatuagem e eles só queriam saber de bater nos outros. Mas eu não tinha medo disso não,... teve um dia que um me chamou para uma salinha lá, menor que essa sala, aí eu tava assim aqui, e só tinha a mesa dele eu entrei e já vi os tacos de basebol com prego...

M: Mas aonde que foi isso!?

Lucio: Foi aqui em RP.

M: no R (CT)?

Lucio: É, aí tava escrito, amansa leão, aí ele veio querendo dar um comprimidinho pra mim, aí eu tomei, aí na hora que ele levantou que eu vi que ele queria fecha a porta, eu cuspi na cara dele e saí de lá, saí gritando “ele quer me bater, quer me bater!”. Aí quando ele saiu da sala, ele saiu diferente falando “tá ficando doido, tá ficando doido”. Eu falei “não ele quer me bater eu vou processar isso aqui”. Acho que ele ficou com medo de processo, sei lá. E o dono da fazenda do sítio ia aparecer lá, acho que a minha sorte foi essa, se não ele teria me batido mais tarde. Aí ele chegou lá mais tarde e eu pedi pra conversar com ele e pedi pra sair, não falei nada pra não comprometer ninguém, só pedi pra sair...”

Paulo também traz as relações como conturbadas, e descreve um desentendimento entre ele (monitor) e outro interno. Conta da responsabilidade que era atribuída a si como monitor e único responsável do local e da falta de apoio por parte dos coordenadores da CT que não ficavam no local, e dos desafios de lidar com outras pessoas que estavam ali internadas. Nesse processo o ato de ser monitor deixou fez com que ele deixasse de se cuidar e pensar em suas questões, buscando apenas agradar o coordenador.

Paulo: “Ah, teve, Mariane. Teve, teve. E ainda foi da minha parte.

M: Como assim?

Paulo: Por que chegando lá, eu conto a verdade né. Ele... Esses menino de 15 ano, mais aqueles... É você fala pra ele, ele zombava né, na cara dos outro. E um dia eu perdi a paciência e agredi ele.

M: Você brigou com ele...

Paulo: É, só que eu não ia bater muito nele, eu só empurrei, empurrei e... E dei um chute, acho não me lembro. Né, só pra mim mesmo, só pras outras pessoas eu nunca vi.

M: Não tinha caso de...?

Paulo: Não. Eu cheguei... ”pô, o cara chega lá.. só tá pensando nele. Por que, Cé sabe, sabe o que é? Em cima de mim, por que os coordenador ficava aqui em Ribeirão. Eles só me davam um telefone celular, pra mim ligar lá. Então você vê toda aquela... toda aquela... tinha uma época que éramos em doze. Cê vê, pô, não vai ter o que você comer amanhã, né... É... Só que eu fui aceitar, eu era o encarregado de lá.

Na cabeça do X, ele falava, “pô”, e aí... os fazeres lá da comunidade, que é toda a parte, lavar as louça, lavar os banheiro, cuidar da casa... Eu falava uma vez, falei uns três meses pra ele, nunca tinha limpado. Aí, um dia, perdi a cabeça com ele. Eu sou homem, mas fora isso, não teve nada(...). Então eu me preocupei muito com, com agradar eles e fui esquecendo de mim. E tudo que eles mandava eu fazer, eu fazia. E fui esquecendo de mim, juro, fui esquecendo que eu era o viciado, que eu não tava pronto pra nada, né. Eu esqueci de mim.”

No processo de busca por tratamento narrado por Paulo e disposto na categoria anterior (p.81) ele relatou a busca por diferentes locais até encontrar a CT em que narra sua experiência enquanto monitor, sendo esse local encontrado com melhores condições sanitárias. Mesmo com todo cuidado ao procurar um local adequado acabou em um lugar sem estrutura profissional, sentindo-se sobrecarregado como monitor, gerando tensão e agressão.

Na fala de Diego, o bom relacionamento entre os pacientes fazia com que ele se sentisse respeitado na CT, mesmo quando houve desavenças.

Diego: “Ah, a relação entre a gente é que tem sempre que respeitar eles né. Mas assim, judiação não... Do pessoal que ficou lá, teve amizade com todo mundo. Tava precisando de alguma coisa, tá aqui, tá ali. Um ajudando o outro.

M: E de vez em quando tinham umas brigas, que você falou que um rapaz deu uma paulada.

Diego: É. De vez em quando tinham umas brigas lá.

M: Mas então era um bom relacionamento entre todo mundo?

Diego: Não, só foi os dois que brigou só.”

Apesar do bom relacionamento entre os próprios pacientes Diego descreve uma situação em que um dos coordenadores age com desrespeito com todos.

Diego: “Bom, porque lá eu respeito todo mundo, não tem ninguém falando xingando de ninguém, só o coordenador mesmo que xingava a gente.

M: Pode falar, não tem problema não.

Diego: Nós lendo a bíblia, assim, e ele falando “seus pau no cu, vocês tão tirando”, Falava essas coisas aí, aí deu um infarto nele.

M: Ele xingava todo mundo então?

Diego: É.

M: Por causa de vocês terem usado droga?

Diego: Não, não por isso, que nós tava lá sem usar... mas ele falava isso aí mesmo.”

As relações hierárquicas nas CTs e a falta de preparo da equipe responsável no cuidado acabam por expor os internos a situações de violência. A posição social do usuário, de que esse é falho, incapaz, imoral viabilizam práticas disciplinares de violência. Na fala de Diego, embora ele descreva a violência verbal sofrida e a agressão entre os próprios pacientes, não há compreensão desses fenômenos com indignação ou espanto. Pode-se refletir como a posição social e as descrições a respeito dos usuários de drogas fazem parte de como os

próprios usuários se descrevem e acabam por desconhecer outras possibilidades de posicionamento.

No trecho abaixo, Rafael aponta para a falta de outros profissionais e para a falta de estrutura que considerasse a quantidade de internos.

M: “Não tem profissional lá?

Rafael: Nenhum! Não tem médico, não tem nada.

M: Você não viu psicólogo...?

Rafael: Eu não vi. Eu perguntei pra eles “como que faz pra mim ir no médico? Eu tô aqui, tô morrendo, usei droga há 10 anos” olhei pra cara deles assim. Eles falo “ah, sua família vai ter que marcar um médico, sua família vai ter que vir te pegar aqui, e te levar lá.” E o pior você não sabe. Eles tavam com superlotação lá. Lá cabe 25. Lá tava com 32. E eu peguei a cama de um obreiro que dormia lá junto com os internos e ele foi dormir num sofá lá dentro, pra ceder um lugar pra mim. Eles falaram que no dia seguinte... Tem 3 dias pra você ficar de boa. Você não faz nada, você deita, mas no segundo dia eles já começa te explicar o serviço da fazenda. Falaram que ia levar eu pra Batatais que já tava muito lotado. “Mas, como é que vai ser isso, minha família vai ser avisada?” “não, vai.” Visita uma vez por mês. Todo terceiro domingo do mês eles iam. Eu ia ter que vir de Batatais pra cá pra minha família me visitar. Eles mandam a van que o pastor dirige... a van é uma perua. Ai eu falei ‘não, mas isso tá errado cara. Ceis falaram pra minha família que eu ia ficar aqui, como é que’ e eles não ia falar nada porque eles foram me buscar lá, sabe? É uma coisa meio estranha que tinha que ser investigada pra te falar a verdade.”

A relação hierárquica entre pacientes-monitores/ internos mais velhos-coordenadores, juntamente com a falta de cuidado e estrutura adequada, aparece nas falas como geradora de conflitos, violência e falta de cuidado e tratamento adequado pelos participantes, fenômeno presente nas instituições disciplinares. Foucault (1987) descreve de que maneira a disciplina sustenta as relações hierárquicas, devido ao constante vigiar e da dominação dos corpos (determinação de tarefas, horários e punições). A exclusão e as violências a que os usuários de drogas são submetidos, são consequência das relações hierarquizadas (poder) sendo descritas pelos detentores do poder como educativas, corretivas, movimento social presente em instituições de caráter educativo, como antigos manicômios (Basaglia, 1985).

Continuando com as experiências vivenciadas pelos participantes, Fernando fala da diferença de alimentação que acontecia entre os monitores e os pacientes, e o clima que se criava em torno dessa atitude.

Fernando: “Era uma fazenda, em Sertãozinho, dentro da cidade mesmo...”

M: Tinha outras pessoas internadas?

Fernando: Tinha um pouco. Mas era só sopa, sopa, sopa, no almoço sopa, na janta sopa não via um pedaço de carne, aí pegou e, eles trouxeram os parentes colegas deles, família fizeram um banquete lá e só... Um almoço especial e nos só olhando os caras passando com guaraná e coca pra lá. Ai a gente falou pra um que tava ajudando, dá um pouco pra nós, ele falou “não, não!”, puxa saco...

*M: Então enquanto vocês ficavam tomando sopa eles fizeram uma festa?
Fernando: E aí, ficava tomando sopa e eles com o banquete com refrigerante coca, aí eu peguei e fugi.”*

Nas falas dos entrevistados as relações estabelecidas foram diferentes, se para alguns a convivência foi como em uma família, outros viveram situações de humilhação, subordinação, negligências e uma completa falta de estrutura e de possibilidade de tratamento. Além disso, o termo família aqui empregado pelos colaboradores, ou mesmo as relações amistosas apontadas trazem a reflexão da CT como uma instituição hierarquizada e educadora, em que as atividades são determinadas pelos que detêm o saber/poder e aos internos cabe acatar as determinações, caso o contrário são descritos como desobedientes, vagabundos, desinteressados, várias descrições que desresponsabilizam a instituição e expõem quem buscava cuidado a diferentes formas de violência.

Jorge narra as atividades de rotina na CT, como tendo a função de impedir o pensamento no consumo de drogas e também como formas de punição, em situações de desentendimentos.

“Na Comunidade acordava de manhã, orava a biblia, aí tinha uma atividade pra fazer cada um fazia a sua, aí eles colocavam a gente na perua pra ir lá no centro pra gente arrecadar alimento nas casas, pedindo né, aí depois de noite levava a gente na igreja na Assembleia, e assim vídeo sobre evangélico, filme evangélico sempre mostrando a palavra de deus, na comida também você fazia um mutirão pra fazer, todo mundo ali ajudando, então na casa, era uma fazendinha assim, cada um ajudava uma coisa, então eles procuravam te dar uma obrigação pra você fazer pra sair do pensamento da droga. Aí se você tá brigando, aí eles pegavam e tinha um lugar lá que eles mandavam cavar buraco, cava buraco até melhorar.”

Na fala de Lucio, ele narra que o tratamento era um local de brincadeira, mesmo quando eram punidos por não seguirem as regras. Descreve algumas das punições, como a realização de tarefas como cavar buracos e limpar uma região difícil.

*Lucio: “Isso pra mim era uma colônia de férias, eu comia bem, tinha piscina, só na ultima agora que eu fazia terapia ocupacional. Nas outras não tinha, castigo... Juntava eu e mais uns 3 e disputava quem tinha mais castigo.
M: Então você aprontava! E o que era o castigo?
Lucio: Lá era bem rígido, se esquecesse um sabonete, tinha que lavar panela, Dependendo da gravidade você cavava um buraco 3x3, 3 de fundura, aí colocava a trena lá e falava ‘ah, tá certo, agora coloca terra’.
M: Ah é? E com 16 anos você teve que fazer tudo isso?
Lucio: É, limpar brejo, ficar sem jogar bola, sem atividade.”*

No trecho abaixo Daniel refere que as punições recebem o nome de medidas sócio educativas, descrevendo as situações em que essas são aplicadas.

M: “E tem castigo como naquela clinica involuntária?”

Daniel: Não... Castigo, hoje eles usam o termo é sócio educativo (ri).

M: E tem medida sócia educativa?

Daniel: É, hoje eles falam assim, mas é um termo de serviço, que nem quando a pessoa fica jogando aquele monte de comida fora, não é que eles vão deixar a pessoa sem comida... Por exemplo, uma semana é a gente que vai fazer seu prato de comida, é uma forma de fazer. Por exemplo, tocou o sinal para o despertar e a pessoa não levantou, “ah então tá, depois do almoço as pessoas vão dormir e você não vai, porque ficou dormindo até mais tarde”, mas tudo é sugerido e não imposto, a Comunidade. Agora a clínica é imposto...”

As falas trazem experiências diferentes relacionadas à internação em CTs, o que demonstra a variedade de locais que se denominam como Comunidades Terapêuticas. Repetindo os sentidos atrelados a esta como local de tratamento para usuários de drogas, considerando o forte discurso moral religioso que nos perpassa historicamente, mesmo com os relatos de maus tratos, negligências, imposições, etc., essas instituições são descritas como espaços de tratamento para usuário de drogas. Fato reafirmado pela atual ênfase da política de enfrentamento da droga, pois aos incluir as CTs na rede de saúde, promover o financiamento do governo e promover a divulgação dessa modalidade de intervenção, há a construção desse modelo como benéfico, positivo e resolutivo, como vem sendo feito pelo Estado (Fossi & Guaresgui, 2015). A prática espiritual e de trabalho fazem parte do sentido da CT como espaço de normatização, no qual usuários de drogas precisam adestrar sua falta de controle, crendo no poder superior, aprendendo bons costumes e a ter disciplina. Os discursos morais religiosos e jurídicos para a questão do uso de drogas fundamentam essa modalidade de intervenção, expondo os usuários de drogas a práticas coercitivas e violências, que passam despercebidas, ou como algo que mereçam passar.

Além disso, as punições e os relacionamentos estabelecidos entre residentes e funcionários apontam para falta de profissionais aptos para oferecer cuidado. Goffman (2001) descreve o funcionamento de instituições totais, voltadas para o cuidado, por meio da “carreira moral” e atuando através de punição e reforço, que impossibilita a perspectiva de escolhas próprias. Sem a perspectiva de escolha há uma busca por formas de enfrentamento dessa condição, seja fugindo da internação ou construindo entendimentos da CT como colônia de férias. As falas dos entrevistados fortalecem os achados do CFP (2011), pois foram realizadas inspeções em 68 CTs e em todas foram encontradas indícios de violação de direitos humanos em diferentes graus.

A vigilância hierárquica e a exposição por meio da confissão de suas falhas faz parte da sociedade de controle, controlar e punir os inferiores, como é explicitado no modelo proibicionista que na CT é o principal meio de “tratamento” para pessoas que fazem uso de drogas. Modelo esse que é fundamento e fundamenta o discurso jurídico e psiquiátrico. As experiências descritas nas falas dos participantes demonstram como o usuário de drogas (de classe baixa) transita entre ser o perigo social como doente ou criminoso, e é por meio desses sentidos que se justifica a necessidade de controle desses por meio da exclusão social (internações longas em CTs ou hospitais, prisão ou conversão (Passos & Souza, 2011; Fossi & Guareschi, 2015)).

A sociedade disciplinar molda até mesmo a construção dos espaços físicos para que a vigília possa ocorrer de forma mais eficiente. As relações descritas pelos entrevistados nas CTs, entre os grupos de monitores (ex-usuários) e o grupo dos pacientes, demonstra essa relação de vigilância hierárquica, sendo ela descrita em alguns momentos apenas como “positiva” e familiar. Quanto mais as pessoas estão submetidas aos discursos hegemônicos e as técnicas suscitadas por esses discursos aumenta proporcionalmente uma construção de uma história de vida fracassada, causada pela pouca capacidade do indivíduo de cuidar de sua vida, não considerando que os discursos e práticas são localizados historicamente e carregados de valores morais, assim como Goffman (1961/1974) discorre sobre a submissão dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos que submetidos à psiquiatria são obrigados a aderir as interpretações psiquiátricas a respeito de sua vida.

4. A saída da Comunidade Terapêutica: decisão e experiências na sociedade

Nessa categoria serão desenvolvidos os sentidos descritos sobre as experiências no momento da saída das CTs, e como foi o período após esse acontecimento, ao retornarem aos territórios. De acordo com a RAPS o tratamento na CT pode durar até seis meses com uma única prorrogação de três meses, devendo ser unicamente voluntário, e assim, o paciente pode interromper o tratamento quando desejar (Ministério da Saúde, 2010). A Tabela 2 oferece um breve panorama dos motivos que levaram à saída dos pacientes da CT, os quais serão apresentados de forma ampliada nessa categoria.

Flávio descreve como a saída foi uma decisão dele após quatro meses de tratamento, pois já estava se sentindo bem.

M: “Por que você ficou internado 4 meses?

Flávio: Porque era necessário.

M: Mas era esse tempo de internação?

Flávio: Não, sugeriram 6 meses, aí eu já tava bem, tava tudo bem.

M: Você sentiu que tava bem.

Flávio: huhum(afirmativo).”

Fernando fala sobre a decisão de fugir do local após ter vivenciado situações de má alimentação quando comparada com a alimentação dada para os responsáveis pela clínica...*e aí ficava tomando sopa e eles com o banquete com refrigerante coca, aí eu peguei e fugi”*. A frase destacada mostra uma situação de desrespeito e desigualdade vivenciada na internação, na qual os alimentos e o refrigerante representam a desigualdade que ali impera e, dessa forma, o desrespeito para com os pacientes. Frente a essa condição de miséria, a decisão de não ficar mais internado, de não ocupar mais essa posição de inferioridade foi julgada por ele como sendo a mais acertada.

Para Lucas a interrupção da internação ocorreu devido a não adaptação ao modelo de tratamento. Em seu relato apesar de não ter se adaptado, ele se responsabiliza por não ter permanecido mais tempo no tratamento.

“Ah, minha decisão foi... eu não sei, eu não estava me adaptando... Eu não sei, eu não sei falar o motivo que eu quis sair, mas me deu aquela ideia de que eu queria sair e eu saí, eu pedi pra sair. Eu não queria ficar lá, achava que eu não ia conseguir mais. Na verdade eu nem cheguei a tentar.”

Nas falas anteriores, assim como descrito na Tabela 2, os participantes demonstram que a decisão por sair da CT ocorre por diferentes motivos. Os motivos foram perpassados pelo percurso e motivação de cada paciente para ser internado, envolvendo o conhecimento sobre o modelo de intervenção, o desejo de ser tratado e ficar abstinente, além das experiências vividas lá dentro, como a de maus tratos, interiorização, ou inadaptação ao modelo de tratamento, corroborando com a decisão de sair das CTs.

A escolha por sair do tratamento se torna um convite a novos posicionamentos. Se antes os internos atendiam às regras da Comunidade Terapêutica, agora eles reivindicam o direito de escolher sair de lá, assim, os responsáveis (monitores e coordenadores) também são convidados a um novo posicionamento. Fernando relata que ao decidir sair da CT seu pedido foi negado. Porém, como insistiu muito para sair, após três dias, conseguiu que sua família fosse buscá-lo.

“Aí um dia eu falei pra ligar pra minha família, eles falam ‘não...’ me seguraram 3 dias. Eu falei ‘se eles não vierem me buscar eu me meto no meio desses canavial e sumo’. Aí foram me buscar.”

Na experiência de Flávio, a CT não se esforçou para mantê-lo internado quando revelou o desejo de ir embora, contudo, também não fizeram esforços para ajudá-lo nesse processo, negaram fazer contato com a sua família e, na saída, deixaram-no na rua da cidade com os seus pertences para que sozinho procurasse seu caminho.

M: “Ai você falou que ia embora, o que o pessoal falou?”

Flávio: Nada, falaram ‘não adianta falar nada né Flávio’ eu disse ‘não’. Já me conheciam né. Então assim, eu sempre tomava a frente nas partilhas, sempre puxava né, eu sempre tive um espírito de liderança em Comunidade, assim sabe. Então eu sempre tava ali, ninguém questionava, sabia o que eu tava fazendo. (...) Não, aí eu fui morar na rua, depois de um tempo que eu tava morando na rua. Porque eles não me levaram nem pra casa, isso eu achei muito chato. Acho que deviam pelo menos ter conversado com alguém da minha família, que eu tava limpo já. Aí me deixam com um monte de sacolinha ali na Avenida Costa e Silva, um monte de sacolinha de supermercado lá.”

Contraditoriamente a descrição de poder sair se opõe ao abandono de Flávio na rua com seus pertences. Situação similar a punições à uma criança descrita como impulsiva e com mau comportamento, que desobedecendo aos pais naquilo que eles julgam saber o modo melhor de ser feito e assim deve ser castigada. Essa ação paternalista e punitiva não cumpre com o que é determinado na RAPS sobre o trabalho em rede, da contra-referencia dos pacientes internados ao serviço de referencia e/ou aviso aos familiares (Ministério da Saúde, 2012).

Após seis meses que Paulo ficou internado na Comunidade Terapêutica, começou a ser monitor do local, como se essa atividade fosse a continuidade do tratamento, ou seja, sem receber dinheiro pelo trabalho. Em uma das semanas que ficou em casa descobriu que as dificuldades que passava na CT, eram causadas por desvio de doação. Considerando o que sabia, reafirmou para si que queria sair daquele local. Então disse para os responsáveis que estava bem e que gostaria de trabalhar, mas sabia que não estava confiante de que estava pronto para sair. Contou que após uma semana de saída e de ter conseguido um trabalho, usou o dinheiro para o consumo de drogas.

Paulo: “Ah, eu não sei, eu... Eu saí de lá, é... Saí meio magoado que, que ai eu fiquei sabendo, a gente passava dificuldade. Por que aí eu fiquei uma semana lá, uma semana eu ficava em casa, por que eu já não tava aguentando mais (como monitor). Aí ele arrumou outro monitor. Aí, conversa vai, conversa vem, eu fiquei sabendo das coisas que ele fazia com o dinheiro, com a gente passando dificuldade. Aí eu já fui firmando, pondo na minha cabeça que eu queria sair. ‘Não, eu tô bom, eu quero

trabalhar'. Por que eu não tinha dinheiro nenhum, eu não tinha salário, né. Aí, ele... Aí eu falei 'não, eu quero sair, eu quero sair, eu tô bom, não vou mentir pra você', falando 'não, tô bom, tô firme' só que eu não tava. Trabalhei, na mesma semana que eu peguei o dinheiro, fui pras drogas de novo."

A chamada laborterapia e a função de monitor (pessoas mais velhas no tratamento se tornam responsáveis pelo cuidado dos internos mais novos) são descritas pelas CTs como trabalho com funções terapêuticas. Contudo, na fala de Paulo descreve que a sobrecarga de ser monitor, devido a não estar sendo cuidado, ter que cuidar do funcionamento da CT, não receber e se manter nessa posição por querer atender e manter uma boa relação com os coordenadores. Além dessa questão, Paulo descobre o desvio de recursos da instituição, que geravam a falta de alimento para os internos. Assim demonstra como as CTs têm servido também como espaços de descuidado e servindo para fins lucrativos os donos da instituição. As tarefas na CT não atuam preparando o indivíduo para lidar com o trabalho fora dessa, e questões de como administrar o dinheiro, com as pressões das relações trabalhistas, etc. Discordando de tratamentos psicossociais que têm como um dos focos a reinserção social do indivíduo, compreendendo este como um cidadão de direitos a saúde, trabalho e casa, devendo dessa forma atuar como articulador entre pacientes e demandas sociais (Gerra, 2004)

Rafael descreve que observou que quando um dos pacientes quis ir embora o discurso religioso foi usado para tentar mantê-lo internado. Dessa forma, quando ele pediu para sair, não aceitou passar pelo mesmo processo.

"É...eles não seguram. Só que antes de você ir embora, eles querem rezar por você, querem te fazer alguma coisa, querem te levar lá pra dentro. Pra você...um senhor queria ir embora e não conseguiu. Voltou pra trás, tipo assim. Eles convenceram ele, entre aspas, e ele voltou. Mas eu falei 'Ó, não quero que ora pra mim, não quero nada. Minha mala tá pronta, se vocês quiserem dá uma olhada lá, tô indo embora.' Eles nem revistaram minha bolsa pra mim entrar lá. E eu tava ouvindo comentários que o pessoal levava droga lá pra dentro, fumava cigarro... só que eles não viam né (...) Um dia, fui no sábado de manhã, dormi, no domingo de manhã eu já sumi. E a sorte minha era que o pastor não tava lá. Porque ele também ajuda a segurar né. Quer rezar, quer orar por você. É uma coisa bem impressionante."

Além desse processo para conseguir sair da CT, Rafael relata ter ido embora a pé (a CT fica a uma distância considerável da cidade) até conseguir pedir ajuda em um posto policial e ligar para sua família.

"Aí eu falei 'ou, perai, você que é o pastor?', falei 'A partir de agora tô indo embora' catei minhas coisas, pus nas minhas costas e andei 7 km do sítio até a polícia de Jardinópolis que era do lado da rodoviária... de pé. E ainda falaram eles assim 'olha,

não vamos ligar pros seus familiares, você se vira' porque o portão é aberto, eles deixam ir embora. É a única coisa que eu ainda achei esplêndido lá."

A saída da Comunidade é descrita como um momento crítico para pacientes e para os cuidadores da CT, devido à dificuldade de lidar com esse processo e a falta de um procedimento adequado aos pacientes, que ficam desamparados, quando mais precisam de cuidado para poder passar pela reinserção na família e na sociedade. As falas de Rafael exemplificam a dificuldade dos pacientes em saírem da internação, mesmo essa sendo descrita como voluntária e "portão aberto", que segundo sua descrição foi o único fator positivo. A violência técnica, segundo Basaglia (1985), é uma reedição de descrições e abusos que se utilizam de discursos científicos, ganhando novos nomes, para virarem normas e técnicas de tratamento. Assim, o que foi dito sobre os modelos de atenção à saúde mental, na época da reforma psiquiátrica, é reeditado para os modelos de atenção aos usuários de drogas.

Após a saída da CT e volta à sociedade as pessoas encontram novos desafios. Para Flávio, o processo de tratamento o auxiliou a se fortalecer, mas ao longo do tempo como no momento da entrevista, sente que essa força diminuiu e se percebe mais vulnerável para lidar com as exigências do dia-a-dia. Desejando poder ter uma vida sem se preocupar com o consumo, Flávio não continuou a buscar formas de se fortalecer, como pode ser visto no excerto abaixo.

"Ah que cada um ali tem um suporte, uma reserva. Acho que tem que tirar o que tem de bom né. É através disso que se dá uma recuperação, através de partilha, de experiências de trocas. É isso que recupera, que vai recuperando gradativamente a espiritualidade. Eu aprendi que o meu corpo é constituído de três coisas: Corpo, Alma e Espírito. Quando o espírito está forte, ele fortalece o corpo e principalmente a alma. Mas quando o espírito está enfraquecido como eu estou agora, de 0 a 10, eu tô com 5, então eu fico mais vulnerável às situações da vida. Quando eu saí de lá, eu saí de lá muito bem espiritualizado, mas eu não dei segmento como é todos os dias, eu tentei voltar a uma vida normal, com todas as minhas funções normais e tudo né, só que aí eu fui, foi minando as minhas forças e foi indo... As coisas do dia-a-dia, relacionamento, conta, afazeres, isso foi me minando, foi tirando as minhas forças, até que eu não aguentei e tive uma recaída."

As CTs criam um ambiente controlado, sem disponibilidade de drogas, sem familiares e trabalho, distante de problemas, tendo que lidar com as regras da instituição (horário e atividades), que são distantes das demandas sociais. Constroi-se um sentido de que somente é possível lidar com a droga pela abstinência e na realização de atividades espirituais, o que não corresponde a complexidade de demandas sociais (Ribeiro & Minayo, 2015). Ao sair e não haver continuidade de cuidado, a pessoa se sente inapta para manter sua vida e a recaída é

compreendida como falta de controle, incapacidade e falha, o que pode levar ao uso em grande quantidade. Diferente do modelo da redução de danos que atua auxiliando ao indivíduo a ter ferramentas para lidar com o seu consumo, reduzindo situações de vulnerabilidade (Passos & Souza, 2015). Na fala a seguir, Diego compreende a pergunta sobre uma possível mudança pessoal pela qual ele poderia ter passado devido à internação como se referindo a uma mudança em seu contexto. Dessa forma, ele conta que tudo continua no seu lugar, os bares e pontos de uso de drogas.

*M: “É, esse período que você ficou lá e saiu, você sentiu que mudou alguma coisa?
Diego: Mesma coisa, tudo do mesmo jeito. Se eu passar ali tem um bar, tem as biqueiras.”*

O que entra em questão é o processo histórico da droga em nossa sociedade, e os aspectos culturais, como os bares nos bairros que servem como um ponto de encontro entre as pessoas, e a maneira como o tráfico foi se organizando frente às políticas proibicionistas de “guerra às drogas” (Torcato, 2013). Soma-se a esse desenho a valorização de um tratamento que foca na abstinência total e na retirada do indivíduo do seu contexto para reeducá-lo. Há um embate entre o discurso moral e os discursos que consideram a história e a pessoa para além do uso de drogas, e no meio disso, há pessoas que precisam ser escutadas sobre como estão vivendo essas questões.

Jorge aborda que a internação só fará sentido e a pessoa só irá parar de usar drogas se ela quiser, independente do desejo da família. A abstinência é compreendida como uma “luta” para o resto da vida.

“Não muda nada, a pessoa que tem que querer, não adianta a pessoa ficar internada 10 anos e sair de lá com o mesmo pensamento na droga, não é a mãe dele, não é o pai dele que vai fazer mudar isso, vai ser ele mesmo a pessoa mesmo que tem que querer mudar e é uma coisa que fica pro resto da vida, é uma luta que você tem pro resto da vida, que a droga é um vício do mesmo jeito que vem, você tem a possibilidade de tirar ele de volta, do mesmo jeito que ele veio, ele vai. Então fica no psicológico da pessoa, igual um cara que bebe a vida inteira aí ele resolve parar “aí eu parei”, mas é aquele risco, é um tentação, uma hora ele pode voltar também, então tem que cortar, evitar as amizades que estão nesse meio.”

Na experiência de Lucio a internação propicia conhecer quem são seus amigos verdadeiros (aqueles que não usam drogas) e a reconhecer as situações que precisam ser evitadas para não ter recaídas. Contudo, essas mudanças fazem com que ele se afaste do meio em que antes vivia e devido a isso desencadeia um sentimento de solidão.

M: “E você acha que mudou alguma coisa na sua vida depois das internações?”

Lucio: Muda!

M: O que que muda?

Lucio: Você começa a ter outras amizades, você começa a ver que seus amigos, que você tinha antes, não são seus amigos. Só que o problema é que você começa a sentir solitário, mas tem que pensar no que é melhor pra você, se for ficar solitário. Eu não posso mais ir em uma festa que eu sei que vai ter drogas, aí eu tento evitar.”

O fato das CTs buscarem instrumentalizar a pessoa de forma a evitar situações que possam levar ao consumo de drogas, falha na medida que essa isola o indivíduo ao passo que não são oferecidos meios para que esse possa reconstruir sua rede de apoio, permanecendo somente a necessidade de se manter abstinência. Para Lucas, a saída da internação foi marcada pelo sentimento de depressão. Ele relata ter ficado isolado dentro de casa e ter voltado a usar drogas. Entretanto, no momento da entrevista ele afirmava se sentir bem.

Lucas: “Ah, eu saí da minha internação meio depressivo, e saí da segunda internação meio depressivo também, parece que me dá uma depressão lá dentro. Mas aí passa né, eu saí e passou, eu fiquei um tempo meio pra baixo assim, mas agora eu acho que tô voltando no meu, mais ou menos no que eu consigo fazer de melhor.

M: E logo que você saiu da primeira internação você voltou a usar?

Lucas: Não, não foi logo imediatamente assim, demorou um mês mais ou menos.

M: E como que foi esse período? Que, que você fez o que você fazia...?

Lucas: Nossa. Eu ficava socado em casa, não tava fazendo nada, comecei a trabalhar, aí eu comecei a ganhar dinheiro, aí acabou que eu voltei a usar.”

Assim como Lucas, Paulo descreve a solidão enfrentada por não ter apoio profissional após a saída, fala da importância de pessoas capacitadas a auxiliar a lidar com as dificuldades do dia-a-dia de acordo com a sua necessidade, como situações difíceis e sobre a separação de amigos que fazem uso de drogas.

Paulo: “Eu acho que, agora... Eu acho que depois que ela saiu da comunidade, ficou um mês, dois meses, não importa. Depois que ela saiu, ela tem que ter um acompanhamento, ela tem que ter um acompanhamento, ela tem que ter um psicólogo, ela pode, possa conversar. Os remédios que ela vai beber, que ela tem... que... se ela for estressada, ela tem que ter um calmante, ela tem que... Então acho que depois que faltou pra mim, na hora que quando eu saí da comunidade, eu não encontrei apoio em ninguém, Mariane, eu fiquei perdido no mundo. Cê entendeu? Eu não tinha ninguém... Eu só tinha minha mãe e meu pai, e meus amigos que eu sempre tenho. Mas meus amigos que eu tenho até hoje, não sou contra ninguém, são tudo, não faço mais parte, eu fiquei sem chão.

M: Você fica meio isolado, assim?

Paulo: É. Você se tranca. Que nem eu me tranquei por uma semana. Só que a sua vida não vai poder ficar, se resumir dentro da sua casa. Você vai ter que sair pra trabalhar, você vai ter que conviver com pessoas.”

As falas acima descrevem a dificuldade que é a mudança de comportamentos, hábitos e vínculos para conseguir manter-se abstinente. Elas apontam para uma luta individual e solitária, em que o sentido da droga como um problema do indivíduo é legitimado socialmente pelos discursos médico-psiquiátrico, jurídico e moral religioso e também por modelos psicológicos que buscam explicações no modo de funcionamento da pessoa como sendo responsável pelo que ela vive, pela sua capacidade de estabelecer vínculos e de processar suas experiências (tratamento, reinserção, etc.) (Valderrutén, 2008).

Daniel saiu de uma internação e após voltar a morar na rua encontrou com pessoas com quem havia ficado internado anteriormente, que o levaram para ser internado em outro lugar, como podemos ver no trecho a seguir.

M: "E aí então você ficou internado e depois ficou um ano e pouco sem usar e aí como foi esse processo?"

Daniel: Foi bem longe, de morar na rua e tudo mais aí, esse mesmo pessoal que me conhecia, não podiam me levar para o mesmo lugar.

M: Por quê?"

Daniel: É uma conduta da Comunidade.

M: Não pode internar duas vezes?"

Daniel: Era antigamente, hoje até pode, antigamente a pessoa que fez o tratamento se ela recaísse, ela só poderia voltar lá depois de um ano, hoje não, a burocracia é menor, então como eles não podiam me levar pra lá eles se reuniram e pagaram uma clínica involuntária, onde eles me resgataram da rua, onde o tratamento foi totalmente diferente."

Na saída da última internação, Daniel resolveu começar a trabalhar na área como monitor e, para isso, fez o curso de conselheiro.

M: "Nessa ultima internação que você ficou na clínica, você ficou quanto tempo?"

Daniel: Eu fiquei 4 meses.

M: E aí você saiu?"

Daniel: saí.

M: E foi tranquilo?"

Daniel: Foi tranquilo, foi tranquilo e aí foi aonde que eu... Não posso ficar sem fazer nada. E aí eu comecei a fazer alguns cursos... E até comecei a trabalhar na área, na área de conselheiro. "

As falas de Daniel assinalam caminhos que foram possíveis após as saídas das internações nas CTs pelas quais passou, sendo uma delas a re-internação devido ao uso de substâncias e na outra a busca por se reinserir socialmente por meio do trabalho em CT como monitor. Os caminhos, sejam esses os apontados por Daniel ou os anteriores descritos pelos outros participantes, mostram como o significado da vida dessas pessoas fica, muitas vezes, restrito ao uso de drogas. Eles deixam de ser posicionados e descritos como usuários de

drogas, criminosos, e passam a ser usuários em tratamento, ou ex-usuários em recuperação. Dessa forma passam a ter possibilidades de posicionamento mais aceitas socialmente, contudo, ainda restritas a droga e a um grupo marginalizado (Bourgois, 2000).

Velderrutén (2008) discorre sobre o papel que as CTs ocupam na vida de seus residentes, pois com o tratamento moral eles corresponderiam às exigências sociais de normatização, estabilidade e integração social, somado à promessa de que o usuário chegaria à renúncia do uso. As Comunidades são voltadas para a abstinência do uso de drogas, para a saída da CT e para a vida fora dela, que deveria permanecer sem nenhum consumo. As próximas falas trazem sentidos sobre esse processo, sendo a família participante do mesmo. Diego, então, fala sobre o papel que a Comunidade exerce no afastamento do contexto do consumo de drogas e como foi sair, ter um trabalho e se preocupar em como usar seu salário.

Diego: “Pra mim eu achei bom e ótimo, porque eu tava longe, escondido da droga que eu gosto, que eu não gosto, que se eu continuasse na rua eu ia continuar usando, só que agora eu consigo distinguir uma coisa da outra.

M: Distinguir o que?

Diego: Ah, tipo assim, eu fiquei lá, eu fiquei 9 meses, eu saí e arrumei um emprego. 9 meses, saí arrumei um serviço de servente lá em Petrópolis, ganhando 70 ou 60 reais por dia, aí eu fui, catei, aí eu não dei nada pra minha mãe, eu fui e usei crack. Aí no segundo pagamento eu fui, peguei 300 reais e falei ‘mãe, só me dá 10 reais daí’”

Se para Diego os nove meses internado serviram para mantê-lo escondido da droga, Fabio conta da dificuldade de ter ficado meses internado e depois sair e ter que lidar com as exigências sociais, que não ocorrem na CT, como lidar com patrão no trabalho e discussões com a esposa. Aponta que para ele as internações deveriam ser de curto prazo, pois internações longas não auxiliariam no processo de recuperação e estariam vinculadas a interesses financeiros.

Fabio: “Eu senti a pressão daqui de fora, você fica 6 meses, sê fica protegido, mas onde o trem pega é aqui na rua, é aqui que você tem que enfrentar, por isso que acho que essas internações de 1 ano é cão pra mim. Eu que sou adicto que falo essas internações de 1 ano 9 meses, 2 anos é só que tem gente visando o financeiro, que o pai tá pagando querendo tirar o problema de perto, mas eu acho que internação é no máximo 2, 3 meses, porque o pega é aqui fora, não é lá dentro, lá você tá protegido, o pega é aqui fora: de você saber lidar aqui fora, lidar com o patrão, sê lidar com a minha esposa, ela começa a falar eu já saio de perto e hoje eu tô conseguindo assim tomar duas cervejinhas e ficar de boa quieto.”

A importância da família nesse momento de saída é descrita por Jorge, que conta das dificuldades dessa fase de adaptação para si e para seus familiares. Ele relata também como

tem sido sua vida no momento da entrevista e a importância da família, principalmente de seu filho, na busca por cuidar dele e de si mesmo.

“...mas conseguiu aqui na C., aí eu fui, fiquei lá uns 3 meses aí saí de lá, forma física normal, mudei do jeito que eu tava. Voltei, mas aí a convivência na casa da minha mãe já não tava dando certo, aí eu peguei e larguei mão, falei “fica no canto da senhora que eu fico no meu” e saí pro mundo. Daí eu fiquei com aquela coisa na cabeça até hoje, mas tendo as minhas recaídas, desse tempo pra cá eu mudei muito, depois que nasceu o meu filho, de uns três anos pra cá... eu luto contra a droga todos os dias, mas no final de semana, durante a semana eu trabalho, pago as contas certinho, mas chega no sábado a tarde, aí você vê a galera toda bebendo, bebendo, cê eu beber bastante eu já quero ir atrás da droga, então eu não posso com bebida eu pus isso na minha cabeça, que eu não posso com bebida.”

Daniel aponta a importância da família em compreender as dificuldades que as pessoas passam quando saem da CT, como os hábitos que existiam em torno do consumo, além da dificuldade em lidar com alguns sentimentos (ansiedade, por exemplo).

“É como a gente costuma falar que tem os horários de pico, os horários de pico são os horários que a gente tava acostumado a sair pra usar, ou aquele horário que a gente costumava a chegar em casa, que nem hoje eu acordei 6h, das 6 às 7 da manhã o pessoal tudo no ponto de ônibus indo trabalhar e eu tive vontade, porque era o horário que eu tava chegando de usar, aí eu fico agitado. Então o comportamento muda, e a família não sabe interpretar, ela talvez já ache que você já usou, que vai usar e já começa a mexer no quarto, na bolsa, por falta de orientação.(...) muitas das vezes é por causa da família, se a pessoa ficou 9 meses em tratamento, a família recebeu ele, ele voltou a usar, não que a pessoa vai precisar... Pra sempre é só nos momentos críticos, como eu tava falando tem que ter uma adequação do interno e da família também.”

A saída do tratamento levanta uma série de caminhos, em que a necessidade de uma rede de apoio social se destacou nas falas dos entrevistados (família, trabalho, amigos). No tratamento há a forte construção de uma identidade grupal com um único objetivo: parar o consumo de drogas. Assim, a continuação da atenção a essas pessoas se mostra importante para auxiliar nas necessidades desses indivíduos que se encontram agora, fora das Comunidades Terapêuticas. Estes devem enfrentar a readaptação à família, reestabelecer-se no mercado de trabalho, desenvolver habilidades para voltar a ambientes e contextos que não se transformaram desde que foram internados e, por fim, devem continuar abstinentes. A Tabela 1 mostra que os participantes estão, na maioria dos casos, afastados do trabalho ou desempregados. Sabe-se que a reinserção no mercado de trabalho não é um processo fácil, principalmente quando há estigmas que colocam usuários e ex-usuários como incapazes, irresponsáveis e descontrolados (Becker, 2012).

As entrevistas mostram a necessidade de programas complexos de cuidado para pessoas que fazem uso problemático de drogas. Como determinado pela RAPS, esses programas deveriam oferecer cuidado integral, respeitando os direitos humanos, a cultura, o contexto e a história das pessoas envolvidas. Também é preciso prever o acompanhamento dessas pessoas e de seus familiares ao longo de todo o seu processo de reinserção social, mesmo após a saída de determinado dispositivo (Ministério da Saúde, 2012).

Portanto, diferentes discursos têm legitimado as Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento e proposto ações como a inclusão do modelo como parte da RAPS, o aumento dos financiamentos a estas instituições e a proposição de projetos de lei que buscam alterar o formato da legislação sobre o funcionamento das CTS, como a permissão da prática religiosa como parte do tratamento (Duailibi et al., 2008; Seleglim & Oliveira, 2013, Gabatz et al, 2013). Esses discursos têm forte impacto nos sentidos construídos sobre o que seria o tratamento esperado e acaba por naturalizar esse tipo de cenário de cuidado sem considerar as experiências dos que passaram por esse processo e o impacto dessas ações na vida dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas analisadas são compostas por diferentes histórias de vida e dentro de todas essas há a passagem por internações em Comunidades Terapêuticas. Assim, as narrativas indicam para possíveis compreensões acerca das CTs: como as pessoas são internadas, as atividades realizadas, métodos de tratamento, as relações estabelecidas entre os membros das Comunidades e a saída desses espaços.

O processo histórico constitutivo do tempo longo ofereceu nesse trabalho subsídio para discussão das práticas de exclusão perpetuadas na atenção aos usuários de drogas e também sobre os discursos hegemônicos que descrevem os usuários de drogas e os colocam em determinadas posições sociais. Essas descrições emergiram no momento da entrevista (tempo curto), em que os colaboradores eram convidados a falar de momentos específicos de suas vidas relacionadas às questões sobre o uso de drogas e a internação em comunidades terapêuticas (tempo vivido). Em seus relatos os entrevistados reeditam a descrição do usuário de drogas como doente, sem controle, danoso a família e conseqüentemente, colocam como saída a prática de exclusão e internação. Assim, na entrevista houve o convite para que as pessoas contassem aquilo que elas viveram, possibilitando a construção de novos sentidos para ambas as partes envolvidas no encontro, sobre como é uma Comunidade Terapêutica, o que é tratamento, o que é violência e outras possibilidades de cuidado.

Determinados aspectos das CTs foram descritos em comum na análise das entrevistas, entre elas estão a religiosidade e a laborterapia como principais ferramentas no tratamento, a relação hierárquica entre os membros que somada às condições de funcionamento da CT (instituição fechada, não capacitação dos profissionais, má condição estrutural, etc.) acarretou em determinados casos em experiências de maus tratos, abusos de poder e negligência. Além dessas questões a internação foi descrita pelos entrevistados como voluntária, contudo essas ocorreram em momentos em que esses estavam vulneráveis (em situação de rua e/ou com saúde debilitada) e sem compreender como o tratamento seria realizado e para onde estavam indo. Até mesmo em melhores condições físicas e estando o usuário de drogas vinculado aos serviços da RAPS, a descrição da internação como única saída possível do uso da droga permaneceu. Assim, observamos que mesmo com a Reforma Psiquiátrica e com a organização da RAPS, às práticas manicomial de internação longa em hospitais psiquiátricos ou instituições específicas para determinada população são muito presentes como práticas dos profissionais de saúde, do imaginário social, do sistema jurídico, da mídia, sendo assim

construída e fomentada essa descrição trazida nas entrevistas de que internar é a solução. Foca-se na compreensão de abstinência como única possibilidade frente ao consumo de drogas. Contudo, o retorno ao uso compreendido como um fracasso na ótica da abstinência, as dificuldades em lidar com os problemas e responsabilidades do cotidiano levantam dúvidas se realmente as internações de longo prazo como as realizadas nas CTs tem auxiliado as pessoas a serem reinseridas na sociedade (trabalho, casa, território).

Apesar dessas experiências as CTs, por vezes, são compreendidas pelos participantes como um local de cuidado ao usuário de drogas, em que são destacados alguns aspectos positivos, como as relações estabelecidas entre os residentes, a oferta de um local seguro (alimentação e proteção a fatores externos), além de ser um espaço de tratamento entendido como capaz de mantê-los afastados das drogas durante a internação. Foram levantados fatores que contribuiriam para o tratamento em CT, como a importância de querer se tratar, contar com o apoio da família e conhecer o local do tratamento. Contudo, podendo refletir a respeito desses aspectos descritos como positivos e que auxiliariam no tratamento, percebe-se como o modelo proibicionista e os discursos moral religioso, jurídico e médico psiquiátrico constroem sentidos de que o cuidado deve se dar em internações de longa duração, culpalizando o indivíduo, seja por “falhas” físicas ou problemas morais, sobrecarregando-os com descrições negativas e posicionando-os como pessoas fracas, sem controle e doentes. Com estes posicionamentos, os usuários de drogas são submetidos a diferentes graus de submissão, coerção, imposição e violência. Essas ações são descritas por eles e por parte da sociedade como sendo normais, fazendo parte de uma relação de cuidado, de amizade, de um ambiente familiar e como a possibilidade de oferecer uma nova vida.

Poder escutar pessoas que passaram por essas experiências possibilita a reflexão dos impactos que os discursos a respeito do uso de drogas tem nas políticas públicas atuais e no oferecimento de atenção aos usuários de drogas. Este impacto também é percebido nas descrições que os usuários fazem sobre si, e sobre a posição que ocupam socialmente e sobre as práticas às quais são submetidos. Dessa forma, o uso de drogas passa a ser compreendido como um problema individual, crônico, imoral e que socialmente leva a apenas três possíveis fins, sendo estes a internação prolongada, a morte ou a prisão, que consubstancialmente levam a algum tipo de morte social.

A saída da internação em CTs foi descrita por vários participantes como fuga e abandono da instituição. Estes repertórios mostram a contradição destes espaços, uma vez que este serviço se propõe a ter “portões abertos”, não havendo, portanto, a necessidade de que os participantes fujam deste. Destaca-se que estes são incluídos e financiados como práticas de

saúde pública, ou seja, deveriam fazer parte do território e oferecer tratamento em comunicação com os serviços da rede, mas geram abandono, descuido e aprisionamento daqueles que buscam uma forma de cuidado devido ao uso de drogas.

Estudos atentos às experiências das pessoas que foram internadas em CTs e outros dispositivos de tratamento para o uso de drogas se mostram importantes, uma vez que o discurso proibicionista ainda é muito presente e que há o aumento de práticas de internações prolongadas (voluntária, involuntária e compulsória). Assim, estudos que consideram a complexidade social do uso de drogas, a partir da experiência e demanda dos usuários, podem auxiliar na conquista de direitos humanos e outras possibilidades de cuidado, bem como fortalecer os tratamentos focados no modelo de redução de danos, e sua atuação no território, na garantia de cidadania e do direito de todos à saúde, contribuindo para fortalecer as práticas propostas pela Reforma Psiquiátrica.

Considerando o papel ativo do pesquisador que influencia a pesquisa desde a construção de suas perguntas até os momentos finais da escrita de seu trabalho, vale destacar um circunscritor desse. A escolha por pesquisar o processo de internação em CT com pacientes de um CAPS-AD constitui e delimita esse estudo. Esta direção foi escolhida buscando distanciamento dos participantes da instituição a ser pesquisada, a fim de que esses tivessem maior liberdade para falar do que havia sido vivido nessa. Isto aconteceu, já que houve relatos de abusos e sofrimentos vividos nestas. Por outro lado, sentidos positivos sobre a experiência também foram presentes, uma vez que estávamos dentro de uma instituição de saúde, conveniada com CTs, em uma rede de atenção que incentiva as internações. Ademais, os dados e reflexão desse estudo se voltaram para a discussão da internação em CT para homens, fazendo-se necessário em estudos posteriores uma investigação da rede de atenção e os processos de internação para mulheres.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Adorno, R. de C. F. (2014). Consumos de Saúde e os Corpos Vulneráveis na Sociedade Brasileira. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 7-11.
- Almeida, P. F., & Escorel, S. (2001). Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: Gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, 25(58), 35-47.
- Alves V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11), 2309-2319.
- Alves, V. S. & Lima, I. M. S O. (2013). Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, 13(3), p. 9-32.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: SDE/ENSP.
- Amarante, P. D. C. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental* (CD-ROM), 1(1).
- Amarante, P. D. C., & Torre, E. H. G. (2001). Constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: Análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34.
- Assis, J. T. de, Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596. Retrieved August 09, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1415-47142013000400007.
- Barbiani, R., Junges, J. R., Nora, C. R. D., & Asquidamini, F. (2014). A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: Avanços, limites e desafios. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 855-868.
- Barros, R. B., & Josephson, S. (2001). Lares abrigados: Dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. *Saúde em Debate*, 25(58), 57-69.
- Basaglia, F. A. (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.

- Becker, Howard S. 2008 [1963]. *Outsiders. Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar. 232pp.
- Bógus, C. M., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade, 13*(3), 44-57.
- Bolonhesi-Ramos, R. C. M. & Boarini, M. L. (2015). Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *Revista História, Ciência, Saúde- Manguinho*, Rio de Janeiro, 22(4). 1231-1248.
- Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: the bio-politics of Methadone and heroin in the united states. *Culture, Medicine and Psychiatry 24*, 165–195.
- Braga, V. A. B., Fraga, M. N. O., & Souza, A. M. A. (2006). Reforma psiquiátrica brasileira: Muito a refletir. *Acta Paulista de Enfermagem, 19*(2), 207-211.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. London: Routledge.
- Calomeni, T. C.B. (2010). A "secreta fundação" da psiquiatria considerações sobre a análise Foucultiana da história da loucura. *Fractal: Revista de Psicologia, 22*(1), 51-66.
- Câmara dos Deputados. (2009). *Projeto de Lei No. 6.684*. Acrescenta dispositivo à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para suspender a exigibilidade de cumprimento, pelas comunidades terapêuticas de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, das condições que especifica. Recuperado de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465162>
- Câmara dos Deputados. (2015). *Projeto de Lei No. 1.377*. As casas de recuperação, clínicas de recuperação de dependentes químicos e comunidades terapêuticas estão autorizadas a falar sobre religião e a desenvolver trabalhos internos para seus pacientes em seus estabelecimentos, desde que não sejam forçados. Recuperado de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1228873>
- Campos, E. A. de. (2009). Porque os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13*(28), 19-30.
- Canoletti, B., & Soares, C. B. (2004). Drug consumption prevention programs in Brazil: Analysis of the scientific production from 1991 to 2001. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9*(16), 115-129.

- Castel, R. (2000). The Roads to Disaffiliation: Insecure Work and Vulnerable Relationships. *Internacional Journal of Urban and Regional Research*, 24(3), 519-53
- Castro, M. M. L. D. & Passos, S. R. L.. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 32(6), 330-335.
- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. (2015). *Resolução CONAD No. 01*. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vOTDo-xssIQJ:www.cruzazul.org.br/baixar/informativo/17/texto-da-regulamentacao-das-comunidades-terapeuticas+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=br>
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). Eixo III: A atuação da(o) psicóloga(o) na política do CAPS. In *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial* (pp. 93-104). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2015). *Fique de olho: Orçamento da SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) para financiamento de comunidades terapêuticas pode crescer mais de 115% em 2015 e é maior do que o orçamento destinado à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Recuperado em: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=888
- Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas. (2013). *Marco regulatório: Momento histórico para as comunidades terapêuticas*. Recuperado de <http://www.confenact.org.br/?p=225>
- Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: Discursos e histórias* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de drogas: Considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 10-20.
- Corradi-Webster, C. M. (2014). Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In C. Guanes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: Discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 73-88). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.

- Costa-Rosa, A., Luzio, B., & Yasui, S. (2001). As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, 25(58), 12-25.
- Couto, A., Lemos, F., & Couto, M. (2013). Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: Algumas análises de projetos de lei. *Revista Polis e Psique*, 3(2), 132-150.
- Dalgalarrondo, P. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 177-178.
- Damas, F. B. (2013). Comunidades terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 6(1), 50-65.
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: Teoria, modelo e método*. São Paulo, SP: Loyola.
- Decreto Nº 55.067, de 28 de abril de 2014*. (2014, 28 de abril). Prefeitura de São Paulo, decreto regulamenta Programa de Braços Abertos. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/trabalho/decreto_pot_29.pdf>
- Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010*. (2010, 21 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557.
- Fernandes, V. R., & Fuzinato, A. M. (2012). Drogas: Proibição, criminalização da pobreza e mídia. *Anais do Congresso Internacional de Direitos e Contemporaneidade: Mídias e Direitos da Sociedade em Rede*, 1, 1-11.
- Ferreira, G. A. (2006). Reforma psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. *Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise*, 4(1), 77-85.
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: Una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina. Experimentale y Salud Publica*, 29(1), 12-20.

- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos - CEBRAP*, (92), 9-21.
- Foucault, T. M. (1987). *Vigiar e punir: História da violência nas prisões* (5a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, T. M. (1997). *História da loucura* (5a ed.). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Foucault, T. M. (2009). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Fossi, L. B. & Guareschi, N. M. de F. (2015). O modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas: práticas profissionais na conformação. *Estudos de Pesquisa em Psicologia*, 15(1), p. 94-115.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. S. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152.
- Gabatz, R. I. B., Johann, M., Terra, M. G., Padoin, S. M. M., Silva, A. A., & Brum, J. L. (2013). Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Escola Anna Nery*, 17(3), 520-525. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&tlng=pt
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo, S. A. & Carlini, E. A. (2005). Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(número especial), 888-95.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, VII(2), 83-96.
- Guimarães, J., Medeiros, S. M., Saeki, T., & Almeida, M. C. P. (2001). Desinstitucionalização em saúde mental: Considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate*, 25(58), 5-11.
- Hirdes, A. A. (2009). Reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar Inthertesis*, 19(2), 299-320. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n1p299/10807>

- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: Um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos* (D. M. Leite, Trad., 7a ed.). São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)
- Guanaes, C. (2006). O discurso construcionista social. In *Construção da mudança em terapia de grupo: Um enfoque construcionista social* (pp. 19-52). São Paulo, SP: Vetor.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: Um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 135-143.
- Japur, M., Guanaes, C., & Rasera, E. F. (2004). Psicologia, ciência e construcionismos: Dando sentido ao self. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 157-165.
- Koenig, H.G. / (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34,(1), p.5-7.
- Lei No. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. (1990, 31 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
- Lei No. 10.216, de 6 de abril de 2001*. (2001, 9 de maio). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lei No. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. (2006, 24 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm
- Lima, M. A. D. S., Almeida, M. C. P., & Lima, C. C. (1999). A utilização da observação participantes e da entrevista semiestruturada em pesquisa em enfermagem [Número especial]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20, 130-142.
- Machado, A. R. & Miranda, P. S. C. (2007) Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Revista História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro,14(3), 801-821.

- Machado, L. V. & Boarini, M. L. (2013). Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (3), 580-595.
- Medeiros, R. (2014). Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 105-117.
- Méllo, R. P.; Silva, A. A.; Lima, M. L. C. & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*; 19 (3), 26-32.
- Melo, M. C. (2013). *Sentidos produzidos sobre a maternagem por mulheres que fazem tratamento para uso de substâncias* [Iniciação Científica]. Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.
- Melo, M. C.; Corradi-Webster, C.M. (no prelo). Meanings about motherhood by women in treatment for drug use. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)*.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: Mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 21(1), 77-92.
- Minayo, M. C. de S. (2000) Fase de análise ou tratamento do material. In *Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Editora: HUCITEC-ABRASCO. Sétima edição.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2001). *Resolução RDC No. 101, de 30 de maio de 2001*. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. Recuperado de http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil -2006/2007. Brasília.2007. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/potais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/instituicoes/327691.pdf>

- Ministério da Saúde. (2010). *Portaria No. 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria No. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. (2012). *Portaria No. 131, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html
- Mountian, I. (2014). Análise de discurso e pesquisa feminista: algumas considerações sobre metodologia e ética em pesquisa”, p. 165-192. In, A.F. e Lara Junior, N. (2014). *Metodologias de pesquisa em psicologia social crítica*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Neves, S. & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade a serviço da investigação nas Ciências Sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (3), 408-412.
- Oliveira, R. G. de, & Menandro, P. R. M. (2001). Em busca de uma nova identidade: o grupo de alcoólicos anônimos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 18(3), 5-21.
- Passos, E. H. & Souza, t. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1), 154-162.
- Peixoto, C.; Prado, C. H. O.; Rodrigues, C. P.; Cheda, J. N. D.; Mota, L. B. T. & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-21.
- Pereira, L. C., Jesus, I. S., Barbuda, A. S., Sena, E. L. S., & Yarid, S. D. (2013). Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Revista Bioética*, 21(2), 365-374. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200021&lng=en&tlng=pt) 10.1590/S1983-80422013000200021

- Pereira, M. E. C. (2004). Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista latino americana de psicopatologia fundamental*, VII(3),113-116.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569-580.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Prado, M. A. M., & Queiroz, I. S. (2012). A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 305-312.
- Queiroz, I. S. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 21(4), 2-15.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: O convite construcionista para a psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(30), 21-29.
- Raupp, L. M., & Milnitisky-Sapiro, C. (2008). A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 361-368.
- Rezende, R. R. (2000). Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: Algumas considerações. *Revista Biociências*, 6(1), 49-55.
- Ribeiro F. M. L. & Minayo M. C. S. (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6),1773-1789.
- Ribeiro, F. M. L. & Minayo, M. C. S. (2015). Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, State of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*, 19(54), 515-26.
- Rodrigues, J. T. & Almeida, L. P. de. (2002). Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. *Revista Estudo de Psicologia [online]*, 7(1), pp.113-120.

- Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 167-174.
- Santos, V. E. dos; Soares, C. B. & Campo, C. M. S. (2010) Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20(3), 995-1015.
- Seleghim, M. R., & Oliveira, M. L. F. (2013). Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 263-268.
- Silva, P. F. A., & Baptista, T. W. F. (2014). Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 441-465.
- Silva, J. de A., & Garcia, M. L. T. (2004). Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 53(4), 243-252.
- Siqueira, M. M., Barbosa, D. A., Laranjeira, R., & Hopkins, K. (2007). Psychoactive substances and the provision of specialized care: The case of Espírito Santo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(4), 315-323.
- Souza, L. V. (2014). Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In C. Guanés-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: Discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 49-71). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Spink, M. J. P. & Lima, H. (2004). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-122). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teóricometodológica para análise das práticas deiscursivas. In Spink, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.) (Cap. 2). São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J. P. & Menegon, V. S. M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In Spink, M. J. P. (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: Reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.

- Spink, P. K. J. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pósconstrucionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.
- Tenório, F. A. (2002). Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas: Da intervenção ideológica a intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, 12(1), 21-30.
- Torcato, C. E. M. (2013). O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 117-125.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 427817.
- Vasconcellos, M. P., & Volcov, K. (2013). “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: Observações a partir de campanhas publicitárias do Governo Federal. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 99-105.
- Valderrutén, M. C. (2008). Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. Comunidades terapêuticas em Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 80-90.
- Venturini, E. (2010). “O caminho dos cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 471-480.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. New York, NY: Open University Press.
- Zago, J. A. (2001). Reintegração social do dependente de drogas pós-tratamento em ambiente protegido. In H. J. Guilhardi (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp. 326-339). Santo André, SP: ESETec.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sabemos que o consumo e tratamento devido ao uso de drogas é um percurso difícil, e que a busca por tratamento nem sempre é fácil e ainda pode ocorrer junto com outras questões de saúde. Além disso, uma das formas de tratamento é a internação em comunidades terapêuticas, as internações podem ser voluntárias, involuntárias e compulsórias (pedido do Juiz), existem muitas críticas sobre esse modelo, pois muitas vezes não garantem o cuidado dos pacientes no longo tempo de internação. Assim, nosso objetivo é conhecer como os pacientes do Caps- Ad passaram pela experiência da internação em Comunidades terapêuticas.

Você está sendo convidada a participar do estudo “Sentidos construídos sobre a experiência de internação em Comunidades Terapêuticas por pessoas em tratamento por uso de drogas”. Iremos fazer algumas perguntas sobre estes temas e pedimos sua autorização para gravarmos esta conversa, para garantia que as informações tenham melhor qualidade e fidedignidade. Gostaríamos de esclarecer que: seu nome será mantido em sigilo; as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, entretanto, não será possível identificar as pessoas envolvidas. Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão, isto é, você não é obrigado a participar deste estudo e se desejar em qualquer momento não participar mais, sua decisão será respeitada. Não há previsão de riscos previsíveis em participar deste estudo. Entretanto, caso a entrevista mobilize sentimentos ruim você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, no qual poderemos conversar sobre o mal estar, caso esse seja o sua vontade, e/ou o acompanharei até seu profissional de referência. A única coisa que lhe pedimos é o tempo para responder a entrevista, sendo que esse não atrapalhará nenhuma atividade. Prevemos que o tempo de duração da entrevista será entre 40 minutos à uma hora. Caso alguma dúvida ou mal estar apareça estaremos disponíveis para ajudar.

As informações que você nos der serão muito úteis para compreendermos melhor como se dá o processo de tratamento em comunidades terapêuticas para o consumo de drogas/bebidas alcoólicas e, com isto, melhor compreender os serviços que oferecemos. Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso.
- c) não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro para esta participação, já que você não terá nenhum gasto.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável.

Estando de acordo:

Nome da participante: _____ RG: _____

Assinatura da participante: _____

Nome da entrevistadora: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Pesquisadoras responsáveis:

Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster
Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
(16) 3602.0196
clarissac@usp.br

Mariane Capellato Melo
Mestranda do Departamento de Psicologia
Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP
(16) 988282274
marianecapellato@gmail.com

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660

Apêndice B – Roteiro Orientador da Entrevista com os Profissionais

1. Identificação dos participantes:

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
- Estado civil
- Com quem reside
- Ocupação
- Renda familiar

2. Trajetória de consumo de substâncias:

- Me conte como foi o início de seu consumo de substâncias
- Em que momento da sua vida você iniciou o consumo?
- Com quem iniciou o consumo?
- Quais os motivos que levaram ao consumo?
- Como compreende a continuação do consumo?
- Quais drogas já consumiu e como era/é o padrão de consumo de cada uma delas?
- (se houve mais de algum tipo de substância) O que levou ao consumo de outras substâncias?
- Quais são as vantagens e desvantagens do consumo?
- Quais são as vantagens e desvantagens da abstinência?

- Você acha que você tem algum problema com o consumo de substâncias?
- Quando seu consumo passou a ser identificado como problemático (por você e/ou por outros)?
- O que faz o modo como você consome substâncias ser considerado problemático?
- Porque o consumo de substâncias é um problema para você?

3. Trajetória de busca por cuidados em saúde mental e drogas:

- Me conte sobre os tratamentos que já fez para lidar com o consumo de drogas.

- Quais os tratamentos em serviços de saúde e em grupos de auto-ajuda?
- Como chegou até eles? Como foi a participação nestes serviços/ grupos?
- Já buscou outras formas de ajuda, como a religião, consumo de chás, etc?
- Como chegou até eles? Como foi?
- Quais os motivos que levaram a procurar ajuda?
- Alguém o auxiliou nessa busca?
- Como chegou até o Caps-ad?
- Que atividades realiza no Caps-ad? (Intensivo, semi-intensivo, não-intensivo)
- Já fez tratamentos para outros problemas de saúde mental?
 - Já recebeu algum diagnóstico psiquiátrico?
 - Já fez uso de medicamentos psiquiátricos? Quando iniciou? Lembra-se de quais?
- O que você percebe que te ajuda a conseguir o objetivo que tem em relação ao seu consumo de substâncias?

4. A vivência de internação em comunidades terapêuticas:

- Gostaria que você me contasse sobre as internações que já teve em comunidades terapêuticas.
 - Quantas internações já teve?
 - Quando foram estas internações?
- Como foi a decisão de internar em uma Comunidade Terapêutica?
- Quem participou dessa decisão?
- Quais motivos levaram a esta internação? O que buscava?
- O que você sabia sobre a Comunidade Terapêutica antes da internação?

- Gostaria que você me contasse como era um dia típico na comunidade terapêutica.
 - Quais atividades desenvolvia?
- O que acha que te ajudava?
- O que acha que não te ajudava?
- Como eram os relacionamentos dentro da comunidade?
- Como eram as visitas?
- Como eram os relacionamentos afetivos sexuais?
- Como eram as atividades fora da CT?

- Gostaria que você me contasse sobre como ficou sua vida após sair da CT.
 - O que você considera que mudou em sua vida após esta internação?
 - Você considera que mudou enquanto pessoa após a internação? Se sim, o que mudou? Se não, porque não mudou?
- Como foi o período inicial e até agora depois da saída da CTs?

- Se alguém que está buscando tratamento devido ao uso de drogas te pedisse opinião sobre que tratamento fazer, qual você indicaria e por que?

ANEXOS

ANEXOS

**Anexo A – Ofício de manifestação de concordância da instituição coparticipante
(Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto)**



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



Of. nº 1452/14-GS
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 09 de Abril de 2014.

Prezada Orientadora,
Prof.ª. Dr.ª. Clarissa Mendonça Corradi-Webster
Prezada pesquisadora
Mariane Capellato Melo

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilika Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora do CAPS - AD – **Gisela Pires de Oliveira Marchini**, o Coordenador do Programa de Saúde Mental - **Alexandre Firmo de Souza Cruz**, bem como a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa em sua Reunião Ordinária; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa "**SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE INTERNAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS POR PESSOAS EM TRATAMENTO POR USO DE DROGAS**", nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 007140 3.

Ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde. Favor enviar resultados obtidos ao término.

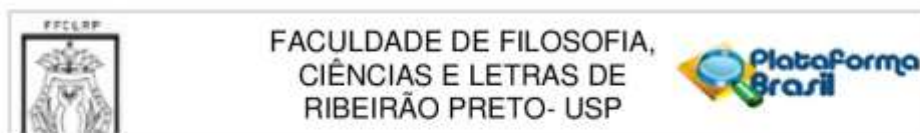
Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados e Ofício de Coparticipação acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRB - 8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Anexo B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sentidos construídos sobre a experiência de internação em comunidades terapêuticas por pessoas em tratamento por uso de drogas.

Pesquisador: Mariane Capellato Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31307414.7.0000.5407

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 771.736

Data da Relatoria: 28/08/2014

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer anterior.

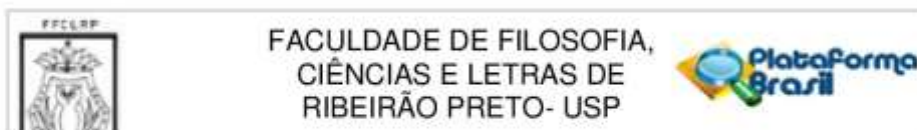
Recomendações:

Vide parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu à pendência referida no parecer inicial. A alteração no TCLE foi realizada adequadamente.

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
Bairro: Monte Alegre **CEP:** 14.040-901
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-4811 **Fax:** (16)3633-2660 **E-mail:** coetp@ffclrp.usp.br



Continuação do Parecer: 771.736

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto encontra-se APROVADO para execução. Pedimos atenção aos seguintes itens:

- 1) De acordo com a Resolução CNS n.º 466/2012, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais (parciais e final, em função da duração da pesquisa).
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada;
- 3) Sobre o TCLE: caso o termo tenha DUAS páginas ou mais, lembramos que no momento da sua assinatura, tanto o participante da pesquisa (ou seu representante legal) quanto o pesquisador responsável deverão RUBRICAR todas as folhas, colocando as assinaturas na última página.

RIBEIRAO PRETO, 29 de Agosto de 2014

Assinado por:
Andréia Schmidt
 (Coordenador)

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
 Bairro: Monte Alegre CEP: 14.040-901
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-4811 Fax: (16)3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br