

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Sérgio Alexandre Alves Fernandes

**REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: a produção de subjetividades nos usuários  
da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas**

Belo Horizonte

2020

Sérgio Alexandre Alves Fernandes

**REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: a produção de subjetividades nos usuários  
da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Área de concentração: Processos de Subjetivação

Belo Horizonte

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

F363r Fernandes, Sérgio Alexandre Alves  
Redução de danos e abstinência: a produção de subjetividades nos usuários da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas / Sérgio Alexandre Alves Fernandes. Belo Horizonte, 2020.  
106 f. : il.

Orientador: João Leite Ferreira Neto  
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Comunidades terapêuticas. 3. Drogas – Abuso - Tratamento. 4. Alcoólatras – Reabilitação. 5. Síndrome de abstinência a substâncias. 6. Usuários de drogas. 7. Subjetividade. 8. Política de saúde – Brasil. I. Ferreira Neto, João Leite. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 615.9

Sérgio Alexandre Alves Fernandes

**REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: a produção de subjetividades nos usuários  
da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos de Subjetivação

---

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto – PUC-Minas (Orientador)

---

Profª. Dra. Claudia Maria Filgueiras Penido - UFMG (Banca examinadora)

---

Profª. Dra. Mônica Soares da Fonseca Beato - PUC-MINAS (Banca examinadora)

Belo Horizonte, 11 de março de 2020.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao professor João Leite Ferreira Neto pela orientação e incentivo.

Agradeço à colega Alessandra Barbosa Pereira por ter mediado a minha participação junto ao CAPS, tornando possível essa pesquisa.

Agradeço às bibliotecárias da PUCMINAS, Fabiana Marques e Elisângela Azevedo, pela ajuda inestimável na reta final.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa de estudos que me auxiliou financeiramente e sem a qual não seria possível a conclusão dessa pesquisa.

Finalmente, agradeço às instituições que participaram da pesquisa e principalmente aos usuários que se dispuseram a contribuir com esse trabalho.

## RESUMO

Este trabalho problematiza aspectos considerados paradoxais na política pública brasileira em relação às drogas e os efeitos desse modelo sobre os usuários, focalizando uma duplicidade na definição da estratégia de tratamento oficial, pautada na redução de danos e na abstinência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório e que contém uma revisão narrativa documental da legislação brasileira sobre drogas e entrevistas realizadas com um grupo de usuários e profissionais de uma comunidade terapêutica e de um CAPS-AD da região metropolitana de Belo Horizonte. A política brasileira sobre drogas, criada em 2002 e em vigor até 2018, conviveu simultaneamente com os paradigmas proibicionista e liberalista em sua formulação. Desde a incorporação das comunidades terapêuticas à rede de atenção psicossocial do SUS em 2005, prevaleceu essa duplicidade na oferta dos serviços, dentre os quais vários usuários costumam transitar. Neste cenário, os usuários do sistema público de saúde eram tratados por redução de danos e abstinência sequencialmente ou alternadamente. Interroga-se, assim, sobre os processos de subjetivação desses usuários e os efeitos de sentidos decorrentes desse contexto. Do ponto de vista teórico e metodológico, recorre-se a conceitos de dispositivo disciplinar e subjetividade em Michel Foucault e trabalha-se com a Análise Temática de Conteúdo e para articular efeitos da política pública de drogas e produção de subjetividades. A revisão documental da legislação realça atravessamentos histórico-políticos das principais leis brasileiras das últimas décadas sobre drogas. Os resultados sugerem que usuários egressos de tratamentos que utilizam a abordagem de abstinência, apresentem maior dificuldade de adaptação à novas propostas terapêuticas baseadas em redução de danos. A influência do discurso religioso associado ao discurso da abstinência reificam o sentido estrito de tratamento, e, portanto, reduzem a adesão dos usuários às propostas de tratamento menos restritivas.

Palavras-chave: Redução de danos. Abstinência. Políticas públicas. Subjetivação.

## ABSTRACT

This paper discusses aspects considered paradoxical in Brazilian public policy in relation to drugs and the effects of this model on users, focusing on a duplicity in the definition of the official treatment strategy, based on harm reduction and abstinence. This is a qualitative, exploratory research that contains a documentary narrative review of Brazilian drug legislation and interviews with a group of users and professionals from a therapeutic community and a CAPS-AD in the metropolitan region of Belo Horizonte. The Brazilian drug policy, created in 2002 and in force until 2018, coexisted simultaneously with the prohibitionist and liberalist paradigms in its formulation. Since the incorporation of therapeutic communities into the SUS psychosocial care network in 2005, this duplicity in the provision of services has prevailed, among which several users tend to transit. In this scenario, users of the public health system were treated for harm reduction and abstinence sequentially or alternately. Thus, it wonders about the processes of subjectification of these users and the effects of meanings resulting from this context. From the theoretical and methodological point of view, Michel Foucault's concepts of disciplinary device and subjectivity are used and thematic content analysis is used and to articulate the effects of public drug policy and the production of subjectivities. The documentary review of the legislation highlights historical-political crossings of the main Brazilian laws of the last decades on drugs. The results suggest that users discharged from treatments that use the abstinence approach, have greater difficulty in adapting to new therapeutic proposals based on harm reduction. The influence of the religious discourse associated with the discourse of abstinence reify the strict sense of treatment, and, therefore, reduce users' adherence to less restrictive treatment proposals.

**Keywords:** Harm reduction. Abstinence. Public policy. Subjectivation.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações da antiga Lei de Drogas para a atual .....	47
Quadro 2- Relação dos entrevistados: natureza da instituição e papel do entrevistado .....	54
Quadro 3 - Categorias a partir da análise de conteúdo .....	57
Quadro 4 – Categorias e subcategorias analíticas a partir do relato dos usuários .....	61



## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ANVISA	Nacional de Vigilância Sanitária
BASE	Bielefield Academic Search Engine
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEP/PUC-Minas	Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMEN	Conselho Municipal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONEN	Conselho Estadual de Entorpecente
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CPA	Conselho de Prevenção Antitóxicos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidade terapêutica
DOAJ	Directory of Open Access Journals
FD	Formações discursivas
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FETEB	Federação Evangélica do Brasil
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PNAD	Política Nacional Antidrogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de danos
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SPA	Substância psicoativa

SUS

Sistema Único de Saúde

TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
2.1	Abstinência: etimologia e sentidos .....	25
2.2	Abstinência, dispositivos disciplinares e subjetividade.....	26
2.3	A abstinência e a hipótese da exposição .....	28
2.4	As comunidades terapêuticas .....	29
2.5	Redução de danos ou abstinência?.....	32
2.6	Revisão narrativa da legislação sobre drogas brasileira .....	39
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
3.1	Caracterização da pesquisa .....	49
3.2	Estratégias de investigação: revisão documental e pesquisa de campo.....	50
3.2.1	<i>Revisão narrativa documental.....</i>	<i>51</i>
3.2.2	<i>Locais utilizados para realização da pesquisa de campo.....</i>	<i>52</i>
3.2.3	<i>Participantes das entrevistas: número, natureza e critério de seleção.....</i>	<i>53</i>
3.2.4	<i>Entrevistas narrativas .....</i>	<i>54</i>
3.2.5	<i>Procedimento de análise dos dados .....</i>	<i>56</i>
3.2.5.1	<i>Análise temática de conteúdo .....</i>	<i>56</i>
3.3	Considerações éticas.....	57
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
4.1	Análise temática de conteúdo .....	59
4.1.1	<i>Os sentidos de redução de danos e abstinência .....</i>	<i>63</i>
4.1.2	<i>Experiências dos usuários com tratamentos anteriores.....</i>	<i>69</i>
4.1.3	<i>Experiência com o atual tratamento .....</i>	<i>75</i>
4.1.4	<i>Religiosidade e tratamento.....</i>	<i>80</i>
4.1.5	<i>Experiência com a mudança de estratégia de tratamento .....</i>	<i>82</i>
4.1.6	<i>Sentido atribuído à própria estratégia de tratamento (profissionais) .....</i>	<i>84</i>
4.1.6.1	<i>Profissionais da comunidade terapêutica.....</i>	<i>84</i>
4.1.6.2	<i>Profissionais do CAPS-AD .....</i>	<i>85</i>
4.1.7	<i>Sentido atribuído à outra estratégia de tratamento (profissionais).....</i>	<i>86</i>
4.1.7.1	<i>Profissionais do CAPS-AD .....</i>	<i>86</i>
4.1.7.2	<i>Profissionais da comunidade terapêutica.....</i>	<i>87</i>
4.1.8	<i>Relacionamento entre instituições (profissionais) .....</i>	<i>88</i>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>101</b>
	<b>ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE PUC MINAS.....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é atravessado por muitas questões, sendo uma delas, por exemplo, a seguinte interrogativa: o que define o estatuto legal ou ilegal de uma substância, tendo em vista que algumas são lícitas e têm até mesmo sua venda estimulada? Sabe-se também que todas as sociedades humanas, desde a Antiguidade, fazem uso de substâncias capazes de alterar a consciência, e, apesar disso, a política pública sobre drogas brasileira preconiza como meta uma sociedade livre desses elementos.

Sabe-se também que o consumo de drogas lícitas ou ilícitas não necessariamente leva a usos problemáticos, dependendo do contexto e das formas sociais de uso. Na Antiguidade, por exemplo, elas eram usadas como uma forma de exploração psíquica de caráter laico e estavam associadas a fortes significados espirituais (ESCOHOTADO, 2002, p. 250).

Segundo Resende (2000, p. 2), na Antiguidade grega, o termo que mais se assemelhava ao que hoje conhecemos como *droga* – no sentido de substância – era o *phármakon*. Essa palavra aparece nos cantos da *Iliada* e da *Odisseia* designando um certo tipo de poção mágica que atuava nos organismos animais e era tanto capaz de produzir efeitos benéficos como maléficis, assumindo, assim, as formas de remédio ou veneno.

Assim como na Antiguidade, ainda hoje, o vocábulo droga tem caráter polissêmico e ambíguo. Sua etimologia é bastante controversa, porém aceita-se que se originou “do baixo alemão *droghe vate*, nome de um recipiente onde se guardavam ervas secas [...] ou do neerlandês *droog*, que quer dizer seco” (REZENDE, 2000, p. 2). Mas, segundo o autor, é no sentido negativo, associado à adicção e ao vício, que a palavra droga tem sido mais utilizada em nossa cultura atual, o que pode ter sido derivado do “céltico *droug* em bretão, e *droch* em irlandês”, com a acepção de coisa de má qualidade.

No sentido de substância psicoativa, é fato que o uso tradicional foi sendo modificado em função do tipo de relação que os indivíduos estabelecem com a natureza, com outras sociedades e consigo mesmos. Seja como for, hoje, esse uso é considerado um problema social (ESCOHOTADO, 2002, p. 358). Mesmo as drogas consideradas lícitas levantam muitos pontos problemáticos. Reconhece-se as consequências fisiológicas e sociais do uso do álcool e tabaco, apesar destas substâncias terem sua venda não apenas permitida, mas até mesmo estimulada na maioria das sociedades.

Merece também ser lembrada a relação, em escala global, entre as drogas e a indústria farmacêutica. Ninguém desconsidera a sua influência na tendência ao excesso de medicalização presente nas sociedades contemporâneas. Há uma espécie de reedição, na

atualidade, da procura do antigo *phármakon*<sup>1</sup> grego. Além disso, a questão do tráfico de drogas e suas repercussões na criminalidade violenta produz também vasto campo de discussões. Dados da Organização das Nações Unidas dão conta de que o tráfico ilícito de drogas movimentou algo em torno de 870 bilhões de dólares, somente em 2009 (UNITED NATIONS, 2018).

No plano nacional, resultado de lutas do movimento pela reforma psiquiátrica desde a década 70, a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como Reforma Antimanicomial Brasileira, foi promulgada após cerca de dez anos de discussões no parlamento. Esse movimento questionava a instituição asilar instituída, baseada num modelo psiquiátrico verticalizado e que tinha como referência o hospital psiquiátrico e o ato médico (FERREIRA NETO, 2017, p, 99-130). A reforma reivindicava, dentre outras coisas, um tratamento mais humanizado para pessoas em sofrimento mental, o que, conseqüentemente, também acabava por incluir pessoas com problema de abuso de substâncias (BRASIL, 2001).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças reestruturaram o modelo de atendimento voltado à saúde mental, tornando-o horizontalizado e permitindo que as Unidades Básicas de Saúde e os Programa de Saúde da Família se tornassem a porta de entrada dos usuários ao sistema. Além disso, novos equipamentos especializados no atendimento de casos graves foram estruturados, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o CAPS-Álcool e Drogas (CAPS-ad), responsável pelo atendimento dos usuários com problemas de uso abusivo de álcool e outras drogas (FERREIRA NETO, 2017, p, 99-130). Em 2002, entrou em vigor a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que, dentre outros pontos, estabeleceu a redução de danos como a estratégia ser utilizada nos tratamentos pelas instituições da rede especializada (BRASIL, 2002).

Mas, se houve avanços na organização da saúde mental em termos de prestação de atendimento a usuários, que passaram dos hospitais psiquiátricos ao atendimento ambulatorial nos CAPS, no caso das pessoas com problemas de abuso de substâncias, essa realidade não se efetivou da mesma maneira, pois sabe-se que a maior parte dos usuários de drogas em tratamento no Brasil ainda continua em comunidades terapêuticas ou clínicas de recuperação (SANTOS, 2018, p. 13)

Paralelamente aos movimentos públicos, instituições privadas e organizações do terceiro setor, principalmente as de cunho religioso, também disputavam o atendimento aos

---

<sup>1</sup> “[...] A ideia de *pharmakon* faz a ligação entre o medicamento como valor de uso instável e a necessidade de uma forte presença mantida pelos humanos, a indissociabilidade entre o medicamento e os humanos, portanto a necessidade de inventar modos de socialização adaptados” (PIGNARRE, 1999, p. 134).

usuários de drogas. Desse modo, a profusão de clínicas de recuperação e comunidades terapêuticas, principalmente no interior do país, tornou-se grande desde os anos 1980. Essas instituições, em sua maioria, utilizam programas de apoio terapêuticos inspirados em filosofias como as do Programa dos Doze Passos, dos Alcoólicos Anônimos, que preconiza a abstinência como um de seus pilares, sendo essa medida encarada não apenas como uma meta de recuperação, mas também como condição necessária para o tratamento (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1991, 19-46).

A singularidade brasileira é que, apesar da reforma antimanicomial brasileira ter sido instituída desde o ano de 2001, bem como ter se tornado reconhecida como importante medida para a desarticulação das práticas terapêuticas tradicionais no campo da psiquiatria, proibindo os manicômios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2005, as comunidades terapêuticas passaram também a integrar formalmente a rede de atenção psicossocial para dependentes de álcool e drogas. Assim, a rede passou a articular estabelecimentos públicos e privados, e, como consequência, as práticas terapêuticas baseadas em abstinência, largamente utilizadas nessas instituições, passaram a ser oferecidas como um serviço aos usuários do SUS (BRASIL, 2005).

Pela própria característica do problema do abuso de drogas, é comum que os usuários circulem pelos diversos equipamentos da rede. Assim, muitos passaram a ser tratados por meio da redução de danos e da abstinência de modo concomitante.

Esses e muitos outros pontos refletem a complexidade do tema das drogas e impactam o campo de formulação de políticas públicas. Essa complexidade, tanto em extensão quanto em profundidade, requer do pesquisador não apenas parcimônia em reconhecer a impossibilidade de esgotar o assunto, qualquer que seja o escopo escolhido, mas também, torna necessário um recorte preciso do problema de pesquisa. Em decorrência disso, uma dessas questões nos interessa particularmente.

A temática abordada nesse trabalho refere-se aos impactos da coexistência das estratégias de abstinência e redução de danos, presentes na rede de atenção psicossocial do SUS, nos processos de subjetivação de seus usuários.

A motivação para a realização desse trabalho surgiu da inquietação vivida pelo pesquisador a partir da escuta de usuários em tratamento em uma comunidade terapêutica de Belo Horizonte ao longo dos cinco anos em que desempenhou a função, inicialmente como estagiário, e depois como psicólogo voluntário na instituição. O trabalho era realizado semanalmente por um modelo de reunião em grupo, uma espécie de conversação. Porém, a tentativa de criar um dispositivo de livre expressão dos participantes da reunião, esbarraram

na nossa incapacidade de gerenciar os conflitos éticos gerados pelas divergências de abordagem da instituição religiosa e a perspectiva do trabalho psicológico. Assim, além da curiosidade científica que o trabalho com os usuários nos suscitou, há também uma espécie de fechamento da *Gestalt* em termos pessoais.

A partir das conversações, foi possível identificar que os usuários circulavam, recorrentemente, pelos equipamentos da rede de atenção psicossocial – a saber, pelo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad) – e, outras vezes, pelas comunidades terapêuticas (CTs). Nessa circulação, os usuários eram submetidos a estratégias de tratamento diversas: nos serviços de referência, estavam sujeitos à redução de danos; nas comunidades terapêuticas, a abstinência total prevalecia como estratégia de tratamento.

Parte-se da hipótese de que os usuários que tenham tido contato simultâneo ou sequencial com ambas as estratégias de tratamento possam ser impactados subjetivamente, em virtude de já terem sido expostos às diferentes discursivas - ou seja, à abstinência e à redução de danos - anteriormente. Assim, assume-se que essas diferenças configurariam lógicas opostas na maneira de se lidar com a questão da recuperação.

Por serem insuficientes os trabalhos que se debruçam sobre a controversa apresentada nesse trabalho - a saber, a coexistência, na rede de atenção, de estratégias de redução de danos e abstinência como produtores de subjetividade -, acredita-se que esta pesquisa pode contribuir ao campo das formulações das políticas públicas sobre drogas e da psicologia social ampliando a discussão a partir da voz dos usuários do sistema.

Portanto, o trabalho teve por objetivo geral investigar quais os impactos da coexistência das estratégias de redução de danos e de abstinência na rede de atenção psicossocial do SUS nos processos de subjetivação de um grupo de usuários de uma comunidade terapêutica e de um CAPS-ad da região metropolitana de Belo Horizonte, que já tiveram contato com ambas.

De maneira específica, os objetivos foram:

- a) descrever o contexto histórico-político da elaboração das principais leis brasileiras sobre drogas, com foco na distinção de um modelo proibicionista (de abstinência) de um liberal (de redução de danos), através de uma revisão analítica documental;
- b) identificar efeitos de sentidos produzidos por um grupo de usuários de uma comunidade terapêutica e de um CAPS-ad sobre as estratégias de abstinência, redução de danos, uso de drogas e processos de recuperação.
- c) avaliar os efeitos da presença de elementos das discursivas referentes aos dois modelos (abstinência e redução de danos) nas narrativas dos usuários.

Em linha com os objetivos desta pesquisa, optou-se por apresentá-la em quatro partes. A primeira parte, sob o título de *Revisão de Literatura*, foi dividida em duas subseções. Na primeira, apresentamos uma breve revisão da literatura atual sobre os conceitos de redução de danos e abstinência, bem como discute-se a controvérsia relacionada à presença concomitante de ambas as estratégias nas políticas públicas brasileiras sobre as drogas.

Cabe alertar que esse estudo não comporta uma análise acerca de mérito, eficácia ou pertinência de um ou outro modelo de tratamento, mas sim busca operacionalizar uma compreensão da problemática. Por conseguinte, o foco é identificar quais são os efeitos decorrentes dessas perspectivas de tratamento na subjetividade dos usuários considerando o caráter de controvérsia entre elas.

Na segunda parte, apresenta-se uma revisão documental das principais leis de drogas do Brasil sob o título *A legislação brasileira sobre drogas: uma revisão narrativa*. Sabe-se que a formulação das políticas públicas se dá em campo constituído por conflitos e interesses diversos, sendo que esses elementos esbarram em questões de ordem econômica e política. Nesse sentido, acreditamos que a descrição das relações entre a lei e seu contexto de formulação possa permitir uma visão panorâmica da problemática. Com isso, objetiva-se ampliar o entendimento acerca do contexto a partir de um ponto de vista histórico, apresentando, para tanto, uma breve revisão documental a respeito da legislação, bem como realçando os atravessamentos histórico-políticos das principais leis brasileiras sobre drogas.

A terceira parte, designada *Metodologia*, descreve detalhadamente a caracterização da pesquisa, sua fundamentação teórico-metodológica, os critérios de inclusão dos sujeitos, a definição dos procedimentos de coleta e análise dos dados e as considerações éticas.

A quarta parte, *Análise dos dados e resultados*, apresenta uma análise de fragmentos dos relatos referentes às entrevistas pautada na análise temática em duas vertentes: uma descritiva, e outra mais interpretativa. Ao final do capítulo são feitas considerações à guisa de resultados.

Por fim, os resultados sinalizaram a confirmação da hipótese formulada, ou seja, pode-se inferir, que há interferência, principalmente por parte do discurso da abstinência, na dificuldade de alguns usuários em aderir a projetos terapêuticos baseados em redução de danos. Ainda que não sejam evidências conclusivas, elas podem pelo menos ser consideradas como indícios que justificam estudos mais abrangentes no futuro.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo foi dividido em duas partes. Na primeira, busca circunscrever os conceitos e sentidos de abstinência e redução de danos, em termos etimológicos, filosóficos e históricos, para ao final trazer recortes da literatura que discutem a controvérsia da presença das comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no interior da política brasileira sobre drogas. A segunda parte, apresenta uma síntese de uma revisão documental nas principais leis de drogas do brasileiras enfocando o proibicionismo ou liberalização e realçando seus atravessamentos histórico-políticos.

### 2.1 Abstinência: etimologia e sentidos

Ao se pesquisar abstinência, juntamente com o termo drogas, nos mecanismos de busca de periódicos acadêmicos, os resultados geralmente são sobre a *síndrome de abstinência*, expressão utilizada para representar uma série de sintomas, em geral opostos aos efeitos agudos da droga experimentada, sofrimento vivido pelo usuário considerado dependente ou adicto ao ser afastado de alguma substância psicoativa (SPA). Seu principal traço é a manifestação de irritabilidade, transpiração excessiva, tremores localizados sobretudo nas mãos, náuseas, ansiedade etc., mas esse não é o sentido de abstinência que será enfocado neste trabalho (KREISCHE; SORDI; VON DIEMEN, 2012, p. 23).

O termo abstinência, segundo o Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, pertence ao vocabulário estoico, – sob a forma *abstine et sustine*<sup>2</sup> –, e cristão, remete à prescrição da abstinência ao consumo carne feita aos cristãos. Na Ética, o termo significa “a renúncia voluntária à satisfação de uma necessidade ou desejo” (LALANDE, 1999, p. 7).

Ainda sob o ponto de vista ético da abstinência, merece ser citada, mesmo que resumidamente, a psicologia platônica e sua teoria da alma. Platão defende uma concepção tripartite de alma, constituída pelos aspectos (*eídos*) *racional*, parte superior da alma, cuja função é controlar os outros dois, o *irascível*, lado emocional e impetuoso da alma e o *concupiscente*<sup>3</sup>, localizado no baixo ventre, cujo objetivo é a realização dos desejos e apetites sexuais. O desenvolvimento racional, só pode ser obtido com moderação e temperança. Assim, os traços de inferioridade deveriam ser subjugados pela *abstinência*, isto é, pela

---

<sup>2</sup> *Sustine et abstine*: suporta e abstém-te

<sup>3</sup> Encontra-se na também literatura a seguinte terminologia para os elementos da alma: racional, apetitivo e irascível

continência dos prazeres do corpo e dos falsos desejos que impedem o homem de ascender ao plano inteligível (PLATÃO, 1987, p. 90)

## **2.2 Abstinência, dispositivos disciplinares e subjetividade**

A abstinência também pode ser interpretada como uma posição estética e política do sujeito. Para Sonia Manzano (2009), Foucault, buscando a compreensão de como os modos de subjetivação nas sociedades são constituídos e disseminados, realiza uma investigação histórica do comportamento, das maneiras de existir do sujeito. Com esse objetivo, resgata a cultura grega e suas práticas de “cuidado de si”, para formular a sua teoria da subjetividade.

A princípio Foucault centra seus estudos no Estoicismo. Ele encontra, nos gregos, uma forma de vida regida pela perspectiva do cuidado de si, sem que, no entanto, essa regência seja tomada como uma regra rígida a ser seguida por todos como conduta geral, institucionalizada ou imposta. Ao contrário, o cuidado de si configurava-se como uma forma de viver facultativa que era acolhida espontaneamente por aqueles que assim o desejassem. Desse modo, essa decisão era tomada apenas por uma parcela pequena da população, a qual escolhia ter uma vida considerada bela e, a partir dessa escolha estética, tinha interesse e disponibilidade para assumir os cargos públicos. Somente aqueles que tinham condições de cuidar de si e tomavam essa tarefa como uma forma de vida – o que pressupunha diferentes exercícios regulares e, na maioria das vezes, austeros - poderiam cuidar dos outros, governando as cidades (MANSANO, 2009, p. 113).

Assim, aquele que optasse por construir uma vida bela, por meio do cuidado de si, tinha, também, por consequência, a necessidade de lidar com um exercício político, ou seja, colocava-se disposto a transformar seus hábitos e valores com o intuito de governar a cidade. Quem escolhesse esse caminho precisava desenvolver suas habilidades para suportar tanto os períodos de maior riqueza quanto aqueles de maior privação e dificuldade, sem que qualquer uma dessas duas situações extremas pudesse provocar abalos significativos na maneira de governar.

Podemos considerar, nesse caso, que a escolha estética e política, por meio da qual se acolhe um determinado tipo de existência, é compreendida por Foucault como um dos modos de subjetivação possível. Esses modos de subjetivação podem tomar as mais diferentes configurações, sendo que essas cooperam para produzir formas de vida e formas de organização social distintas e, cabe insistir, mutantes. (MANSANO, 2009, p. 114).

Porém, para aproximar o sentido de abstinência que vamos utilizar nesse trabalho será necessário recorrer à outro conceito em Foucault, o de dispositivo.

Como é recorrente no trabalho de Foucault, ele não nos dá uma definição muito clara e definitiva de seus conceitos, porém, em dado momento ele vai apresentar o dispositivo como um conjunto heterogêneo de práticas, discursos, que visam a produção de um dado estado de coisas, inclusive a subjetividade (FOUCAULT, 2008, p. 5-45).

Pode-se falar por exemplo em um *dispositivo da sexualidade*, esse é o tema de História da sexualidade. Tem-se de um lado um saber-poder sobre a sexualidade, e de outro as práticas da sexualidade, esses elementos não podem ser desvinculados, nem um, nem outro, de uma certa subjetividade. Esses três eixos, poder, saber e sujeito são articulados em torno da noção de dispositivo.

Ademais, pode-se entender dispositivos como tecnologias de poder. Aí temos dispositivos distintos, por exemplo, o dispositivo disciplinar, que envolve a lei, as instituições, e o modo como elas regulam o comportamento, a conduta dos indivíduos, tendo em vista um certo enquadramento, um adestramento. É essa a natureza da disciplina. Ela individualiza, porque não há uma constituição de uma subjetividade sem a produção de um indivíduo, a criação do indivíduo é necessária justamente para que o poder possa ser efetivo. Então, tem-se um dispositivo disciplinar, que por um lado individualiza, por outro, há um saber que permite que se operacionalize, por assim dizer, essa intervenção sobre o indivíduo, e por fim o resultado é a adequação de um sujeito (FOUCAULT, 1988, 73-109).

Essa operação pode ser referida como assujeitamento, ou sujeição. Sujeição para os fins que podem ser os mais diversos, tema de Vigiar e Punir, da adequação do sujeito ao sistema produtivo o que está ali em questão. A disciplina torna os corpos dóceis para serem utilizados pelo capitalismo. Em conformidade ao que foi dito, a disciplina cumpre esse papel, permite a transformação do tempo e da energia individuais em força de trabalho, entre uma coisa e outra há produção da subjetividade, ou seja, como o indivíduo se vê, como se reconhece. Um criminoso, louco, como um doente, dependente. Produz-se a subjetividade (FOUCAULT, 1987).

Então, partimos da posição que, pela transformação do tempo e da energia individuais, realizadas pelos dispositivos disciplinares que se dá a produção de subjetividades no contexto das drogas. É através da articulação de sua legislação, instituições de justiça, discursos da medicina e religião que um dispositivo disciplinar se concretiza em dada tecnologia saber-

poder que incide sobre os usuários de drogas e que estratégia de *Abstinência*<sup>4</sup> é parte desta tecnologia saber-poder que opera o controle de seus corpos e almas. Ela faz parte de conjunto mais amplo, em que participam, um discurso sobre o usuário, uma hipótese a respeito do uso de drogas, a legislação proibicionista e suas instituições de tratamento.

### 2.3 A abstinência e a hipótese da exposição

Para o discurso científico, suporte ideológico da estratégia de Abstinência, o consumo de drogas está diretamente relacionado a sua exposição a elas. Ignora-se o fato de que tal consumo só existe como uma construção social. Essa posição é conhecida como a hipótese da exposição, e parte do pressuposto que a relação natural do cérebro com o prazer é uma relação de parcimônia, de modo que as mínimas alterações nessa relação gerariam algum nível de desequilíbrio e eventualmente uma patologia. Pode-se resumir essa hipótese nesses termos: *“No disturbed personality and no underlying social problems are required for an individual to develop a drug dependence.”*<sup>5</sup> (COURTWRIGHT, 2001, p.94)

A hipótese da exposição nos ajuda compreender as ideologias que norteiam os modelos de tratamento presentes nas políticas públicas sobre drogas e sua preferência por abordagens predominantemente epidemiológicas. Esclarece também qual a origem do discurso que concebe todo consumo como prejudicial e ignora outros significados para o uso de drogas. Courtwright sustenta que essa posição pressupõe uma destituição do sujeito usuário.

Ignorar esses fatos e atribuir à droga e não à pessoa a agência em relação ao uso é menosprezar a capacidade de discernimento das pessoas, ou, ainda pior, considerar que as pessoas não têm preparação evolutiva para lidar com o seu próprio prazer. (COURTWRIGHT, 2001, p.206)

Na opinião de Torcato deve-se ver a questão por outra via, que leve em conta também a complexidade do ser humano e incluindo uma discussão sobre a autonomia e a heteronomia dos estados de consciência ao debate científico e político (TORCATO, 2016, p.61).

Mas de maneira geral, na prática é a partir dessa concepção reducionista que se concebe o uso de drogas. Como consequência disso, aos médicos é reservada a tarefa de

<sup>4</sup> Passa-se a grifar a palavra Abstinência com a inicial maiúscula como forma de diferenciá-la de abstinência, ato voluntário de se abster de algo. Como veremos, a estratégia redução de danos também pode dispor da abstinência como um dos seus recursos terapêuticos.

<sup>5</sup> Nossa tradução: “Nenhuma personalidade perturbada e nenhum problema social subjacente são necessários para um indivíduo desenvolver uma dependência de drogas” (COURTWRIGHT, 2001, p.94)

proteger e recuperar os corpos dos adictos ou dependentes, à lei, cumpre o papel de dificultar ao máximo a oferta e o acesso às drogas pelas sanções aos delinquentes e aos religiosos cabe a missão salvar as almas dos pecadores.

Já tendo sido abordada a ideologia que sustenta a Abstinência, é necessário descrever as características de uma das suas principais instituições representantes dessa abordagem, as comunidades terapêuticas.

## 2.4 As comunidades terapêuticas

Maxwell Jones, psiquiatra e diretor do hospital Dingleton, na Escócia, foi o primeiro a se utilizar da terminologia *comunidade terapêutica*. Na época, o médico questionou os métodos utilizados nos hospitais psiquiátricos, os quais considerava ineficazes para recuperação dos pacientes. Jones então reuniu outros profissionais a fim de discutir uma nova terapêutica baseada em ajuda mútua e autoajuda.

A comunidade terapêutica (CT) idealizada por Jones tinha como princípios basilares, estabelecer um ambiente assistencial fundamentado no acolhimento, no cuidado integrado e na democratização da assistência às pessoas com transtornos mentais, incluindo os dependentes químicos. A ideia era oferecer ao indivíduo, acesso a todo um alicerce educacional, emocional e social por um período de permanência prolongada, e assim, melhorando efetividade do seu plano terapêutico (FRACASSO, 2013, p. 39).

O modelo apostava no potencial terapêutico da instituição e se baseava em que os profissionais fossem capacitados para dialogar e acolher a história do indivíduo que ali residisse e que o paciente tivesse um papel ativo no próprio processo de recuperação, além do que, suas decisões fossem ouvidas e validadas pela equipe. Fracasso (2013, p. 40) se refere à essa iniciativa como “A natureza terapêutica do ambiente total”.

Mas a criação da primeira comunidade terapêutica nos moldes parecidos dos dias atuais é atribuída a um ex-frequentador dos Alcoólicos Anônimos (AA), Charles Dederich, que em 1959 desenvolveu um programa de princípios morais baseados nos Dozes passos do AA, além de outras influências sociais, psicológicas e filosóficas como o existencialismo e psicanálise da época. O projeto tinha como meta não só manter a sobriedade como também mudar o estilo de vida dos usuários (FRACASSO, 2013, p. 41).

A partir daí a experiência se disseminou pelo mundo tendo grande receptividade nos Estados Unidos e Europa. No Brasil, foi principalmente na década de 1980, que as comunidades se multiplicaram, grande parte delas associadas à movimentos evangélicos.

Estima-se que haja cerca de 2 mil CTs operando atualmente no Brasil, sendo 46% delas na região Sudeste, 26% na região Sul e 17% no Nordeste. As regiões Norte e Centro-Oeste são aquelas em que a presença dessas entidades é menor. Do total delas, apenas 6% estão no Norte e 9%, no Centro-Oeste. ( INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 12)

Diferentemente das CTs baseadas no modelo de Jones, que se ocupava de pacientes psiquiátricos e tinha uma proposta de autonomia dos internos em relação aos próprios tratamentos e à administração da instituição, as CTs no Brasil atendem exclusivamente a usuários de drogas. Suas características também diferem em termos de relações e hierarquias muito bem definidas entre internos e profissionais. As CTs mantêm cuidadores, tanto profissionais de saúde quanto monitores e a definição dos planos terapêuticos, bem como das rotinas da internação, não é aberta à participação dos internos ( INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 12).

Em 2018 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicou os resultados de uma pesquisa que teve início em 2015 e terminou em 2017. O trabalho foi realizado a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e objetivou traçar um perfil das comunidades terapêuticas (CTs) que atuam no Brasil. O documento apresenta um relatório detalhado composto de informações quantitativas e qualitativas sobre “a distribuição das CTs no território nacional; a quantidade de vagas que ofertam, em seu conjunto; as condições de sua infraestrutura predial; suas práticas de cuidado; entre outros.” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 7)

Em termos quantitativos a estimativa, já que não há um controle oficial efetivo, é que existam cerca de 2 mil CTs operando atualmente no Brasil, a maior parte se concentra no Sudeste: “46% delas na região Sudeste, 26% na região Sul e 17% no Nordeste. As regiões Norte e Centro-Oeste são aquelas em que a presença dessas entidades é menor. Do total delas, apenas 6% estão no Norte e 9%, no Centro-Oeste” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 12).

Em termos de segmento religioso, a maioria é evangélica, aproximadamente 47% ou protestantes, 27% são católicas e 18% não reconhecem pertencer a qualquer denominação religiosa. No entanto, mais de 95% declararam que desenvolvem atividades espirituais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 13).

Os pesquisadores relatam que o modelo institucional das CTs parte de uma ideia de original de comunidade, supostamente constituída por indivíduos iguais, mas que na verdade compartilham de uma identidade patológica, que acaba por estigmatizá-los como de pessoas

“doentes e/ou moralmente fracas, em função do uso (problemático) que fazem de drogas” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 79).

Os programas terapêuticos partem uma representação específica sobre a *pessoa* do usuário problemático de SPAs como pessoas sem controle dos impulsos, incapacidade de adiar satisfações, comprometidos acerca da percepção de realidade e que têm um estilo de vida que conflita desviante das normas sociais. Nessa representação predominante nas CTs os usuários são destituídos do status de *sujeito moral*, pois, sendo eles pessoas alienadas de sua razão, e vontade são incapazes de responsabilizar-se. Sendo assim é tarefa das instituições operar uma transformação moral à esses indivíduos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 13).

Do ponto de vista do isolamento, os pesquisadores afirmam também que as CTs atuam ativamente no bloqueio do contato dos internos com o mundo exterior. Seja pelas características geográficas do espaço, geralmente afastado do território do interno ou pelas restrições impostas à interação, a canais de informação e comunicação e à outras instituições como os centros públicos de assistência social - Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e de atenção psicossocial (CAPS, CAPS-AD). Mas os pesquisadores relativizam esse aspecto:

[...] o isolamento dos contatos familiares, no início do tratamento, não é uma característica geral, e algumas instituições são mais abertas à comunicação mediada (celulares e internet). Ainda, o grau de cooperação com instituições públicas é bastante variável, e a proibição total de contato com amigos e namorado(a)s é rara (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 37).

A interface público/privado é bastante nublada. Apesar de não serem instituições públicas, há o entendimento de que por terem alguns benefícios fiscais e por disputarem os recursos do SUS, o que as CTs ofertam é um serviço público.

Nada menos que 86% delas possuem alguma forma de certificação, tipicamente municipal, seja de utilidade pública e/ou de entidade beneficente, o que resulta em isenções fiscais e acesso privilegiado ao financiamento estatal; muitas delas são, ainda, financiadas pelo poder público, novamente se configurando a esfera municipal como principal fonte. É provável que essa diferença entre as esferas de governo reflita a baixa intensidade regulatória do governo federal nessa área vis-à-vis a profusão de soluções locais de reconhecimento jurídico, cooperação, regulação e financiamento (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018, p. 37).

A partir dos dados apresentados pode-se inferir o que a prática clínica no trabalho nas CTs mostra muito frequentemente. Os efeitos positivos do afastamento dos objetos de satisfação dos usuários são geralmente temporários. Fora dos muros dessas instituições a

tendência é que a diante do ambiente psicossocial e sem o suporte dos medicamentos a abstinência não se mantenha.

## **2.5 Redução de danos ou abstinência?**

A estratégia de redução de danos propõe que a recuperação possa se dar através de pequenos passos em que o usuário, a seu tempo e por sua adesão consciente, possa reduzir o consumo de drogas, alterar a utilização de substâncias mais nocivas por outras de menor potencial tóxico e criar hábitos mais seguros de utilização das substâncias ou comportamentos, de maneira a minimizar, mesmo que em pequeno grau, os danos causados pelo seu uso ou prática.

Se uma pessoa está se injetando heroína obtida nas ruas, de potência desconhecida, a redução de danos consideraria um avanço se o dependente tivesse prescrição de heroína legal e segura. Seria uma vantagem adicional se ele parasse de compartilhar seringas. Um avanço adicional, se ele se inscrevesse em um programa de troca de seringas. Um avanço muito maior se ele passasse a usar drogas orais ou fumáveis. Um avanço adicional, na redução de danos, se ele comesse a usar preservativos e praticasse sexo seguro. Outro avanço, se ele aproveitasse os serviços gerais de saúde para dependentes. Uma vitória maravilhosa, se ele abandonasse as drogas, embora a vitória total não seja uma exigência, como é nos Estados Unidos. (MARLATT; BUENO, 1999, p. 22)

Por outro lado, a estratégia de abstinência é, além de uma meta do tratamento, o ponto de partida da recuperação. Ela configura também um indicativo do índice de comprometimento do dependente com a sua recuperação, pois não se pode falar em recuperação estando-se em pleno uso de drogas. Assim, enxerga-se a abstinência não somente como um fim do processo de recuperação, mas também como um passo obrigatório para o início da jornada do tratamento, e isso demanda o compromisso do usuário (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1991).

Se um usuário utilizar uma quantidade qualquer de droga, ainda que tenha reduzido a sua dose habitual, o fato é compreendido de formas diferentes pelas abordagens. Para a RD, ele realizou um passo possível na direção da sua recuperação. Para a abordagem de abstinência, ele teve um lapso, ou recaiu, e deve retomar o caminho da sua recuperação. Outra diferença se dá, por exemplo, no seguinte cenário: os programas de abstinência, baseados nos doze passos dos Alcoólicos Anônimos, propõem como um dos seus doze passos o lema



“Evite a primeira dose”; a abordagem equivalente pela filosofia de RD, por sua vez, postula “A cada dose, um copo d’água” (MARLATT; BUENO, 1999, p. 89).

O ponto-chave aqui não é fazer a defesa de uma abordagem em relação à outra, mas apenas demonstrar que essas se baseiam em lógicas opostas. Uma enxerga a recuperação a partir da perspectiva do “tudo ou nada”, enquanto a outra se baseia em uma lógica difusa, pois pressupõe níveis de recuperação. Essas abordagens não são complementares. Portanto, o operador lógico que conecta os termos que nomeiam as abordagens não é o E, mas o OU, característica essa que será evidenciada mais claramente ao longo deste trabalho.

Mas, afinal, a redução de danos é estratégia, política ou filosofia? Para responder essa questão, é necessário, inicialmente, fazer uma distinção entre cada um desses termos e o que se fez ou faz, no Brasil e no mundo, em relação à redução de danos.

Como estratégia, a RD é um conjunto de meios e procedimentos que permitem enfrentar o problema das drogas por uma certa via de ações diretas e concretas, configurando uma tecnologia de cuidados com os usuários de drogas. Ela se fundamenta em uma abordagem intervencionista, sustentada em duas estratégias principais, as quais são inseridas em situações de uso abusivo da droga. Sendo assim, a intervenção desenvolve-se por meio da disponibilização de instrumentos seguros, tais como seringas e cachimbos, e do fornecimento de alternativas farmacológicas para as substâncias consumidas, como quando, por exemplo, a metadona é utilizada como substituta da heroína (MARLATT; BUENO, 1999, p. 14).

Já sua visão “política” depende da extensão com que ela direciona e articula os profissionais de saúde mental, de serviço social e da área de segurança em torno de um fim determinado. Em países da Europa, essa articulação se deu de forma tão clara e evidente em termos de programas pautados na integração de diversas áreas que deu a essa perspectiva um status de política de Estado.

Dentre esses programas, aqueles baseados nos princípios de redução de danos se tornaram conhecidos também como programas de baixa exigência. Como exemplo, pode-se citar o caso da Holanda, que, após um período de mudanças de perspectiva, seguidas da adoção de tais programas, revelou uma porcentagem de 60 a 80% de usuários que afirmavam terem tido acesso a diversos meios e métodos assistenciais. Tudo isso se deu devido a trabalhos de campo feitos com dependentes que ou viviam nas ruas ou estavam internados em hospitais, além daqueles que eram presidiários ou frequentavam centros de circulação de profissionais do sexo. O trabalho feito também se sustentava no aumento da quantidade de serviços de tratamento disponíveis à população usuária de drogas, medida que vigorou durante os vinte anos subsequentes à sua implantação. Ademais, o sistema terapêutico da

Holanda evoluiu de um modelo majoritariamente orientado pela abstinência para um sistema de variadas opções, dentre as quais encontram-se desde programas de baixa exigência até os de alta exigência (MARLATT; BUENO, 1999, p. 33).

Os defensores da RD afirmam que ela é como uma filosofia pragmática, humanitária e democrática. Pragmática, pois, encara a presença das drogas nas diversas sociedades humanas como um fato irreversível e se propõe a enfrentar as consequências desse fato em vez de negá-lo. Ou seja, essa perspectiva sugere uma mudança do foco, tirando-o de um patamar de guerra contra as drogas com fins de erradicação e situando-o como um trabalho mais efetivo, que se desenvolve a partir da redução dos danos e prejuízos causados por essas substâncias. Esse método propõe, ainda, que objetivo desejado será alcançado através da educação (O'CONNOR; SAUNDERS, 1992, p. 4).

A parte humanitária e democrática dessa metodologia provém do estabelecimento de uma nova forma de relação entre os agentes públicos e os usuários. O indivíduo que necessita dos serviços de saúde sai de um papel de passividade e passa a poder argumentar e interagir em relação ao próprio tratamento. Ele, então, assume uma responsabilidade pessoal frente às circunstâncias em que se encontra e garante o exercício de sua autonomia no que diz respeito às decisões terapêuticas necessárias ao processo de recuperação. Trata-se de um processo que permite empoderar o usuário, dando-lhe voz, para que, assim, o cuidado seja mais efetivo (MARLATT; BUENO, 1999, p.10).

A RD surge como um movimento internacional em resposta à crescente crise da AIDS na década de 1980, sendo influenciada pelo relativo sucesso dos programas de saúde pública nos Países Baixos, principalmente na Holanda, Reino Unido e Austrália. Esses programas propunham ações como trocas de seringas utilizadas por novas, prescrição médica de substâncias psicoativas produzidas de forma segura, dentre outros procedimentos. Devido ao sucesso dessas iniciativas, sobretudo na diminuição das infecções por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e na mortalidade de usuários de drogas injetáveis, uma série de conferências internacionais sobre o tema da redução de danos se iniciaram a partir de 1990, principalmente na Inglaterra e nos Países Baixos, enquanto que, no Brasil, esse debate só ganhou força em 2002 (NEVES, 2017, p. 5-8).

Em cada um desses países, a RD foi implantada em determinado grau ou modelo, de acordo com a extensão de programas já existentes. Porém, nem mesmo na Europa havia consenso sobre a forma de disposição dos programas. Alguns países como a França e a Suécia tinham pensamentos mais conservadores e não aceitavam as políticas mais abertas que a Holanda e a Suíça defendiam. Mas, apesar dessa resistência, algumas cidades pareciam

assumir um tipo de aliança para diminuir os danos causados pelas drogas. Nos anos 90, Frankfurt se tornou modelo na redução de danos de indivíduos em alto risco por meio da oferta de serviços móveis de aconselhamento, possibilidade de trocas de seringas, fornecimento de substitutos para as drogas, aumento dos serviços de urgência destinados a um cuidado mais direcionado, além do estabelecimento de áreas seguras e preparadas para oferecer assistência à saúde dentro das "cafeterias", para intervenção precoce mediante qualquer intercorrência vivenciada pelos usuários. Tudo isso resultou em uma queda considerável do número de mortes por overdose em 1994, configurando uma redução de 141 casos para 22 (MARLATT; BUENO, 1999, p. 15-17).

Já no Reino Unido, se o tratamento por abstinência é recusado pelo paciente, adota-se a política de redução de danos, mantendo seu hábito, mas minimizando o perigo a si mesmo e os prejuízos à sociedade. Isso compreende essencialmente uma razão de drogas. A estratégia é começar a envolver o paciente, em termos racionais e reflexivos, de acordo com seu estilo de vida e com seu comportamento. Também vale ressaltar a importância do estabelecimento de objetivos intermediários para obtenção da abstinência, postulada como um ideal. Quanto à internação, essa medida ainda está disponível para o processo de desintoxicação, mas, segundo Marlatt, uma parcela muito pequena dos pacientes mostra interesse pelo tratamento via abstinência. No Canadá, os princípios da redução de danos introduziram o conceito de "educação sobre drogas", estruturando, assim, uma revisão crítica sobre o direcionamento do foco do público alvo dessa educação e, principalmente, sobre a estratégia discursiva mobilizada (MARLATT; BUENO, 1999, p. 15).

Os canadenses criticavam o discurso do "diga não às drogas", tendo-o como um discurso ineficaz e utópico para dar conta da realidade da oferta de substâncias. Além disso, acreditavam que essa educação seria mais efetiva se fosse direcionada aos usuários em termos de um outro discurso, pautado na ideia de "Se usar, use com segurança". Para isso, seriam necessários treinamentos para que eles aprendessem a forma segura de se utilizar as drogas, reconhecendo a realidade do uso sem incentivá-la. Assim, ressalta-se a importância de não restringir o alicerce educacional a ambientes livres das drogas, incentivando a expansão da instrução informativa aos espaços frequentados pelos usuários (MARLATT; BUENO, 1999, p. 17)

Partindo para o cenário brasileiro, em 1988 também foram realizadas, na cidade de São Paulo, conferências sobre redução de danos. Nesses encontros, as experiências de sucesso em outros países e os desafios à implementação de políticas públicas eram compartilhados e disseminados por todas as nações participantes. Apesar da resistência de setores

conservadores, na cidade de Santos, em 1989, ocorreram os primeiros experimentos com RD, visando principalmente conter a propagação do vírus HIV e das hepatites B e C. O primeiro programa de RD do Brasil consistia basicamente em fornecer seringas para evitar o compartilhamento desse instrumento entre usuários de drogas injetáveis. Entretanto, o Ministério Público do Estado de São Paulo não aceitou tal política por considerá-la uma apologia ao uso de drogas. Mas o sucesso dessas iniciativas em outros estados fez o Ministério da Saúde recomendar a implementação das iniciativas de RD e outras ações contra o vírus HIV em todo o Brasil. Segundo dados oficiais, em 10 anos, o número de casos notificados de Aids entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 29,5%, em 1993, para 13% em 2003 (DE SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Dadas as diferenças culturais envolvidas, qualquer tentativa de aplicar o modelo holandês de RD em outros países é uma questão difícil. Os fatores de contexto que favoreceram o sucesso do padrão holandês são pautados em uma crença de direitos iguais e na legitimidade de uma intervenção e de uma previdência social fortes e efetivas. Por outro lado, alguns dos fatores que dificultariam o sucesso seriam: a grande extensão territorial do país, a existência de polaridades sociais e a falta de assistência social. Todos os três elementos estão presentes no contexto brasileiro. Assim, as condições consideradas boas para o sucesso dos programas de pouca exigência, segundo o modelo holandês, não são suficientes para se compreender as dificuldades de sobrevivência no contexto brasileiro.

Apesar disso, ainda sob a influência do momento político e da luta antimanicomial brasileira, em 2003 foi criada a Política Nacional Antidrogas (PNAD), nela, a redução de danos teve um destaque ao ser eleita como um dos seus eixos orientadores. A estratégia de redução de danos foi então reconhecida e tinha fins preventivos, assistenciais, de direitos humanos e de promoção da saúde. Sua execução baseava-se em intervenções e ações com base científica e com foco em estratégias educacionais a partir de materiais, divulgação e discussões sociais. Para isso, foi garantido o direcionamento de recursos para capacitação de profissionais dessa área de atuação (BRASIL, 2005).

Entretanto, a introdução da redução de danos na PNAD brasileira não representou efetivamente uma congruência das diversas correntes de pensamento presentes no campo discursivo das drogas. Outros eixos da política antidrogas apontavam direções opostas às das indicadas pela filosofia da redução de danos, isto é, ainda predominava uma tendência proibicionista e repressiva na nova legislação. Esse aspecto de ambiguidade é apontado também por vários comentaristas, que acreditam que os ideais e as diretrizes relacionados à estratégia de redução de danos não é compatível com o caráter repressivo adotado pela

PNAD, principalmente no que se refere ao objetivo de erradicação das drogas ilícitas e à distinção feita aos diferentes tipos de usuários (DE SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Como visto anteriormente nos exemplos dos modelos da Holanda e do Reino Unido, todo um sistema foi criado articulando-se saúde, serviço social e segurança na direção dos princípios da redução de danos; em nosso país, ao contrário, isso não ficou claro na política de drogas. Proibicionismo e liberalismo integraram simultaneamente o documento, acredita-se que não sem consequências para as subjetividades envolvidas. Essa dualidade pode ser observada no fato da PNAD basear-se na redução da demanda, oferta e danos relacionados às drogas. Enquanto, por um lado, ações repressivas são usadas para a redução de demanda e oferta, por outro, o princípio da redução de danos prega a liberdade e a autonomia do indivíduo, desprovidas de qualquer tipo de julgamento (DE SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Paralelamente aos esforços de estruturação do setor público em termos da legislação sobre drogas, seja com seus paradoxos ou não, a realidade social brasileira – isto é, o contexto de complexidades que envolve a questão do uso de substâncias – e uma certa negligência dos setores públicos quanto a enfrentar o problema na prática incluíram outro componente na equação. A título de aumentar a capilaridade na oferta de equipamentos sem o correspondente investimento público, o Brasil apostou na intersetorialidade. Assim, introduziu no Sistema Único de Saúde a iniciativa privada e instituições filantrópicas de cunho religioso. Na verdade, essas instituições se mostram bem mais organizadas e disponíveis aos usuários do que o setor público, em um país demarcado historicamente pela negligência estatal envolvendo esse tema (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017).

Ao analisar documentos de políticas públicas desenvolvidos a partir dos anos 1970 na América Latina, Costa, Ronzani e Colugnati (2017, p. 745) apontam que “em razão da lógica neoliberal que orienta a concepção sobre o Estado e as ações estatais” há uma tendência de se desresponsabilizar o Estado de suas obrigações. Relega-se à iniciativa privada a premência de atuação na área, entendendo que o Estado passa a ser um mero financiador ou investidor. Isso aponta também um conjunto de indefinições decorrentes dessa incorporação dos dispositivos não governamentais na rede, “sobretudo das comunidades terapêuticas, como, por exemplo, se são serviços do SUS ou do SUAS”.

O que se questiona é o processo de desresponsabilização do Estado e consequente responsabilização da sociedade civil, passando por procedimentos de mercantilização dos direitos e serviços e a privatização do próprio SUS, quando se fomenta a inserção de dispositivos privados e/ou não governamentais nas políticas públicas, tendo, inclusive, como orientação geral (a primeira, por sinal) da PNAD que deve “estimular, garantir e promover

ações para que a sociedade [...] possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social [...]”(COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017, p.744)

Por outro lado, os que defendem a incorporação de setores da sociedade civil à rede de atenção do SUS se apoiam na concepção de que as redes devem considerar uma diversificação de estratégias de cuidado e modalidades de tratamento, assegurando o estabelecimento de um cuidado contínuo e integral em detrimento de ações fragmentadas e pontuais.

Como visto, a discussão sobre a estrutura da RAPS incorpora muita controvérsia. Ela articula serviços médicos, recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como as necessidades e demandas da população, englobando estabelecimentos públicos, privados e sistemas de seguridade social. Acredita-se que a lógica do capital acaba por dominar o sistema, dando destaque à classe médica e criando uma barreira para que a autonomia em saúde seja assumida como um direito (TORCATO, 2016).

A constituição da rede da PNAD estabelece o modelo psicossocial considerando também os aspectos biológicos. As equipes de atendimento devem atender ao critério multidisciplinar e as noções de território e comunidade são centrais na nova configuração. Ademais, o território deve ser visto como um componente fundamental da rede, ou seja, não apenas como um espaço, mas sim como um ambiente que abrange toda uma dinâmica social e cultural que deve ser levada em consideração quando almeja-se alcançar todas dimensões de uma pessoa. Mas, acima de tudo, a principal influência que impacta o modelo é a reforma antimanicomial (AMARANTE, 2015, p. 30).

É nesse mesmo contexto que a redução de danos aparece na legislação. Ela é eleita como a estratégia direcionadora das ações de cuidado da rede de tratamento. Independentemente de como seja entendida em conceito, a estratégia se desenvolve em uma essência ampliada que visa à compreensão do uso das drogas em todos aspectos que o permeiam, principalmente no que tange sua dimensão ético-política. No entanto, há inúmeras dificuldades na sua implementação do ponto de vista prático. A integração de serviços privados numa rede pública traz consigo a necessidade de que se tenha uma coerência, de modo que as práticas de um não se interponham às dos outros do ponto de vista ético e metodológico. Esse é o tema de fundo dessa pesquisa. Discute-se, aqui, as possíveis consequências subjetivas ocasionadas aos usuários do sistema a partir dessa integração das comunidades terapêuticas, sobretudo por meio do questionamento acerca do possível uso de práticas desumanas e iatrogênicas em seus modelos de atendimento baseados em abstinência, os quais que se contrapõem às balizas da própria lei que propunha a redução de danos como

estratégia orientadora nos serviços, além de violarem os direitos humanos (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017).

Por outro lado, dada a complexidade do assunto, é preciso reconhecer que, ao incorporar diferentes abordagens em um amplo espectro de possibilidades de atendimento aos usuários, as quais consideram as diferentes perspectivas em termos de valores sociais sobre o problema, são instituídos pontos positivos. Até agora, o principal deles foi o aumento da capilaridade do próprio sistema de atendimento aos usuários, frente à própria inércia do Estado em enfrentar o problema. Também é preciso investigar se essa saída traz consigo implicações negativas aos usuários, decorrentes das diferentes perspectivas adotadas pelo setor público e privado, pois a existência de impactos negativos na vida dos usuários, provenientes de disputas entre as diversas abordagens, principalmente frente a interesses antagônicos, sempre deve ser uma pauta analisada (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017).

## **2.6 Revisão narrativa da legislação sobre drogas brasileira**

No Brasil colônia do início do século XVII, temos as Ordenações Filipinas. Esse livro chegou a ser reconhecido como um código legal português de zelo notável e caráter duradouro, tendo perdurado até meados de 1830. Nele residiam as definições das práticas consideradas criminosas e as punições implicadas a cada uma delas. Era um documento que reforçava as ações políticas do monarca e refletia os fundamentos, bem como os interesses sociais e econômicos, sendo atuante, principalmente, nas colônias controladas pelos portugueses (LARA, 1999). No livro V das Ordenações Filipinas (livros I a V) encontra-se a primeira norma considerada como restritiva à posse ou comercialização de drogas (fármacos), literalmente conhecidas como *substâncias venenosas*.

Sendo assim, o contexto proibicionista relacionado às drogas, vigente nesse período, devia-se muito mais a uma tentativa de estabelecer um monopólio comercial de fármacos pelos boticários oficializados pela Coroa do que por uma real preocupação com o uso recreativo ou abusivo dessas substâncias por parte da população, uma vez que substâncias como opioides já eram comercializadas, principalmente na colônia. Ademais, a literatura corrobora essa interpretação ao destacar que essa questão apenas passou a ser associada à saúde pública no período da república, mais especificamente na legislação do Código Penal de 1890, devido ao aumento do uso de haxixe e ópio pelos intelectuais e por parte da aristocracia urbana (TORCATO, 2016).

Assim, em 11 de outubro de 1890, foi promulgado o decreto nº 847 pelo general Manoel Deodoro da Fonseca. Esse decreto abrangia artigos específicos referentes aos crimes contra saúde pública, que se relacionavam diretamente à temática das drogas. Esses deixavam destacadas as práticas consideradas ilegais e as penalidades associadas a cada uma delas. A exemplo, o Art. 158 condenava o ato de administrar, ou até mesmo prescrever, fórmulas derivadas de insumos naturais com pretexto de métodos curativos sob alcunha de curandeiro. Esse artigo era, ainda, complementado pelo Art. 159, que proibia a venda de substâncias "venenosas" sem autorização adequada ou regularização sanitária. Outrossim, qualquer manipulação de substâncias que resultasse em alterações das faculdades mentais do indivíduo seria penalizada com prisão de um a seis anos, além de uma multa em dinheiro, e, se levasse à morte da pessoa, a prisão poderia chegar a uma duração de 24 anos. Essa última questão reflete uma percepção mais apurada quanto aos efeitos psicotrópicos e lesivos de determinadas substâncias, bem como a tentativa de controlá-los por meio legal (BRASIL, 1890).

Também é perceptível uma preocupação do legislador em resguardar a exclusividade das prerrogativas dos "especialistas" médicos na prescrição de procedimentos curativos, pois, nesse período, havia uma grande competição entre a ainda emergente medicina científica e as práticas populares ligadas aos saberes tradicionais e religiosos (Art. 158 e 159). No Art. 160, pode-se observar, também, a tentativa de solucionar a celeuma entre os boticários, considerando toda sua tradição e respeito junto ao povo, e a classe dos médicos, que, na época, ainda tentava se afirmar como categoria de autoridade em saúde. Para os médicos, a saúde pública foi a porta de entrada para o estabelecimento de sua profissão e o controle das substâncias foi o principal argumento por eles utilizado para justificar a superioridade de seus saberes num contexto conflituoso, em que prevalecia a medicina popular das comunidades tradicionais e os saberes dos chamados "práticos". Torcato (2016) relaciona o início de uma escalada proibicionista no campo das políticas públicas de drogas à essa emergência do saber médico sobre os saberes tradicionais e religiosos, principalmente durante o período inicial da república brasileira.

Na década de 1930, especificamente no governo de Getúlio Vargas, houve uma substituição do termo "substância venenosa" por "substância entorpecente" na legislação. Também durante a Era Vargas, foi consolidada a entrada do Brasil no contexto internacional de criminalização das drogas por meio do Decreto 780/36. Logo no início da redação encontramos o termo "venenos sociaes", mas, em seguida, aparece a primeira referência a "entorpecentes":



Considerando que cumpre á União, aos Estados e aos municipios cuidar da hygiene mental e incentivar a lucta contra os **venenos sociaes**, ex-vi do art. 138 letra g da Constituição Federal;

Considerando a utilidade de dotar nossa administração com os elementos indispensáveis á fiscalização legal e á repressão ao trafego e uso illicitos de **entorpecentes**, compatíveis com o aperfeiçoamento dos serviços congengeres em outros paizes, tendo em vista a solidariedade internacional;

Considerando que o Brasil, signatario das convenções internacionaes, que regulam a materia, não se acha em grão de lhes dar cabal execução, por falta de competente apurvalhamento legal e administrativo;

Considerando a necessidade de intensificar, em todo o territorio da Republica, a fiscalização do commercio licito e a acção repressiva, solidaria entre as autoridades competentes, contra o uso e o trafico illicitos de **entorpecentes**, **repressão**, que, sob os auspicios da Liga das Nações, tão proficuos resultadas vêm apresentado, no campo internacional e, internamente, em diversos paizes, compartes nas Convenções internacionaes de Haya de 1912 e nas de Genebra de 1925 e 1931, referentes á materia; (BRASIL, 1936)

Araujo (2012) faz uma análise crítica e ideológica da legislação do período. Para o autor, o contexto foi também fortemente influenciado pelo caráter religioso e moralizante de uma chamada “educação antialcoólica”, cujo objetivo era estabelecer um controle dos “comportamentos desviantes” da mão de obra produtiva. A esse elemento, a religião, unia-se também o saber médico, o Direito, instituições científicas e educacionais, imprensa, clubes desportivos. A partir dessa linha, tida como educacional, eram aplicadas estratégias de controle sobre a população trabalhadora por meio de palestras, conferências e propagandas (cartazes, folhetos, etc.) durante a chamada Semana Antialcoólica (ARAUJO; RAUL, 2012).

No entanto, foi somente na década de 1960 que o Brasil adentrou definitivamente no terreno internacional do combate às drogas, através da promulgação do decreto 54.216/64, no qual o país aderiu oficialmente à *Convenção Única sobre Entorpecentes* das Nações Unidas. É interessante ressaltar que foi a partir dessa convenção que se estabeleceu na lei a distinção entre consumidor e traficante, “entre doente e delinquente”. Em umas das reuniões, foi fundamentada uma proposta de controle às drogas que postulava um processo de sistematização de medidas de controle com caráter internacional. Esse sistema teria como finalidade garantir o manuseio exclusivo de psicotrópicos por profissionais médicos e sob um pretexto científico, assim como visava evitar a distribuição ilícita de tais substâncias. É interessante ressaltar que é a partir desse ponto que a política brasileira voltada ao combate às drogas passa a ser influenciada diretamente pelo contexto internacional.

O principal influenciador eram os Estados Unidos, que, na década de 1920, protagonizavam o cenário de combate às drogas, juntamente aos países participantes das Nações Unidas. O país assumia uma posição interna intensamente proibicionista e investia na disseminação da mesma visão pelo mundo por meio de instituições. Há uma crença de que, depois da guerra contra o ópio chinês, as convenções internacionais se tornaram um espaço de propagação dos valores conservadores da sociedade norte-americana. A proposta estadunidense responsabilizava apenas os países produtores de drogas pelos problemas relacionados a essas substâncias, e era isso que predominava nas convenções. O país alegava que o foco das políticas deveria ser a redução da produção dessas substâncias a nível mundial e foi visando disseminar esses ideais de combate aos narcóticos que se uniu às Ligas das Nações Unidas para divulgar o *Geneva Convention on Opium and Other Drugs* entre 1924 e 1925 (TORCATO, 2016).

Essa influência norte-americana, processada através de mecanismos internacionais, interferiu fortemente na legislação brasileira, que passou a incorporar esses elementos, principalmente no que se refere ao estabelecimento de um caráter repressivo ao consumo e tráfico de drogas.

A partir da década de 1960, as leis sobre drogas passaram a privilegiar ações do campo jurídico e médico que fossem na direção da redução da oferta de drogas. O objetivo era controlar o tráfico e o consumo das substâncias psicoativas. Porém, como não havia distinção da criminalização entre traficantes e usuários, esse modelo acabou não sendo tão efetivo para o controle do uso e fomentou a inserção de outras substâncias nas ruas (ARAUJO; RAUL, 2012).

Ainda nos anos 60, no período da ditadura militar, é possível verificar um maior recrudescimento da legislação sobre drogas brasileira, tendência essa que perdurou até meados dos anos 80. No período em questão, nossa legislação sobre drogas ainda era pautada, principalmente, na repressão ao tráfico e pela criminalização dos usuários e traficantes de forma equivalente. O Decreto-lei 385, de 26 de dezembro de 1968, demarcava uma punição com reclusão para ambos os grupos (BRASIL, 1968). No contexto dos anos de 1970, havia uma total ausência de dados confiáveis sobre a questão do consumo de drogas no Brasil. A partir de então, durante a ditadura militar, surgiram vários conselhos com funções de assessoramento e articulação. Em 1971, é criado o Conselho de Prevenção Antitóxicos (CPA) como órgão de assessoramento do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e, em 1974, essa instituição passa a integrar o Ministério da Saúde (decreto 74.083/74) (BRASIL, 1974). Em 1975, o Ministério da Justiça, articulado com o Conselho de Prevenção Antitóxico, criou um

grupo de trabalho para elaborar um levantamento pormenorizado dos problemas de controle e repressão ao tráfico de entorpecentes e drogas (Portaria 397B/75). O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão (vinculado ao Ministério da Justiça) também foi criado na década de 1970. Entretanto, esses conselhos “caracterizavam-se por serem instrumentos hipercentralizados e livre dos controles tradicionais” (TORCATO, 2016).

Na década de 1980, ainda focando no binômio abstinência-repressão, surgem os Conselhos Antidrogas (Decreto 85.110), conhecidos como Conselhos de Entorpecentes: Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENS) e Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENS) (ARAUJO; RAUL, 2012). A partir dos anos 90, cria-se o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e a SENAD, sendo a última diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (ARAUJO; RAUL, 2012). A SENAD é o órgão responsável pela coordenação e articulação da PNAD, elaborada em 2002.

Em 2001, o Congresso Nacional sancionou a Lei nº 10.216/2001, hoje conhecida como Reforma Antimanicomial. Ela assegura os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e altera o modelo assistencial de saúde mental, até então verticalizado e centrado em torno do hospital psiquiátrico. A proposta passa a ser de uma horizontalidade, tendo a atenção básica como porta de entrada do sistema e estabelecendo serviços especializados para romper com a lógica das internações. Baseando-se nessa prática, o Artigo 4º da Lei nº 10.216 descreve que qualquer modalidade de internação apenas seria indicada no caso dos recursos extra-hospitalares não serem suficientes.

Desde os anos 1970, as comunidades terapêuticas vinham se multiplicando, principalmente no interior do país, sem que, no entanto, houvesse qualquer regulamentação. Dessa forma, muitas denúncias de maus tratos a usuários surgiam em várias cidades. O funcionamento dessas instituições era precário e havia até mesmo relatos envolvendo situações de tortura, cárcere privado e trabalho análogo à escravidão nessas organizações. Ainda que não se possa generalizar, é válido assentir que, apesar de existirem instituições sérias nesse núcleo, a realidade é que não havia fiscalização desses serviços.

Como resposta, em 30 de maio de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 101/01 como regulamento técnico para o funcionamento das comunidades terapêuticas e para a prestação de serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias. Durante muitos anos, essa resolução foi a única norma que restringiu o funcionamento das comunidades terapêuticas. Diante da gravidade das denúncias e da importância do tema,

surpreende que a única legislação do setor tenha sido editada em termos de uma resolução e que seja de um órgão de controle sanitário no país. Mas, até então, as comunidades terapêuticas ainda eram um serviço paralelo oferecido pela sociedade civil e ainda não estava oficializada sua participação no sistema, fato, esse, que seria alterado quatro anos depois (ANVISA, 2001).

A Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, por sua vez, regulamentou o controle das internações involuntárias e as respectivas notificações enviadas ao Ministério Público por todos os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao SUS. Em síntese, essa regulamentação impõe limitações à possibilidade de que pessoas com sofrimento mental possam ser privadas de liberdade, em caráter excepcional (BRASIL, 2002). A internação involuntária fica restrita, assim, a situações de risco iminente de morte para o usuário, por meio da avaliação direta de um médico e com autorização da família ou responsável legal. Esse e outros pontos polêmicos sofreram grandes alterações a partir da atual legislação de drogas, em vigor a partir de 2019.

As transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo passavam ao final dos anos 1990 reforçaram a necessidade de construção de uma nova agenda nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país. Assim, em 2003, a partir dos princípios da luta antimanicomial brasileira, foi feita uma reavaliação dos fundamentos legais sobre drogas no país. Como resultado, foi criada a PNAD, com base no Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Essa política se caracteriza por contemplar três pontos principais: integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas; descentralização das ações em nível municipal; estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2002b). Cabe ressaltar, ainda, que a SENAD teve papel fundamental na mobilização dos personagens necessários para a criação da política brasileira relacionada à temática (DALBOSCO, 2011).

Essa política, que foi fruto de ampla participação popular e se encontra embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, passou por um realinhamento e começou a ser conhecida como Política Nacional Sobre Drogas a partir da publicação da resolução nº 3/GSIPR/ CONAD, que substituiu o prefixo *anti*, anteriormente vigente, por *sobre*. Essa alteração reflete uma mudança conceitual e teórica, que aponta uma modificação importante a ser implementada no ano seguinte:

[...] Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.

[. . .] Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social. [. . .] Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos. [. . .] Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica. [. . .] Estimular a formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, visando um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia. [. . .] Incluir a redução de danos na abordagem da promoção da saúde e prevenção, no ensino formal (fundamental, médio e superior). [...] Promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos por meio do trabalho com as diferentes mídias. (BRASIL, 2005b)

A PNAD foi estruturada em cinco eixos principais: prevenção; tratamento; recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações. Observa-se que a estratégia de redução de danos (RD) teve, nessa legislação, uma atenção privilegiada, pois foi colocada como um dos pilares dessa política.

Em 27 de outubro de 2005, a SENAD aprovou a Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD. Essa aprovação foi resultado das pressões de diversas representantes das comunidades terapêuticas junto ao Governo Federal, sendo que, dentre essas organizações, destacam-se a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Federação Evangélica do Brasil (FETEB), a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste. A partir de então, as CT's são incluídas como parte das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, bem como reinserção social e ocupacional, passando, então, a fazer parte formal dessa política, apesar de todas elas utilizarem a estratégia de abstinência como única forma de “tratamento”. Na mesma esteira, houve a substituição da RDC 101/01 pela atual Resolução RDC 29/11 (ANVISA, 2011).

A Lei de Drogas nº 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), cuja proposta principal é promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Esse modelo aperfeiçoa a PNAD, promovendo, portanto, medidas de prevenção e reinserção social, bem como reconhecendo a necessidade de tratamento diferenciado às figuras do traficante e do usuário/dependente. Como resultado dessa mudança, implementa-se a substituição das penas de privação de liberdade por outras medidas legais no que se refere aos casos de consumo (BRASIL, 2006).

Apesar dos avanços, pode-se interpretar esse deslocamento entre traficante e usuário pelo viés negativo. Ele permitiu, também, uma certa segregação de classes entre os jovens

usuários brancos de classe média/alta e os negros, os quais, geralmente, são moradores das periferias e acabam sendo identificados como traficantes. Essa caracterização tem sido utilizada na chamada política de “guerra às drogas” e vem operando um verdadeiro genocídio da população negra, principalmente dos mais jovens.

A Lei nº. 11.754, de 23 de julho de 2008, define juridicamente que o Conselho Nacional Antidrogas passe a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), além de descentralizar as ações do CONAD por meio do estabelecimento de conselhos estaduais e municipais.

Mas, talvez, o movimento mais representativo para o contexto da nossa análise ocorreu em Maio de 2010. Nessa data, o governo publicou o Decreto nº. 7.179 sob o sugestivo título de *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. A proposta contida no decreto era a de implementação de ações de combate ao problema das drogas, principalmente no que diz respeito ao crack, por meio de uma abordagem intersetorial. Na prática, essa foi uma forma de estabelecer, fazendo uso de convênios, o financiamento de vultosas quantias para instituições destinadas ao acolhimento de usuários, principalmente os de crack, e para as comunidades terapêuticas (BRASIL, 2010). Pode-se interpretar que essa escolha do governo tenha sido fruto da pressão de setores religiosos (sobretudo do núcleo evangélico), os quais controlam majoritariamente essas comunidades e foram se articulando politicamente a partir da ocupação dos conselhos estaduais e municipais de drogas, fato esse que viria a se confirmar posteriormente. Coincidência ou não, o lóbi das chamadas federações de comunidades terapêuticas foi tomando corpo ao longo do processo de aumento da bancada evangélica no parlamento.

A principal questão, aqui, é o financiamento público de setores privados em detrimento do fortalecimento do SUS por meio de um aporte de verbas aos CAPS e CAPS-AD. Não menos importante é questionar a coerência dessas medidas, tendo em vista que tais instituições não se enquadram nos princípios da luta antimanicomial implementada desde 2001. Torcato (2016) afirma sobre esta medida configura “um claro atentado contra o caráter laico do Estado” pois, para ele, esses supostos tratamentos “são usados para fins de doutrinação religiosa”. O fato é que, como veremos mais adiante, todo esse movimento vai em direção a uma grande ameaça às conquistas antimanicomiais, a qual acaba por se concretizar posteriormente, ao final de 2018.

Através do Decreto nº 7.508 de 2011, a RAPS passou a integrar o conjunto das redes indispensáveis à constituição das regiões de saúde do SUS e a Portaria nº 3088/2011 surgiu

para regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), descrevendo os principais serviços e ações oferecidas à atenção psicossocial. Como veremos adiante, será através dessa rede que, posteriormente, serão anexadas as comunidades terapêuticas, tornando híbrida a rede de atenção do SUS (BRASIL, 2011).

Ao final de 2019, a Política Nacional Sobre Drogas em vigor sofreu uma profunda alteração em vários pontos. Após a eleição do novo governo e da escolha do novo ministro da Cidadania, a saber, o deputado Osmar Terra, começou-se a colocar em prática um antigo projeto há muito defendido por setores conservadores de cunho religioso e por representantes dos setores médicos. Resumiremos, a seguir, as mudanças implementadas na legislação que, a nosso ver, recrudescem a política sobre drogas anterior a 2002. O quadro abaixo resume as alterações:

**Quadro 1 – Alterações da antiga Lei de Drogas para a atual**

Antiga PNAD - Decreto nº 4345/2002	Decreto 9.761/2019 (Nova PNAD)
2.13. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e <b>redução de danos</b> , levando em consideração os "Determinantes de Saúde" ...	2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se <b>abstinentes</b> em relação ao uso de drogas.
4.2.2. Dirigir a prevenção para os diferentes aspectos do processo do uso indevido de drogas lícitas ou ilícitas, buscando desencorajar o uso inicial, promover a interrupção do consumo dos usuários ocasionais e <b>reduzir as perniciosas consequências sociais e de saúde</b> .	3.18. Promover a estratégia de busca por <b>abstinência</b> de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas.
5.1.3. Vincular as iniciativas de tratamento e recuperação a pesquisas científicas pautadas em rigor metodológico, avaliações de práticas realizadas e experiências anteriores, difundindo, multiplicando e incentivando apenas aquelas que tenham obtido os <b>melhores resultados</b> .	5.1.2. As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido <b>resultados efetivos</b> , com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros para a realização dessas práticas e pesquisas na área, e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, <b>em uma visão holística do ser humano</b> , com vistas à promoção e à <b>manutenção da abstinência</b> .
6.2.1. Reconhecer a estratégia de <b>redução de danos sociais e à saúde</b> , amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda. 6.2.2. Apoiar atividades, iniciativas e estratégias dirigidas à <b>redução de danos</b> .	6. REDUÇÃO DA OFERTA

Fonte: (BRASIL, 2002, 2019).

De maneira geral, pode-se dizer a nova lei de drogas retira o termo *redução de danos* e o substitui pelo termo *abstinência* de maneira absoluta. Em termos mais específicos, representa o fim da estratégia de redução de danos, pelo menos no que diz respeito à legislação. Fica evidente também a referência às entidades religiosas ao se propor “uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência”. Assim, são abertas, de maneira explícita, possibilidades de desenvolvimento de programas de financiamento público voltados a projetos que incluam as comunidades terapêuticas. Além disso, no item 6 da nova lei, a redação suprime todos as referências da lei anterior pela expressão *redução de oferta*, que pode ser traduzida como “guerra às drogas” sem perda de sentido.

Das análises dos documentos da legislação sobre drogas brasileira, pode-se perceber uma tendência histórica predominantemente proibicionista. Durante uns poucos períodos, marcados por maior abertura democrática e consequente aumento da participação popular, houve algumas tentativas de flexibilização do enfrentamento do problema, seja através de políticas que discriminavam o tráfico como atividade legalmente diferente do uso de drogas, seja por uma maior abertura para novas filosofias de tratamento, como a redução de danos.

Essa conclusão coincide com a análise de Torcato (2016), que propõe um modelo de análise do proibicionismo em que a curva da demanda por drogas não segue a da proibição. Há momentos em que o gráfico tem uma inflexão, momentos esses em que a sociedade e o governo são menos conservadores. Essa constatação joga luz no momento brasileiro atual e ajuda a esclarecer porque se faz opção pela estratégia de abstinência nesse momento, uma vez que a postura política do atual governo brasileiro é considerada de cunho conservador.



### 3 METODOLOGIA

Objetiva-se nesse capítulo apresentar de forma detalhada os meios, recursos e procedimentos utilizados na realização da pesquisa, bem como a sustentação teórica e metodológica que embasou este trabalho. Busca-se, assim, e descrever a caracterização da pesquisa, as estratégias de investigação, os locais utilizados para a realização das entrevistas, os critérios utilizados para a seleção dos sujeitos entrevistados e os métodos de análise dos dados coletados.

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

Conforme nos ensina Gil (2010, p. 27), "pesquisas voltadas à aquisição de novos conhecimentos direcionados a amplas áreas com vistas à solução de reconhecidos problemas práticos" são classificadas como básicas. Apesar de não estar presente como meta uma solução definitiva para a situação problema, ambiciona-se produzir mais do que um conhecimento meramente teórico. Além disso, faz-se uso de um texto de caráter dissertativo, em que as informações são confrontadas, a fim de que seja viabilizado o teste da hipótese e, conseqüentemente, construída uma resposta para o problema. Nesse sentido, o presente trabalho visa apresentar mais um passo rumo à contribuição para a ciência da Psicologia Social, agregando conhecimento por meio do teste de uma das hipóteses que, eventualmente, poderá representar parte da solução do problema. Caracteriza-se, portanto, como uma pesquisa básica estratégica, com objetivos descritivos e exploratórios, e realizada pelo método hipotético-dedutivo, com abordagem qualitativa, além de ter sido executada por meio de levantamento bibliográfico, análise documental e pesquisa de campo. Primeiramente, foi realizado um levantamento bibliográfico, de modo a descrever o conhecimento mais atual já catalogado pela ciência dessa área em relação aos impactos da coexistência das estratégias de abstinência e redução de danos presentes na rede de atenção psicossocial do SUS, assunto, esse, que configura o tema principal da pesquisa.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a parte inicial do texto se enquadra na caracterização apresentada por Duarte e Furtado ao sustentarem que "A pesquisa descritiva se restringe a constatar o que já existe. Os acontecimentos são narrados. Procura-se conhecer a natureza, as características, a composição e os processos que constituem o fenômeno" (DUARTE; FURTADO, 2014, p. 26).

Para o levantamento bibliográfico, realizaram-se fichamentos de obras doutrinárias e trabalhos acadêmicos mais atuais, num período delimitado entre 2014 e 2019. Usou-se, para tanto, as seguintes fontes de pesquisa: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Google Acadêmico e portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Foram utilizados como descritores nas buscas os termos *drogas*, *abstinência*, *redução de danos*, *política sobre drogas*, *subjetividade* e *subjetivação*. Além disso, foi realizado um levantamento documental, no que se refere às principais leis sobre drogas brasileiras e suas interpretações, as quais foram observadas com enfoque nas filosofias envolvidas com o tratamento de usuários de drogas e seus aspectos proibicionista ou liberal.

Por outro lado, a continuidade da pesquisa demandou um pouco mais de atenção, visto que ainda não havia informações completas no campo em questão sobre os impactos da coexistência das estratégias de redução de danos e de abstinência na rede de atenção psicossocial do SUS, sobretudo no que se refere aos processos de subjetivação de um grupo de usuários de uma comunidade terapêutica e de um CAPS-AD, os quais já tiveram contato com ambas as organizações. Ou seja, usuários de CT que já passaram pelo CAPS, e usuários do CAPS-ad que foram internados em comunidades terapêuticas. Por esse motivo, a pesquisa também tem cunho exploratório, uma vez que, segundo Gil (2010, p. 27), "As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses".

É possível afirmar que a segunda parte da pesquisa revela exatamente essa intenção, dado que busca-se explicitar melhor o problema identificado, apresentando as nuances que permitem uma análise que dialoga com a teoria já sistematizada na primeira parte.

Além disso, a pesquisa foi desenvolvida a partir da hipótese de que os usuários que tenham tido contato simultâneo ou sequencial com ambas as estratégias de tratamento podem ser impactados subjetivamente, em virtude de já terem sido expostos anteriormente às diferentes discursivas. Considera-se, assim, que a abstinência e a redução de danos configuram lógicas opostas na maneira de se lidar com a questão da recuperação.

### **3.2 Estratégias de investigação: revisão documental e pesquisa de campo**

Apresenta-se nesse subcapítulo os detalhes relativos ao processo de realização da revisão documental e da pesquisa de campo. Consoante a essa proposta, descrevem-se os

elementos na ordem em que foram executados, isto é, inicialmente explica-se o desenvolvimento da revisão documental e, em seguida, discute-se a pesquisa de campo, indicando, assim, a caracterização dos locais utilizados para realização desse estudo, a descrição de como foram realizadas as entrevistas, o perfil dos participantes e os critérios de seleção dos entrevistados, bem como os métodos de análise dos dados utilizados.

### *3.2.1 Revisão narrativa documental*

Inicialmente, optou-se por realizar uma revisão documental da legislação brasileira referente às drogas. O objetivo nessa etapa foi tentar caracterizar, em termos históricos, o percurso de construção do marco legal brasileiro sobre drogas e seu contexto de influências. A análise de documentos legais e de outras informações históricas complementares, presentes em jornais, revistas e outras fontes de informação, exigiria um nível de aprofundamento que inviabilizaria esse trabalho. Em função disso, e principalmente por um critério de conveniência temporal, escolheu-se a modalidade de revisão narrativa, a qual, segundo Rother (2007), encaixa-se no segmento de publicações amplas “que buscam descrever o estado da arte de um determinado assunto, do ponto de vista teórico ou conceitual.” Além disso, cabe salientar que as revisões narrativas “constituem, basicamente, uma análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor” (ROTHER, 2007, p. 23).

Nesse sentido, a partir do extenso material disponível contendo normatizações sobre drogas, foram escolhidos como elementos de análise, nesta etapa do trabalho, 17 (dezesete) documentos, dentre os quais encontram-se leis, decretos e resoluções. O período abrangido pelo material compreendeu desde o início da República até o ano de 2019. O critério de seleção utilizado buscou encontrar normativas que possuíssem relações mais estreitas com o problema de pesquisa, ou seja, que enfatizassem, uma maior prevalência de índices de proibicionismo ou liberalidade em relação às drogas.

Assim, após a leitura inicial para seleção dos principais documentos relacionados ao tema da pesquisa, fez-se uso de livros e artigos científicos que discutissem os documentos do ponto de vista histórico, de forma a possibilitar um entendimento crítico do contexto de elaboração de cada documento.

### *3.2.2 Locais utilizados para realização da pesquisa de campo*

A investigação de campo foi realizada nas dependências de uma comunidade terapêutica, localizada no município de Belo Horizonte, e em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD), situado na região metropolitana de Belo Horizonte. Optou-se por omitir a identificação completa dos locais para manter a privacidade dos participantes, bem como das próprias instituições.

Após um contato inicial com os responsáveis, durante o qual foi apresentado verbalmente o projeto, foi feita a solicitação oficial de permissão para realização de entrevistas. No caso do CAPS-AD, a formalização foi feita enviando-se uma cópia dos documentos solicitados e do projeto de pesquisa ao comitê de ética da Secretaria de Saúde do Município, para avaliação. Após alguns meses, recebemos a autorização para realização das entrevistas. Na comunidade terapêutica, os procedimentos foram similares, sendo que a análise do material e a autorização passaram pela diretoria administrativa da instituição.

A comunidade terapêutica é uma fundação que utiliza uma residência própria em um bairro afastado de Belo Horizonte. A região é tradicionalmente composta por várias chácaras e a vizinhança é de imóveis de mesma natureza, aparentando um padrão econômico elevado de construções. O edifício em que a organização opera configura uma casa ampla, de dois pavimentos, dotada de uma grande área com quintal nos fundos. A parte de trás é separada da casa principal por um portão, o qual permanece sempre trancado e é monitorada por um sistema de câmeras. Nessa parte, há também uma quadra de esportes, um refeitório e uma edícula adaptada como dormitório, com capacidade para acomodar cerca de trinta pessoas nos dois andares.

Os acolhidos ficam restritos ao espaço dos fundos da propriedade, apesar de não serem proibidos de se dirigirem à parte da frente em caso de necessidade de contato com a administração ou para, eventualmente, participar de atividades religiosas ou terapêuticas, oferecidas por voluntários de religião espírita no salão da casa principal. Há também, separado por uma cerca telada com um portão eletrônico, um quintal, reservado para uma pequena horta, e algumas instalações usadas como depósito. O ambiente interno é decorado com quadros de mensagens de cunho religioso ou motivacional e avisos diversos. O espaço é asseado e o clima é tranquilo e silencioso.

O CAPS-AD escolhido fica numa cidade próxima de Belo Horizonte. O imóvel é localizado em um bairro próximo à entrada da cidade, numa rua perto de uma comunidade carente. A construção é ampla, murada e com dois pavimentos, sendo que a entrada é

controlada por um funcionário da prefeitura. Na parte inferior, há uma área coberta com a frente aberta, separando um setor administrativo e uma sala de espera com uma funcionária na recepção. Na parte superior, há também uma enfermaria, equipada com alguns leitos para atendimento nos casos de intoxicação aguda.

Os usuários participavam de atividade nas salas e outros espaços abertos da instituição. Pela janela de uma das salas, pode ser vista na parte dos fundos da edificação uma pequena horta. O ambiente é sóbrio e simples, as instalações são limpas e o clima é agradável. Não foram avistadas câmeras ou outros equipamentos de segurança.

### 3.2.3 Participantes das entrevistas: número, natureza e critério de seleção

Seguindo o objetivo específico de investigar a presença do interdiscurso entre perspectivas – isto é, da ocorrência paralela de um *discurso da abstinência*, promovido por usuários que estejam em tratamento nos CAPS-AD, e de um *discurso da redução de danos*, presente na fala de usuários de comunidades terapêuticas –, foi estabelecido como critério de seleção entrevistar usuários que já tenham tido experiências anteriores em instituições que adotavam estratégias de tratamento diferentes das atuais. Assim, optou-se por trabalhar com usuários do CAPS-AD que já estiveram em comunidades terapêuticas e com indivíduos acolhidos em comunidades terapêuticas que já tiveram experiências no CAPS-AD.

Além destes, foram entrevistados dois profissionais de cada instituição, ambos com nível superior de ensino ou técnico de escolaridade (1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 1 Administradora). Optou-se por entrevistá-los também por eles serem os operadores dessas estratégias (abstinência e RD) nas suas respectivas instituições.

No total foram entrevistadas 10 (dez) pessoas, identificadas como sendo do sexo feminino ou masculino. A amostra contém indivíduos que se caracterizam por serem usuários ou profissionais da área da saúde, todos maiores de dezoito anos. A participação foi voluntária e de acordo com disponibilidade dos participantes.

Seguindo as orientações da primeira etapa do processo descrito por Bardin (2009), foi criado um quadro síntese da primeira codificação do material utilizado para análise. O código foi escolhido para referenciar cada entrevistado e, ao mesmo tempo, preservar as identidades dos sujeitos. Esse procedimento objetiva também facilitar a identificação, ao longo do texto, das citações e análises. Para tanto, utilizou as iniciais CT ou CAPS para a categorização da natureza da instituição – a saber, Comunidade Terapêutica e Centro de Atenção Psicossocial -

Álcool e Drogas, respectivamente – e, para definir o papel de cada indivíduo a elas pertencentes, optou-se por usar a legenda PR para os profissionais e US para usuários.

**Quadro 2- Relação dos entrevistados: natureza da instituição e papel do entrevistado**

ENTREVISTADO	INSTITUIÇÃO	PAPEL INSTITUCIONAL
PR-CT-01	Comunidade Terapêutica	Profissional (Diretora)
PR-CT-02	Comunidade Terapêutica	Profissional (Tec. Dependência Química)
US-CT-01	Comunidade Terapêutica	Usuário (Acolhido/Interno)
US-CT-02	Comunidade Terapêutica	Usuário (Acolhido/Interno)
US-CT-03	Comunidade Terapêutica	Usuário (Acolhido/Interno)
PR-CAPS-01	CAPS-AD	Profissional (Assistente Social)
PR-CAPS-02	CAPS-AD	Profissional (Psicólogo)
US-CAPS-01	CAPS-AD	Usuário
US-CAPS-02	CAPS-AD	Usuário
US-CAPS-03	CAPS-AD	Usuário

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 3.2.4 Entrevistas narrativas

Para a obtenção dos dados empíricos optou-se pela realização de entrevistas narrativas. Segundo Flick (2004, p. 109), esse instrumento “permite ao pesquisador abordar o mundo experimental do entrevistado, de um modo abrangente, com a própria estruturação desse mundo”. Além disso, Gibbs também ressalta a capacidade desse instrumento de oferecer ao entrevistado a possibilidade de atribuir sentido às experiências passadas e compartilhá-las através do relato.

Nas histórias, elas dão sentido a suas experiências passadas e compartilham essas experiências com outras. Sendo assim, a análise cuidadosa de tópicos, conteúdo, estilo, contexto e o ato de compor narrativas revelará a compreensão das pessoas dos sentidos dos eventos fundamentais em suas vidas ou suas comunidades e os contextos culturais em que vivem. (GIBBS, 2009, p. 80).

Os participantes foram entrevistados individualmente, em salas reservadas, bem como em datas e horários estabelecidos pelas instituições. Todo o processo de coleta se deu em apenas dois dias, sendo um para cada instituição. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas manualmente pelo próprio pesquisador. Ademais, durante as entrevistas, também foram realizadas algumas anotações sobre reações dos participantes, tais como sorriso, suspiros, esquecimentos, etc.

Consoante ao roteiro proposto por Flick (2004, p.110), partiu-se de uma pergunta geradora, e, após a seleção dos relatos contendo experiências de maior interesse, foram feitas

algumas perguntas com o intuito de construir uma progressão coerente dos eventos e um certo aprofundamento na direção dos objetivos da pesquisa.

Dessa forma, propôs-se inicialmente aos usuários a seguinte questão geradora: “ O que você poderia me dizer sobre a sua experiência com o uso de drogas, em particular com os seus tratamentos, nas diversas instituições onde buscou auxílio? ”. Após o relato inicial feito pelos entrevistados, foi apresentada a primeira pergunta de aprofundamento: “E como foi a sua experiência de tratamento na instituição que você relatou?”.

No passo seguinte, buscou-se captar os sentimentos dos usuários em relação às estratégias de abstinência e de redução de danos, vivenciadas pelos entrevistados. Para tanto, a pergunta formulada foi: “Como foi, na sua experiência, a estratégia de [abstinência/redução de danos] realizada na instituição [X]?”.

Ao final, os entrevistados foram questionados quanto à experiência de terem sido expostos às estratégias diferentes das anteriores. Assim, por exemplo, os usuários que estavam na CT foram questionados sobre como foi a experiência de mudar da estratégia de redução de danos para a da abstinência, enquanto os usuários do CAPS responderam à questão de como haviam lidado com o fato de mudarem da estratégia de abstinência para a da redução de danos?”. Em relação aos profissionais, inicialmente partiu-se da seguinte questão geradora: “Gostaria de conversar um pouco com você, em primeiro lugar, sobre o seu trabalho. Como é o seu trabalho com as pessoas aqui?”. Assim como no caso dos usuários, após o relato inicial feito pelos entrevistados, foi apresentada a primeira pergunta de aprofundamento: “E em relação à estratégia de [abstinência/redução de danos]? Como é que funciona isso aqui? O que que você pensa sobre a estratégia?”.

Após isso, buscando compreender o tipo de relação estabelecida entre as formações discursivas em cada contexto, os profissionais entrevistados foram questionados a respeito dos outros modelos de instituições e seus métodos de trabalho. Foi perguntado, ainda, especificamente aos profissionais do CAPS-AD, qual era a visão deles a respeito das comunidades terapêuticas e da proposta de abstinência. Aos profissionais da CT, por sua vez, perguntou-se o que pensavam sobre o CAPS-AD e a estratégia de redução de danos. Ao final, todos foram questionados quanto à coexistência dos dois modelos.

### 3.2.5 Procedimento de análise dos dados

Para a análise dos dados coletados nas entrevistas, foi escolhida a *análise temática de conteúdo* (BARDIN, 2004). A análise de conteúdo foi utilizada tanto com a finalidade descritiva, quanto como instrumento interpretativo.

#### 3.2.5.1 Análise temática de conteúdo

Inicialmente, a partir dos objetivos específicos da pesquisa e por meio do método de análise temática de conteúdo, buscou-se uma construção descritiva dos relatos dos usuários, almejando ampliar o entendimento dos sentidos atribuídos aos modelos de tratamentos oferecidos a esses indivíduos através dos serviços da rede. Nessa análise, o procedimento foi realizado segundo as quatro fases descritas por Moraes (1999) em sua interpretação do trabalho de Bardin (2004): preparação das informações; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categorias; descrição e interpretação.

Assim, na fase de preparação das informações – isto é, no âmbito da *pré-análise*, segundo Bardin (2004) – foram realizadas leituras e releituras, de forma flutuante, do material transcrito, buscando selecionar tópicos recorrentes nas respostas dos entrevistados que poderiam servir aos objetivos específicos. Já na fase de unitarização ou transformação do conteúdo em unidades – definida como *exploratória*, de acordo com Bardin – definiu-se como unidade de análise e contexto as frases e parágrafos, respectivamente, referenciando temas relacionados ao tratamento e às estratégias de redução de danos e abstinência.

A definição das categorias de análise se deu de forma mista, ou seja, algumas delas foram definidas *a priori*, em função dos objetivos específicos (por exemplo, a categoria envolvendo o sentido associado à redução de danos e à abstinência) e outras foram estipuladas posteriormente, sendo extraídas de um processo de leituras e releituras sucessivas e de redução das unidades de análise através de paráfrases dos conteúdos mais significativos.

Para realização do trabalho de categorização, não foi utilizado nenhum software especializado, apenas o editor de textos Microsoft Word, através de inclusões de notas de comentários em cada trecho selecionado. As marcações recebiam um título provisório e, após o refinamento, pautado nos critérios estipulados por Moraes (1999) - a saber, “As categorias devem ser válidas, exaustivas e homogêneas. A classificação de qualquer elemento do conteúdo deve ser mutuamente exclusiva. Finalmente uma classificação deve ser consistente”



-, chegou-se ao final do processo de categorização. A partir dos procedimentos citados, elegeu-se as seguintes categorias, separadas em termos de usuários e profissionais, conforme tabela abaixo.

**Quadro 3 - Categorias a partir da análise de conteúdo**

USUÁRIOS	PROFISSIONAIS
Sentido sobre redução de danos e abstinência	Sentido atribuído à própria estratégia de tratamento
Experiências com tratamentos anteriores	Sentido atribuído à outra estratégia de tratamento
Experiência com o atual tratamento	Relacionamento entre instituições
Experiência com mudança de estratégia de tratamento	
Religiosidade e Abstinência	

Fonte: Elaborado pelo autor

### 3.3 Considerações éticas

Todos os procedimentos institucionais necessários para autorização da realização da pesquisa foram promovidos seguindo os protocolos e prazos legais de cada instituição participante. Além disso, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CEP/PUC-Minas), sob o parecer de número 3.388.874.

A participação dos sujeitos entrevistados foi voluntária e espontânea. Para tanto, antes da realização das entrevistas, houve uma breve descrição verbal do projeto aos responsáveis pelas instituições e aos participantes. Cópias do projeto e outros documentos solicitados foram entregues aos administradores das organizações.

As entrevistas só foram realizadas com a concordância dos sujeitos envolvidos e assinatura dos termos contidos no documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente apresentado aos participantes da pesquisa (APÊNDICE A). Dessa forma, os respaldos éticos foram rigorosamente respeitados, atendendo a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (o modelo do documento encontra-se anexo).

Optou-se por substituir ou omitir os nomes das instituições, bem como as iniciais dos nomes de participantes e de pessoas citadas pelos entrevistados nos relatos, de modo a garantir a privacidade dos respondentes e das instituições envolvidas. Durante os relatos,

apenas as siglas que não estabeleçam uma identificação direta foram mantidas, para não sacrificar o entendimento. Assim, só foram consideradas, para análise, as informações validadas em momento posterior à transcrição.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se a apresentar análises referentes aos relatos dos entrevistados. Assim, enfatizamos o caráter predominantemente descritivo dessa sessão.

### 4.1 Análise temática de conteúdo

A partir da etapa de categorização do material das entrevistas e por meio do método de análise temática de conteúdo, foram extraídas ou definidas *a priori*, em função dos objetivos da pesquisa, cinco categorias principais e onze subcategorias correspondentes para os usuários e três categorias para os profissionais das instituições. As categorias analíticas principais para os usuários são: sentidos de redução de danos e abstinência; experiências com tratamentos anteriores; experiência com o atual tratamento; experiência com mudança de estratégia de tratamento; e relação entre religiosidade e abstinência.

Para os profissionais as categorias são: sentido atribuído à própria estratégia de tratamento; sentido atribuído à outra estratégia de tratamento; relacionamento entre instituições

O quadro abaixo apresenta um panorama de cada uma das categorias principais e das subcategorias analíticas relacionadas aos relatos dos usuários.

**Quadro 4 – Categorias e subcategorias analíticas a partir do relato dos usuários**

CATEGORIA PRINCIPAL	DESCRIÇÃO	SUBCATEGORIA
<b>Sentidos de redução de danos e abstinência</b>	Essa categoria foi definida <i>a priori</i> em função objetivos específicos do trabalho. Ela se refere aos termos, significados e valores e aos traços de eficácia atribuídos pelos usuários à redução de danos e à abstinência como estratégias de tratamentos e às práticas presentes em cada modelo de instituição. Ou seja, das falas dos usuários do CAPS-ad, seleciona-se os relatos significativos sobre a estratégia de abstinência e suas práticas em comunidades terapêuticas. Correspondentemente, dos relatos dos usuários do CAPS-ad participante, seleciona-se fragmentos representativos dos sentidos sobre a redução de danos em termos de seu discurso e práticas.	Expressão utilizada  Atribuição de valor
<b>Experiências com tratamentos anteriores</b>	Relatos das lembranças, afetos e significados produzidos em outras experiências relacionadas a tentativas de tratamento efetuadas em instituições com métodos e práticas de recuperação diferentes do atual. Assim, das falas dos usuários do CAPS-ad, selecionou-se os relatos relativos às suas experiências em comunidades terapêuticas e, consequentemente, dos usuários da comunidade terapêutica, priorizou-se os relatos de passagens pelos CAPS-ad e CERSAM.	Atribuição de valor  Causa do insucesso  Percepção da instituição  Atribuição de valor
<b>Experiência com o atual tratamento</b>	Representa as percepções dos usuários sobre seu tratamento, instituição de recuperação atual e prognóstico para o trabalho. Os relatos selecionados se referem ao que os entrevistados pensam sobre o acolhimento recebido, a relação com os profissionais, as atividades terapêuticas realizadas pela instituição e sobre suas expectativas bem como prognósticos para o seu tratamento.	Prognóstico do tratamento  Percepção sobre a instituição
<b>Experiência com mudança de estratégia de tratamento</b>	Relato de como os usuários assimilaram as mudanças de modelo de tratamento ao circulararem por instituições em que o discurso e as práticas eram diferentes do tratamento anterior. Como citado no capítulo de introdução deste trabalho, é frequente que os usuários circulem pelas diferentes instituições do sistema durante seus episódios de abuso de substâncias. Mas os modelos de atendimento da rede pública e privada diferem em termos de seus discursos e práticas de trabalho. Desse modo, por exemplo, usuários egressos de comunidades terapêuticas que propõem a abstinência como condição de tratamento encontram nos CAPS-ad uma forma diferente de discurso sobre recuperação, centrado na redução de danos, ou mesmo o inverso pode ocorrer.	Percepção da mudança
<b>Religiosidade e Abstinência</b>	Pelos depoimentos ouvidos, há referências a práticas religiosas, como orações, doutrinações ou algum tipo de ritual religioso como parte integrante do tratamento, principalmente nas comunidades terapêuticas. Assim, a categoria permite analisar a relação entre religião e as estratégias e práticas da Abstinência.	Atribuição de valor  Práticas religiosas

Fonte: Elaborado pelo autor

#### 4.1.1 Os sentidos de redução de danos e abstinência

Inicialmente, os usuários apresentaram variadas expressões sobre o que acreditam que seja a redução de danos. Ela aparece associada a termos como “substituição do crack pela maconha” e “ferramenta de prevenção de recaída”. Em termos explícitos, a redução de danos é descrita como “menos pior”, “coisa perigosa”, “alívio”, “paliativo” e “uma questão política”, enquanto que as definições “excesso de liberdade” e “redução de danos não existe...” são usadas para descrevê-la em termos metafóricos.

Nenhuma expressão permitiu associá-la a outras práticas do método, como, por exemplo, a substituição de instrumentos – seringas ou cachimbos – ou o uso de preservativos, e apenas um usuário (da comunidade terapêutica) afirmou não saber sobre o que a redução de danos se tratava. Outro usuário, também da comunidade, relacionou-a à técnica de prevenção de recaída ao dizer que “[...] uma coisa que eu devo ter aprendido [sobre redução de danos] no CAPS, bem bacana, é que, a recaída, ela jamais... Ela faz parte da recuperação. Uma vida com recuperação ela não tem recaída [...]” (US-CT-02). Esse mesmo indivíduo elaborou as seguintes considerações, ainda sobre a redução de danos:

[...] e aí, a psiquiatra... Ela não disse bem com essas palavras que eu disse, né? Mas foi mais ou menos isso: “Ah, se consegue te controlar com uma droga menos pesada então não tem nem tanto problema, né? É melhor a gente evitar a droga mais pesada nesse período até você conseguir ficar abstinente de tudo [...]”. (US-CT-01)

Assim, de maneira geral, tanto para os usuários das CT, quanto do CAPS-ad, os significados são baseados principalmente no senso comum de que a redução de danos representa apenas a substituição de drogas pesadas por leves, como trocar o uso do crack pelo da maconha. Esse é o significado principal da redução de danos que se depreende das entrevistas com os usuários.

Quanto ao valor atribuído à redução de danos por parte dos usuários, em termos de uma percepção positiva ou negativa quanto à eficácia, pode-se dizer que, para usuários do CAPS-ad, a proposta da redução de danos é mais positiva quando comparada ao valor atribuído pelos usuários da CT. Dois usuários do CAPS-ad sinalizaram positivamente as práticas executadas no CAPS-ad, mas sem se referirem especificamente a elas como redução de danos.

Apenas um usuário do CAPS-ad atribuiu valor explicitamente negativo à redução de danos. Outro sentido atribuído por ele foi o de *reduzir*, em contraposição a *parar*. Fica claro

que o sujeito não crê que a estratégia de redução de danos possa levá-lo ao seu objetivo, a saber, a abstinência. Ela declara também ser a RD arriscada e perigosa:

Olha, eu não gosto dessa redução de danos, eu não sou muito chegado a isso não. Ou você vem pra parar, ou [...]Aqui trabalha com redução de danos, entendeu? Eu acho bom pra quem quer reduzir, mas pra quem... Igual eu: eu não quero reduzir, eu quero parar! Porque não existe redução de danos, você vai tomar só um chumbinho por dia? No final, vai virar a mesma coisa, você entendeu? Então a redução de danos é uma redução perigosa, eu acho perigoso, sabe? A qualquer hora você pode tá tomando uma ou duas e depois tomar quatro, a qualquer instante você pode quebrar a ficha e estar dormindo na rua de novo. Mas aqui é um tratamento muito bom, te dá um viés de alívio em relação a não estar no mundo, não estar jogado... Mas ao mesmo tempo, te põe na sua própria mão, porque você sai daqui e faz o que você quiser. (US-CAPS-03)

Ainda quanto ao valor atribuído pelos usuários à RD, todos os três sujeitos entrevistados na comunidade terapêutica manifestaram que consideram a redução de danos uma estratégia de recuperação importante e eficaz, mas apenas para “algumas pessoas”, principalmente para aqueles usuários em situação de rua, “em estado crítico”. Apesar dessa simpatia, dizem que a proposta não se adequaria a seus casos: “ Para outras pessoas pode dar certo, para mim, não...”. Um deles faz a seguinte afirmação:

[...] E aí, conheço pessoas, várias pessoas, pessoas próximas a mim, que bebem, que fumam um baseado, que foram viciadas em drogas mais pesadas e que conseguiram interromper o uso da cocaína, do crack, fumando um baseado, mas são eles, né? Não sou eu. A experiência minha, pessoal, é que, se eu fumar um baseado, eu vou fumar um pé de maconha, se eu cheirar um pino, eu vou cheirar dez. Se eu fumar um craque, eu vou fumar dez. É uma coisa muito particular minha assim, de compulsão mesmo, né? Se eu beber uma garrafa de cerveja, eu vou beber um caminhão de , né? E eu não tenho controle assim, sobre essas coisas. (US-CT-01)

Como visto no excerto anterior, os motivos alegados pelos usuários da CT para não se adequarem à proposta de redução de danos, mesmo considerando-a positiva, são descritos por eles baseando-se em suas diferenças individuais e atribuindo a si mesmos o adjetivo de pessoas “compulsivas”. Essa perspectiva também fica evidente no seguinte relato:

[...] Eu acho que você fazer a redução de danos é uma coisa que pode dar certo, dependendo..., é uma coisa válida se a pessoa tá num craque, tá numa cocaína, numa avenida, numa droga pesada, pode dar certo. No meu caso não daria certo por que sou compulsivo demais, pra mim chegar e ficar achando que eu ficar só na maconha, eu tô enganando por que eu vou cair, e assim que tiver oportunidade ou um dinheiro maior eu vou pra droga mais pesada, entendeu? (US-CT-03)

A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento é um assunto tratado de maneira específica por Andrade e Ronzani (2015). Para os autores, a internalização dos estereótipos em forma de estigmas é um dos

fatores que mais devem ser levados em conta na relação entre profissionais e usuários. A tendência dos usuários é de, subjetivamente, caracterizarem-se de maneira negativa e os episódios de repetições nas interações reforçam a representação social do usuário como “dependente”, “compulsivo” e moralmente fraco.

Já um usuário da comunidade terapêutica esclareceu por que não acredita na eficácia da estratégia de redução de danos para o seu caso. Segundo ele, a RD não funcionaria porque, como as drogas provocam efeitos diferentes de prazer, a substituição acabaria por frustrar o objetivo da satisfação, o que acabaria por levá-lo à recaída na compulsão de sua droga de eleição.

Mas, pra mim, não funciona essa questão. Porque você sabe que o prazer da outra é bem maior. Sabe a diferença do prazer? Vamos supor, a maconha te traz uma sensação; crack traz outra sensação; a cocaína te traz uma sensação. Então você vai naquela que te dá mais [prazer]. (US-CT-02)

Como se pode observar a partir das análises, na maioria das vezes, a redução de danos é assimilada de um ponto de vista que pode ser considerado reducionista quanto às suas estratégias. Mas, além de muitas outras possibilidades de intervenções concretas da tecnologia de redução de danos para uso e abuso de substâncias ilícitas, principalmente as derivadas da cocaína e do crack, Marlatt (1999, p. 152), uma referência no tema da redução de danos no mundo, propõe que algumas premissas devem ser levadas em consideração ao se enfrentar o problema de maneira mais ampla.

Deve-se levar em consideração a escala contínua do uso prejudicial no tratamento e pesquisa; [...] aumentar a probabilidade de manutenção do sucesso terapêutico [através de uma boa retenção do paciente]; fazer com que o acesso aos serviços seja tão fácil quanto o acesso às drogas [...]

Para ele, o sucesso do tratamento depende fundamentalmente de estratégias a longo prazo que engajem os usuários em seus tratamentos por mais tempo. Vale ressaltar que os serviços oferecidos não devem confundir intoxicação com tratamento, uma vez que o tratamento ocorre a longo prazo. De forma esquemática, as intervenções devem: buscar diminuir a frequência dos episódios de intoxicação; baixar o número de substâncias usadas durante o uso (a combinação com o álcool, por exemplo, é potencialmente perigosa); substituir instrumentos utilizados durante o uso de substâncias; dentre outras ações de prevenção e aconselhamento. A abstinência também pode fazer parte da estratégia, desde que pactuada de forma realista com o próprio usuário e não deve ser inflexível quanto às suas metas. Finalmente, a oferta dos serviços deve competir com a oferta das substâncias em

termos do acesso franqueado aos usuários que busquem o sistema (MARLATT; BUENO, 1999, p. 153).

Desse modo, o arsenal da redução de danos deve incluir estratégias diversificadas a nível individual, mas deve ser implementado, principalmente, em termos de políticas públicas articuladas pela oferta de serviços integrados que compreendam a dependência de maneira ampla.

Sobre a abstinência, as expressões mais utilizadas pelos entrevistados foram: “ficar limpo”, “o que funciona”, “internação”, “ir pra a clínica”, “dar um tempo”, “ir pra fazenda” e “estar sóbrio”. Depreende-se, assim, que a *Abstinência* como estratégia de tratamento e *abstinência* como ato individual e voluntário de se privar de algo se confundem na percepção dos sujeitos<sup>6</sup>.

Dessa forma, para todos os entrevistados da CT, Abstinência e estar abstinente é permanecer em recuperação. Nesses casos, os intervalos de uso, esporádicos ou agudos, são chamados de recaídas e, além disso, para se curar, faz-se necessária uma abstinência completa, de qualquer substância.

[...] Então, eu acho que a forma... Igual, eu tô aqui, abstinente de tudo... O cigarro é uma coisa que eu sinto falta, que me ajudava a passar o tratamento de uma forma mais, menos ansiosa, tirava a ansiedade de ficar numa clínica de abstinência, mas com o cigarro. Eu sei que eu tenho que tá abstinente de tudo. (US-CT-03)

Desse modo, o valor atribuído pelos usuários da comunidade terapêutica à estratégia de Abstinência é ao mesmo tempo positivo e impositivo, pois, para eles, não se concebe outra possibilidade de tratamento menos restritiva, nem o uso de qualquer substância durante o tratamento.

Cara, aí... Não é nem tanto como eu vejo a proposta da Abstinência, né? É o que que eu vejo da minha vida hoje, né? Porque aí eu só funciono, funciono em tudo, no trabalho, no relacionamento, num lance espiritual 100% abstinente, né? Quando eu falo de abstinência, no meu caso, é até de medicamentos, assim *Diazepam*, *Rivotril* e por aí vai. Eu me perco nessas coisas e é o que funciona pra mim. (US-CT-01)

---

<sup>6</sup> Parte-se da diferenciação de que a Abstinência (grifada com a inicial em maiúscula), estratégia de tratamento, inclui muitas outras práticas a ela associadas, além do ato individual de se privar de algo (abstinência). Como exemplo, pode-se citar: segregação (mesmo voluntária) de usuários em ambientes fora de seu território, programas terapêuticos baseados no programa dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos, discursos que afirmem a figura do usuário como “dependente químico”, e, portanto, como portador de uma “doença incurável” etc. Todos esses procedimentos se baseiam na *hipótese da exposição* para explicar a problemática das drogas. A *hipótese da exposição* é citada no capítulo *Abstinência e a hipótese da exposição* do referencial teórico.



Ser abstinente também é encontrar um sentido para a vida, participar da vida como um sujeito economicamente ativo. É por meio dela que se participa de uma vida *normal* na sociedade. Mas, para isso, no caso do “dependente”, a abstinência deve ser completa, ou seja, “ficar limpo”, sem nenhuma substância, em nenhuma quantidade, qualquer que seja a circunstância.

Todas as vezes que eu consegui estudar, conquistar, trabalhar, me relacionar bem com as pessoas e ser um cidadão de bem (risos) foi todas as vezes que eu estava abstinente. Todas as vezes, né? Os maiores [períodos] que eu fiquei mais tempo limpo, foram quase cinco anos, quase cinco anos que eu fiquei abstinente, e foram anos incríveis, assim, onde eu realmente pude correr um pouquinho atrás do tempo perdido com a internação [...] (US-CT-01)

Já o usuário do CAPS-ad atribui valor relativo à abstinência. Para ele, não conseguir se abster por completo do uso do álcool é citado como uma dificuldade, principalmente durante as suas atividades sociais. Ele soluciona “seu problema” controlando a quantidade consumida de álcool e o tempo de permanência nos locais, em vez de se privar por completo.

[...] – Aqui nós temos o médico e temos a pessoa de referência, cada pessoa tem uma referência.  
 – E essa referência faz o que?  
 – Eu respondo minha vida pra ela. Ela dá conselhos bons, bom caminho, o que é bom pra mim. Mas aí tem que contar a verdade. "Você bebeu ontem?". Sim, bebi. "Você acha que fez certo?". Aí eu contei que tomei duas cervejas [e fui] e me perguntou se foi melhor pra mim, e foi, porque se eu ficasse no churrasco eu ia beber mais. (US-CAPS-01)

Estar abstinente também é estar “limpo” e “de pé” (ao contrário de caído ou recaído). Mas, se não se cogita, para a maioria dos usuários da CT, manter qualquer padrão de uso recreativo de drogas, uma exceção é feita para algumas “plantas de poder”, como o *Ayahuasca* e a *Ibogaina*, por exemplo. Essas plantas, apesar de também serem drogas<sup>7</sup>, são referidas por um sujeito como um “caminho espiritual” para manter a abstinência.

[...] e hoje eu vejo outras plantas de poder, que também são drogas, não deixam de ser, né? Como o *Ayahuasca* e a “*Iboga*”, são coisas que me ajudam a me manter num processo de abstinência, né? Eu não sinto que eu quebro minha abstinência, por exemplo, se eu participar de um ritual com o *Ayahuasca*, eu sinto que aquilo não me transgride, eu não tô quebrando minha abstinência, eu não tô quebrando meu tempo limpo, né? Gera um processo de expansão de consciência e me ajuda a me manter limpo, né? Isso é uma coisa natural e por ser coisa que eu não viro dependente, né? É diferente da maconha, tipo... Tive a experiência de ser bem dependente, fumar um baseado, fumar vários, é diferente com o *Ayahuasca*. Aí é ok, eu não vou querer

---

<sup>7</sup> *Ayahuasca* e *Ibogaina*: são alucinógenos utilizados em rituais espiritualistas (ESCOHOTADO, 2002, p. 455).

fazer isso todos os dias porque a experiência é muito forte, e essas coisas ajudam a manter minha abstinência. (US-CT-01)

Sintetizando, *Abstinência* apresenta como sentido principal o ato de não usar a droga (abstinência). Outro sentido, extraído dos relatos, é o de “resistência” à uma doença – a dependência química ou “adicção”. Enquanto se está abstinente, para os usuários da CT, a doença está controlada. Os episódios de uso, agudo ou esporádico, são para eles, recaídas, isto é, desvios da meta, do caminho de cura. Mas, paradoxalmente, a cura da adicção não existe no discurso da Abstinência. Como exemplo, tem-se o primeiro dos 12 passos do AA, que reflete a aceitação do indivíduo sobre sua incapacidade de controlar os efeitos negativos do álcool, bem como o domínio que esse exerce sobre sua vida: “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas” (AA, 1953/1991, p. 5-8).

Consequência subjetiva para o “adicto” é a de que os fracassos do percurso são inevitavelmente atribuídos à sua “impotência”. Após as recaídas, o sentimento geralmente é de grande frustração.

– Voltei ontem de noite...  
 – Como você se sente?  
 – Ah...[suspiro] Eu estou frustrado, né? Sentimento de impotência. Mais uma vez. Não vejo esperança não. Super complicado. É difícil demais, nóh! (US-CT-02)

A Abstinência também foi relatada como um recurso de interrupção da compulsão pelo uso de drogas. Ou seja, ela configura uma maneira de tentar retomar o controle dos problemas associados à intoxicação aguda. Os entrevistados referem-se a essa prática como “dá tipo uma parada”, como uma fuga do convívio social. Essa providência, geralmente, está relacionada a fatos de gravidade, como acidentes, prisões, intervenções de familiares ou até ameaças de traficantes: “[...] igual a gente que tá em comunidade [terapêutica], a gente dá tipo uma parada pra viver em comunidade [terapêutica], sair da sociedade. A gente vive tudo, só que numa escala bem menor [...]” (US-CT-02).

Pode-se afirmar, portanto, que os usuários em geral, tanto da CT quanto do CAPS-ad, em sua maioria, não apresentaram um conhecimento mais ampliado sobre as práticas de redução de danos ou não as reconhecem como tais. Usuários da CT significam a RD como a substituição uma droga “pesada” pela maconha. De maneira geral, atribuem um valor positivo para casos alheios ou considerados mais “simples”, mas negativo para seus próprios casos, por ser uma proposta difusa, sem efetividade para suas vivências. Os usuários do CAPS-ad

não reconhecem o que é feito lá como redução de danos ou dizem não concordar com ela, mesmo se dizendo satisfeito com seu atendimento nessa instituição.

Quanto à Abstinência, ela também é compreendida apenas em parte: principalmente como o ato de não usar substâncias e menos como uma estratégia, processo esse que inclui várias práticas e discursos. Porém, esse desconhecimento não impede que alguns efeitos de estigmatização e autculpabilização por parte dos sujeitos sejam subjetivados. Busca-se a abstinência para dar sentido à vida, como ferramenta de controle da intoxicação, e para permanecer limpo (em recuperação).

Em termos de valor, a Abstinência é tomada em termos positivos e impositivos para os todos os usuários da CT e para um indivíduo do CAPS, além de ser relativizada por dois usuários do CAPS-ad. Ademais, para todos os usuários entrevistados não se diferencia desintoxicação de tratamento.

#### *4.1.2 Experiências dos usuários com tratamentos anteriores*

Em seus relatos de experiências anteriores no CAPS-ad, todos os usuários da CT descrevem as reuniões em grupo como as únicas atividades ofertadas no equipamento, além da prescrição de medicamentos. As equipes de profissionais citadas seriam compostas de psicólogos, psiquiatra e assistente social.

[...] na rua da casa que eu morava, tinha um posto de saúde que tinha o CAPS também lá, e aí eu comecei a frequentar lá e aí tinham reuniões semanais de grupos, né? Reunião em grupo, galera escuta um pouquinho o que tá acontecendo com cada um, né? Se não me engano, era um assistente social, um psicólogo e um médico psiquiatra.

Ainda sobre a percepção do ambiente do CAPS-ad ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) relatada por dois entrevistados, descreve-se um cenário em que os frequentadores do serviço supostamente teriam a liberdade de uso de álcool e substâncias ilícitas nas suas proximidades ou até mesmo dentro de suas dependências.

[...] eu ficava meio de cara, assim... Porque tinha uma galera que ia lá fora e eu não conseguia entender, era muito novo isso pra mim. Porque minha vida inteira os tratamentos que eu conhecia eram de abstinência total e era uma experiência nova pra mim, ficava “Cara, como assim...?”. O cara foi ali fora fumar um baseado e não vai entrar no grupo agora [risos], tá ali bebendo, né? Porque tinha muito mais alcoolista e alcoólatra, do que... Né? Eu ficava meio boiando naquilo assim, meio sem entender que era uma coisa nova pra mim, e aí, depois, né, fui quando eu fui entender a dinâmica do “menos pior” que eu gravei isso [...] (US-CT-01)

Um dos usuários foi acolhido por agentes do serviço de consultório de rua e relatou o tratamento no CAPS-ad e CERSAM como excessivamente medicamentoso. Reclama que os participantes pareciam estar dopados e, em sua crítica, compara os efeitos da medicação psiquiátrica com efeitos da droga ao dizer “É trocar uma coisa pela outra...”. Apesar de ter sido acolhido em situação de rua, não se reconhece em estado crítico e, portanto, relata não acreditar no resultado desse tipo de abordagem relacionada “à droga”:

Estava em situação de rua, encontrei os agentes de rua e eles me *levou* lá *pro* CERSAM. Aí eu cheguei lá e... Um tratamento que eu acho que pra mim não dá certo, sabe? Porque, meu ponto de vista, eu acho tem muitas pessoas que recuperam, tem pessoas que nem ficam um dia e nunca mais usam drogas. Já vi ficar dois dias, uma semana e nunca mais usar droga. Mas, pra mim, eu acho aquele tratamento de muito remédio, a pessoa fica muito dopada, troca uma coisa por outra [no CAPS]. E eu vi pelo pessoal muito dopado de remédio e ... Sabe? Chegavam de lá do uso e viam eu chegando lá e falavam depois de usar, saíam de lá e iam usar [...] Então é uma coisa que, às vezes, eu não via muito resultado nessa forma, sabe? De lidar com a droga desse jeito. Pô, pra uma pessoa que estiver num nível muito crítico, pode ser até válido, mas [...] (US-CT-02)

Porém, um dos entrevistados da CT se refere à experiência anterior no CAPS-ad como “algo sensacional”. A atividade da roda de conversa – uma espécie de conversação em grupo –, em que os participantes relatam as suas experiências, parece ter produzido efeitos positivos, pois ele afirma que esse procedimento foi responsável por “ter aberto sua mente”. As experiências de seus companheiros de reunião o faziam refletir e relativizar a sua própria condição.

O CAPS, ele abriu muito a minha mente nessa questão, assim, porque a gente fazia uma roda de conversa, uma roda de papo e naquilo ali *cê* falava: “Poxa, o meu problema é bem menorzinho que eu achava em relação ao problema do outro”. e então, eu comecei a observar isso também, a ver que essas rodas de conversa que a gente realizava, o tipo de trabalho que a gente realizava, a questão até de um outro amigo estar com dificuldade e você poder ir lá, então ele voltando [a ser] aquele ser humano antes da droga existir. E isso pra mim também foi algo sensacional (US-CT-03)

De fato, essa atividade, quando baseada na horizontalidade de relações de poder, permitem que seus participantes ressignifiquem sentidos e valores ao se implicarem dialogicamente com suas próprias histórias. Nesses dispositivos, se produzem saberes coletivos através de falas críticas e escutas sensíveis que permitem entrosamento e confiança entre os membros do grupo (SAMPAIO *et al.*, 2014).

Assim, a maioria dos usuários da CT demonstraram ter atribuído um valor negativo às suas experiências anteriores nos CAPS-ad. Essa impressão negativa tem a ver com a presença

de drogas nas proximidades da instituição, o que, em suas leituras, fazia parte da estratégia de tratamento adotada pelo equipamento. Assim, as atividades realizadas pelos profissionais do CAPS não os motivaram ou a sua suposta tolerância ao uso de drogas os afastou.

Outro motivo citado como origem da rejeição foi o “excesso de medicamentos prescritos nesses locais”. Aparentemente, há grande rejeição aos medicamentos psiquiátricos, provavelmente pela associação de seus efeitos colaterais com os efeitos das drogas, dos quais os usuários manifestam a intenção de se afastar.

Apenas um usuário admitiu não ter se engajado de forma satisfatória diante da proposta de tratamento oferecido pelo CAPS-ad. Porém, os motivos que o levaram a ter uma baixa aderência ao programa não foram bem claros. Ele descreve sua situação da seguinte forma:

Mas... Eu acho que foi muito mais da minha parte, assim, não sentir algo satisfatório, foi muito mais de eu não ter me interessado tanto, de não ter buscado mais do que da parte dos profissionais. Eu lembro que eu parei de frequentar o grupo da psiquiatria e eu morava na rua do posto, tipo, a duas quadras. Os caras *ligou* na minha casa e foi uma assistente social lá na minha casa, então, assim, era duas quadras do posto... Então, a grande maioria dos usuários que frequentavam eles eram do bairro, e eles faziam isso, tipo... Pô, a mulher ia na minha casa e eu não ia no grupo. E eu achei fantástico isso na época, foi uma coisa diferente, porque isso não acontece de uma maneira geral. Por exemplo, a comunidade terapêutica evangélica, tu sai, já era. Tipo, isso aconteceu comigo, dediquei vários anos da minha vida trabalhando lá, produzindo, e era uma coisa que eu gostava de fazer, e aí quando eu decidi sair eu já tava possuído por essa “bagaça”, e aí fecham completamente as portas, viram completamente as costas e te vira... Mas acho que não foi tão satisfatório pra mim porque eu não busquei mais. (US-CT-01)

A essa altura, pode-se interrogar se sua desistência pode também ter relação com a sua significação sobre a redução de danos: “E aí, depois, né, fui quando eu fui entender a dinâmica do “menos pior” [redução de danos] que eu gravei isso [...]” (US-CT-01).

As percepções dos usuários do CAPS-ad sobre suas experiências anteriores nas comunidades terapêuticas apresentaram esses locais como violadores de direitos humanos e por práticas de tratamento discutíveis do ponto de vista científico. Em todas elas, o tratamento oferecido se resumia à abstinência forçada, segregação – uma vez que os locais eram sempre afastados do território do acolhido –, à prática conhecida como laborterapia e à promoção de orações ou doutrinação religiosa, uma vez que todas as instituições citadas eram religiosas.

Lá era bom... A gente tinha que fazer trabalho da gente igual a gente faz em casa, tinha escalada, tinha escala... Era... Cuidar da casa. Uma ia pra cozinha, outra pra limpar o terreiro das chácaras lá... Eram 12 (doze) mulheres. Só mulher. Você não podia.... Tudo você tinha que pedir. Você não podia esquecer nada, você tinha que

lembrar senão você ganhava advertência. Quem aprontasse lá ficava de advertência. Aí *cê* tinha que ir em casa e não deixava ir em casa [...]  
 – O psicanalista era o linha dura?  
 – Sim, se o B aparecesse lá já podia saber que ele ia xingar todo mundo, chamava atenção de todo mundo: "Eu não tô gostando disso, disso e disso". E aí ele cortava [...] Se a gente fumasse - eu fumo, né? -, ele cortava o cigarro da gente, diminuía no cigarro [...] Tomava café 07h30, aí tomava remédio e depois ia pra oração 09 horas. E aí você ia... Rezava o terço... Sim, era católica. E aí, depois, você pegava sua tarefa que você tinha que fazer. (US-CAPS-02).

A marca desse depoimento é o uso da disciplina de forma simbólica e verbal. As advertências, relata a usuária, eram administradas por um homem – “o psicanalista” – que segundo a entrevistada, “Era linha dura... Xingava...” as mulheres. A permissividade ao hábito de fumar também era utilizada como um recurso disciplinar contra as acolhidas, pois, em caso de violações às regras impostas, esse benefício era retirado como punição. Enfim, até mesmo as visitas à casa eram condicionadas ao “bom comportamento” das internas.

As práticas citadas pela entrevistada anterior, a qual frequentou uma CT católica, também são descritas por outro usuário do CAPS-ad em sua experiência anterior, desta vez em uma instituição evangélica. O entrevistado se refere a ela como uma “fazenda evangélica”. A abstinência nessa fazenda era total, nem mesmo os medicamentos eram permitidos. Nessas instituições, a condição para ingresso ao tratamento é que “as regras da casa” sejam aceitas – regras que, normalmente, são apresentadas e pactuadas em condições bastante unilaterais de consciência diante da situação do candidato. Essa situação, geralmente, é de intoxicação aguda ou de vulnerabilidade econômica, sendo que, na maioria das vezes, ambos os quadros se misturam. Assim, se impõe a disciplina nessas instituições sob o véu da suposta liberdade de escolha: fica quem quer, mas, se ficar, é obrigado a agir de determinada maneira.

Lá, era uma fazenda evangélica. Todos os dias de manhã, a gente lia provérbios, depois fazia laborterapia, cada um com a sua área, um limpando o terreno, outro cuidando do porco ou dos cabritos, outro limpando cozinha, serviços gerais durante o dia. Aí dava hora do almoço. Quem *tava* trabalhando com os animais podia, tinha direito a um banho, né? E eu mexia com os porcos lá, aí, lá é o seguinte: lá, a princípio, nem o Diazepam eu conseguia pra tomar pra dormir não, não tinha. Aí tinha que fazer um malabarismo lá, *pro* pastor [...], o pastor que comandava lá, e já tem bastante tempo, aí ele arrumava alguns Diazepam. Mas, aí, eu que usei minha fé comigo mesmo e aí eu parei de tomar o Diazepam, fiquei um ano e seis meses limpo aqui fora sem remédio, sem nada, sem precisar de nada, mas aí caí na bebida de novo e aí desencadeou a doença de novo, que eu *tô* tratando agora. Lá, a diferença de lá é o seguinte: você fica se quiser, mas, se você ficar, é obrigado é fazer o que tem que fazer, as regras da casa. A laborterapia, a leitura do provérbio de manhã, shows de talentos, que... Como dizer? A pessoa pregava a maior parte dum texto bíblico pra todos os presentes, em torno de 30 pessoas. Tinha o monte de oração, tinha uma quadra que a gente jogava bola, é isso. (US-CAPS-03)

Segundo outro usuário do CAPS-ad, a sua experiência anterior numa CT evangélica também não foi boa. Não foram apenas as péssimas condições da piscina que o desagradaram na época. Além das atividades terapêuticas comuns a esse modelo de instituição – laborterapia, orações e disciplina –, o sujeito descreve que, à noite, os internos eram trancados em um minúsculo cômodo, configurando, assim, grave violação de suas liberdades.

Olha, lá, era o seguinte: dia de domingo, lá tem que rezar... O cara falava que era pastor, mas, pra mim, era mais enrolador do que pastor. Minha mãe mandava o medicamento e ele acabava antes de eu tomar o medicamento, aí mandavam minha mãe pegar remédio de novo. Eu não gostei... A piscina que tinha lá, puro barro, o negócio era de graça, mas era preferível que tivesse comprado, que eu tinha o dinheiro no banco na época. De noite, todo mundo trancado, tinha um banheiro lá dentro, pra mim não fez diferença nenhuma. [...] É igual te falei, tinha que rezar, era obrigado a rezar, a gente fazia... Tinha canteiro, né? Mas eles não obrigavam a plantar não, ia quem quisesse, eu não gostei da clínica de lá não, e eu fiquei lá.  
 – Mas lá você não podia sair?  
 – Não, não, só lá. Era tipo uma fazenda. Eu até tentei fugir, peguei cinco *garrafa* de água, levantei cedo, eles abriam a porta às 7 horas. Despistei que fui no banheiro pra passar pelos fundos e, na hora que tava quase chegando no asfalto, quatro cara atrás de mim, e eu perguntei "*Cês tão fugindo também?*". E eles: "Não, nós viemos pegar você". Foi em 2014. (US-CAPS-01)

O sentimento manifestado pela usuária do CAPS-AD durante a entrevista representa o que os relatos não deixam dúvida: os usuários atribuíram um valor bastante negativo às suas experiências anteriores nas comunidades terapêuticas. Como dito previamente, a condição imposta pela urgência de um atendimento que possa ajudá-los a interromper a compulsão durante os episódios de intoxicação ou de rompimento dos vínculos familiares os sujeita a regras das instituições ditas religiosas.

[...] Eu me sentia muito ...[suspiro] Igual eu tô sentindo esses dias que eu tenho voltado pra cá, que eu tive uma recaída. Muita tristeza, falta da família, não podia ver a família, ela só ia lá uma vez por mês e, mesmo assim, era uns minutinho só... Ficava muito triste de não poder sair, se fosse sair tinha que ir com uma funcionária da clínica. Mas não tinha, assim, tolerância zero não, né? Tinha que seguir tudo direitinho, e não tinha direito de sair não, só se fosse consultar, e não podia conversar com ninguém, e ficava...[choro] (US-CAPS-02)

Os principais motivos de insatisfação relatados são a saudade dos familiares ou dos relacionamentos. Esse, normalmente, acaba sendo o fator que provoca o afastamento dos internos após um período de segregação que dura, em média, nove meses.

Tinha essa questão: se você quisesse ir embora, você podia ir a qualquer instante. Apesar de que eles sempre faziam uma forcinha pra segurar... Eu fiquei lá nove meses, no dia que eu pedi pra ir embora eles falaram: "Ah, não, fica mais um pouquinho". E sei lá o que é... Eu nunca dei trabalho. Na época, minha namorada

não tinha ido no meu aniversário, eu fui lá e misturei as coisas, acabei saindo por causa de mulher, hoje eu nem mulher eu tenho... (US-CAPS-03)

Em 2017, o conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal, com aval da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, realizaram uma inspeção em 28 comunidades terapêuticas nos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Participaram da inspeção membros do Ministério Público Federal, peritos de prevenção e de combate à tortura, psicólogos e outros profissionais da saúde e do sistema de justiça – como conselhos de Medicina, de Serviço Social e de Enfermagem, bem como Defensorias Públicas e seccionais da Ordem dos Advogados no Brasil.

O objetivo da inspeção foi identificar situações concretas do cotidiano e das práticas adotadas nas comunidades terapêuticas que pudessem configurar violações de direitos. O documento relata que foram vistoriados os espaços físicos e realizadas entrevistas com usuários, direção e equipes de trabalho, dentre outras providências, como a análise de documentos especialmente relacionados à internação de usuários de drogas. Apesar de advertirem que os resultados não poderiam ser generalizados de forma estatística, “dada a ausência de informações oficiais sobre o universo de comunidades terapêuticas no Brasil”, o resumo da conclusão foi o seguinte:

[...] o presente relatório sistematiza o conjunto de informações coletadas em cada um dos 28 estabelecimentos visitados – **em todos, há de se frisar, foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos.** (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018. p. )

A lista das violações de direitos encontrados na inspeção é tão extensa que mereceria um capítulo à parte, o que transcende nossos objetivos do momento. Porém, apenas a título de contextualizar os relatos trazidos pelos entrevistados, citaremos algumas delas:

Ausência de projeto terapêutico singular [...] Violações da liberdade religiosa [...] Laborterapia: exploração do trabalho como ferramenta de disciplina [...] Ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização [...] Falta de interlocução com dispositivos da rede de atenção à saúde [...] Violação da norma sobre período de internação [...] Ausência de registros individuais dos residentes [...] Isolamento e restrição do convívio social [...] Incomunicabilidade e visitas restritas [...] Dificil acesso, muros, portões, trancas e restrições à saída [...] Retenção de documentos ou dinheiro [...] Violação de sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação [...] Internações involuntárias e compulsórias [...] Internações



involuntárias: ausência de laudo médico e de comunicado ao Ministério Público [...] Internações voluntárias convertidas em involuntárias [...] Mulheres forçadas a pedir doações em lugares públicos [...] Sanções e indícios de tortura [...] Contenção de pessoas [...] Vistorias e práticas de revista [...] (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 55-135)

Natalino (2018, p. 37-60), desenvolve um extenso estudo a respeito das comunidades terapêuticas. A pergunta central de seu trabalho é se as comunidades terapêuticas seriam *intuições totais*. Após uma profunda discussão sobre a caracterização de *instituições totais*<sup>8</sup> a partir de conceitos elaborados pelo sociólogo Erving Goffman e de dados do último levantamento estatístico realizados pelo IPEA (2017) sobre as práticas realizadas nessas instituições, o autor admite que, sim, pode-se definir as CT como um tipo de instituição total. Elas se diferenciariam dos manicômios e prisões principalmente pelo aspecto da liberdade de saída. Outro ponto de diferença é que as CT exercem formas menos coercitivas de recrutamento, mobilizando a internação voluntária.

Concordamos que “o destino dos seus egressos é condicionado pela reinvenção forçada da identidade em ambiente de isolamento do mundo civil [...]” (NATALINO, 2018, p.59), o que, a nosso ver, produz subjetivações nesses egressos das CT que limitam as futuras escolhas de tratamento dos sujeitos a modelos de tratamento mais restritivos, como o de Abstinência.

#### 4.1.3 Experiência com o atual tratamento

Todos os entrevistados, tanto do CAPS quanto da CT, relataram estarem satisfeitos com acolhimento, relacionamento com os profissionais e práticas terapêuticas oferecidas em seus atuais tratamentos.

O tratamento do interno da CT foi referido positivamente por um dos sujeitos como “oferecer um suporte” e como promotor de “ferramentas” necessárias aos objetivos manifestos pelo acolhido, sendo o principal deles “Lidar com o mundo lá fora”. Além disso, o entrevistado reconhece como um valor importante da instituição a valorização do “ser humano, independente dos seus atos”, valorização, essa, que o ajuda a reconstruir a sua autoestima abalada pela situação dos vícios, como dito em “[..] Que o suporte faz com que cê... Que ele te leva nas alturas, né?”.

---

<sup>8</sup> A definição de instituição total de Goffman consiste em “Locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. (GOFFMAN, 2005, p. 11)

Os usuários valorizaram o ambiente empático e respeitoso em que estão inseridos na instituição. Não há julgamentos morais de suas ações e é sobretudo nas reuniões em grupo que eles se sentem identificados uns com outros, o que parece ter o efeito de recuperação da autoestima. Os usuários em tratamento se referem a isso como um *suporte* encontrado nas comunidades terapêuticas.

Essa é a segunda comunidade que eu passo. É a segunda vez que eu tenho esse mesmo sentimento, ou seja, **saber que o ser humano, em si, em qualquer situação, ele vai ter ali algo, um suporte, independente da situação de vício** ou de outros tipos de vício, seja químico ou não, você vai ter um suporte. Então, não tem nem como colocar na balança o que que o suporte faz com *cê*... Que ele te leva nas alturas, né? E é sempre bom que eu vejo hoje que tenho o pé no chão, e trabalhar com as ferramentas eles me colocam, né? Que eles me dão pra trabalhar... Porque o mundo lá fora continua o mesmo, né? Então cabe a mim. (US-CT-02)

Um estudo transversal realizado com o objetivo de investigar a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem de um grupo de usuários de drogas em recuperação no estado de Santa Catarina mostrou que todos os pacientes possuíam autoestima e autoimagem baixas, entre 77% e 96% respectivamente (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Essa técnica de elevar a autoestima dos internos como etapa do tratamento aparentemente também faz parte das abordagens de outras CT. Um usuário relata já ter sido alvo dessa prática em outra comunidade terapêutica, pois essa é a segunda vez que recebe tal suporte nesse tipo de instituição e vivencia sentimentos semelhantes ao que experienciou naquele contexto.

A fala do usuário contém uma referência a uma parte do principal recurso terapêutico da instituição, a saber um programa de apoio à recuperação conhecido como *Programa Renascer para as Dependências*. Trata-se um conjunto de princípios morais baseado nos 12 passos do AA e adaptado para a doutrina espírita. Os princípios devem ser incorporados pela autoconscientização e consequente mudança de comportamento dos acolhidos.

O usuário faz referência a um dos princípios divulgados por esse programa, conhecido como *princípio da valorização do ser*: “valorizamos o indivíduo separando-o do ato que praticou ou pratica”. As reuniões para estudo do programa são diárias e esse é o principal recurso terapêutico utilizado na instituição. Outras atividades de artesanato também são oferecidas a título de complemento do programa.

A expectativa de outro usuário em relação ao seu tratamento é a de reestruturação de sua vida social “lá fora”, pela via da manutenção da abstinência a longo prazo, pois já não se

pode mais arriscar ter uma recaída. O sujeito reconhece não ter controle do uso e, diante disso, a meta atual torna-se a de abstinência total.

[...] mas, hoje, eu não posso mais correr o risco de...[recair], de arriscar, não é? De usar e tentar controlar. Eu já não me permito mais esse risco. Então, hoje, pra mim, é abstinência total. (US-CT-01)

Os entrevistados do CAPS descreveram um leque mais abrangente de opções terapêuticas utilizadas pela instituição. Várias oficinas e atividades são oferecidas aos frequentadores. Eles também utilizam o equipamento como uma espécie de refúgio dos conflitos familiares e para complementação da alimentação diária, conforme se vê na seguinte afirmação: “[...] No momento, *tá* sendo muito bom, *tô* tendo muito problema em casa, me dando muito trabalho, aí eu acho melhor eu ficar aqui, pra eu poder até dar uma levantada” (US-CAPS-02).

O caráter voluntário das atividades – “participa quem quer” – não parece desestimular a participação dos frequentadores.

Mas o tratamento ajuda bastante [...] Aí, é igual eu te falei, eu vindo aqui no CAPS já me ajuda demais, porque, **se eu ficar só em casa, por mais que eu tô desempregado, aí piora mais as coisas** [...] Aqui é um lugar que você consegue ficar aqui tranquilo, tem o almoço, tem o café, super bom. A gente participa, tem texto de livro, sobre drogas, que a gente vai mandar fazer impresso, as coisas que a gente passa a gente passa pra dentro do livro<sup>9</sup>. "O Geraldo é um viciado... o Geraldo é nós". Ele tem família, tem dois filhos, quando chega do serviço bebe, já chamamos três vezes a atenção dele, então ele é nós... A gente *tá* criando o livro e daqui a pouco vai passar pra outros CAPS também e vê o que desenvolve. Nós temos bingo também, tem a televisão lá em cima, **participa quem quer, nada é obrigatório**. (US-CAPS-01)

Usuários do CAPS-ad também descreveram as atividades oferecidas no atual tratamento como agradáveis e sentem falta delas aos sábados e domingos, quando não as realizam. Além disso, eles reconhecem que a organização passa por algumas dificuldades materiais, de modo que, às vezes, falta material para as oficinas. As dificuldades em empreender projetos no serviço público não são exclusividade do CAPS-ad participante. Schneider (2007) já problematizou a questão anteriormente. O autor afirma que a gestão pública exerce um fator de grande interferência no trabalho dos profissionais ao se apresentar como uma *relevância externa* que se manifesta enquanto fator de desestímulo às atividades dos profissionais dos CAPS (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2007).

<sup>9</sup> A atividade descrita pelo usuário do CAPS-ad se refere a um projeto concebido e desenvolvido pelo profissional de referência em que os participantes transformam as suas experiências em uma obra literária de ficção. Nela, o personagem principal, Geraldo, se vê às voltas com suas dificuldades com a bebida em seus diversos contextos (no trabalho, em casa etc).

Graças ao empenho, criatividade e sacrifício pessoal dos profissionais do CAPS-ad participante, as atividades continuam, apesar dessa *relevância externa*, de forma que, segundo relatos, “[...] As meninas fazem oficina de vidro, argila, só tem que... Agora tá com pouca verba e aí o pessoal daqui mesmo tá usando o dinheiro deles. Faz desenho em litro, passa barbante, argila, [...]” (US-CAPS-01).

Aqui a gente faz jogos, tem artesanato lá em cima, mas ultimamente não tá tendo nada não. Tem jogos e bingo e aí passa outro dia, palestra, filmes...

– Ah, sim... E você gosta daqui?

– Gosto. Sim, tá sendo bom. Eu sinto falta. Sábado e domingo é horrível, né?(US-CAPS-02).

O imaginário já relatado anteriormente, em que o CAPS-ad aparece como um território sem lei, entregue aos usos e abusos de drogas e álcool por seus frequentadores não é endossado por uma usuária.

– Aqui eles são mais leves, né? Lá [na comunidade terapêutica] você **tinha que cumprir ordem** mesmo.

– Lá tinha que cumprir ordem mesmo, e aqui?

– **Aqui também tem as regras, né?** (US-CAPS-02).

A diferença parece estar mais evidente nos modelos de cuidado e na relação entre os profissionais e usuários do que na ausência de regras. O reconhecimento da dedicação dos profissionais é citado até mesmo por quem é contrário à redução de danos. Para um indivíduo desse segmento, o tratamento no CAPS-ad produz “o alívio de não se estar jogado”:

Aqui trabalha com redução de danos, entendeu? Eu acho bom pra quem quer reduzir, mas pra quem... Igual eu, eu não quero reduzir, eu quero parar! Eu não posso beber. Mas aqui é um tratamento muito bom, te dá um viés de alívio em relação a não estar no mundo, não estar jogado... Mas, ao mesmo tempo, te põe na sua própria mão, porque você sai daqui e faz o que você quiser [...] Mas é uma escolha sua, só sua. O lugar, o ambiente, os profissionais... Nada vai mudar porque é o que você quiser! Todo dia chegam pessoas aqui com bafo de bebida, mas elas tomavam o litro, tomavam uma, duas doses, entendeu? Drogado eu nunca vi ninguém chegando. Drogado, aqui, não, mas com muita bebida eu já vi chegando gente já, bêbada... Aí vai direto *pro* tratamento especial e tal. Aqui não dá conta e manda pra UPA, que é pra fazer um atendimento mais especializado... Eu acho que o CAPS é de suma importância, só acho que a opinião de algumas pessoas tinham que mudar o pensamento em relação à redução de danos. (US-CAPS-03)

Pode-se verificar que o CAPS-ad oferece um modelo mais horizontalizado em termos das relações de poder entre usuários e profissionais de referência. Os relatos expressam também confiança mútua e o aconselhamento respeita as escolhas e posições do usuário como sujeito.

- E os conselhos da referência?
- Mesma coisa. Os conselhos são ótimos. Se dependesse dele, eu não bebia dia nenhum.
- Aham... Mas quando você bebe e fala pra eles, como é que funciona?
- Aí eles falam pra mim assim: "*Vamo diminuir, vamo evitar de ir, se você gosta de forró não é melhor você evitar?*". Eles querem o bem da gente.
- Bem no sentido de te ajudar?
- Isso, de ajudar. Se eu ouvisse o conselho deles, [como] se minha mãe tivesse aqui, e eu tô lá, pelo conselho deles eu diminuí 80% do que eu bebi. (US-CAPS-01)

Em resumo, todos os usuários se mostraram satisfeitos com suas escolhas de tratamento atual. Usuários da comunidade terapêutica relataram seus objetivos em termos bem claros quanto à abstinência completa. Os fatores da instituição mais positivos nesse caso foram o ambiente acolhedor e empático proporcionado pela comunidade – em que todos compartilham e relatam as mesmas experiências em clima de igualdade e aceitação – e o programa de recuperação conhecido como *Programa Renascer para as Dependências*. Esse ambiente empático aparentemente opera uma melhora na autoestima e na reconstrução da autoimagem dos participantes.

As práticas utilizadas na comunidade terapêutica se resumem basicamente a um programa de recuperação conhecido como *Programa Renascer para as Dependências* e a outras atividades assessoriais a esse elemento. Através do programa, busca-se a autoconscientização dos participantes, mantendo em vista a implementação de comportamentos que excluam ou diminuam os riscos de uma recaída. As expectativas dos usuários em reação aos tratamentos são a aquisição de ferramentas que lhes proporcionem recursos para manutenção do estado de abstinência após a saída da internação.

Quanto ao CAPS-ad, seus usuários relataram a realização de várias atividades e oficinas, apesar das dificuldades financeiras da instituição. Dentre esses eventos, estão exercícios como jogos, artesanato, bingo, produção de um livro, palestras e filmes. O CAPS também funciona como suporte alimentar bem como núcleo de apoio familiar e de aconselhamento, além de operar um serviço ambulatorial para casos de intoxicação aguda.

Todos os usuários realçaram como principal valor o relacionamento horizontalizado entre os profissionais e usuários. O aconselhamento do profissional de referência é respeitoso e compreende o tratamento a longo prazo, de acordo com as possibilidades e desejos do usuário, que é visto como sujeito de direitos e desejos. O tratamento é relatado como positivo pela maioria e os usuários relatam progressos em termos de diminuição dos episódios de crise e adaptação ao convívio social.

#### 4.1.4 Religiosidade e tratamento

Alguns usuários não se adaptavam às práticas religiosas impostas e manifestaram explicitamente a sua insatisfação ao dizerem, por exemplo, “É igual te falei, tinha que rezar, era obrigado a rezar” (US-CAPS-01). Outro usuário do CAPS-ad afirma que gostava da rotina e não se importava com as orações:

[...] tomava café 7h30, aí tomava remédio e depois ia pra oração 9 horas. E aí você ia... Rezava o terço...  
 – Era católica?  
 – Sim, era católica. E aí, depois, você pegava sua tarefa que você tinha que fazer.

A maioria afirmou ter estado em instituições evangélicas e apenas uma católica, sendo que dois entrevistados relataram já terem sido internados numa instituição de segmento espírita em outra oportunidade e outro usuário relata ter participado de rituais da religião conhecida por Santo Daime. Nesses ambientes religiosos, as atividades de incluem, obrigatoriamente, a participação em cultos, estudos da Bíblia, doutrinações ou práticas espirituais.

[...] Lá, a diferença de lá é o seguinte: você fica se quiser, mas, se você ficar, é obrigado é fazer o que tem que fazer, as regras da casa. A laborterapia, a leitura do provérbio de manhã, shows de talentos, que... Como dizer... A pessoa pregava a maior parte dum texto bíblico pra todos os presentes, em torno de 30 pessoas. Tinha o monte de oração. (US-CAPS-03)

As comunidades evangélicas são citadas como mais rígidas em termos da abstinência, não sendo permitidos nem mesmo os medicamentos ou qualquer outra abordagem psicológica de terapia. Na instituição católica citada, permite-se o uso do tabaco e foi relatada a presença de um psicanalista, que fazia as vezes de disciplinário das internas.

O entrevistado que frequentou a casa espírita, a princípio, não reconhece a relação entre a sua escolha pela abstinência e religião, mas, durante o relato, se surpreende com o número de vezes que a questão espiritual é citada.

– A sua experiência com abstinência está relacionada com a questão religiosa?  
 – Não, já estive. Já estive... Nos primeiros anos que eu comecei a lutar contra dependência química, lá em 2007, ela *tava* bem vinculada à questão religiosa mesmo, de igreja, evangélico, essas coisas... Eu entendo que droga era pecado, que

me fazia mal também, e hoje eu vejo que ela transcende isso, minha opção pela abstinência ela transcende a religiosidade. E aí eu digo: transcende por quê? Porque que, se não estiver abstinente, eu sei que nada vai funcionar na minha vida, nem mesmo a religiosidade [risos]. Se eu não estiver abstinente, eu não consigo frequentar um grupo [religioso], não consigo frequentar a casa espírita, não consigo fazer yoga, não consigo trabalhar, não consigo fazer absolutamente nada, então, hoje, é uma coisa particular, é muito mais psicológica, emocional, física do que espiritual, né? **Eu sei, eu tenho um pouquinho das consequências espirituais** do uso de drogas, mas é tanto que pesa na balança pra mim hoje... O que pesa é realmente a minha vida funcionar, que a minha vida só funciona se eu estiver abstinente, e isso eu aprendi e tô aceitando assim, aos poucos, né? (US-CT-01).

A maioria dos estudos que verificam a influência da religião e espiritualidade no tratamento de drogas apontam que a religião é fator de proteção para a recaída, porém, o viés é claramente o da abstinência como sinônimo de cura, além de serem majoritariamente estudos quantitativos, os quais apresentam problemas na diferenciação entre religião e espiritualidade (VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Comum a todas instituições desse modelo é o uso da religião como ferramenta de tratamento. Outro ponto em comum é que em todas elas o consumo de drogas é visto como “pecado, fraqueza, falta de Deus ou possessão do Demônio”, além de, na doutrina espírita, ser encarado como *obsessão* (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Torcatto (2016) propõe o problema da ameaça de instituições religiosas ao caráter laico do Estado. Além disso, a presença das instituições religiosas na rede compete pelos raros recursos disponíveis ao SUS.

Outro ponto a ser questionado é o da liberdade de escolha religiosa ou de não participação em atividades de cunho religioso. Os usuários geralmente são convidados a se adaptarem às regras da casa ou se retirarem, o que, muitas vezes, não é possível, por questões de vulnerabilidade econômica ou perda de vínculos familiares decorrentes dos episódios de recaídas. Assim, para a maioria, resta aceitar a prédica da salvação de suas almas. A violação de liberdade de culto é um dos itens considerados como violação de direitos dos usuários de comunidades terapêuticas de acordo com a última inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Ministério Público (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Em síntese, todos os usuários entrevistados, seja da CT ou do CAPS-ad, relataram alguma prática religiosa relacionado ao tratamento atual ou anterior. No CAPS, não foi relatada nenhuma prática ligada a qualquer tipo de religião ou atividade espiritual. Porém, todos os seus entrevistados citaram a presença da religião nos seus tratamentos anteriores. A maioria atribui valor positivo às práticas de religião e tratamento. Usuários da comunidade

terapêutica manifestaram que a religião os ajuda a se manterem abstinentes e um usuário do CAPS-ad afirmou não se adaptar às orações impostas durante o tratamento anterior.

#### *4.1.5 Experiência com a mudança de estratégia de tratamento*

Usuários atendidos em diferentes instituições do sistema durante seus tratamentos relataram dificuldades de adaptação aos projetos terapêuticos, principalmente os egressos do tratamento por abstinência, os quais, agora, devem se adaptar à abordagem de redução de danos.

Gera um conflito muito grande, bagunçava minha cabeça completamente, e, principalmente, dentro de comunidade evangélica, é aquela coisa bem dentro da caixinha mesmo... “Tu não pode beber e não pode e não pode e não pode”. E é abstinência total, né? E aí eu chego, e aí e vejo um psiquiatra. Pô, o cara estudou com psicólogos, pessoas que estudaram, que entendem do assunto dizendo que não tem problema, [risos]ou seja, tem problema, mas ele é menos pior, né? (US-CT-01)

O usuário que frequentemente era internado em comunidades evangélicas, cujo discurso é enfaticamente centrado na demonização das drogas e no discurso da incapacidade do sujeito frente a elas – de acordo com a hipótese da exposição –, vê-se diante do discurso dos especialistas que dizem que “não tem problema”, que é melhor substituir a cocaína pela maconha, pois segundo eles, “é menos pior”.

E até recentemente teve um... Como é que é o nome dele? Um psiquiatra com um nome diferente. [...] E, enfim, ele falando da redução de danos, porque é justamente isso, ele fala “Cara, a grande maioria das pessoas que fumam pela primeira vez não se viciam, a grande maioria que cheira não vicia, a grande maioria que fuma, sabe, não vicia”. Eu só abaixei a cabeça porque acabei viciando em tudo que usei, né? Mas só isso? [risos] (US-CT-01)

Não cabe discutir a pertinência ou não da intervenção do profissional, mas destacar a reação de perplexidade do usuário diante das afirmações. O entrevistado parece ter se identificado com a figura de um *viciado* e a abordagem do psiquiatra parece não ter tido qualquer adesão. O relato é bastante claro quanto à produção de uma surpresa ao se atribuir uma proposta diferente da do seu percurso anterior pelas comunidades evangélicas. Essas propostas, bem mais restritivas, acabaram por estabelecer um paradigma, do qual o usuário não consegue se afastar.

Outro usuário, também egresso de tratamentos por abstinência, manifesta sua opinião de que a redução de danos é “empurrar o problema com a barriga”:



Foi assim, na verdade... Eu *tava* no hospital psiquiátrico, aí a minha mãe me chegou com a proposta de que eu ia pra clínica ficar 2 ou 3 meses. Eu concordei porque talvez fosse uma coisa que eu nunca tinha tentado. O máximo que eu fiquei fora de casa foi 1 mês, que eu fiquei em hospital psiquiátrico foi mais ou menos 1 mês no máximo normalmente. E eu fui, concordei, chegando lá eu fiquei sabendo que não era 3 meses eram 6 meses, aí fiquei, aproveitei bem, foi uma experiência muito diferente pra mim [...]

– E nessas experiências, nessas internações, todas elas tinham a mesma forma de lidar com o tratamento? Todas propunham que você ficasse abstinente de todas as substâncias?

– Em algumas clínicas o cigarro era permitido, teve algumas que eu passei que o cigarro era permitido, né? Na psiquiatria eu também sempre acendia o cigarro, só que todas pregavam a abstinência da droga totalmente [...] O CERSAM aqui tem a questão da redução de danos, né? Que é a questão de não parar totalmente com a droga, o álcool [...] Olha, igual eu te falei, o que eles falam lá eu acho que é uma coisa que vai empurrando o problema com a barriga entendeu? (US-CT-03)

Resumindo, pode-se afirmar que, nos tratamentos por abstinência completa, uma parte significativa do trabalho inclui a conscientização do usuário de sua condição de “dependente” ou “adicto”, termo também muito disseminado nesses locais. Assim, fatalmente, esse discurso é incorporado como uma verdade para os usuários e isso reduz o espectro de possibilidades de abordagens de tratamento. A força com que esse discurso é veiculado pelas instituições religiosas presentes nas comunidades terapêuticas, ao abordar o problema dando a ele contornos morais, faz com que os usuários egressos desses tratamentos não aceitem a redução de danos como uma estratégia viável.

Por outro lado, usuários advindos dos tratamentos dos CAPS-ad não são submetidos a qualquer tipo de doutrinação religiosa. Os profissionais veiculam suas práticas de redução de danos através dos princípios da autonomia dos usuários em relação aos seus próprios objetivos do tratamento, ao atendimento humanizado e ao acolhimento, independentemente da condição de uso de drogas ou não por parte dos usuários. Eles privilegiam a reinserção social e a manutenção da adesão dos usuários à busca pelo auxílio oferecido pelo equipamento.

Em decorrência disso, o discurso e as práticas da redução de danos são compreendidos pelos usuários advindos de tratamentos por abstinência como uma espécie de “liberalidade excessiva” quando comparados às suas experiências anteriores nas comunidades terapêuticas, normalmente mais rígidas e disciplinadoras. O resultado dessa interpretação é uma maior dificuldade de aceitação por parte desse grupo de usuários em relação a projetos terapêuticos mais flexíveis quanto à abstinência.

#### 4.1.6 Sentido atribuído à própria estratégia de tratamento (profissionais)

##### 4.1.6.1 Profissionais da comunidade terapêutica

Os relatos profissionais da comunidade terapêutica atribuem à abstinência um sentido de único caminho de tratamento possível, em caráter absoluto quanto às substâncias, incluindo as lícitas como o cigarro e o álcool, em qualquer quantidade e circunstância. O “conflito” gerado em função dessa abordagem já é esperado, porém, essa parece ser uma posição da qual os usuários não têm outra alternativa, a não ser a de aceitar sem questionamentos. A abstinência também assume, paradoxalmente, o sentido de remédio para a “doença da dependência”.

[...] porque o que aqui a gente fala é, você deve parar, não deve fazer uso, e tem que evitar, e nem olhar, não ter contato mais.

– Nenhuma [substância] ?

– Nenhuma. Inclusive aqui, nem cigarro. Então, tem conflito? Tem. Mas nós falamos com aquelas pessoas que estão buscando isso (PR-CT-01)

As expressões “nós falamos para quem quer...”, “são as regras da casa...”, “fica quem quer...”, são utilizadas para demarcar a posição de forma incisiva e unilateral.

[...] a diferença de lá é o seguinte, você fica se quiser, mas se você ficar é obrigado é fazer o que tem que fazer, as regras da casa (US-CAPS-03).

É também referenciada de forma utilitária, como um recurso necessário para facilitar o trabalho com os “dependentes”, pois, eles estando lúcidos, possibilitaria o trabalho dos profissionais.

Bom, eu acho que esse contexto de abstinência é muito bom eu acredito muito. Eu acredito que pra recuperar você precisa tá abstinente, tem que tá limpo, sóbrio, lúcido. Eu acredito nesse contexto de abstinência com relação a substâncias psicoativas eu penso muito nisso nessa questão da abstinência, da lucidez. ... porque quando a pessoa tá lúcida, tá sóbria a gente consegue trabalhar positivamente, melhor pra gente[...]

– Mais positivo como? Em termos de que?

– Do processo da doença. Assim porque, a abstinência ela... como posso te dizer, P, ela deixa a pessoa mais lúcida, mais sóbria, como eu te falei já, então eu... com isso a gente consegue trabalhar com essas pessoas (PR-CT-02)

Portanto, a partir dos relatos dos profissionais da comunidade terapêutica, extrai-se um sentido principal de abstinência. Pode-se considerar, que a “doença” do sujeito, não conseguir se manter abstinente, de maneira circular, só pode ser tratada pela “cura” da própria “doença”,

a abstinência. Quanto ao sentido de redução de danos pelos profissionais do CAPS-AD, depreende-se um sentido de uma abordagem processual e individualizada do tratamento.

#### 4.1.6.2 Profissionais do CAPS-AD

Os profissionais do CAPS-AD constroem os sentidos de redução de danos a partir de dois vetores de significação: “das possibilidades de cada usuário”, ou seja, da individualização de suas estratégias em termos do “caso a caso” e do caráter processual do tratamento. Entende-se o tratamento como um contínuo de estágios possíveis a ser buscado por cada usuário. Os termos utilizados são: “assistência”, “processo gradual”, “ampliação do universo de participação social.”

[...] E o que eu posso trabalhar com ela no sentido de redução de danos? É possível intercalar um copo de cerveja com um copo de água? Isso é redução de danos. É possível? – Por exemplo, no começo ela tomava muita cachaça; hoje ela já não chega na cachaça, hoje ela já tá só na cerveja. Isso é redução de danos. Então é caso a caso. É a partir do que a pessoa me traz, do comportamento dela, sobre o que é possível ser feito por ela[...] Mas, muitas vezes, essas pessoas não conseguem deixar de fazer o uso. Elas querem, mas não conseguem. Ou, muitas vezes, elas não querem também deixar de fazer uso. E aí a redução de danos entra como o que é possível, que a gente pode fazer para manter essa pessoa viva, com a maior qualidade de vida possível, com o menor número de danos possível em função daquele uso. [...] mas a redução de danos é, muitas vezes o que é possível, né? Em cada caso. O ideal é a gente chegar lá mas se não é possível a gente vai trabalhando aos poucos (PR-CAPS-01).

Não há referências nos relatos dos profissionais do CAPS de utilização da estratégia de substituição de substâncias e a abstinência também é referida como uma possibilidade do tratamento, desde que pactuada pelo desejo do próprio usuário.

Redução de danos é uma estratégia para assistência a usuários de álcool e drogas que contempla também a abstinência. E aí nós desenvolvemos uma serie de estratégias para que o paciente chegue ao seu objetivo no tratamento. Então por exemplo, o paciente deseja a abstinência, só que a gente trabalha de forma gradual essa abstinência, então com uma redução de consumo de substancias e uma melhora nas relações familiares interpessoais e comunitárias, é através dessa redução e com ampliação daquele universo de participação social desse sujeito: escola, trabalho, relacionamentos, aquilo que eu tinha citado. A redução de danos, ela também.... Ela não impositiva num sentido de: só vamos te ofertar tratamento se você se dispor à abstinência ou mesmo a redução de danos. Porque como eu disse, a gente vai trabalhar para chegar no objetivo de tratamento do paciente (PR-CAPS-02).

A RD é considerada pelo profissional como uma diretriz fundamental do serviço, uma vez que os usuários têm inúmeras recaídas e abandonos durante o tratamento. Assim, o que pode ser almejado pela instituição é a diminuição dos problemas de saúde relacionados ao uso

excessivo de drogas, sendo a abstinência alcançada somente na minoria dos casos. Toda diminuição do uso de drogas deve ser gradual e consistente. Porém, apesar desse discurso, os profissionais não identificam o serviço como um espaço de operacionalização da RD, uma vez que não trabalham diretamente com a proposta da redução de danos de maneira ampla. Os profissionais caracterizam a RD como uma das alternativas que podem compor suas estratégias de ação, contrapondo-se aos tratamentos tradicionais que têm como objetivo a penas a abstinência, consideram essa metodologia superior e a situam como positiva.

Ademais, não foi registrada ações de RD como: promoção de trocas de seringas, agulhas e inaladores descartáveis; disponibilização de informações sobre os riscos associados ao consumo, especialmente sobre infecções por HIV e Hepatite C entre consumidores de drogas injetáveis; e indicação de outras possibilidades de tratamento na RAPS.

#### *4.1.7 Sentido atribuído à outra estratégia de tratamento (profissionais)*

##### 4.1.7.1 Profissionais do CAPS-AD

Profissionais do CAPS-AD afirmam não crerem na efetividade da abstinência completa como estratégia de tratamento. Segundo eles, trata-se de enfrentar o problema do uso abusivo de drogas de forma artificial, pois os usuários ficam em um ambiente controlado, livre de drogas, não por uma opção consciente, mas por força do confinamento. Logo, ao retornarem aos seus ambientes ele retornariam aos comportamentos antigos. A crítica recai principalmente sobre a questão do confinamento utilizado nas comunidades terapêuticas.

[...] olha o que posso dizer é o seguinte, manter a abstinência quando você tá confinado num lugar, é fácil, mas quando você tá na comunidade, no seu núcleo, é muito mais difícil...lá na comunidade terapêutica é logico que a abordagem é de abstinência porque a pessoa tá confinada num local que teoricamente a substância não existe lá. Então lá não tem como, a meta lá vai ser a abstinência. Mas a abstinência ela vai acontecer lá naquele período, quando a pessoa sai, vamos dizer assim, pra vida real, ela recai ... (PR-CAPS-01)

Na fala do profissional do CAPS-AD ressalta uma postura considerada pragmática em termos do consumo de drogas. Exprime uma visão apoiada na premissa de que a da presença das drogas em todas as sociedades, é e sempre será uma realidade.

[...] droga nunca vai deixar de existir. O ser humano vai usar isso é fato. Né? E aí você vai trabalhar dizendo que ninguém vai usar? Todo mundo tem que deixar de usar? É muito complicado... (PR-CAPS-02)

#### 4.1.7.2 Profissionais da comunidade terapêutica

Já os profissionais da comunidade terapêutica têm uma concepção de redução de danos bastante ampla, difusa. Incluem qualquer prática que auxilie o usuário, até mesmo a internação, no rol do que poderia ser considerado como redução de danos.

Eu falo que a internação ela acaba que ela é uma redução de danos também a medida que a gente sabe que é um processo que eles internam, as vezes voltam, tem a recaída, volta e interna, mas a gente observa eles mais fortalecidos e muitos depois de algumas recaídas é que eles conseguem superar, e a gente sabe que isso é um processo pra toda vida. Então assim sob esse aspecto não resta a melhor dúvida de que a internação ela é eficiente, porque ele mesmo sente o quanto que é bom estar longe do mundo a droga, ele meio que é obrigado porque tá.. (PR-CT-01).

A profissional da comunidade terapêutica reconhece não possuir um sentido específico sobre a estratégia de redução de danos. Apesar do seu desconhecimento, propõe haver uma discrepância entre a proposta de RD prescrita e a real: “no papel é uma coisa, ... na prática é outra...”, mas não chega a definir uma ou outra.

Na verdade, só de ouvir falar da redução de danos eu vivenciei assim um pouquinho levando eles para atendimento clínico, atendimento nos CAPS, no CERSAN, e o que eu vi, o que vivenciei lá é o que tá no papel é uma coisa e o que tá na prática é outra. Eu via pessoas lá residentes acolhidos usando substancias lá dentro.

A marca do relato do profissional da comunidade terapêutica é a do desconhecimento sobre o que se faz no CAPS-AD. O sentido da redução de danos manifesto por ele é o da permissividade no manejo com os usuários. Já no depoimento dos profissionais do CAPS-AD não se encontra referências a possíveis benefícios da abstinência “artificial”, mesmo transitórios, como um instrumento útil para a reestruturação subjetiva de usuários de casos graves. Por conseguinte, não se cogita, a partir da fala dos profissionais, de outras possibilidades de arranjo para além do modelo psicossocial defendido pelo CAPS. Desse modo, os profissionais da CT não apresentaram conhecimento aprofundado sobre a RD. Apesar de não enfatizarem, em seus discursos os aspectos negativos da RD, têm a abstinência como único objetivo a ser alcançado. Além de uma perspectiva distorcida acerca da RD, nota-se que todo o potencial preventivo e promotor de saúde que a RD traz é desconsiderado no âmbito da CT. A proposta terapêutica de internação na CT implica, segundo os coordenadores, uma mudança profunda de vida.

#### 4.1.8 Relacionamento entre instituições (profissionais)

Os recortes abaixo, feitos a partir das falas dos profissionais de ambos modelos de atendimento, público e privado, exprime uma realidade do campo das drogas no Brasil, a saber, a rivalidade discursiva entre instituições que disputam a hegemonia sobre do tratamento da dependência química.

Apesar das divergências conceituais, a profissional da comunidade terapêutica se manifesta a favor da possibilidade de integração a um sistema híbrido de atendimento aos usuários, em que a escolha por qual modalidade seria feita pela avaliação de cada instituição. Na comunidade terapêutica ficariam os que assim desejassem e que tivessem condições de permanecer internados, e nos CAPS-AD aqueles que não “dessem conta”. Mas aponta as dificuldades de implementação do projeto como “resistências” por parte do setor da saúde mental. Essa suposta resistência seria fruto do desconhecimento do que faz efetivamente numa comunidade terapêutica.

[...] eu falo, as instituições que trabalham com redução de danos elas tem uma certa resistência às comunidades terapêuticas, mas se elas entendessem que os dois tipos de tratamento poderiam trabalhar para tal, porque aquele que eles sabem, porque o paciente manifesta, eles chegam no CERSAM e falam eu gostaria de internar [...] Mas se os profissionais, essas instituições fizessem essa análise de que aqueles que realmente tem vontade de internar, esta é a vontade [deles], eles encaminhasssem pra comunidade terapêuticas e ao contrario as comunidades terapêuticas também percebendo aquele que não dá conta, de ficar internado fizessem o encaminhamento então vai fazer o tratamento do CERSAM, eu acho que tem que ser assim, tem que trabalhar junto, não é aquela coisa de o meu é melhor então tem que ser meu. Né? [...] Eu acho que tanto nós que trabalhamos com internação quanto aqueles que trabalham com redução de danos têm que conhecer o trabalho um do outro pra entender que há espaço e há necessidade dos dois sistemas. [...] então você tem pessoas que defendem radicalmente e tem aquelas pessoas que acham que aquilo é um absurdo, mas essa que é a questão, as pessoas têm uma posição muito radical sem conhecer. Eu acho que o pessoal que trabalha nas instituições de redução de danos, no CERSAM ou nos CAPS-AD, eu acho que é desconhecimento de como funciona uma comunidade terapêutica. (PR-CT-01).

Os profissionais da saúde mental entrevistados são menos flexíveis quanto à essa possibilidade de integração com as comunidades terapêuticas. As falas retratam realmente uma visão bastante negativa a respeito das CTs. Esse cenário de uma representação social de instituições asilares violadoras de direito humanos é relatado pelos dois profissionais do CAPS-AD

Um colega nosso aqui trabalhava em um município aqui perto, e ele relatou pra gente um caso que eu fiquei bem impressionada. Ele trabalhava num CAPS lá e ele foi chamado enquanto trabalhador do CAPS pelo setor da prefeitura, que eles iam

fechar uma comunidade terapêutica, foi chamado juiz, delegado, pessoal do CAPS, eles foram pra fechar essa comunidade terapêutica. E aí quando ele chegou aquele tanto de gente lá. O relato dos pacientes é que estavam presos, que eles estavam com trabalho forçado, que tinha uma sala de isolamento que dependendo do que acontecia eles ficavam até uma semana num lugar que só tinha uma sala com cimento, sem acesso a nada, que não tinham contato com ninguém, que não podia ligar pra família. Enfim, uma coisa horrorosa. Enfim, eu não tenho esse contato direto, só a partir do que eu leio ou relatos de outras pessoas (PR-CAPS-01)

Além disso, a questão política também aparece como argumento no relato do profissional do CAPS. Para ele, a disputa de abordagens extrapola a questão das técnicas e assume contornos ideológicos, ao assumir que essa tendência é parte de um processo de desresponsabilização do estado na implementação das políticas públicas. Mas, segundo o entrevistado, a questão de fundo também passa pela falta de profissionalização dos trabalhadores das comunidades e da influência religiosa no aparato político de um estado manifestamente laico.

Eu vejo as comunidades terapêuticas surgindo em um momento de redução de investimentos públicos, desresponsabilização do estado em seu papel de dever, das políticas públicas, dos direitos sociais, vejo as comunidades surgindo nesse contexto onde o que é dever do estado é passado para a sociedade civil executar, eu vejo que as comunidades terapêuticas elas não são profissionalizadas, trabalham com voluntariado com caráter confessional, muitas são ligadas à instituições religiosas... Há uma visão à nível de senso comum mesmo, o que é o fenômeno da dependência química, como tratar, o que ofertar pra essas pessoas ... e vejo também que é as comunidades, elas tão num contexto de luta pelo poder no estado, porque como elas tão associadas à instituições seus líderes se beneficiam tanto pelo recurso público quanto pelo um poder no estado, através de disputa de cargos eletivos, então vereadores tanto no legislador quanto no executivo, e eu acho bem problemático a forma como elas tão organizadas hoje, porque ou é aquelas que tem uma estrutura, vamos dizer, de trabalho, pra oferecer um trabalho com qualidade mas elas são particulares, você precisa pagar pra estar ali, e esse valor não é acessível para grande média da população, então eu já ouvi cifras que vão do valor de um salário mínimo até dez mil reais, então não é acessível pra grande parte da população nessa crise econômica, né? E tem aquelas que beiram a barbárie em termo de violação dos direitos humanos (PR-CAPS-02)

Os relatos dos profissionais expressam de maneira clara a falta de integração entre as instituições representantes das diferentes abordagens. É notória a presença de um antagonismo, ainda que velado, por parte dos profissionais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início da jornada para realização dessa pesquisa, partiu-se da percepção de que sua relevância estava apoiada em três níveis. O primeiro diz respeito ao nível pessoal, por parte desse pesquisador que se inquietou não só com a realidade vivenciada no trabalho com usuários em recuperação, mas também devido ao fato de ver-se diante de uma situação de insuficiência em relação a investigações científicas do campo de Psicologia, bem como sentiu-se estimulado pela possibilidade de contribuição ao campo das políticas públicas, pela perspectiva de ampliação do debate sobre os impactos da coexistência das estratégias de abstinência e redução de danos, presentes na rede de atenção psicossocial do SUS, nos processos de subjetivação de usuários que já tiveram contato com ambas as linhas de recuperação.

Porém, da concepção do projeto de pesquisa à sua realização, constatou-se que a relevância do estudo para a sociedade adquiriu maiores graus, tendo em vista o cenário de mudanças implementado pela promulgação da nova Lei de Drogas, em vigor desde dezembro de 2019. As mudanças na estratégia formal de tratamento, contidas na nova lei, a qual propõe um deslizamento da prática de redução de danos rumo à abstinência, por um lado, resolvem um ponto de contradição na política de drogas, mas tendem também a acentuar os conflitos entre os dois modelos de instituições, privadas e públicas, além de, provavelmente, aumentar a distância entre o que é prescrito e o que é realizado.

A metodologia da pesquisa utilizou como estratégias de investigação a revisão analítica documental e a pesquisa de campo, bem como entrevistas narrativas e levantamento bibliográfico. As análises foram feitas seguindo os métodos da análise temática de conteúdo. Essa escolha buscou ampliar o caráter descritivo da análise de conteúdo com aspectos interpretativos.

No projeto, estabeleceu-se como objetivo geral investigar os impactos da coexistência das estratégias de redução de danos e de abstinência, presentes na rede de atenção psicossocial do SUS, nos processos de subjetivação de um grupo de usuários de uma comunidade terapêutica e de outra amostra de indivíduos frequentadores de um CAPS-AD da região metropolitana de Belo Horizonte, sendo que os dois conjuntos de pessoas já tiveram contato com ambas as perspectivas. Percebe-se que a meta inicial foi atingida, pois, pela análise da fala de alguns usuários, foi possível identificar que esses sujeitos apresentam dificuldades de adaptação ao projeto terapêutico da estratégia de redução de danos, uma vez que foram influenciados pelo discurso da abstinência.



Com relação ao primeiro objetivo específico, acreditamos esse propósito também foi atingido, pois a descrição do contexto histórico-político de elaboração das principais leis brasileiras sobre drogas permitiu perceber a prevalência proibicionista da legislação em períodos de menor abertura democrática ou participação popular nos governos, o que embasa a premissa de que a atual opção, pautada na estratégia de abstinência, segue a tendência política conservadora do atual governo brasileiro.

Nosso segundo objetivo específico, voltado à identificação dos efeitos de sentidos produzidos por indivíduos usuários que participam ou de uma comunidade terapêutica ou de um CAPS-AD a partir de suas experiências com o uso de drogas, estratégias de abstinência e redução de danos, e durante o processo de recuperação também foi atingido. Por meio da análise temática de conteúdo, foi possível dar voz aos usuários e perceber seus principais impasses e conflitos com seus tratamentos, alguns deles provenientes da produção de sentidos de cada discurso a que foram expostos.

Como terceiro objetivo específico, objetivou-se avaliar os efeitos da presença de elementos das discursivas dos dois modelos - a saber, abstinência e redução de danos - nas narrativas dos usuários. Pelos fragmentos dos relatos dos usuários da comunidade terapêutica e principalmente na narrativa de um indivíduo do CAPS-AD, pode-se perceber uma forte influência do discurso da Abstinência no seu tratamento atual. Essa influência aparece sobretudo em forma de dificuldades de adaptação ao novo projeto terapêutico baseado em redução de danos. Pode-se deduzir que usuários egressos da abordagem de Abstinência apresentem maior dificuldade de adaptação à redução de danos.

Diante dos objetivos e da hipótese formulada - ou seja, que os usuários que tenham tido contato simultâneo ou sequencial com ambas as estratégias de tratamento podem ser impactados subjetivamente, em virtude de já terem sido expostos anteriormente às diferentes discursivas, as quais configuraram lógicas opostas na maneira de se lidar com a questão da recuperação. Pode-se confirmar, ainda que em parte, as premissas que sustentaram o projeto, é uma vez que ficou evidenciado a força subjetivante do discurso da abstinência nos usuários egressos de comunidades terapêuticas.

Então, após a coleta e análises das informações realizadas, concluiu-se que usuários egressos de instituições em que se utilizam práticas e discursos da estratégia de abstinência têm maior dificuldade de aceitação da proposta de redução de danos. Essa dificuldade se deve à força que a tendência proibicionista da legislação sobre drogas imprime na subjetividade dos indivíduos, sendo que essa perspectiva, de modelo mais conservador, é historicamente construída em nossa sociedade e encontra-se associada à penetração do discurso religioso nas

comunidades terapêuticas. A virulência desse discurso da Abstinência, associado ao discurso religioso, opera também a produção de afetos de culpabilização com efeitos na autoestima dos usuários. Tais efeitos sobre esses usuários acabam por limitar as possibilidades de aquiescência em relação a outras formas de abordagem de tratamento.

Considera-se que as principais limitações deste trabalho são devidas à dificuldade em se obter um número significativo de instituições participantes, o que consumiu boa parte do tempo estimado, além de ter reduzido o número de entrevistados. Outro ponto que pode ter limitado o trabalho foi a escolha da entrevista narrativa como instrumento de coleta das informações. Esse instrumento, se por um lado abre a possibilidade de se captar a subjetividade dos sujeitos de forma mais abrangente, por outro, também permite ao entrevistado uma maior dispersão da narrativa em relação aos objetivos específicos da investigação.

Diante das limitações citadas, para os que se dispuserem a prosseguir a partir desse estudo, corrigindo as suas deficiências, sugere-se a ampliação do número de instituições entrevistadas e a adoção de entrevistas semiestruturadas que permitam uma maior amplitude de resultados e que confirmem ou refutem a hipótese formulada nessa pesquisa.

## REFERENCIAS

ANVISA, **Resolução-RDC/ nº 101**, de 30 de maio de 2001. Brasília, DF: ANVISA, 2001. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res\\_0101.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf). Acesso em: 21 jan. 2019.

ANVISA, **Resolução-RDC/ nº 29**, de 30 de junho de 2011. Brasília, DF: ANVISA, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 21 jan. 2019.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos**. São Paulo: AA para o Brasil, 1991.

ARAÚJO, R. R., RAUL, M. C. Subjetividade e política sobre drogas: considerações psicanalíticas. Revista EPOS, v. 3, n.1, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890 - Publicação Original**. Promulga O Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1890. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/d847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm). Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936 - Publicação Original**. Crêa a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1936. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 jan. 2019

BRASIL. **Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964**. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos/decretos/1964/D54216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1964/D54216.html). Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968**. Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1968. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm)

BRASIL. **Decreto nº 74.083, de 20 de maio de 1974**. Transfere para o Ministério da Saúde encargos cometidos ao Ministério da Educação e Cultura pelo Decreto nº 69.845, de 27 de dezembro de 1971, 1974. Brasília, DF: Presidência da República, 1974. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/norma/496723/publicacao/15743999>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 20 jan. 2020

BRASIL. **Portaria n.º 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI

e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a política nacional sobre drogas. Brasília (DF): Gabinete de Segurança Institucional, 2005b.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008**. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nos 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11754.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11754.htm). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm#art4](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm#art4). Disponível em: 20 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, DF, 2018.

COSTA, P. H. A. DA; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 738–750, 2017.

COURTWRIGHT, D. **Forces of habit**. Cambridge, UK: Ed. 2001.

DALBOSCO, C. Oficina A Assistência Social no Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: um debate necessário. Brasil, 2011.

DE SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 3, n. 2, p. 1–18, 2007.

DUARTE, S. V.; FURTADO, M. S. V. **Trabalho de conclusão de curso (TCC) em ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Saraiva, 2014.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa Calpe, 2002.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa-Coleção pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo, 2008.

FRACASSO, L. As mudanças no processo de criação das comunidades terapêuticas. *In*: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Capacitação para comunidades terapêuticas: conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. Brasília, DF: MJ, 2013. cap. 3, p. 38-45.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos: coleção pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, v. 201, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

KREISCHE, F.; SORDI, A. O.; VON DIEMEN, L. Conceitos básicos no transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas. *In*: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de

políticas sobre drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília, DF: MJ, 2012. Cap. 2, p. 21-26.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 2. ed. São Paulo: ed. Martins Fontes, 1999.

LARA, S. H. **Ordenações filipinas: livro V**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2009.

MARLATT, G. A.; BUENO, D. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7–32, 1999.

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

NEVES, G. N. **Conflito ético entre proibicionismo e redução de danos: análise e contribuições bioéticas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

O'CONNOR, J.; SAUNDERS, B. Drug education: an appraisal of a popular preventive. **International journal of the addictions**, London, v. 27, n. 2, p. 165–185, 1992.

PÊCHEUX, M. **Discurso: estrutura ou acontecimento?** Campinas: Pontes, 1990.

PIGNARRE, P. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. [Por: Paulo Neves]. São Paulo: Editora 34, 1999. 150 p. **Qu'est-ce qu'un médicament?**, 1999.

PLATÃO. **A república**. Tradução de Maria Helena da Rocha Pereira. [S.l.], 1987. v. 9

REZENDE, J. M. **PHÁRMAKON**. Disponível em: <<http://www.jmrezende.com.br/pharmakon.htm>>. Acesso em: 6 jan. 2020.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. DE S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 19, p. 515–526, 2015.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 24 jan., 2007.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 18, p. 1299–1311, 2014.

SANCHEZ, Z. M. ; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. supl. 1, p. 73–81, 2007.

SANTOS, M. P. G. DOS. **Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil**. 2018.

SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W.; NASI, C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 520, 2007.

SOUZA, S. A. F. de. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Instituto Census, 2014.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, University of São Paulo, São Paulo, 2016.  
doi:10.11606/T.8.2016.tde-05102016-165617. Acesso em: 26 jan. 2019

UNITED NATIONS. **World Drug Report 2018**. Disponível em:  
<[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf)>. Acesso em: 10 maio. 2019.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

**Título do Projeto:** REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: a produção de subjetividades nos usuários da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas.

**Número de registro no CEP:**

1) *Introdução* Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa devido a seu envolvimento com o SUS. Sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, entretanto, não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento.

2) *Objetivo:* Pesquisar processos de subjetivação de um grupo de usuários em tratamento do uso abusivo de substâncias na RAPS, que já tiveram contato com estratégias baseadas na redução de danos e na abstinência.

3) *Procedimentos do Estudo:* Você será solicitado a responder a uma entrevista, que será gravada e posteriormente transcrita para análises. As informações registradas servirão para estudos sobre o tema da pesquisa.

4) *Riscos e desconfortos:* Os pesquisadores têm conhecimentos do método previsto e formação adequada para identificar constrangimentos pessoais e institucionais. Apesar disso, caso ocorram constrangimentos pessoais e institucionais para os sujeitos a serem envolvidos, da coleta poderá ser sugerida, pelos pesquisadores ou pelos sujeitos. Os pesquisadores se comprometem a reparar, para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil. Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto.

5) *Caráter Confidencial dos Registros:* As informações recolhidas serão trabalhadas apenas pela equipe de pesquisadores e esses dados serão mantidos confidenciais. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa, ou apresentação oral. Os registros gravados ficarão sob a responsabilidade do pesquisador e serão utilizadas apenas para as finalidades da pesquisa, sendo destruídas após 5 anos.

6) *Para obter informações adicionais:* Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do coordenador da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

*Pesquisador:* Sérgio Alexandre Alves Fernandes, no telefone (31) 97103-4591

*Orientador:* Prof. João Leite Ferreira Neto, no telefone (31) 3319-4568 e 99976-8626

Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: (31) 3277-5309

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.ª Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contactado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou email: cep.proppg@pucminas.br.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte,

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou representante legal

\_\_\_\_\_  
Data

Eu, Sérgio Alexandre Alves Fernandes, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador Data



## ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE PUC MINAS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -  
PUCMG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDUÇÃO DE DANOS E ABSTINÊNCIA: a produção de subjetividades nos usuários da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas.

**Pesquisador:** SERGIO ALEXANDRE ALVES FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11893919.8.0000.5137

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE MINEIRA DE CULTURA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.388.874

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa se inscreve na abordagem qualitativa de pesquisa. Assumindo as características dessa abordagem teórico-metodológica e suas postulações, propõe a coleta de informações através de entrevistas narrativas em uma comunidade terapêutica para acolhimento de usuários de drogas e em um centro de atenção psicossocial para álcool e drogas, ambos em Belo Horizonte. O foco de interesse é a experiência dos usuários acolhidos nessas instituições e de profissionais com as estratégias de redução de danos e de abstinência completa para o tratamento do uso abusivo de substâncias. Os participantes serão voluntários que se disponham a participar da pesquisa e espera-se um número de 8 participantes, quatro em cada instituição, sendo 2 acolhidos e dois profissionais em cada uma delas. Além disso, será realizada uma revisão narrativa dos documentos mais importantes relacionados ao tema das políticas públicas para álcool e drogas no Brasil, com foco nos documentos que implementem ou alterem essas estratégias de tratamento (redução de danos e abstinência completa).

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Pesquisar processos de subjetivação de um grupo de usuários em tratamento do uso abusivo de substâncias na RAPS, que já tiveram contato com estratégias baseadas na redução de danos e de abstinência.

**Endereço:** Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228

**Bairro:** Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517

**E-mail:** cep.proppg@pucminas.br



Continuação do Parecer: 3.388.874

**Objetivos Secundários:**

- a) Realizar um estudo sobre a política pública de álcool e outras drogas no Brasil, enfocando nos principais documentos que circunscrevam a inclusão de determinada estratégia na RAPS, bem como as mudanças de rumo na normatização em relação a essas duas estratégias de tratamento.
- b) Analisar a produção de sentidos dos usuários sobre as estratégias baseadas em redução de danos e de abstinência completa como tratamento.
- c) Investigar como algumas práticas discursivas e não discursivas desses dois modelos de instituições incidem sobre um grupo de usuários da rede.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** Apesar da complexidade da temática das drogas, não se vislumbra riscos para a realização da pesquisa. A escolha dos instrumentos de investigação (entrevista narrativa), levou em conta uma postura de abertura e liberdade dos participantes e o trabalho será realizado de acordo com as normas das instituições, em ambiente apropriado, de forma sigilosa e individual, em data previamente escolhida por eles. Assim, respaldados pela condução de uma escuta com abertura, liberdade e ética, não se considera que sejam relevantes os riscos de constrangimentos ou outros aspectos subjetivos.

**BENEFÍCIOS:** Apesar da relevância social dessa questão das drogas, e da relativamente grande a discussão acadêmica em termos epidemiológicos ou ideológicos sobre o tema, são insuficientes os trabalhos que se debruçam sobre a controversa apresentada nesse projeto, a saber, a coexistência na rede de atenção de estratégias de redução de danos e abstinência, e como tal, produtores de subjetividade nos usuários do sistema. Assim, acreditamos que este projeto possa contribuir, seja no âmbito das formulações das políticas públicas sobre drogas no Brasil, na medida que contribui para a ampliação das discussões sobre as políticas públicas sobre álcool e outras drogas, bem como para a psicologia social, ao pesquisar os processos de subjetivação dos usuários da rede de atenção. Também traz benefícios aos principais protagonistas da questão, os usuários do sistema, na medida em que permite a eles se posicionarem diante de seus próprios tratamentos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante; ainda não se tem publicações em quantidade significativa sobre a comparação entre unidades que tratam do usuário que faz uso abusivo de álcool e outras drogas na perspectiva de redução de danos, diretriz da Rede de Atenção Psicossocial/SUS. Projeto bem escrito com revisão bibliográfica atualizada, e coerência entre os objetivos e a metodologia de

**Endereço:** Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228  
**Bairro:** Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -  
PUCMG



Continuação do Parecer: 3.388.874

pesquisa escolhida. Por tal já se destaca a relevância, tendo em vista a publicização de resultados que podem enriquecer tanto políticas públicas como práticas em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão de acordo com as normas vigentes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315271.pdf	03/06/2019 18:04:56		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_Ao_CEP.pdf	03/06/2019 18:03:59	SERGIO ALEXANDRE ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLP_alterado.pdf	03/06/2019 18:03:05	SERGIO ALEXANDRE ALVES FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLP_FINAL.pdf	15/04/2019 15:12:21	SERGIO ALEXANDRE ALVES FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	15/04/2019 15:10:48	SERGIO ALEXANDRE ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	04/04/2019 14:58:46	SERGIO ALEXANDRE ALVES FERNANDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	04/04/2019 14:57:24	SERGIO ALEXANDRE ALVES FERNANDES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228  
**Bairro:** Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -  
PUCMG



Continuação do Parecer: 3.388.874

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**CRISTIANA LEITE CARVALHO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228  
**Bairro:** Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br