

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

Janete das Graças Paulino da Silva

**INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: dos sentidos subjetivos aos
processos de subjetivação**

Belo Horizonte
2019

Janete das Graças Paulino da Silva

INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: dos sentidos subjetivos aos processos de subjetivação

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.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli

Belo Horizonte
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S586i Silva, Janete das Graças Paulino da
Internação em comunidade terapêutica: dos sentidos subjetivos aos processos de subjetivação / Janete das Graças Paulino da Silva. Belo Horizonte, 2019.
167 f. : il.

Orientadora: Roberta Carvalho Romagnoli
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Biopolítica. 2. Comunidades terapêuticas. 3. Drogas - Tratamento. 4. Toxicomania. 5. Fenomenologia. 6. Subjetividade - Aspectos psicológicos. I. Romagnoli, Roberta Carvalho. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 615.9

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito - CRB 6/2999

Janete das Graças Paulino da Silva

INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: dos sentidos subjetivos aos processos de subjetivação

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.
Belo Horizonte, 2019.

Roberta Carvalho Romagnoli – PUC Minas

Maria Clara Jost de Moraes Vilela – CMMG

Maria Ignez Costa Moreira – PUC Minas

Belo Horizonte, 22 de março 2019

*Aos mestres e doutores que tanto contribuíram
em minha formação aumentando minhas
potencialidades na busca para conhecer o ser
humano.*

AGRADECIMENTOS

A busca pelo conhecimento traz críticas e inconformismo para que não aceitemos o que nos colocam como certo ou errado. O conhecimento pode mudar uma pessoa, sua família, seu mundo! Pesquise, estude, questione o que está imposto. Ele mudou o meu mundo, abriu possibilidades e trouxe um novo horizonte e novos sentidos de vida. Gostaria muito que nesse atual momento pessoas que já partiram estivessem aqui comemorando mais essa etapa vencida, mas infelizmente, não estão nesse plano terreno. Tenho certeza que deixaram em mim traços de esperança e coragem para superar momentos árduos e penosos, que, por vezes acreditei serem tão maçantes a ponto de considerar jamais superá-los. Contudo, como fui instruída desde cedo, por uma mulher muito corajosa a qual tive a honra de chamá-la de mãe, a fazer por mim mesma, acreditar, ter coragem, esperança e principalmente a ter fé, e fazer escolhas, aqui estou hoje agradecendo essa conquista.

Um casal com pouco ou quase nenhum dinheiro no bolso, formação primária, migrantes do Vale do Jequitinhonha veio morar na periferia de Belo Horizonte na década de 1960. A caçula dessa família, hoje possuirá com muito orgulho o título de mestre em Psicologia. Seria injusto citar nomes que contribuíram em minha formação acadêmica, pois isso exigiria uma memória que não possuo para nomear minhas professoras e professores do primário ao mestrado. Foram eles e elas, que também me ajudaram a crer que as dificuldades podem ser superadas, e a ver um mundo a partir de outro olhar e outras perspectivas. Nesse momento não posso deixar de agradecer as bolsas de ensino que recebi, ao financiamento estudantil que consegui e as instituições que acreditaram em meu potencial. Realmente espero, que outros alunos assim como eu, continuem tendo a oportunidade de abrirem livros ao contrário de apontarem armas, e que visualizem cada vez mais um novo horizonte, um novo mundo, com menos intolerância e menos ódio! Nos últimos tempos tenho andado com medo. Medo por ser mulher, medo por ser negra, medo por ser suburbana, medo de pensamentos radicalistas. Uma total insegurança instaurada na esfera social, que atravessa o meu íntimo e minha subjetividade, assim como de tantas pessoas. Espero que esses ditos NOVOS tempos incluam a sabedoria e a tolerância, o que acredito que virá através do conhecimento e do respeito.

Agradeço as minhas raízes por terem sido tão fortes, agradeço aos meus amigos que por vezes compartilham alegrias e acolheram tristezas, agradeço aos entrevistados que prontamente se disponibilizaram a relatar suas histórias possibilitando a elaboração dessa dissertação. Agradeço imensamente a minha orientadora, Roberta Romagnoli, que sem

hesitação aceitou orientar esse trabalho e tanto compreendeu minhas angústias e minha (des) orientação.

Muito obrigada a todos que contribuíram em minha formação!

*“Vai valer a pena
Ter amanhecido
Sem as tuas garras
Sempre tão seguras
Sem o teu fantasma
Sem tua moldura
Sem tuas escoras
Sem o teu domínio
Sem tuas esporas
Sem o teu fascínio
Começar de novo...”*

Ivan Lins

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas cresceu significativamente a partir da segunda metade do século XX de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que acarreta na necessidade de políticas públicas direcionadas para a educação, prevenção e tratamento. Nosso estudo teve como base o tratamento de usuários que foram submetidos à internação em Comunidades Terapêuticas (CT), e para isso buscamos compreender o contexto da política nacional de drogas em uma análise biopolítica, assimilando os discursos legitimadores médico e jurídico de controle. Além disso, discutimos o conceito de cura no âmbito da dependência química e as estratégias de intervenção utilizadas pelos usuários de drogas, e apresentamos os conceitos de CT no contexto brasileiro abarcando a história sobre o modelo institucional, sua introdução em território nacional e suas possibilidades e limites. Na pesquisa de campo, utilizamos como metodologia um estudo qualitativo em diálogo com a psicologia Humanista Existencial a partir de um olhar fenomenológico no intuito de abarcar os fenômenos decorrentes de uma internação em CT e os processos de subjetivação, entendendo que a dimensão social cria marcas e sentidos na existência. Nesse contexto, essa pesquisa se insere como uma pesquisa qualitativa que buscou os sentidos e significados da vivência dos ex-internos em CT's durante o período que passaram por essa modalidade de tratamento do abuso e dependência química. Para a realização das entrevistas foram selecionados quatro sujeitos, todos do sexo masculino, ex-internos de quatro CT's diferentes que passaram em tempos de permanência na instituição e encerramento distintos. De acordo com a metodologia escolhida também foi possível explorar durante a dissertação a experiência de trabalho da pesquisadora relatando durante o processo metodológico as vivências passadas pela mesma. Dessa forma, e por coerência metodológica para cada entrevistado foi trabalhado categorias temáticas específicas uma vez que a visão de mundo é única e subjetiva. O tratamento foi considerado como uma oportunidade de resignificação da existência, tomada de consciência do eu em uma reflexão crítica sobre as possibilidades de vida e o início de um novo projeto existencial, apresentando novos valores e novas perspectivas em uma demonstração de um ser-responsável. Compreendemos que a religiosidade pode ser legitimada em uma CT quando incorporada como um possível ponto de apoio, trazendo reflexões sobre si e o mundo, enquadrada em um *coping* positivo sendo uma escolha do usuário não inserindo, portanto, noções de pecado, punição e castigo divino. Concluímos que o conhecimento dos aspectos subjetivos e sociais são essenciais nesse contexto, direcionando nossos esforços para que cada

vez mais tenhamos espaços de tratamento digno, humanizado e de respeito para aqueles que sofrem e precisam de assistência quanto ao abuso/dependência química.

Palavras-chave: Biopolítica. Comunidade Terapêutica. Dependência Química. Drogas. Fenomenologia. Subjetivação.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances has significantly risen after the second half of the XX century, according to the World Health Organisation (WHO), which leads to the necessity of public policies aimed at education, prevention, and treatment. Our study has been based on the treatment of users who have undergone admission to Therapeutic Communities (TC), and, in order to do so, we have looked into the context of the national drug policies through a biopolitical analysis, assimilating the legitimising medical and juridical speeches of control. Moreover, we have discussed the concept of cure in the chemical dependency framework and the intervention strategies applied by drug users, in addition to introducing the concepts of TC in the Brazilian context, encompassing the history of its institutional model, and insertion in national territory, as well as its possibilities and limits. In the field research, we have used a qualitative study that dialogues with the Existential-Humanistic psychology as methodology, from a phenomenological perspective aimed at covering the phenomena arising from the admission to TC and subjectivation processes, taking into account that the social dimension builds marks and sense in existence. In this context, this research inserts itself as a qualitative research that has looked into the senses and meanings of former TC patient's experiences, during the period in which they underwent this type of treatment of chemical abuse and dependency. For the interviews, we have picked four male subjects, all of whom former patients of four different TCs and whose stay and discharge have happened in distinct times. According to the chosen methodology throughout this dissertation, it's also been possible to explore the researcher's work experience, having reported her past experiences during the methodological process. Therefore, and due to methodological coherence, for each interviewee, specific theme categories have been worked, since world perspectives are unique and subjective. The treatment has been considered an opportunity of reframing existence, and acknowledgment of oneself in a critical reflection about life possibilities and the beginning of a new existential project, introducing new values and new perspectives in a demonstration of a responsible being. We understand that religiosity can be legitimised in a TC when incorporated as a possible support, encouraging reflections about oneself and the world, framed in a positive coping as a choice of the user, thus not including notions of sin, punishment, and godlike penalties. We have concluded that the knowledge of social and subjective aspects are essential in this context, directing our efforts so as to increase the number of decent, humanised spaces for assistance, respecting those who suffer and need treatment of chemical abuse/dependency.

Key words: Biopolitics. Therapeutic Communities. Chemical Dependency. Drugs. Phenomenology. Subjectivation.

LISTA DE SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas

CCA - Comedores Compulsivos Anônimos

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CERSAM - Centros de Referência à Saúde Mental

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CMT - Centro Mineiro de Toxicomania

CNSM - Coordenação Nacional de Saúde Mental

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONFENACT - Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CT - Comunidade Terapêutica

DASA - Dependentes de Amor e Sexo

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas,

FECSUL - Federação Das Comunidades Terapêuticas Do Sul Do Brasil

FENNOCT - Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas

FETEB - Federação das Comunidades Terapêuticas do Brasil

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

JA - Jogadores Anônimos

LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico

MADA - Mulheres que Amam Demais Anônimas

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MPF - Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

NA - Narcóticos Anônimos

NATA - Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatras

OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

ONU- Organização das Nações Unidas

PFDC - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PVC - Policloreto de Polivinila

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte

SENAD - Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TJDFT - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios

LISTA DE IMAGEM

IMAGEM 1: Ilustração sobre Comunidade Terapêutica.....	21
--	----

LISTA DE TABELA

TABELA 1 - Informações dos Entrevistados	69
TABELA 2 - Informações sobre as Internações em CT	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2. CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS EM UMA ANÁLISE BIOPOLÍTICA E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	25
2.1 O Discurso Proibicionista no Cenário Internacional e Brasileiro	28
2.2 Os Discursos Legitimadores de Controle: Médico e Jurídico.....	32
2.3 O Conceito de Cura no Âmbito da Dependência Química	36
2.4 As Estratégias de Intervenção.....	39
2.4.1 <i>A Redução de Danos</i>	40
2.4.2 <i>CAPS AD</i>	43
2.4.3 <i>Grupos de Mútua Ajuda</i>	46
3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Possibilidades e Limites.....	49
3.1 CT no Contexto Brasileiro	51
3.2 CT, Religião e Psicologia.....	55
4. PROCESSO METODOLOGICO E INVESTIGAÇÃO DAS UNIDADES DE SENTIDO	62
4.1 Metodologia de Pesquisa	62
4.2 Subjetividade e Processos de Subjetivação.....	65
4.3 Embrenhando no Encontro com Pedro	70
4.3.1 <i>A Internação</i>	71
4.3.2 <i>Influência e Motivação</i>	75
4.3.3 <i>Afastamento Social.....</i>	77
4.3.4 <i>Acompanhamento Psicológico.....</i>	80
4.3.5 <i>A Família no Tratamento em CT</i>	83
4.4 Uma Visita a Casa da Família de Thulio	85
4.4.1 <i>O Motivo da Internação</i>	87
4.4.2 <i>Afastamento Social.....</i>	90
4.4.3 <i>Estrutura da CT</i>	91
4.4.4 <i>Expectativas e Sentidos Atribuídos</i>	93
4.4.5 <i>A Família no Tratamento</i>	95
4.4.6 <i>A Religião na CT.....</i>	97
4.4.7 <i>Frustração, Recaída e Cobranças</i>	99
4.5 Uma Parada no Almoço para Conversar	102
4.5.1 <i>Motivo da Internação</i>	103
4.5.2 <i>O Uso Compulsivo do Álcool.....</i>	106
4.5.3 <i>Motivação</i>	111
4.5.4 <i>Recaída</i>	113
4.5.5 <i>Religião.....</i>	114
4.5.6 <i>O Grupo de Mútua Ajuda</i>	116
4.6 Uma Conversa na Varanda.....	117
4.6.1 <i>Internação Compulsória?</i>	118
4.6.2 <i>Overdose nos Estados Unidos</i>	123
4.6.3 <i>Substituição de Drogas.....</i>	126
4.6.4 <i>Narcóticos Anônimos</i>	129
4.6.5 <i>O Tempo para um Dependente Químico</i>	133

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
BIBLIOGRAFIA	141
APÊNDICE I.....	156
APÊNDICE II	157
ANEXO A.....	159
ANEXO B.....	160
ANEXO C.....	161
ANEXO D.....	163

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas cresceu significativamente a partir da segunda metade do século XX, e segundo Pratta e Santos (2009), configura-se nas últimas décadas desse século como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a Organização Mundial de Saúde – OMS informou que entre as décadas de 1970 e 1990 ocorreu um crescimento de 70,44% no consumo per capita de álcool na população brasileira, situando o Brasil entre os 25 países que mais aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas neste mesmo período.

Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) - (BRASIL, 2014), os dados epidemiológicos disponíveis ainda são escassos e insatisfatórios, o que torna de grande relevância e importância novos estudos sobre o tema de uso e abuso de substâncias psicoativas, no intuito de que as políticas públicas sejam direcionadas adequadamente à nossa população. O primeiro levantamento sobre esse tema no Brasil ocorreu na década de 1980, mas as informações apresentadas não foram consideradas fidedignas, uma vez que não havia estudos comprobatórios. Na década seguinte ocorreram novas pesquisas, mas baseadas em populações específicas como, por exemplo, estudantes do ensino fundamental e médio e crianças em situação de rua. Somente no ano de 2001 sucedeu o primeiro levantamento com base domiciliar de abrangência nacional, definindo padrões relevantes sobre a nossa população e o consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014). Essa pesquisa foi realizada pela antiga Secretaria Nacional Antidrogas atual Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID). O levantamento atingiu as 107 maiores cidades do país, com pessoas de ambos os sexos, com idade entre 12 e 65 anos.

Este estudo inaugurou uma série histórica de pesquisas nacionais sobre o tema, garantindo ao Brasil informações atualizadas e padronizadas internacionalmente sobre as prevalências do uso de álcool e outras drogas pela população e suas tendências. (BRASIL, 2008, p.54).

Nesse mesmo estudo foi detectado que 52% dos brasileiros acima de 18 anos fazem uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao ano. Algumas informações foram consideradas preocupantes pela SENAD como: 11,7% dos entrevistados faziam uso frequente de álcool, sendo nomeado frequente o consumo de bebida alcoólica seis ou mais vezes em um período de um mês, e 6,7% faziam uso pesado, sendo nomeado pesado o consumo do álcool

vinte ou mais vezes em um mês. Em levantamentos mais recentes, a SENAD (BRASIL, 2014) apresentou uma pesquisa realizada em 2010 sobre o uso de drogas entre escolares brasileiros, do ensino fundamental e médio. O resultado dessa pesquisa mostrou que o álcool foi a substância lícita mais consumida entre os jovens pesquisados, e a maconha a substância ilícita mais utilizada. “As drogas mais frequentemente usadas pelos estudantes, no último ano, foram as bebidas alcoólicas e o tabaco, com proporções de 42,4% e 9,6%, respectivamente. Dentre as drogas ilícitas, a proporção mais elevada de consumo foi referente à maconha 3,7%”. (BRASIL, 2014, p. 112). Esses levantamentos demonstram dados estatísticos relevantes quanto ao consumo de substâncias psicoativas no Brasil.

O Estado, além de reprimir através de ações a distribuição e comercialização de substâncias psicoativas ilícitas, passou recentemente na história do Brasil a diferenciar o traficante do usuário de drogas. Tendo o intuito de discriminar as abordagens e manter um caráter de saúde pública. Para isso, foram criados órgãos institucionais para a prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários. No ano de 1998 foi fundada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) que agrega o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e os conselhos estaduais e municipais. (MASSOLIN FILHO, CORREA, 2013). Em 2008, com a publicação da Lei 11.754, a SENAD passou a ser chamada de Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, e a CONAD, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. A mudança no nome ocorreu no propósito de abandonar o termo “antidrogas”, que tinha uma conotação repreensiva, compreendendo o novo conceito “sobre drogas,” como mais holístico. É necessário ressaltar que até a metade do século passado era o modelo biomédico, ligado à assistência psiquiátrica, a única forma de tratamento oferecida pelo governo, que fundamentava toda a intervenção na expectativa de que, impossibilitando o acesso do dependente ao álcool e outras drogas e promovendo a sua desintoxicação, o usuário teria a possibilidade de afastar-se do uso e de manter-se abstinente (CETLIN, 2016). De acordo com Nilo (2013), somente em 2003, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), o Ministério da Saúde (MS) lançou uma política para aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo uma normativa sobre o assunto. Atualmente, é recomendado pela SENAD (BRASIL, 2014), um enfoque interdisciplinar no tratamento, implicando em uma integração mais ampla na abordagem do fenômeno e em uma combinação adequada entre tipo de ambiente, intervenções e serviços, para uma maior eficácia e um menor custo. O tratamento propriamente dito continua sendo assistido pelo Estado através dos hospitais psiquiátricos, leitos em hospitais dias e hospitais gerais ou nos Centros de Atenção

Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS AD).

Em contrapartida, a iniciativa de Organizações não Governamentais (ONG), como grupos de Ajuda Mútua ou Comunidades Terapêuticas (CT), tem sido utilizadas pela população. De acordo com a SENAD, “As Comunidades Terapêuticas (CT’s) são equipamentos na fronteira da saúde e assistência social que oferecem acolhimento, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2014, p.260). No ano de 2010, o Governo Federal considerou as CT’s serviços essenciais à saúde, possibilitando, através de edital de Concessão de Subvenção Social, o repasse de cerca de trezentos e noventa mil reais com o intuito de criar uma parceria para o atendimento de usuários abusivos de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011a; NILO, 2013; AGUIAR, 2014; BRASIL, 2014). Com o financiamento público, ocorreu uma mobilização de entidades ligadas à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial contra o financiamento das CT’s, uma vez que o incentivo estatal dessa modalidade de tratamento está na contramão do modelo de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) que prevê serviços dentro do território do usuário e de portas abertas. A reforma psiquiátrica brasileira é um movimento sociopolítico iniciado na década de 1970, visando a inclusão do paciente em seu território e viabilizando estratégias para o exercício da cidadania em todos os seus aspectos. “A reforma, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando à inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura” (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 24).

O interesse por esse tema surgiu a partir de um estágio curricular no período da minha graduação em psicologia, realizado durante dois semestres entre 2008 e 2009, em uma CT administrada por uma organização religiosa na região metropolitana de Belo Horizonte/MG (RMBH). Nesse espaço, minha função era coordenar uma oficina reflexiva, uma vez por semana, com os internos da instituição. A partir dessa prática e de fatos presenciados como, por exemplo, a obrigatoriedade para que todos os internos participassem das atividades, e de algumas narrativas quanto à hierarquia e disciplina, observei o rigor e a rigidez institucional, e comecei a refletir criticamente quanto a essa modalidade do tratamento de dependência química. Apesar de sempre apontar aos internos a livre participação em minhas oficinas e esclarecer o caráter espontâneo, muitas vezes foi narrada a falta de vontade de participarem das atividades; porém, permaneciam no espaço pelo receio de serem repreendidos pela monitoria. Assim, eu acordava com o grupo que participassem somente aqueles que tinham interesse e que os demais poderiam observar, ficando o caráter voluntário durante a minha

coordenação deixando sempre claro que aqueles que não tinham e não demonstravam o interesse na atividade não seriam repreendidos em minha oficina. Depois de duas ou três semanas mantendo o acordo todos colaboravam espontaneamente, verbalizando o quanto era importante o espaço livre e independente da oficina terapêutica.

Em uma dessas primeiras atividades terapêuticas, em que somente parte do grupo participava da oficina, um dos internos pegou uma folha em branco e um lápis que foram levados para a dinâmica e permaneceu em um canto da mesa desenhando, enquanto eu coordenava o grupo. Ao terminar a tarefa e despedir-se, esse interno me chamou e me presenteou com o desenho, falando que era o que ele esperava da instituição e o que havia encontrado. Contou um pouco de sua história e do uso de *crack*. Falou que considerava importante a instituição oferecer oficinas profissionalizantes, oficinas reflexivas, e atendimento terapêutico individualizado para ajudá-lo no processo que vivia quanto ao abuso de drogas.

Desenho 1: Ilustração sobre Comunidade Terapêutica



Fonte: Desenho elaborado pelo interno durante atividade em CT no ano de 2009.

Em outro momento, quando finalizei a atividade programada do dia, uma pessoa, também interno na CT, pediu para falar com o grupo e comentou o quanto era importante para ele permanecer internado, apesar de algumas avaliações negativas dos colegas sobre a CT. Disse que iria representar aquele espaço com um “versinho”, que era assim:

Estava em alto mar quase afogando quando apareceu um barquinho e com muita luta consegui entrar. Estou remando e remando, bem devagar... Mas sei que ao longe existe terra firme e sei que um dia conseguirei chegar. Quando chegar verei outros horizontes que não seja só o mar! (L., Interno)¹

Esses dois fatos me colocaram a pensar sobre quais os motivos que levavam aquelas pessoas a permanecerem na instituição com todos os apontamentos negativos verbalizados durante as atividades terapêuticas, uma vez que o tratamento é de caráter voluntário e pode ser interrompido a qualquer momento pelo próprio interno. Quais os sentidos atribuídos ao processo de internação, quais as necessidades de afastamento social? Como descrito por L. nesse pequeno trecho, representando a CT em um barco que o ajudou de um naufrágio em que rema para alcançar a terra firme, um lugar em que acredita que o trará novos horizontes e novas perspectivas. Assim, como o primeiro interno que demonstrou no desenho o desejo de um lugar que o trouxesse conhecimento e que o afastasse do trabalho braçal.

Após minha graduação fui efetivada para trabalhar em outra instituição também denominada CT como psicóloga responsável pela triagem, acolhimento e execução das oficinas terapêuticas de filme e música com os internos. Desempenhei essas funções por três anos, e novamente observei no exercício do trabalho que muitos usuários de drogas chegavam à busca de internação na CT sem nunca terem procurado por nenhuma outra modalidade de tratamento. Por várias vezes, questionei ou orientei usuários a buscarem a terapia individual, grupos de mútua ajuda ou o CAPS AD antes de uma internação em CT, explicando as restrições, o afastamento social e a possibilidade de tratamento que não fosse baseado em internação. Não foram poucas as respostas de usuários que diziam que precisavam justamente desse afastamento ou que relatavam já terem passado por outros serviços, tendo procurado o CAPS e ou grupos de mútua ajuda e não se adaptarem a essas modalidades terapêuticas. Além disso, existiam aqueles que estavam em situações consideradas desfavoráveis, sendo pressionados por familiares a procurarem o tratamento na modalidade de internação. Com os usuários que estavam na instituição, durante as oficinas terapêuticas busquei elaborar

¹ Relato de um interno durante atividade desenvolvida em Comunidade Terapêutica.

atividades reflexivas, trabalhando questões como dificuldades de comunicação, de estabelecer limites para si mesmo e para o outro, cedendo o espaço para uma demanda espontânea no qual o interno encontrasse um lugar sem julgamento repressivo e/ou censor. A partir de então, promovendo, e possivelmente desencadeando um pensamento crítico sobre como a substância psicoativa alcançou seu modo de vida, seja a droga, inserida em momentos festivos e de prazer, ou seja, em momentos de angústia e tristeza. Nessa instituição a coordenação ressaltava a importância do tratamento terapêutico, o que era um agente facilitador na execução do meu trabalho. Porém, acredito que a falta de estrutura física e de profissionais adequados, além da rigidez e a inflexibilidade de algumas instituições, prejudicam o trabalho do profissional de psicologia, como ocorria quando era estagiária. Atualmente não mantenho nenhum vínculo trabalhista com instituições denominadas CT's, mas em consultório terapêutico atendo a ex usuários e/ou familiares com demandas sobre questões de abuso de substâncias psicoativas.

Contudo, sabemos que apesar das grandes críticas referentes ao tratamento adotado em CT, há um significativo número de usuários que procuram por essas instituições. Salientamos a atual necessidade de estudos que evidenciem os motivos e motivações que conduzem a procura por essa modalidade de tratamento, uma vez, os usuários são conhecedores de que um dos critérios específicos de tratamento em CT é a abstinência e o afastamento social, visto que no período de internação os internos estarão restritos a quaisquer contatos. Passando assim, não só pela abstinência do uso de substâncias psicoativas, mas também pela abstinência sexual e pelas restrições sociais.

Desse modo, apresentamos a relevância sobre o assunto e a necessidade de pesquisas que nos auxiliem na compreensão e entendimento do uso de substâncias psicoativas na atualidade surgindo, assim, o tema dessa dissertação que foi compreender o tratamento em uma CT na perspectiva do usuário que passou por essa modalidade terapêutica. Nessa perspectiva, no capítulo 2, trabalhamos o contexto da política nacional sobre drogas em uma análise biopolítica e as estratégias de intervenção utilizadas como mecanismos de tratamento em nosso país buscando delinear as questões subjetivas em articulação com as questões sociais de acordo com autores que trabalham o controle social sendo um atravessamento na subjetividade, como, por exemplo, Foucault e as perspectivas existenciais como, por exemplo, Viktor Frankl, Carl Rogers e Rollo May. No capítulo 3 foi apresentado o conceito de Comunidade Terapêutica, rastreando os sentidos da internação, o papel da psicologia e da religião em uma CT. Como metodologia apresentada no capítulo 4, trabalhamos nesse estudo a perspectiva psicológica da Fenomenologia Existencial Humanista como interlocutora, para

sustentar o trabalho baseado em um estudo qualitativo por ser um recurso de interpretação a proporcionar pressupostos filosóficos e psicológicos que nos conduziram a compreender o fenômeno tal como ele se apresenta, favorecendo a relação entre o sujeito e seu mundo circundante, desvelando o que foi vivido sobre a vivência, e possibilitando explorarmos o fenômeno experimentado pelo entrevistado. Dessa forma e por coerência metodológica, para cada entrevistado foi trabalhado categorias temáticas específicas uma vez que a visão de mundo é única e subjetiva. De acordo com a metodologia escolhida também foi possível explorar, durante a dissertação, a experiência de trabalho da pesquisadora relatando, durante o processo metodológico, as vivências passadas pela mesma.

Para isso, discutimos a dependência química no contexto atual brasileiro e analisamos o conceito de tratamento apresentando as estratégias de intervenção da atualidade; identificamos e discutimos sobre os pressupostos teórico-filosóficos que orientam o programa terapêutico das CT's; e, buscamos assimilar os processos de subjetivação dos internos que passaram por CT, evidenciando a manutenção do uso da droga e as saídas presentes frente ao abuso e/ou dependência química, bem como os sentidos que são dados a esse processo. Assim, nos guiamos pela Psicologia Existencial Humanista como uma chave de leitura e compreensão das relações dos sujeitos usuários de substâncias lícitas e ilícitas e os processos de subjetivação decorrentes da internação em uma CT, rastreando os sentidos que emergiram a partir das experiências vividas.

2. CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS EM UMA ANÁLISE BIOPOLÍTICA E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Pode-se dizer que a droga, como vários elementos sociais, segue a evolução das culturas, mudando a frequência ou o tipo de consumo de acordo com as condições e os processos sociais e culturais existentes. Nesse sentido, o consumo de drogas é um fenômeno que possui atravessamentos históricos e sociais. O uso de substâncias psicoativas, ao contrário do que é pensado pelo senso comum, não é um evento novo no repertório humano, não sendo assim um fenômeno exclusivo da época em que vivemos. Encontramos ao longo da história da humanidade a utilização de várias drogas em rituais religiosos, nos processos laborais, na busca da cura das enfermidades do corpo e da psique, além dos momentos festivos e recreativos. (CARNEIRO, 2005; FIORE, 2005; ALBUQUERQUE, 2010; LIMA FILHO, 2010; NILO, 2013; MACHADO, BOARINI, 2013; SOUZA, 2014; BRASIL, 2014; CETLIN, 2016; COELHO et al., 2016). No intuito de melhor assimilarmos e compreendermos esse capítulo, será imprescindível conceituarmos a palavra droga, uma vez que essa palavra é cercada de concepções e será citada em vários momentos ao longo dessa dissertação. De acordo com Carneiro (2005):

[...] A palavra “droga” provavelmente deriva do termo holandês *droog*, que significa produtos secos e servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e medicina. Mas o termo também foi utilizado na tinturaria ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer. (CARNEIRO, 2005, p. 11).

Na atualidade, a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) conceitua a palavra droga utilizando o seguinte apontamento:

Drogas são substâncias psicoativas utilizadas para produzir alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, de qual droga é utilizada, em que quantidade, do efeito que se espera e das circunstâncias em que ela é consumida. (BRASIL, 2014, p.70).

A conceituação da palavra é abrangente e apesar de ser utilizada durante vários séculos, pouco sofreu alterações em seu vocábulo. Esclarecemos que nesse estudo o uso da palavra droga foi utilizado tanto para a elaboração dessa dissertação como nas entrevistas realizadas, tomando como base o conceito de substância psicoativa, e tendo como resultado a alteração da consciência, sejam essas substâncias consideradas lícitas ou ilícitas pela legislação brasileira. Segundo Albuquerque (2010), o conceito de droga é relativo e

simbolicamente constituído de acordo com demandas sociais, formas de dominação incorporadas ao uso e composições históricas. Carneiro (2005) acrescenta, tendo como base uma perspectiva sócio histórica, que:

[...] As drogas são os instrumentos mais eficientes para se obter prazer e para se combater a dor. Não apenas a dor física, para a qual os analgésicos são bálsamos, como também a dor psíquica, para a qual as drogas são consoladoras supremas. (CARNEIRO, 2005, p.15).

Contudo, apesar de provocar efeitos prazerosos e diminuir as dores do corpo do ser humano, o uso do termo, de acordo com Nilo (2013), foi historicamente categorizado de forma negativa, enaltecendo interesses políticos e econômicos. Apoiando em uma visão histórica, Carneiro (2005) acrescenta que em tempos longínquos não havia a definição clara entre droga e alimento. Porém, na atualidade, o uso de drogas está associado a uma perspectiva multicasional, compreendendo o ambiente/sujeito/substância. (CRUZ, 2005; PAIXÃO et al., 2018). Entretanto, ainda segundo Carneiro (2005), existem mecanismos de controle que interessam as esferas políticas, econômicas e jurídicas utilizando instrumentos que se tornam cada vez mais rentáveis em pleno exercício de poder. Poder esse que é opressor e repressivo, produzindo realidades a partir de tecnologias de controle e domínio o que foi nomeado de acordo com a teoria foucaultiana como biopoder. (CAMPOS, 2017). Segundo Duarte (2006) e Souza (2014), o biopoder está nas práticas sociais institucionalizadas do saber e na influência que tais mecanismos exercem sobre o corpo e o espaço, controlando nossas formas de existência, produzindo cada vez mais corpos dóceis e alienados em narrativas de comando, como, por exemplo, as explicações sobre o uso de drogas oriundas dos discursos médicos e jurídicos. Esse poder que gerencia a vida se exerce nas relações, se sustenta nas normas, em ideias, que são, de fato, construídas, mas às quais se concede com o *status* de verdade. Essas verdades transitam por todos os eixos do poder e em torno das quais as pessoas são estimuladas a moldar e a fabricar suas vidas e seu cotidiano.

[...] O poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação que o poder não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força. (FOUCAULT, 2004, p.175).

Para Foucault (2004), relações de força, controle e poder interferem em estratégias políticas, direcionando técnicas econômicas e sociais, com normatizações que aparecem no caso da legislação de drogas acerca do que se pode e o que não se deve usar, apontando e

caracterizando substâncias lícitas e ilícitas controlando as subjetividades em seu cotidiano. “O biopoder é antes de tudo um poder que “faz viver”, um poder insidioso, que conduz e normaliza na medida em que cuida e acolhe.” (SOUZA, 2014, p.989). Para assegurar o seu cuidado, recorre a discursos médicos que legitimam outros discursos, como por exemplo, o discurso jurídico sobre o certo e o errado de condutas humanas, sobre seu prazer, em análises nem um pouco subjetivas e particulares.

Por outro lado, abordando não as relações de poder, mas a subjetividade, na perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial o homem existe de acordo com sua condição de ser-no-mundo. (CAPALBO, 2008; JOST, 2014; BRAGA; FARINHA, 2017; ANGERAMI, 2018). Ou seja, é um ser em si, um ser para si, um ser em relação constante. “[...] E a questão do ser-no-mundo converge diretamente para a angústia do aqui e agora”. (ANGERAMI, 2018, p. 49). De acordo com Capalbo (2008), a fenomenologia compreende todas as experiências, sejam elas negativas ou positivas, como experiências reveladoras de liberdade de pensamento, expressões e de quebras de imposições. Sendo assim, o uso de substâncias psicoativas pode ser compreendido psicologicamente como uma entre muitas possibilidades que o ser humano possui como relação de um ser-no-mundo, com a possibilidade de alteração da consciência em uma tentativa de diminuir o sofrimento e sua angústia existencial. (SODELLI, 2010). Corroborando Braga e Farinha (2017) acrescentam:

Assim, em contraposição a uma perspectiva abstracionista, a perspectiva fenomenológica existencial procura compreender as experiências humanas em sua totalidade. A existência não é apenas uma característica entre outras, mas busca abarcar todas as dimensões de nossas experiências, já que existimos com todos e em todos os aspectos que participam de nós mesmos – nosso meio social, nosso corpo biológico, as relações afetivas que estabelecemos etc. (BRAGA; FARINHA, 2017, p.69).

Para Sodelli (2010) não devemos definir o uso de substâncias psicoativas meramente como uso problemático, e portanto, passível de danos e prejuízos tratando o assunto a ponto de repreender de forma intolerante, punitiva e reducionista. “[...] Assim, podemos compreender, primeiro, que o uso de drogas não leva necessariamente a uma patologia.” (SODELLI, 2010, p. 643). Deve-se, pensar esse fenômeno em sua totalidade como um dos vários meios que o ser humano busca entre uma relação com o mundo e com si, tecendo uma trama de sentidos interpretados de forma singular. Para melhor assimilação de alguns conceitos de contextos biopolíticos, abordamos a seguir algumas questões relevantes aos discursos proibicionistas adotados quanto ao uso de drogas.

2.1 O Discurso Proibicionista no Cenário Internacional e Brasileiro

A datar de nossa colonização já existia uma ressalva a determinadas substâncias, seguindo conceitos moralistas e cristãos, como quando eram extirpadas ervas e raízes utilizadas por negros e índios, exaltando-se, no entanto, o vinho manipulado como elemento sagrado e religioso. (CARNEIRO, 2005). Mas a descrição da proibição no Brasil tomou força a partir do século XIX, quando o uso e o comércio de determinadas substâncias psicoativas foram consideradas mundialmente danosas, passando a ter grande relevância internacional, abordando fatores sobre a temática nas questões sociais, e sofrendo grande influência moral, religiosa, política e principalmente econômica.

Os Estados Unidos, apesar de evidenciarem um modelo economicamente liberal, porém, conservadores no tocante aos costumes, foram os precursores nas esferas políticas, acentuando uma intervenção sobre os costumes a serem adotados e legitimando um modo de vida ideal em um pleno exercício do saber e do poder. Passaram, a exportar não só seus bens e serviços, mas também um modelo de vida americano que deveria ser seguido por todos. (FIORE, 2005; RODRIGUES, 2005; ALBUQUERQUE, 2010; NILO, 2013; SOUZA, 2014). O início de uma intervenção internacional ocorreu, segundo Souza (2014), a partir da Comissão Internacional do Ópio que logo foi substituída pela “Guerra contra o Ópio”, datada em 1909. Segundo Rodrigues (2005) a conferência originou o primeiro documento internacional a registrar mecanismos de controle em um mercado que até aquele momento encontrava-se desprendido e isento de quaisquer responsabilizações. Vale salientar que o interesse na repressão quanto ao ópio advinha da grande influência que a Inglaterra possuía naquele momento sobre os países do oriente, em que o eixo comercial resultava em acordos diplomáticos e que os Estados Unidos desejavam enfraquecer. (BRASIL, 2014).

O que observamos ao longo do século XX foi que a base de sustentação biopolítica proibicionista serviu como matriz potencial para a construção de diferentes estratégias de intervenção que aliam poder de repressão com interesses econômicos diversos. (SOUZA, 2014, p. 993).

O discurso apresentado mantinha pilares morais e religiosos, mas é preciso apontar que seu eixo principal sempre esteve na economia e na política internacional. Além disso, de acordo com Fiore (2005), difundia também uma clara xenofobia, não sendo tolerado um modo de vida de etnias e classes consideradas inferiores, o que foi apontado por Souza (2014) na teoria da degenerescência quando raças eram categorizadas por alguns fenômenos acreditando que doenças eram transmitidas de forma hereditária, sendo passível assim de um controle

higienista. Desse modo, o evento das drogas foi atrelado a hábitos de determinadas populações consideradas indignas ou perigosas, passando a prática do consumo de determinada substância a ser categorizada como inadequada e imprópria. O álcool, cocaína, maconha e ópio, por exemplo, eram atrelados aos negros, mexicanos e asiáticos, (FIORE, 2005; SOUZA, 2014; CETLIN, 2016; AZEVEDO; SOUZA, 2017), estabelecendo assim, dispositivos institucionais legitimando, portanto, o discurso proibicionista e a necessidade de uma normatização que veio através de uma série de acordos políticos e a possibilidade de intervenção na subjetividade da população. Demonstrando, dessa maneira, como os dispositivos de poder são cada vez mais sofisticados e prescrevem a todo o momento formas de ser e de existir.

Em território nacional, o discurso não foi diferente dos padrões e modelos internacionais. Porém, o ópio, devido a nossa localização geográfica, não era a substância mais consumida por nossa população. Sendo assim, na II Conferência Internacional do Ópio, os representantes do Brasil e do Egito colocaram em pauta a proibição do consumo e venda da *Cannabis Sativa*, conhecida popularmente no Brasil como maconha, comparando seus efeitos com o de outras substâncias como ópio, heroína e morfina. Contudo, tempos depois essa proibição ganhou força quando a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu que a substância possuía características prejudiciais a saúde, apesar de não especificarem tais prejuízos, demonstrando um discurso médico legitimado pelo biopoder. (CARLINI, 2006; LIMA FILHO, 2010). De acordo com Rigoni et al (2007), a maconha proporciona efeitos prazerosos e de desprazer, sendo categorizados alguns como: relaxamento, a possibilidade dos cinco sentidos ficarem mais aguçados, paranóia, diminuição das habilidades mentais, entre outros.

Na metade do século XX, a conjuntura brasileira era de plena expansão industrial e econômica, existindo a necessidade de uma mão de obra e ocorrendo o início da migração da população para as grandes cidades em busca de trabalho. Sendo assim, o mercado brasileiro precisava que seus trabalhadores fossem cada vez mais produtivos para o ofício em grandes fábricas, intuindo o crescimento econômico. (MACHADO; BOARINI, 2013). De acordo com Fiore (2005), Lima Filho (2010) e a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (BRASIL, 2014), naturalmente, no mesmo período sucede a proibição do uso da maconha em nosso país, atrelada diretamente ao controle sobre o comportamento de determinada parcela populacional, principalmente os negros e pobres. Reforçando esse conceito, “[...] A maconha, desde então, era associada às classes inferiores de negros e mulatos e à prática de delitos.” (NILO, 2013, p.34). Nesse aspecto a teoria da degenerescência, apontada por Souza (2014),

sucedem no contexto social brasileiro quando associa determinada classe a um comportamento que merecia ser reprimido e extirpado, estabelecendo uma intervenção disciplinar no seu modo de ser e em suas práticas culturais. Para o autor, “[...] Foi necessário somente que o fenômeno das drogas fosse estrategicamente atrelado aos hábitos de determinados grupos populacionais conforme os interesses políticos e econômicos de dominação”. (SOUZA, 2014, p. 994). O candomblé, a capoeira, e demais práticas culturais de origens africanas não eram conceituados como práticas de boa conduta sendo associados diretamente com o uso da maconha, que de acordo com a SENAD (BRASIL, 2014), era considerado o “ópio do pobre”.

Já as demais substâncias como o álcool, a morfina, a cocaína e o ópio eram associados a “vícios elegantes” usados geralmente por jovens brancos, de poder aquisitivo e elitizados, normalmente boêmios que faziam uso de substâncias que alteravam a consciência e a percepção em momentos de lazer e diversão. A esses, difundia o discurso biomédico, e eram merecedores de tratamento. (BRASIL, 2014). Outra substância muito consumida pela elite brasileira de acordo com Albuquerque (2010) é a cocaína que durante algumas décadas em nosso país, esteve estreitamente ligada à elite brasileira, tendo prestígio social, correlacionando a prática do uso a algo elegante e sofisticado. Mas, novamente, passou a ser estigmatizada e com as mudanças conceituais internacionais, as concepções sobre o uso e comercialização de drogas foram redirecionadas no Brasil. Para tanto, entenderemos o que acontecia no mundo que acarretou tais configurações que permeiam nossa legislação.

Devido a pressões internas marcadas pelo discurso de segurança e bem estar, o governo dos Estados Unidos, a partir do último século adotou a política de “Guerra as Drogas”, servindo de paradigma para o mundo ao fundamentar a necessidade de controle sobre as condutas do mercado. (FIORE, 2005; ALBUQUERQUE, 2010; NILO, 2013; SOUZA, 2014). Segundo Rodrigues (2005), o governo federal americano estabeleceu no início da década de 1970 as drogas ilícitas como o grande inimigo da nação. Passaram, então, a serem exibidos os países agressores ao modo de vida americano e os países vítimas da ilegalidade do comércio de substâncias ilícitas. Em decorrência a esse padrão adotado, os países em desenvolvimento foram associados erroneamente como sendo países produtores de matéria prima de substâncias psicoativas ilícitas, sendo conceituados como países de baixo crescimento econômico, portanto, passíveis a sofrer com a possibilidade de interferências internacionais. Assim, legitima-se um discurso normatizador de controle, exercício do poder que permeia interesses políticos e econômicos, claramente pautados no biopoder de acordo com a teoria foucaultiana. Segundo Zaluar (1999), toda a estratégia de guerra às drogas organizada pelos Estados Unidos foi infrutífera e não apresentou resultados quanto à

diminuição do consumo ou a desestruturação da organização do narcotráfico internacional. Para a autora, a demonização das drogas ilícitas reforçou ações violentas, e ajudou a considerar de forma errônea substâncias como um mal humanizado passível de ser debelado do mundo. “[...] Os Estados Unidos também vêm adotando uma política repressiva das mais violentas e inúteis nos últimos tempos”. (ZALUAR, 1999, p. 19).

De acordo com Nilo (2013), o Brasil manifestou uma postura política proibicionista seguindo o modelo norte-americano, mas com pouca ou nenhuma efetividade em suas práticas repressivas. Os brasileiros, segundo a autora, que mais sofrem com a repressão continuam a ser os pobres e negros, demonstrando uma divisão de classes que já é conhecida historicamente pela nossa população. Corroborando com esse apontamento, Cetlin (2016) acrescenta: “No Brasil, a marcação se apóia na condição social tanto para o uso de drogas como no tráfico. Em geral, a incidência está nos territórios periféricos e nas pessoas negras.” (CETLIN, 2016, p. 102). Ou seja, desde sempre na história de proibição do uso de drogas no Brasil há uma censura moralista e estigmatizadora da população mais carente e considerada inferior. (LIMA FILHO, 2010). Segundo Adorno (2010) a repressão da política sobre drogas no Brasil deve ser reexaminada, uma vez que não considera a existência do uso de substâncias psicoativas ilícitas “sem problemas”, desconsiderando a experiência do sujeito. Para o autor, o Estado cada vez mais representa a prática do uso a questões geradoras de mal estar e violência social. Ratificando essa afirmação Sodelli (2010) acrescenta:

A resposta mais imediata é que o uso de drogas pode causar algum dano à saúde e pior, pode causar também uma grave patologia, o fenômeno da dependência. Vale lembrar que esses estão entre os principais argumentos que justificam a atual política mundial da intolerância e de repressão ao uso de drogas, o modelo preventivo da intolerância e da guerra contra as drogas. (SODELLI, 2010, p. 640).

Assim, se aplica mecanismos de controle, que de acordo com a teoria foucaultiana são dirigidas ao sujeito e sua forma de viver. “[...] Nem todos os que usam desenvolvem problemas com o uso; em segundo lugar de que o uso na ilegalidade traz mais riscos pessoais, psicológicos e físicos aos usuários do que uma política que descriminalize usos.” (ADORNO, 2010, p. 20). Esse conceito vem de encontro com o apresentado pela perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial que compreende que o uso pode ser uma entre muitas possibilidades que o ser humano possui em uma relação de mundo. (SODELLI, 2010).

Claro que não desconsideraremos que alguns terão uma relação de dependência, e nossa dissertação é baseada em sujeitos que tiveram problemas com o uso de substâncias psicoativas. Mas, consideramos que as políticas proibicionistas não devem ser fundamentadas na argumentação de que as drogas “causam mal” uma vez que o uso destas substâncias não

está relacionado somente à esfera patológica. Em contraponto, apontamos que já existem políticas internacionais de descriminalização das drogas que apresentam resultados significativos, a exemplo, Portugal que descriminalizou o uso de drogas desde o ano de 2000. Ressaltamos que a descriminalização não significa e não pode ser compreendida erroneamente como sinônimo de legalização. Na descriminalização em Portugal o consumo e a posse não são tratados como crime, portanto, o consumidor não é visto como criminoso, mas passível de sanções, sendo encaminhado a “Comissões de Dissuasão para a Toxicod dependência” que após analisar o perfil do usuário poderá aplicar sanções administrativas, apoio psicológico e encaminhamento para tratamento. (MARTINS, 2013; NETO, 2016). Desse modo, “no que se refere às taxas de uso, pós-descriminalização, Portugal tem as mais baixas da União Européia quando comparadas com outros países onde figura a criminalização da droga”. (MARTINS, 2013, p. 341). Corroborando com essa afirmativa, Neto (2016) acrescenta que em relatório apresentado no ano de 2009 foi constatado que ocorreu uma redução no consumo de drogas pela população jovem de Portugal, assim como doenças e mortes relacionadas com o uso, aproximando o usuário não dependente cada vez mais de mecanismos de promoção de saúde e redução de danos. Nessa perspectiva, compreendemos que esse modelo apresenta-se mais eficiente e humanizado se comparado com o modelo proibicionista adotado pela maioria dos países, auxiliando os usuários, problematizando as condições da produção de dependência e buscando saídas que o empodere, apostando em sua capacidade de lidar com sua existência.

2.2 Os Discursos Legitimadores de Controle: Médico e Jurídico

Para melhor entendermos a política repressiva adotada e o fomento do biopoder que atravessa a subjetividade dos usuários de drogas, abordarei os discursos médicos e jurídicos que legitimam o proibicionismo e técnicas opressoras. A nesses discursos, o usuário é visto como um doente mental ou como uma pessoa de conduta desviante passível de tratamento e/ou punição da lei. O discurso baseado no modelo biomédico é legatário da racionalidade científica, caracterizado pelas ciências biológicas, propondo que a ação das drogas no sistema nervoso central é determinante no estabelecimento da dependência, prevalecendo aspectos químicos e neurobiológicos. De acordo com esse modelo o padrão de uso classificado como não-problemático pode passar para problemático a partir de considerações fisiológicas, e o tratamento é fundamentado na abstinência e no uso de medicamentos. Nessa perspectiva, o referencial está na doença e no agravo que essa estabelece em um corpo necessitado de

cuidados, apresentando uma visão reducionista sobre um complexo arranjo que não vê o sujeito em um contexto bio-psíquico-espírito-social, ou seja, estabelece somente uma relação entre sujeito e doença. Diferente da compreensão apresentada pela perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial, que compreende o ser humano em sua totalidade, sendo um corpo físico com um pensamento autônomo e liberdade de escolhas em um contexto social. (SODELLI, 2010; ANGERAMI, 2018). O modelo reducionista limita as experiências com as substâncias psicoativas e o pensamento autônomo do usuário. (ACSELRAD, 2005; CETLIN, 2016; GEWEHR et al., 2017). Segundo Medeiros (2010), o modelo médico na abordagem de usuários de drogas está centrado em uma ampla medicalização, na possibilidade de internação para a desintoxicação ou em um tratamento diurno e ambulatorial. Assim, é legitimada a atenção ao usuário colocando-o no lugar de doente, e portanto, passível de atenção integral e de um saber que o assegura como sujeito que deve passar por cuidados demonstrando um aspecto que pode ser considerado simplista sobre o assunto. Cetlin (2016), acrescenta que nessa perspectiva é transferida a responsabilidade ao círculo social do usuário, menosprezando o auto cuidado e a tomada de decisões sobre o uso de quaisquer substâncias psicoativas. Completando essa afirmação “[...] o que podemos perceber é que esse modelo biomédico, centrado na doença, deprecia o interesse pela experiência do paciente.” (GEWEHR et al., 2017, p.38). Desconsiderando o sentido que o sujeito estabelece ao usar substâncias psicoativas e como esse sujeito deve ser compreendido em sua totalidade. “[...] O sentido pode se expressar por meio do significado que se dá a uma ação, ou por meio da direção, do rumo que se dá à vida.” (GIOVANETTI, 2017, p. 99). Muitas vezes, a proposta de tratamento para os usuários de álcool e outras drogas, estabelecida pelo modelo biomédico, ignora o sentido que permeia o uso de substâncias e toda a sua complexidade. Pautando o tratamento na abstinência ou na utilização de medicamentos, impondo ao sujeito o dever de manter-se afastado daquilo que é considerado como o objeto causador do seu mal, e esquecendo de um arranjo de fatores que abarcam o uso. A abstinência também é adotada na proposta de tratamento das Comunidades Terapêuticas (CT), que examinaremos no próximo capítulo, no qual é dever do usuário o afastamento de quaisquer substâncias psicoativas.

A abstinência foi, através de um conjunto de elementos, deixando de ser somente uma norma moral religiosa, da castidade em relação aos prazeres da carne, para se tornar a um só tempo uma lei e uma diretriz clínico-psiquiátrica. (AZEVEDO; SOUZA, 2017, p. 494).

Para Perls, Hefferline e Goodman (1997), no livro *Gestalt-Terapia*, muitos pacientes procuram tratamento médico e recebem um parecer incorreto operando uma fragmentação entre mente/corpo, desconsiderando a existência de um sistema além do corpo fisiológico. De acordo com Barros (2002), ocorre também uma interferência na vida do usuário passando a considerar quaisquer problemas, como, por exemplo, fisiológicos, psicológicos ou até mesmo as questões econômicas e sociais passíveis de tratamentos medicamentosos. Para GEWEHR et al. (2017), o modelo biomédico demonstra um certo esvaziamento sobre o adoecimento e sobre as possibilidades terapêuticas. Além disso, Medeiros (2010) inclui que:

[...] É notória a resistência por parte das instituições de tratamento em reconhecer o insucesso do modelo biomédico e a dificuldade de rever e reinventar formas de lidar com a problemática das drogas e tudo que ela implica na sociedade contemporânea. (MEDEIROS, 2010, p.195).

De acordo Gewehr et al. (2017), o propósito da intervenção médica deve ser pautado no bem estar, recuperação e promoção de saúde e não na normatização da existência. Amparada perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial esse conceito é afirmado ao considerar que o homem ex-iste, escrito com hífen, no intuito de manter a etimologia da palavra como um ser de relação, liberdade e abertura. (ANGERAMI, 2018). Portanto, o conceito médico não deveria legitimar práticas opressivas de tratamento e condutas, demonstrando uma forma de poder centrado na regulação da vida, em uma demonstração clara de autoridade em torno de dois extremos disciplinadores: um corpo adoecido e a regulamentação da população, já estigmatizada pelo uso de drogas e pelo afastamento social como forma de tratamento.

Complementando, dispomos também do discurso jurídico que é fundamentado pelo delito e pela forma de penalização de condutas consideradas desviantes. Logo, merecem uma regulamentação apresentada em forma de lei para hábitos merecedores de punição. (MEDEIROS, 2010; CETLIN, 2016). De acordo com Sá (1999), o legislador ainda possui uma imagem nutrida historicamente de que o usuário de drogas é um criminoso. Essa imagem rotulada reflete em aclamações e pedidos de punições cada vez mais severas e por diretrizes capazes de extinguir o mal estar causado. Confirmando esse posicionamento, “Gerou-se uma imagem estereotipada do usuário, como aquele responsável pelo fortalecimento do tráfico de drogas ilícitas e, conseqüentemente, uma bizarra situação de uma doença ilícita.” (AZEVEDO; SOUZA, 2017, p.494). Esse quadro vem seguido por caracterizações, que as autoras Melo e Valença (2016), nomearam como “teoria do etiquetamento” em que os processo de interação são baseados nas seguintes regras: os comportamentos são definidos

como desviantes; as pessoas são definidas como tipos desviantes; e, reações são tomadas em relação a esses comportamentos e pessoas. De acordo com Azevedo e Souza (2017), embora estejamos em um mercado capitalista, cercados de inúmeras possibilidades de usos de substâncias, o modelo jurídico proibicionista, através de suas leis, definiram quais eram as substâncias lícitas e ilícitas, causando inevitáveis contradições entre o que é considerado certo e errado nas condutas humanas.

O consumo de drogas não é automaticamente franqueado aos indivíduos, mas regulamentado, normatizado, vigiado e, ao mesmo tempo impingido, estimulado, propagandeado. Se algumas substâncias são proibidas e perseguidas, outras são vendidas e exaltadas. (CARNEIRO, 2005, p.21-22).

Além disso, Azevedo e Souza (2017), acrescentam que historicamente, desde o século XIX, a polícia passa o maior tempo atrás do perfil perigoso, que são os negros, pobres, prostitutas e arruaceiros. Ou seja, classes que negavam o trabalho formal e a produção acelerada dos meios de produção e suas operações lucrativas. Segundo Sá (1999), a Lei 6.368 de 1976 que previa pena de seis meses a dois anos ao portador de drogas para uso próprio o destinava ao vexame do distrito policial, do encarceramento, do padecimento e até mesmo da agressão física. Não resultando em nenhuma diminuição de consumo, mas em uma mácula naquele que fosse pego com o porte ilegal. Na atualidade, o usuário que portar drogas será submetido à apreciação de um juiz que terá como base a Lei 11.343 de 2006 que poderá, de acordo com o art. 28, adverti-lo sobre os efeitos das drogas; indicá-lo a prestação de serviços à comunidade como forma de punição alternativa ou impor uma medida educativa de comparecimento a um programa ou curso educativo. (BRASIL, 2006). Essa mesma lei, determina que cabe ao juiz, a partir da interpretação dos fatos quanto à quantidade, as circunstâncias sociais e pessoais, o local e às condições em que se ocorreu a apreensão, a conduta e aos antecedentes, se o “réu” será enquadrado como traficante ou usuário, ou aquele que será punido por um comportamento considerado inadequado. Percebemos assim, que o biopoder se exerce através da figura do juiz e a partir de um olhar subjetivo que interpretará a conduta daquele que porta substâncias psicoativas ilícitas, se o sujeito será merecedor de (re) educação, punição ou de restrição de liberdade.

Embora o biopoder faça a gerencia da vida, essa força também se exerce, por repressão e punição. O Estado quando opera com a repreensão da lei sobre o usuário de drogas satisfaz um desejo social, há um enquadramento do espaço urbano sobre o que pode ou não ser usado (lícito/ilícito), e a emergência por intervenções que punam aqueles que sempre

foram desqualificados. Dessa forma, recursos judiciais aliados a equipamentos médicos tornam-se produtores de verdades absolutas julgando usuários como pessoas incapazes de responder por seus atos e comportamentos tornando-se possíveis criminosos. A partir de laudos médicos hábitos são considerados desaprovados e inadequados a um estilo de vida considerado normal e apropriado, portanto, aqueles que não se adequam a modos de ser e estar são passíveis de penalidade e intervenções impelidas através do ímpeto da lei, produzindo segregação social e internações compulsórias. (NOVAES, 2014; LIMA, ADORNO, 2017). Reforçando essa afirmativa: “[...] Desse modo, os usuários de drogas vão aos poucos constituindo um novo regime de visibilidade agenciado pelos dispositivos jurídico-psiquiátricos.” (AZEVEDO, SOUZA, 2017, p.497). Essa visibilidade desconsidera os sentidos atribuídos por esses sujeitos à sua realidade, segundo os autores, essa visão é negativa sendo capaz de acrescentar estigmas aos usuários, inseridos através de dispositivos de controle com suas redes de saber e poder, ligadas as iniciativas médicas e jurídicas.

[...] Os saberes (jurídico e médico) sempre conservaram a relação entre a loucura e a periculosidade do sujeito, não só em relação aos danos ao outro, mas em relação à sua própria vida, o que permite a essa intervenção justificar-se com argumentos amparados na preservação da vida. (AZEVEDO; SOUZA, 2017, p.500).

O oposto indicado em um atendimento na perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial, uma vez que compreende e trabalha com a intencionalidade de expandir as competências humanas compreendendo seus desejos e sentidos de vida. “Nosso objetivo como terapeutas é ampliar o potencial humano através do processo de integração. Nós fazemos isso apoiando os interesses, desejos e necessidades genuínas do indivíduo”. (PERLS, 1977, p.19). Observamos que apesar da mudança da lei, o que levou três décadas para ocorrer, poucas foram às alterações nas questões práticas e do olhar estereotipado sobre o usuário de drogas. Na busca da preservação da vida e do bem estar social vimos nesse capítulo como são estabelecidas formas de controle, sejam elas a abstinência com o seu procedimento medicamentoso ou a punição e a (re) educação de hábitos e prazeres, normatizando e estigmatizando estilos de vida, práticas de consumo, e classes consideradas degeneradoras que propagam o mal, como é o caso dos usuários de drogas.

2.3 O Conceito de Cura no Âmbito da Dependência Química

No intuito de discutirmos a concepção do que seria cura diante do tratamento de um usuário abusivo e/ou dependente químico faz-se necessário, analisarmos primeiro a noção de

doença. De acordo com a Organização Mundial de Saúde através da classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10 (1993), caracteriza-se síndrome de dependência a partir de:

[...] Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior pra um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p.74).

Tendo como base esse conceito a CID 10 (1993), estabelece que o usuário para ser caracterizado como dependente deve apresentar três ou mais itens das diretrizes diagnósticas que são: um forte desejo ou senso de compulsão; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância; um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas; abandono progressivo de prazeres ou interesse alternativos em favor do uso da substância psicoativa; persistência no uso da substância mesmo que essa apresente consequências nocivas. Portanto, percebemos que dois dos itens da diretriz diagnóstica, abstinência física e evidência de tolerância, dizem respeito ao estado físico do usuário, sendo os demais correspondentes a aspectos psicossociais considerados disfuncionais dentro de um padrão social e comportamental, segundo a CID 10 (1993). Compreendendo a aplicação dessas diretrizes, podemos contextualizar de acordo com o autor que, “[...] após certo tempo de uso da substância, um círculo vicioso se instala: a droga deixa de ser um meio para lidar com as dificuldades, passando a ser um fim em si mesmo”. (LIMA, 2010, p.266).

Porém, segundo Cruz (2005) esquecemos que entre os vários modelos conceituais sobre dependência química destaca-se o modelo sociocultural que propõe que a humanidade sempre fez uso de substâncias psicoativas, e em cada grupo social há definições de uso e vetos, regularizando práticas e condutas. Nesse caso, o padecimento estaria em um contexto social que não funciona de forma assertiva. “[...] A estratégia é a transformação do contexto social, com base na convicção de que é ele o responsável por comportamentos desviantes.” (ACSELRAD, 2005, p. 202). Em oposição ao modelo sociocultural, Paixão et al. (2018), apresentam que o modelo predominante na atualidade, quando referimos ao uso de drogas está aliado na perspectiva da multicausalidade, compreendendo que a doença ou o dano está no desequilíbrio do ambiente/sujeito/substância. Corroborando com essa idéia, Cruz (2005) discorre sobre o modelo psicossocial que compreende o uso de drogas ligada a história de

vida do usuário, acarretando assim, em um possível risco ao usuário e seu contexto social. A perspectiva psicossocial assemelha-se com a visão de ser humano apresentada pela perspectiva Fenomenológica Existencial, em que o fenômeno deve ser compreendido plenamente levando em conta não um ponto do fenômeno, mas todas as esferas da existência. (SODELLI, 2010; GIOVANETTI, 2017; ANGERAMI, 2018). Segundo os autores, ao contrário do apresentado pelo modelo sociocultural em que o fenômeno é baseado somente em uma parte do evento, o contexto social do sujeito, esquecendo as outras esferas da existência. Portanto, de acordo com a construção teórica psicossocial, qualquer ação não poderia ser baseada de forma paternalista ou excludente, mas de forma ética e integrada com todas as esferas coletivas e pessoais do usuário que busque seu bem estar físico, psíquico e social. Nesse aspecto, ao (re) equilibrar os fatores causadores do dano, o dependente químico encontraria a normalidade e o bem estar.

A proteção requerida pela bioética da proteção opera o desenvolvimento de potencialidades pessoais, necessárias para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades, inclusive quanto à ampliação de sua autonomia, a fim de lhe oferecer condições adequadas para que faça escolhas de forma competente. (PEREIRA et al., 2013, p. 371).

Historicamente, os preceitos das políticas públicas do Brasil estavam baseados somente no proibicionismo com condutas direcionadas para uma sociedade livre de drogas, o que já provou ser algo ilusório e irrealizável, em que as ações aterrorizantes só serviram para estigmatizar e marginalizar os usuários. (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015; PERES; GRIGOLO; SCHNEIDER, 2017). Mesmo na atualidade, o discurso moralista muitas vezes apresentado à população ganha respaldos políticos, mas já demonstraram que excluem cada vez mais os usuários na procura de um tratamento que seja o mais adequado em sua história de vida. Para os autores, isso coloca o usuário em uma condição pejorativa como agente de culpa por todo um desequilíbrio social e não igualitário, com má distribuição de renda, trabalho, acesso a educação e a saúde que existem em nosso país. Compreendemos que as políticas direcionadas ao combate das drogas lícitas e ilícitas podem ser mais adequadas e assimiladas pela população e pelos profissionais por intermédio de modelos psicossociais, no qual atendam através da educação a conscientização de um discurso democrático quando falarmos sobre o uso de drogas em no Brasil. (ACSELRAD, 2005; CRUZ, 2005; PEREIRA et al., 2013; PAIXÃO et al., 2018). É fundamental, portanto, ações de integrantes de diversas áreas em um debate social sobre essa temática, com condutas ampliadas na visão de bem estar e saúde, compreendendo o uso de drogas em diferentes modos de atuação: promoção,

prevenção, tratamento e reabilitação, superando padrões de atendimento com base exclusivamente em formas curativas e de privação de uso de substâncias psicoativas. “Verifica-se que no Brasil as ações preventivas fazem-se necessárias, dada a magnitude do problema do consumo.” (PERES; GRIGOLO; SCHNEIDER, 2017, p. 871). Um discurso médico, por exemplo, que compreenda a saúde do usuário pautando suas perspectivas na abstinência de quaisquer substâncias psicoativas não perceberá esse sujeito como um ser integrado em um ambiente social com seus desejos, sua subjetividade e particularidade. “[...] A função social do médico vai além do atendimento aos pacientes e se estende pelas diversas formas de interação com outros elementos da sociedade.” (CRUZ, 2005, p. 287).

De acordo com De Leon (2009), o conceito de recuperação de um dependente químico é compreendido como o estabelecimento de uma mudança de estilo de vida, em um movimento gradual de aprendizagem social, que se dá através da participação em grupos e na introjeção de novos valores. Segundo o autor, isso faz com que o usuário que passe pelo tratamento compreenda seu antigo modo de vida e perceba melhor a si mesmo. O que discutimos aqui quanto ao assunto é a importância do usuário na tomada de decisões, garantindo sua liberdade de escolhas e de uma consciência cada vez mais crítica sobre o seu comportamento e sobre suas responsabilidades diante de alternativas frente à busca de tratamento. Além disso, há a importância de um olhar menos fragmentado de todos os campos de atuação, seja educação ou saúde, assimilando o contexto do usuário e do território, demonstrando cada vez mais a necessidade de estratégias intersetoriais que busquem o diálogo, parcerias e responsabilizações quanto à demanda em toda a sua complexidade. Portanto, o conceito de cura no âmbito da dependência química, assim como a de qualquer doença, encontra-se no bem estar físico, mental e social do indivíduo.

2.4 As Estratégias de Intervenção

Percebemos o conceito de estratégias de intervenções como um caminho e/ou ações a serem planejadas e executadas tendo uma finalidade, um objetivo ou uma meta demonstrando ética e respeito a todos os campos da vida em busca do equilíbrio bio/psíquico/espírito/social, abarcando as necessidades do usuário que podem ser de curto ou longo prazo. Discutimos aqui os modelos de tratamento oferecidos no Brasil para aqueles que buscam uma intervenção quanto ao abuso e dependência de álcool e outras drogas. “Apesar da temática das drogas caracterizar-se como um vasto campo de estudo, ainda são escassas as pesquisas destinadas a compreender especificamente as redes assistenciais”. (COSTA. et al., 2015, p.402). O que nos

deslumbra a necessidade de apresentar nesse trabalho as estratégias terapêuticas utilizadas na atualidade com o intuito de compreender cada vez mais as ferramentas empregadas aos usuários, seja do serviço público de saúde ou por instituições não estatais. Para isso, apresentamos os modelos e recursos terapêuticos oferecidos pela estratégia de Redução de Danos (RD) seguindo conceitos internacionais de relevância terapêutica; Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPS AD) que são adotadas pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde; grupos de mútua ajuda conhecidos internacionalmente. Além disso, abordaremos no próximo capítulo as Comunidades Terapêuticas que são Organizações Não Governamentais (ONG), que compõem a temática dessa dissertação.

2.4.1 A Redução de Danos

A estratégia e o conceito de Redução de Danos (RD) foram desenvolvidos na Europa no início das décadas de 1970 e 1980, motivados pelo aumento da transmissão de hepatites, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o crescimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). (FONSECA; BASTOS, 2005; FIORE, 2005; NILO, 2013; MACHADO; BOARINI, 2013). De acordo com Machado e Boarini (2013), no Brasil até a década de 1980, o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas não era considerado nas políticas públicas do Ministério da Saúde. Assim, todos os investimentos do Governo Federal estavam concentrados no Ministério da Justiça, não ocorrendo ações em prevenção, tratamento e reinserção social. A partir do advento da AIDS, ocorreu a necessidade de medidas de prevenção de saúde que passaram a ser adotadas quanto ao uso de drogas, consolidando a estratégia de RD em nosso país, mas até então, categorizando os usuários como membros de um grupo de risco intercalado com os homossexuais e prostitutas, estigmatizando mais uma vez uma parcela da população. Desde que foi percebido cientificamente que o advento da AIDS não estava diretamente atrelado a essa parcela da população, viu-se a necessidade de mudança do vocábulo, sendo substituído o termo *comportamento de risco* para *vulnerabilidade social* trabalhando sob a perspectiva de intersectorialidade compreendendo as estratégias da gestão pública diante das desigualdades e desafios sociais. “[...] Podemos, então, compreender vulnerabilidade como o conjunto de fatores que pode aumentar os riscos aos quais estamos expostos em todas as situações de nossa vida.” (BRASIL, 2014, p.149). De acordo com os autores, portanto, a situação ou condição de vulnerabilidade de grupos sociais, produzida por múltiplos fatores como uma necessidade de atenção diferenciada. O Estado a partir de então, considerou que esse grupo se

encontrava em situação desigual, portanto, merecedora de uma atenção específica com o intuito de alcançar equidade social. Assim, foram nomeados e sinalizados ações, como a entrega de preservativos e outros insumos, com o propósito de atenção da saúde dos usuários e como uma possibilidade de intervenção social.

A primeira tática baseada nos princípios da RD em uma tentativa de enfrentamento da AIDS, distribuindo aos usuários de drogas insumos para o uso seguro de drogas injetáveis, ocorreu no município de Santos (SP) no final dos anos de 1980. Essa estratégia provocou discussões e foi repudiada sob a alegação de facilitação ao consumo e gasto indevido do dinheiro público, sendo interrompida por uma ação do Ministério Público, e ocasionando na época dois processos, um na área criminal e outro na área cível. O primeiro processo resultou em arquivamento por falta de provas e o outro foi fundamentado pela experiência internacional. (NILO, 2013; MACHADO; BOARINI, 2013). Segundo os autores, não causando, portanto, interrupção ao trabalho desenvolvido pela RD. A ação do Ministério Público teve como eixo principal a discussão entre segurança e saúde, demonstrando a necessidade de debates aprofundados sobre o assunto. Logo após, alguns estados brasileiros regularizaram as ações de RD através de leis. “[...] Nos estados de São Paulo (Lei Estadual n. 9758/97), Santa Catarina (Lei Estadual n.11.063/98), Rio Grande do Sul (Lei Estadual n. 11.562/00 e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual n. 2.404/01)”. (FONSECA; BASTOS, 2005, p.301).

De acordo com Fiore (2005), no Brasil, a maneira pelo qual os veículos de comunicação difundiram a estratégia de RD, acabou por estereotipá-la, concebendo a intervenção de forma simplista, sendo vista somente como uma estratégia para o fornecimento de seringas a usuários de drogas injetáveis. Para o autor, o princípio fundamental da RD está baseado em práticas terapêuticas diferenciadas, não tendo como objetivo principal a abstinência do usuário. “[...] A idéia seria contrapor-se a um conjunto de políticas e práticas médicas tradicionais.” (FIORE, 2005, p. 275). Corroborando com essa afirmação:

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

Apenas no ano de 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a RD como estratégia de saúde pública. (MACHADO; BOARINI, 2013; PACHECO; ANDRADE, 2017). Contudo, de acordo com Fiore (2005), somente no ano de 2002 ocorreu uma pressão e um denso debate

sobre a RD, salientado na mudança da política sobre drogas. Na atualidade, é reconhecido o abuso de substâncias psicoativas como um grave problema de saúde, e a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) compreende a RD como um caminho, uma possibilidade a ser reconhecida pelo usuário para a defesa da vida, respeitando a singularidade, fomentando a liberdade e praticando a co-responsabilidade quanto às escolhas e métodos a serem estabelecidos. “[...] Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros”. (BRASIL, 2003, p. 10). Além disso, a estratégia de RD vem sendo utilizada desde 2009 em projetos destinados ao atendimento da população de rua, os Consultórios de Rua, que contam com uma equipe multidisciplinar na abordagem dos usuários de álcool e outras drogas. (PACHECO; ANDRADE, 2017).

De acordo com Costa e Telles (2017), no ano de 2010, a *International Harm Reduction Association*, comunidade de pesquisadores e trabalhadores em RD, emitiu um documento com um posicionamento oficial dos princípios da RD, salientando o comprometimento do trabalho em promoção da saúde e direitos humanos. A RD foi considerada uma abordagem horizontal, por permitir práticas trabalhadas de forma nivelada com o usuário, que é compreendido como o principal responsável pela estratégia e por suas escolhas. Nesse sentido, “[...] suas ações devem ter caráter facilitador, e não coercitivo, sendo baseadas nas necessidades do indivíduo, o que implica em aceitar metas construídas pela própria pessoa que usa drogas. (COSTA; TELLES, 2017, p. 75). Segundo os autores, tendo como base textos de Rogers e Kierkegaard, a relação do usuário e do redutor é terapêutica, uma vez que tem como base a escuta entre dois seres humanos em que um expõe ao outro seus sentidos de vida, manifestando expressões de seu modo de pensar, ser e agir. Corroborando, Braga e Farinha (2017) acrescentam que essa relação estimula mudanças e novas significações, sendo o ser humano capaz de cuidar de si mesmo a cada momento, um ser-no-mundo, um ser-ai fundamento na *Dasein*, palavra alemã utilizada para expressar o indivíduo no conjunto. Em trabalho desenvolvido sobre narrativas e controle de drogas ilícitas, Lima e Adorno (2017), expõem, em seus resultados, a importância da escuta terapêutica na abordagem de usuários de *crack* em situação de rua.

Também, podemos constatar, com os entrevistados, que a recorrência e os apoios terapêuticos como recurso à compreensão e à interpretação de si, foram mencionados como importantes para problemas muito mais gerais e existenciais. (LIMA; ADORNO, 2017, p. 98).

Portanto, a relação horizontal proporcionada pela RD com o usuário pode ser desenvolvida em qualquer ambiente, mesmo que esse esteja em instituições de tratamento ou em consultórios particulares, por ser baseada em um encontro terapêutico, estimulando o autocuidado e promovendo a saúde, aceitando que o usuário como um ser-no-mundo é responsável por suas escolhas. Muitas vezes, quando trabalhava em instituições como psicóloga responsável pelo acolhimento de usuários, nesse breve encontro terapêutico, fazia parte do meu trabalho abordar práticas de saúde e de autocuidado, sem julgamentos morais ou tomadas de decisões a partir do papel que ocupava como profissional de psicologia. Assim, entendo que é essencial promover os fundamentos da RD que são a minimização dos possíveis prejuízos quanto ao uso de drogas, que não inclui a discussão quanto à legalização e/ou o comércio de substâncias psicoativas. A RD pode ser percebida como uma forma de abordagem menos restritiva e mais abrangente. Acredito que o usuário tem o direito e a vontade de não evitar o consumo de drogas, mas compreendo que esse comportamento envolve riscos à saúde que podem ser refreados, atenuados e/ou evitados de acordo com o desejo do próprio usuário.

2.4.2 CAPS AD

Foi a partir do movimento sociopolítico que decorreu da iniciativa de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental que teve origem a denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1970 sucedendo assim, em uma mudança na política e atendimento para o tratamento de portadores de transtornos mentais na esfera da saúde pública em nosso país, garantindo direitos aos usuários. Desse processo, ressaltamos o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria* realizado no ano de 1979, resultando em relatório sobre práticas adotadas e possibilidades de intervenção, além de fotos tiradas no Centro Psiquiátrico de Barbacena, localizado no município de Barbacena (MG) e a apresentação do filme *Em nome da Razão* do cineasta Helvécio Ratton, que retratava a vida dos pacientes internados nessa instituição. Ocorreu, durante a reforma psiquiátrica, um processo crítico quanto ao modelo biomédico até então adotado, resultando em novas práticas, estratégias e manejos clínicos. De acordo com Goulart (2015), historicamente, Minas Gerais foi um estado que teve grande participação na luta antimanicomial, produzindo novas impressões quanto aos modelos inadequados de tratamento, validando práticas e condutas terapêuticas. Segundo Oliveira, Caiaffa, Cherchiglia (2008), em Belo Horizonte os serviços substitutivos foram implantados desde a década de 1990 identificados como Centros de Referência à Saúde Mental

(CERSAM²). Fora isso, já existia desde 1977 o Centro Mineiro de Toxicomania, antecipando a necessidade de atenção específica para a parcela da população usuária de álcool e outras drogas, estando ligada à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). (FHEMIG, 2018). Anos depois, foi consumado em nível nacional a sanção da Lei n. 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Segundo os autores assegurando, portanto, em um atendimento extra hospitalar, garantindo o respeito, a cidadania e o acolhimento em território, e vinculando todas as demandas de atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) prestando um serviço com atendimento individual, em grupo, além de atender aos familiares dos usuários e a comunidade. Entre as demandas de atendimento dessa política estão os usuários de álcool e outras drogas. (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008; OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008; BRASIL, 2014; GOULART, 2015; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017; PEREIRA; PALMA, 2018).

Logo após essa lei, foram definidas as diretrizes que organizam os serviços prestados, estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os Centros de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPS AD), específicos para o atendimento dessa parcela da população que deve ser implantado em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes. “A Lei Federal nº 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas”. (BRASIL, 2014, p.249). Porém, de acordo com Delgado (2005); Berlinck, Magtaz, Teixeira (2008) e Nilo (2013), apenas em 2003, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), que o Ministério da Saúde lançou a política para aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo uma normativa sobre o assunto e propondo os seguintes objetivos: determinar que a demanda sobre o uso de álcool e outras drogas é um problema de saúde pública; apontar o exemplo da redução de danos como estratégia de saúde pública; elaborar políticas públicas desfazendo a imagem marginalizada do usuário; motivar a sociedade a participar de estratégias de prevenção estabelecendo parcerias com as políticas municipais e estaduais. (BRASIL, 2003). O objetivo principal do CAPS AD é o atendimento diário e de forma sistemática aos usuários que apresentarem transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Para isso, houve a concepção não somente de espaços físicos especializados, mas a capacitação de uma equipe multidisciplinar,

² Desde os anos 1990 a Secretária Municipal de Saúde criou serviços substitutivos diversos articulados na Rede de Saúde Mental. Belo Horizonte foi pioneiro nesse processo e nomeou de Centro de Referência a Saúde Mental (CERSAM), mais tarde o Ministério da Saúde nomeou os serviços substitutivos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Mas, pelo pioneirismo em Belo Horizonte na desinstitucionalização optou-se por manter a nomenclatura de CERSAM.

contando com médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros profissionais, e a articulação com toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é o conjunto das redes indispensáveis à constituição das regiões de saúde do SUS. (BRASIL, 2014). Além disso, há a disponibilidade de leitos de repouso para desintoxicação quando necessário, caso esse processo possa ser efetuado de forma ambulatorial. Atualmente, o município de Belo Horizonte conta com 13 CAPS, sendo três CAPS AD situados em regionais distintas ao longo da cidade. (SAÚDE MENTAL, 2018; PREFEITURA BELO HORIZONTE, 2018). Desta forma, é oferecido o atendimento baseado no conceito de território, compreendendo não somente uma área geográfica, mas as relações sociais que se desenvolvem e fortalecem com o respeito ao usuário, estabelecendo vínculos quanto aos serviços e práticas de saúde.

Em artigo recente, Lacerda e Fuentes-Roja (2017), apresentaram um estudo de caso, utilizando a metodologia fenomenológica em que foram trabalhados os sentidos e significados atribuídos pelos usuários de um CAPS AD de atenção diária da cidade de Campinas (SP) sobre o modelo de tratamento adotado.

Decifrar os significados e sentidos que o CAPS tem para seus usuários indica compreender: suas formas de se relacionarem com o serviço, quais demandas buscam responder com esse cuidado especializado, e como o CAPS responde às suas demandas e solicitações. (LACERDA; FUENTES-ROJA, 2017, p. 367).

Nesse estudo, foram apontados quatro sentidos atribuídos pelos usuários ao serviço prestado pelo CAPS AD, sendo: primeiro como um local de acolhimento, apoio e cuidado; segundo como um espaço de resolução de problemas dos usuários; terceiro um local que reinsere socialmente; e quarto um serviço ineficiente em suas ações. Assim, apesar dos usuários reconhecerem o serviço como um lugar de portas abertas, atencioso, de apoio e de acolhida, também o percebem como um serviço de “desprezo”, palavra usada pelos usuários ao mencionarem a insatisfação e a demora nos atendimentos, o que foi atribuído como ineficiência. Ou seja, o mesmo serviço que para alguns é percebido como um bom lugar, para outros é percebido como um lugar ruim, o que nos demonstra uma leitura das percepções daqueles que frequentam ao modelo de tratamento do CAPS AD. Para Santos et al., (2017), entrelaçar uma rede de apoio apresentando um projeto terapêutico singular, intersetorial e compartilhado são os desafios e as demandas de toda uma equipe de tratamento de um CAPS. Corroborando com essa premissa, Costa et al. (2015), acrescenta:

Ademais, existem ainda as deficiências conjunturais dos CAPSad. A formação acadêmica dos profissionais é insuficiente e voltada para o modelo biomédico. Há

uma ausência de planos terapêuticos bem definidos e baseados em evidência. (COSTA et al., 2015, p. 399).

Compreendo que mesmo o atendimento sendo de portas abertas e dentro do território, alguns usuários relatavam, durante atendimento terapêutico quando trabalhava como psicóloga institucional a necessidade por outros modelos de tratamento, por não ambientarem com o atendimento de alguns profissionais ou pela dificuldade de adaptação ao modelo apresentado nos CAPS AD. Queixas eram comuns como, por exemplo, usuários estarem embriagados durante atendimento em oficinas terapêuticas, o que para algumas pessoas que desejavam manter-se afastados do convívio com o uso de álcool, tornava-se um fator inconveniente no processo de tratamento terapêutico. Claro que estamos falando de um serviço público, ou seja, que tem como práxis receber e acolher as pessoas sem diferenciar classes ou categorias. Contudo, vale salientar que alguns usuários do serviço não aderem à proposta e buscam por outras alternativas terapêuticas, o que nos remete a necessidade de uma discussão ampliada sobre propostas assistenciais para os usuários de drogas.

2.4.3 Grupos de Mútua Ajuda

O grupo de Mútua Ajuda mais conhecido e propagandeado mundialmente é o Alcoólicos Anônimos (AA), que desenvolveu uma estratégia conhecida internacionalmente no tratamento do alcoolismo. A entidade AA foi fundada na década de 1930 no estado de Ohio, nos Estados Unidos, por dois amigos alcoolistas, Bill Wilson e Bob Smith, um corretor de seguros e um médico sanitário, respectivamente. (BARROS, 2008; DE LEON, 2009; LIMA; BRAGA, 2012; COTTA, 2015; MATA, 2016; BRUNELLO, 2017). Após algumas tentativas de controle e de manter um estado físico de privação do álcool, os dois perceberam a necessidade de conversarem sobre o uso abusivo, e através dessas conversas, observaram que conseguiam manter um período prolongado de abstinência. “[...] A conversa entre os dois homens foi um momento fundador para a AA. A experiência de troca mútua desencadeou sua própria missão de ajudar outros alcoólicos.” (DE LEON, 2009, p. 19). Surgia assim a estratégia de tratamento de ajuda mútua, reunindo pessoas que frequentam voluntariamente as reuniões, sendo de diferentes classes sociais, idade e orientação sexual, tendo como objetivo principal o reconhecimento de cada membro através da fala do outro em sua própria condição, visando garantir a abstinência e o controle da doença quanto ao uso do álcool. (CAMPOS, 2009; MATA, 2016; BRUNELLO, 2017). De acordo com Campos (2009), nas reuniões os participantes admitem suas debilidades quanto ao uso do álcool: “[...] impotentes em relação

ao álcool, e que precisam de ajuda para sua recuperação.” (CAMPOS, 2009, p. 26). Assim sendo, os grupos de mútua ajuda não são norteados por nenhum grupo de profissionais na área de saúde ou psicossocial, e não utilizam métodos de medicalização, internação e/ou afastamento social. Também não possuem vínculos com entidades religiosas e não recebem ajuda financeira de nenhum partido político ou instituição, e sem ônus aos participantes. São mantidos unicamente através da ajuda de seus integrantes. O princípio do anonimato é um aspecto relevante para a entidade, garantindo o acolhimento e preservando a história de vida de cada membro. Não há regra quanto ao número de reuniões que cada um deve ou pode participar, nem quanto ao tempo mínimo ou máximo de permanência na entidade, sendo uma escolha individual. Novos grupos são abertos a partir da demanda de novatos e veteranos que são os responsáveis pela coordenação de todas as atividades. (BARROS, 2008; MATA, 2016).

O preceito orientador do programa são os fundamentos dos 12 passos (ANEXO A) e 12 tradições (ANEXO B) da AA, que tendem a guiar as reuniões, que geralmente são regulares, e orientam os participantes no processo de recuperação e aceitação de seu estado compulsivo. (DE LEON, 2009, BRASIL, 2014). “[...] A aceitação e o acolhimento encontrados em AA favorece a identificação dos sujeitos com o programa dos ‘doze passos’ proposto pelo AA, que objetiva a abstinência.” (LIMA; BRAGA, 2012, p.894). O programa é fundamentado também pela tríplice: fraternidade, serviço e recuperação, que consistem nos princípios dos 12 passos; na organização das reuniões e na prática dos princípios na própria vida, nessa ordem. A espiritualidade e o desenvolvimento espiritual são táticas ressaltadas, porém, como já mencionado, sem nenhuma vinculação com instituição religiosa, dirigindo-se a Deus como um “*Poder Superior*”, capaz de compreender e fortalecer o indivíduo em seus momentos de necessidade. (MATA, 2016; BRUNELLO, 2017).

Ao longo dos anos, essa modalidade de tratamento serviu de inspiração não só para os alcoolistas, como também para aqueles que apresentavam características compulsivas peculiares, como: drogas, sexo, comida, jogos, relacionamentos afetivos, entre outros. De acordo com os autores resultando em outras entidades, Narcóticos Anônimos (NA), Dependentes de Amor e Sexo (DASA), Comedores Compulsivos Anônimos (CCA), Jogadores Anônimos (JA), Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA), nessa devida ordem. (MATA, 2016). Os grupos de mútua ajuda não pertencem a nenhum dispositivo de saúde pública no Brasil, mas são facilmente encontrados pela população, possuindo credibilidade quanto ao acolhimento e método adotado. Para elaboração dessa dissertação,

infelizmente não encontramos estudos acadêmicos que representassem algum levantamento quanto ao êxito dessa metodologia de tratamento. Como se observa no trecho abaixo:

Não existem dados definitivos sobre a eficácia destes grupos, estando sujeitos a interpretações muito divergentes. Entretanto, para responder adequadamente à pluralidade de danos associados ao abuso de drogas e para atingir maior efetividade na oferta assistencial, é importante considerar uma pluralidade de dispositivos. (COSTA et al., 2015, p.398).

Porém, é de conhecimento da população, que os grupos de mútua ajuda são dispositivos acessíveis às pessoas independentes de localização e da classe social, e apresentam resultados quanto à auto percepção, pertencimento ao grupo e ressignificação quanto ao consumo de substâncias psicoativas e comportamentos. As salas de reuniões podem ser encontradas facilmente em instituições totais como ambientes hospitalares e Comunidades Terapêuticas, além de espaços religiosos, independente de credos e preceitos, possibilitando a criação de laços sociais com pares e estimulando o auto cuidado. Novamente, citando minha experiência profissional, era corriqueiro usuários e/ou familiares solicitarem atendimento psicológico após comparecerem a uma reunião de grupo de mútua ajuda que funcionava dentro da instituição na qual trabalhava. Nessa instituição, ocorriam cinco reuniões semanais, sendo para os familiares com base no grupo Amor Exigente e para os usuários baseado no grupo Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatras (NATA), além da assiduidade de ex internos ao grupo NATA mesmo que alguns mantivessem acompanhamento psicológico individual. Nesse período, observei o quanto a identificação com o processo de tratamento de outros usuários, principalmente para os novatos, era terapêutico. Os veteranos se reconheciam trazendo várias questões terapêuticas para serem trabalhadas em suas sessões de atendimento psicológico. Atualmente, mesmo em atendimento em ambiente de consultório particular, tenho pacientes que relatam a necessidade de frequentarem grupos de mútua ajuda, salientando a importância de mais uma ferramenta terapêutica de apoio ao tratamento quanto ao abuso de álcool e outras drogas. Vale ressaltar que, independente da metodologia de intervenção, o tratamento do abuso de álcool e outras drogas não é tarefa fácil. É comum a reincidência e o insucesso, o que nos convoca a estudar nessa pesquisa outras intervenções, como as Comunidades Terapêuticas, e dar voz aos usuários que passaram por essa modalidade de tratamento.

3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Possibilidades e Limites

O conceito de Comunidade Terapêutica (CT) como modalidade de tratamento é historicamente recente, sendo usado, a princípio, no tratamento de pacientes psiquiátricos, e bem mais tarde, como tratamento para dependentes químicos. Aparece inicialmente na década de 1940 na Inglaterra, especificamente no Hospital Belmont, para descrever o centro de tratamento terapêutico social voltado para os internos do pós guerra com distúrbios de personalidade duradouros, os neuróticos de guerra. Esse modelo de tratamento era visto até então como uma revolução no tratamento psiquiátrico, tendo como precursor o médico do exército inglês, Maxwell Jones e seus colegas de equipe. (SABINO; CAZENAVE, 2005; DE LEON, 2009; NILO, 2013; KURLANDER, 2014; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; COTTA, 2015).

A definição de CT na psiquiatria social era uma intervenção inovadora contestando os tratamentos adotados, “[...] a criação do conceito de CT foi revolucionário no sentido de questionar o aprisionamento, em quartos de hospitais psiquiátricos, e seus efeitos para os pacientes”. (COTTA, 2015, p.42). Os assuntos institucionais eram democratizados envolvendo funcionários, pacientes e seus responsáveis, atribuindo um alto valor a comunicação com métodos terapêuticos grupais, usando técnicas educativas com propósitos construtivos orientados para que o trabalho fosse produtivo e o retorno social o mais rápido possível. A partir dessa metodologia, o modelo psiquiátrico social se expandiu por alguns países da Europa chegando aos Estados Unidos.

O saber psiquiátrico buscava estabelecer mecanismos centrados nas ações comunitárias, uma psiquiatria além muros, e o primeiro passo seriam as mudanças na lógica do modelo manicomial vigente. Os hospitais deveriam centrar sua atenção na recuperação do paciente e, para isso, integrar as famílias, promover acompanhamento médico e atividades laborais no tratamento. Além da democratização das relações entre enfermos e equipe médica, que era um dos fundamentos encontrados no pensamento de Maxwell Jones. (AGUIAR, 2014, p. 36).

Segundo Queiroz (2001), as CT nasceram no contexto da reforma dos hospitais psiquiátricos, estabelecendo padrões mais democráticos ao tratamento. Os problemas coletivos passavam, assim, a serem trabalhados no grupo, abandonando o antigo padrão que estabelecia que o paciente devesse ser tratado em um ambiente orientado por um severo modelo médico. De acordo com De Leon (2009), Melo (2013), Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), foi a partir da década de 1960, e na América do Norte e sobre influência de grupos de mútua ajuda como *Oxford*, *Synanon*, *Day Top* e Alcoólicos Anônimos (AA), que ascenderam

as primeiras CT's de tratamento de dependência química denominadas como CT de conceito ou CT isenta de drogas, tendo como princípio fundamental a abstinência de álcool e outras drogas. “Logo, as CT's têm sido caracterizadas como advindas de antigas modalidades apostólicas, do movimento de temperança moral e da AA”. (DE LEON, 2009, p.31). Como vimos afastando-se assim, da proposta inicial de uma psiquiatria social que tinha como base padrões democráticos quanto ao tratamento, sem assujeitamentos ou comedimentos morais como era na proposta inicial dos anos de 1940. De acordo com Aguiar (2014), a principal diferença entre a CT para tratamento psiquiátrico e a CT para tratamento de dependência química está no público e na administração da instituição.

As CT's de tratamento de dependência química se enquadram em instituições consideradas como totais, uma vez que buscam controlar a vida dos indivíduos a ela submetidos, restringindo as interações sociais a seu domínio. (VALDERRUTÉN, 2008; MELO, 2013; AGUIAR, 2014; COTTA, 2015; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Segundo Goffman (2001), a principal característica das instituições totais são as barreiras implícitas e explícitas, que promovem rupturas com qualquer contato externo. Em primeiro lugar, todas as atividades cotidianas, em qualquer que seja a esfera vivida é realizada no mesmo local e seguindo uma coordenada orientação; em segundo, cada fase diária da atividade é realizada na companhia de um grupo relativamente grande, todas as pessoas tratadas da mesma forma e obrigadas a realizar tarefas em conjunto; em terceiro, as atividades são estabelecidas em horários e impostas por um sistema de regras explicitadas. “As várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.” (GOFFMAN, 2001, p.18). Em um ambiente, como uma instituição total, pode ocorrer uma excitação emocional, um estresse intenso, havendo a possibilidade de internos apresentarem um quadro psicossomático nomeado de “*Transtorno de Despersonalização*” que é caracterizado por uma sensação de desconforto e desconexão de seus próprios sentidos e fenômenos que o envolvem, como se fosse um observador externo ao ambiente e pessoas que o cercam. (SILVA et. al., 2016). Valderrutén (2008) critica o afastamento social, considerando que o período de internação pode ser interpretado como uma tutela da instituição na busca de uma cura social.

Segundo De Leon (2009), os pressupostos teóricos das CT's, majoritariamente são debatidos em conferências e artigos e poucos autores são mencionados, sendo restritos os delineamentos dos conceitos e as estimativas mais importantes dos programas terapêuticos. Acrescenta a importância dos pressupostos citados por alguns autores que abordaram a formulação das CT's, (ANEXO C) mencionando que o principal objetivo das instituições com

essa denominação é a inserção de ensinamentos e crenças que são compartilhados, constituindo uma ideologia de vida pessoal e social mais saudável.

Esses ensinamentos da comunidade, resumidos na expressão “bem viver”, podem ser incorporados ao conceito mais amplo de viver bem, que descreve por que e como as pessoas mudam na Comunidade Terapêutica. A sobriedade é o pré-requisito para aprender o viver bem, mas o bem viver é necessário para manter a sobriedade. (DE LEON, 2009, p.80).

Assim, o principal preceito segundo De Leon (2009) em uma CT é o viver bem, que equivale a: respeitar as regras; permanecer sem o uso de drogas; participar diariamente de todas as tarefas executadas em grupo na comunidade; manter a higiene pessoal e o espaço físico limpo; ter atitudes responsáveis com si mesmo, com os outros e com a comunidade; exibir um comportamento social civilizado. Segundo o autor, a prática do viver bem na CT estimula outros valores nomeados como valores do bem viver que são a honestidade, a autoconfiança, atenção, responsabilidade e ética no trabalho, que, de acordo com o autor, ajudarão o indivíduo a encontrar ou adquirir um autocontrole correlacionado com os ensinamentos e as concepções da recuperação.

3.1 CT no Contexto Brasileiro

Em território nacional há uma polêmica quanto ao início das atividades das CT's no Brasil. Alguns autores citam o começo dos serviços a partir da década de 1960 (MELO, 2013; AGUIAR, 2014; KURLANDER, 2014), sendo que outros assinalam a década seguinte (MASSOLIN FILHO; CORREA, 2013; NILO, 2013; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; COTTA, 2015). Todos os autores salientam em seus textos o vácuo deixado pelo poder público brasileiro quanto ao tratamento de dependentes químicos. “Assim, as CT's brasileiras prestam atendimento aos usuários de drogas muito antes de o governo brasileiro ter iniciado a elaboração de políticas públicas voltadas a esse público”. (AGUIAR, 2014, p. 44). Deste modo, foi a iniciativa privada das Organizações não Governamentais (ONG), especificamente as instituições religiosas que introduziram esse modelo de tratamento em nosso país. Aguiar (2014), comenta que a insuficiência de materiais acadêmicos sobre esse assunto também ocorre em âmbito nacional, como mencionado por De Leon (2009), e que provavelmente isso advém de uma falta de regulamentação governamental desde o início das atividades das instituições, o que sucedeu na atualidade incoerência em alguns procedimentos e dados históricos. As CT's para o tratamento de dependência química, as chamadas instituições do

terceiro setor (ONG), são instituições onde residem um grupo de pessoas que buscam tratamento para o abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas, podendo abrigar homens ou mulheres. No Brasil, se caracterizam por serem estabelecimentos na maioria das vezes rurais, no qual todos vivem em um regime de vida comunitária e obedecem a um programa baseado no tripé laborterapia, disciplina e espiritualidade, que especificaremos melhor adiante. De acordo com a literatura encontrada, o tempo de tratamento nessa modalidade de atendimento em nosso país pode ser de nove meses (BRASIL, 2014; TEIXEIRA, 2016), ou, até doze meses. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Somente em 2001, e no intuito de regulamentar essas instituições que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), decretou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101. Essa resolução permaneceu por dez anos sendo substituída pela RDC 029 (BRASIL, 2011b) – (ANEXO D). Um dos pontos de relevância da RDC é a exigência de profissionais capacitados para os atendimentos dos residentes durante o período de tratamento em CT, além da adequação de normas sanitárias e de espaço físico apropriado para a atividade. A RDC visa garantir a orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos às visitas e comunicação com familiares e amigos; a permanência voluntária ao tratamento; a possibilidade do usuário interromper a permanência a qualquer momento; a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade; privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais e o respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira seja o residente considerado em uma situação socioeconômica desfavorável ou não.

A partir, dessa regulamentação foram criadas as Federações de Comunidades Terapêuticas do Brasil (MASSOLIN FILHO; CORREA, 2013) como, por exemplo, Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Cruz Azul do Brasil, Federação das Comunidades Terapêuticas do Brasil (FETEB), Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), Federação Das Comunidades Terapêuticas Do Sul Do Brasil (FECSUL), Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), dentre outras. De acordo com o Ministério da Justiça e Segurança Pública, (BRASIL, 2015) até o ano de 2015 existiam cerca de 2.000 entidades denominadas CT's no território nacional. Em 2018 esse número também foi mencionado em relatório elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) como sendo o provável número de CT's no Brasil. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). No intuito de confirmar esses

levantamentos, solicitamos a algumas confederações de nível nacional, via email, se há algum parecer institucional ratificando o número de entidades que se nomeiam CT's. Até o momento da elaboração dessa dissertação, somente a FEBRACT nos retornou, tendo como dado o levantamento do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID):

Boa tarde Janete,
Segundo o último censo do OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas), vinculado ao Ministério da Justiça e à SENAD, há registro de aproximadamente 2000 locais que se autodenominam CTs, porém não há como confirmar se todos estes locais são de fato CTs.
Encaminho um artigo da minha autoria e minha dissertação de Mestrado, que acredito possam contribuir com sua pesquisa.
Estou à disposição se precisar maiores informações.
Att.

Pablo Kurlander
Gestor Geral
(FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2018, s/n)

Em 2011, o Governo Federal lançou o programa *Crack é possível vencer*, coordenado pelo Ministério da Justiça em parceria com outros Ministérios, tendo como eixos principais, prevenção, cuidado e autoridade. A intenção governamental era a ampliação dos cuidados para dependência de drogas na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), e na rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e a expansão de vagas nas CT's. (NILO,2013; BRASIL,2016).

De forma complementar à expansão da rede pública de cuidado, a SENAD/MJ foi designada responsável por ampliar o financiamento às comunidades terapêuticas em nível federal e iniciar um processo de fiscalização, qualificação e integração desses serviços com as redes existentes. (BRASIL, 2016, p.2).

Logo em seguida, a então presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, concedeu uma audiência no Palácio do Planalto juntamente com a Ministra da Casa Civil, os Ministros da Saúde e da Justiça e os representantes das Federações das CT's no Brasil, o que gerou grande polêmica e receios quanto a essa aproximação. De acordo com Nilo (2013), Aguiar (2014) e Kurlander (2014), essa afinidade com as CT's foi vista com certa desconfiança pelos órgãos representantes do Ministério da Saúde (MS), uma vez que as CT's tem em sua base a moralidade e a abstinência, o que está na contramão do programa de Redução de Danos (RD) adotado pelo Ministério da Saúde e com uma proposta de abrigamento que é criticado severamente pela luta antimanicomial. Confirmando isso, Massolin Filho e Correa, (2013)

apontam que “[...] a política de saúde mental ad não reconhecia as CT’s como parte integrante da rede de atenção ao dependente químico.”(MASSOLIN FILHO; CORREA, 2013, p.138).

De acordo com Kurlander (2014), as CT’s no Brasil tem sofrido graves críticas quanto a forma de tratamento e o recebimento de verbas públicas do Governo Federal para assistir ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, principalmente pelo CFP, que considera essa modalidade de tratamento um retrocesso à reforma psiquiátrica brasileira, que é um movimento sociopolítico iniciado na década de 1970, visando à inclusão do paciente em seu território e viabilizando estratégias para o exercício da cidadania em todos os seus aspectos, assistindo o usuário dentro do seu território e de portas abertas. (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008). Em relatório elaborado em outubro de 2017 pelo CFP apresentado no ano seguinte, em parceria com, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), o Ministério Público Federal (MPF) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), foram realizadas inspeções em CT’s, localizadas nas cinco regiões do Brasil. De acordo com esse documento, foram encontradas diversas irregularidades, tais como situações análogas ao trabalho escravo, adolescentes que não tinham acesso à escola, o que está em desacordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), falta de registros e projetos terapêuticos singulares e individualizados, entre outras situações ilegais. Segundo o CFP (2018), todas essas práticas e ocorrências caracterizam asilamento não para tratamento de dependência química, mas como um modo de afastamento do convívio social. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Assim sendo, vimos que a proposta histórica de CT a princípio estava atrelada à reforma psiquiátrica, mas com o tempo houve um afastamento dos princípios da luta antimanicomial. Em recente relatório apresentado pelo CFP, foram pontuados modelos de tratamento em desacordo com padrões democráticos e de respeito ao usuário. Em algumas instituições o usuário não tem a liberdade de decidir sobre sua permanência.

Houve relatos de pessoas que declararam ter se internado voluntariamente, mas que depois lhes foi negada a possibilidade de deixar a instituição. Ainda que algumas CTs claramente ofereçam essa liberdade de decisão, em outras isso parece incerto. Em alguns casos, fica claro que não há de fato essa possibilidade. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p.72).

Portanto, como apresentado nesse capítulo, vimos que apesar das CT’s historicamente se aproximarem da psiquiatria social como uma forma de tratamento diferenciada, no Brasil teve sua origem nas ONG’s, em um viés de atendimento com base religiosa através de pessoas de boa vontade, sem o apoio e a orientação de profissionais da área e na total ausência

de uma legislação específica que regulamentasse e exigisse o que uma instituição deveria ter em seu espaço físico, mantendo um quadro de funcionários com equipe de especialistas, para que fosse denominada uma CT. Esses fatos geram na atualidade uma série de críticas e apontamentos relevantes, pois não podemos desconsiderar as investigações e levantamentos. Infelizmente, ainda encontramos instituições se auto intitulado como CT's, mas que nada se aproximam dos princípios que basearam as CT's ,e com muitas delas prestando um mau serviço à população, atuando por punição e cerceamento da liberdade de seus usuários.

3.2 CT, Religião e Psicologia

Caracterizaremos o tripé do programa no intuito de melhor conceituar as bases do tratamento, e em seguida faremos alguns apontamentos quanto às percepções sobre essa estrutura no tempo em que trabalhava em CT. O Tripé do programa é composto por: laborterapia, disciplina e espiritualidade.

Laborterapia – A palavra laborterapia significa labor, trabalho mais cura sendo a elaboração, tarefa, trabalho, em forma de terapia ocupacional na reeducação de valores. De Leon (2009) descreve que o trabalho na CT é utilizado para intervir na socialização e recuperação, promovendo o desenvolvimento social e o bem viver. Todas as atividades rotineiras dentro de uma CT são executadas pelos internos escalados de acordo com o tempo de residência na entidade. (MATA, 2008; DE LEON, 2009; AGUIAR, 2014; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Disciplina – Apesar das bases conceituais de uma CT serem de mútua ajuda, sua administração é considerada autocrática. (De Leon, 2009) As regras são rígidas, e há um tempo de permanência mínimo dentro da instituição para que o residente comece a receber visitas. São proibidos atos violentos verbais ou físicos, exigida a abstinência de drogas e abstinência sexual, além de serem impostas normas de conduta de higiene e vestuário. (AGUIAR, 2014). Todo o processo de tratamento é definido em etapas como: triagem, desintoxicação, incorporação e reinserção social. (BOLONHEIS-RAMOS, BOARINI, 2015).

Espiritualidade – Lembramos que muitas CT's tiveram como fundadores padres ou pastores, tendo o apoio das religiões cristãs, o que por si só acrescenta as condutas religiosas e limita outros hábitos de fé que não sejam as praticadas na instituição. Porém, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (BRASIL, 2014), a espiritualidade é um elemento opcional do tratamento em CT e a realização de uma atividade religiosa não pode ser imposta. Além disso, as CT's de tratamento para dependentes químicos sofreram

grande influência dos grupos de mútua ajuda como, por exemplo, o AA. Nesses grupos, a prática da espiritualidade é recomendada desde que seja em uma posição ecumênica, utilizando sempre a expressão “*Poder Superior*” todas as vezes que se referem a Deus ou a alguma questão religiosa.

Nas observações que fiz durante minhas atividades de trabalho em CT, o programa terapêutico baseado neste tripé é apresentado antes da internação e durante o tempo de permanência do interno na instituição. Porém, ocorrem situações e atravessamentos sobre as condutas e tomadas de decisões quanto à rotina em vários momentos. Na laborterapia, por vezes, a escala não é planejada seguindo o preceito de tempo na instituição, como mencionado acima. De acordo com o número de internos e funcionários, a escala será planejada e realizada seguindo as habilidades de cada um. Por exemplo, aquele que melhor adaptar na cozinha e demonstrar aptidão na prática culinária será o cozinheiro por mais tempo, pensando em uma melhor qualidade de alimentação. Vale salientar aqui, que nunca presenciei nenhuma ocorrência de castigo ou punição durante as atividades na CT que trabalhei, e por vezes, aos novatos, eram designadas às atividades menos cansativas, respeitando o estado físico e psíquico do interno. Às vezes, ouvia relatos daqueles que reclamavam por nunca terem exercido atividades domésticas, mas isso era trabalhado de forma a reforçar suas habilidades pessoais e de auto cuidado. Contudo, essa não é a realidade de todas as CT's. De acordo com relatório do CRP (2018), em algumas CT's do país ocorrem abusos físicos, havendo práticas de agressão, sansões e indícios de tortura, como mencionado nesse documento:

Durante a visita a essa mesma comunidade terapêutica, um interno se aproximou da equipe de inspeção informando que vinha sendo alvo de abusos em razão de não poder praticar esforço físico, tendo mostrado uma hérnia e laudo médico. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p.115).

Atualmente, em meu consultório clínico não são raras as queixas de maus tratos de ex internos que passaram por instituições do interior dos estados de São Paulo e/ou Minas Gerais, que relatam terem sido “*resgatados*” ou “*removidos*”, o que constitui em uma equipe ir ao encontro do usuário e “*convencê-lo*” a acompanhá-los para a internação. Nesse procedimento, de acordo com os ex internos, muitas vezes é utilizada a força física e métodos de contenção sendo os usuários levados contra a vontade, prática essa que também foi pontuada no relatório emitido pelo CRP em 2018, como mais um indicativo de irregularidade. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Já a disciplina dentro da CT é um item do tripé colocado como prática rotineira, principalmente quanto às regras em horários de alimentação, banho e pernoite. Agressões verbais são rotineiras, mas a princípio há uma conversa individual com quem praticou tal agressão com o intuito que não chegue à agressão física. Somente uma vez presenciei na instituição uma agressão física, e infelizmente, aquele que cometeu tal agressão foi excluído da modalidade de tratamento como interno, sendo resguardado seu direito a retornar à instituição para continuar a ser acompanhado pela psicóloga em suas sessões individuais, caso desejasse. Nesse caso específico, compreendo que a agressão ocorreu justamente para que houvesse a expulsão, pois o interno já demonstrava e narrava o interesse em abandonar a modalidade de tratamento, mas não solicitava sua saída com receio de frustrar a família.

A espiritualidade é o fator mais relevante e que causa mais atravessamentos na rotina de uma CT, mesmo a SENAD pontuando que a espiritualidade não pode ser imposta, como vimos acima (BRASIL, 2014). Há um conceito, muitas vezes não explícito, que aquele que não seguir os mandamentos religiosos terá maiores chances de uma recaída e menos condições de manter a abstinência e se afastar do uso de drogas. Nessa perspectiva, estilos musicais e repertórios não religiosos são rechaçados dentro da instituição. Essas músicas principalmente o *Rock*, *Rap*, *Reggae*, *Samba* e o *Funk*, por serem associadas à marginalidade, práticas violentas, tráfico e uso de drogas. A compreensão é que esses ritmos afastariam os internos do encontro com o divino e assim não são permitidos dentro da CT. Em contraposição, louvores são tocados e orações consideradas universais, como por exemplo, a oração do “*Pai Nosso*” ou a “*Oração da Serenidade*”, são proclamadas antes das refeições ou reuniões diariamente, compondo rituais exaustivos. Porém, essas práticas religiosas institucionais são absorvidas pelos internos sem muitos questionamentos quando se trata dos preceitos das religiões evangélicas e católicas do Brasil. Porém, ao recebermos um interno de denominada religião com base africana, foi perceptível um incômodo aos demais internos, que por desconhecerem ou temerem seus hábitos religiosos, passaram a repudiá-lo no grupo, ou sentiam-se amedrontados com suas falas. Na ocasião, tive a liberdade em uma reunião sob minha coordenação em abordar esse assunto com o grupo. A instituição nesse período não se manifestou contra o rapaz ou contra a abordagem terapêutica sobre a questão.

Outro fato relevante quanto à espiritualidade durante meu trabalho foi quando um grupo de internos questionaram que só em minhas oficinas terapêuticas não ocorriam o agradecimento e o encerramento com orações, o que para aquele grupo era de grande valia. A partir desse episódio, passei a combinar no início que a atividade seria encerrada com orações caso o grupo desejasse deixando, assim, o caráter de voluntariedade para o encerramento com

orações em uma atividade terapêutica coordenada por uma psicóloga. Não era raro, também, ex internos aparecerem especificamente em horários de programação de louvores, relatando a importância da religiosidade em uma nova fase de vida após o período de internação. Assim, observei durante o meu trabalho em CT, o quanto a religião era uma base importante do programa institucional, podendo trazer um novo sentido de vida, sendo apresentada muitas vezes como um alicerce ou um pilar importante para aqueles internos. Dessa forma, discorreremos a seguir sobre o tema da religiosidade humana e os sentidos atribuídos para uma melhor compreensão do assunto.

A religião é um sistema coletivo de crenças, e na história da humanidade sempre ocorreram fenômenos que foram descritos e interpretados como manifestações de fé e encontro com o Divino. No âmbito das ciências, a religião esteve presente em várias áreas do conhecimento, a contar pela história e a filosofia, mesmo em tempos de prevalência do pensamento positivista. Na atualidade, apesar de tratarmos o tema religião em ambiente privado, é cada vez mais comum uma disputa de narrativas políticas pautadas em preceitos religiosos. De acordo com Wilges (2014), a palavra religião tem o seguinte significado etimológico: “religião vem de *re-legere* (re-ler): considerar atentamente o que pertence ao culto divino, ler de novo, ou então reunir.” (WILGES, 2014, p. 15). Além disso, Silva (2015) inclui que a palavra religião também advém de *re-ligari* (re-ligar) uma nova ligação do homem com Deus de forma transcendente. Desse modo, a religião é o resultado de uma experiência de relacionamento, seja com o outro, com si mesmo ou um meio de ligação com Deus. Corroborando com os autores acima, Veliq (2018) acrescenta:

[...] A religião se vincula a uma relação que o homem estabelece com o sagrado que a qual culmina em uma atitude no mundo que não se encerra apenas sobre um sujeito fechado sobre si, mas se reflete em uma tendência para além de si. (VELIQ, 2018, p.44).

Sendo assim, compreendemos que seja importante assimilarmos também a concepção da Psicologia da Religião, uma vez que essa dissertação tem como base na perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial Humanista e nossos entrevistados pontuaram a importância da religião durante o tratamento em CT e como um novo sentido de vida pós internação. De acordo com Rodrigues e Gomes (2013), “a Psicologia da Religião é o estudo do comportamento religioso pela aplicação dos métodos e teorias dessa ciência a este fenômeno, quer pelo aspecto social, quer pelo aspecto individual.” (RODRIGUES; GOMES, 2013, p.333). Portanto, interpretamos que as entrevistas foram trabalhadas a partir dos

fenômenos que os entrevistados trouxeram quanto à religiosidade e/ou espiritualidade, sejam elas nas perspectivas individuais ou coletivas durante a vivência em CT, comportamentos que fazem parte do cotidiano dos internos nas instituições. Logo, adotamos um método científico compreensível no âmbito da psicologia que abordará o fenômeno, não sendo confundido nesse estudo como um quadro psicopatológico, como veremos no capítulo 4.

O tema da religiosidade humana foi estudado, investigado e desenvolvido como importante para a compreensão da dinâmica psicológica humana, para a relação inter e intrapessoal do sujeito, bem como para o desenvolvimento cognitivo e psicológico durante a vida. (RODRIGUES; GOMES, 2013, p.343).

Além disso, há a necessidade de conceituarmos termos e expressões que surgem no senso comum como sinônimo, mas não o são, uma vez que apareceram em nossas entrevistas e são esclarecidos por diversos autores. Assim, de acordo com os autores, definiremos para esse trabalho espiritualidade como uma particularidade individual que pode ou não abranger a presença de Deus, e religiosidade como a prática e/ou a crença de fundamentos de uma religião. (SANCHEZ; NAPPO, 2007; LUZ, 2007; SOUZA et al., 2015; SILVA, 2015; CAIRES, 2016; CHAVES, 2016; FREITAS; VILELA, 2017). Ou seja, uma pessoa pode ser espiritualizada sem exercer uma atividade atribuída à religião, ou ser religiosa por fundamentar suas condutas em preceitos de uma crença atribuída a uma religião. “[...] A espiritualidade é, portanto, pelo menos do ponto de vista lógico, uma experiência anterior à da religiosidade.” (FREITAS; VILELA, 2017, p.97). O uso da espiritualidade/religiosidade para enfrentar adversidades é chamado de *coping* religioso ou *coping* religioso/espiritual que significa ações que são utilizadas para lidar com situações difíceis. (SILVA, 2015; CAIRES, 2016; CHAVES, 2016). Caires (2016), acrescenta a definição de *coping* como: “[...] palavra inglesa sem tradução literal em português, podendo significar ‘lidar com’, ‘manejar’, ‘enfrentar’ ou ‘adaptar-se a’“. (CAIRES, 2016, p.49/50). Para os autores, as condutas religiosas não necessariamente trarão resultados positivos, podendo desencadear tanto efeitos negativos como positivos no sujeito.

Do ponto de vista positivo, o *coping* religioso/espiritual proporciona meios benéficos para a pessoa, tendo a exemplo disto à busca por consolo ou auxílio em textos religiosos, buscar uma maior ligação com o transcendental e proteção de Deus, dentre outros. Já do ponto de vista negativo, o *coping* religioso/espiritual está ligado aos meios que provocam consequências nocivas à pessoa, tendo como exemplo relacionar a condição de estresse a um castigo de Deus, incumbir a Deus a resolução de seus problemas, interrogar sua existência, dentre outros. (CAIRES, 2016, p. 52/53).

Ou seja, a prática de uma espiritualidade/religiosidade pode ser ou passar a ser um sentido de vida, mas também pode inserir noções de pecado, punição e castigo divino, trazendo sofrimento e autopunição, aprisionando o sujeito em vivências de culpa e medo. Esse circuito é mantido pelo sujeito que não se considera merecedor do perdão de seus pecados, por não agir da forma dos preceitos religiosos, associando ao medo e à culpa, a autopunição. Silva (2015), ao pontuar o *coping* religioso no tratamento de dependentes químicos, assinala pontos positivos e negativos, dependendo da singularidade de cada sujeito e do funcionamento da instituição. “Portanto, a religião pode inibir o uso abusivo de drogas, mas também pode afastar do círculo social da comunidade religiosa, aqueles que se sentem incapazes de abandonar o vício.” (SILVA, 2015, p.51). Segundo Dalgalarondo et al. (2004) em pesquisa sobre o uso de drogas entre adolescentes, a religiosidade pode ser um fator protetivo. Aqueles que aderem à prática religiosa aderem também a valores e comportamentos e utilizam menos álcool e outras drogas, uma vez que a religião do sujeito não aceite ou aceite com menos tolerância o uso de substâncias psicoativas. Quanto ao tratamento de pessoas em quadro de dependência química, Silva (2015) descreve que a presença da religião dentro da instituição de tratamento é um fator mais positivo do que negativo para os internos, mas devemos estar atentos a um uso nocivo e opressor da mesma, o que infelizmente pode ocorrer.

De acordo com Gasbarro (2013), o homem vive em busca de sentido, precisando pensar muitas vezes suas experiências e o significado do mundo-das-coisas podendo encontrar perspectivas nas práticas de transcendência ligando ou (re) ligando as experiências religiosas. Para o autor, a fatalidade de uma *Dasein* está na falta de um sentido ou de uma transcendência que possa ter um valor para o sujeito. Segundo Luz (2007) em seus estudos *A religiosidade vivenciada na recuperação de dependentes químicos*, no qual também foi utilizada a metodologia fenomenológica, os resultados finais de sua pesquisa apontaram que para os internos, durante o tratamento em CT, foi importante a religiosidade na medida em que contemplou e promoveu um novo sentido de vida, trazendo reflexões sobre o modo de pensar sobre si e sobre o mundo. Sanchez e Nappo (2007) acrescentam que há poucos estudos científicos que pontuem e confirmam a importância da religião no tratamento de dependentes químicos. “[...] Mesmo sabendo-se que, no Brasil, a cada dia proliferam as igrejas protestantes que se oferecem para curar a dependência de drogas dos seus novos adeptos”. (SANCHEZ; NAPPO, 2007 p. 80). A religiosidade é legitimada em uma CT como uma possibilidade para um novo sentido de vida no intuito que o sujeito encontre engajamento no seu tratamento e no processo de mudança de estilo de vida. (MASSOLIN FILHO; CORREA, 2013; AGUIAR, 2014; SILVA, 2015; TEIXEIRA, 2016). Corroborando com esse conceito, Mata (2016)

acrescenta que no tratamento de dependência química, “a experiência religiosa pode reduzir a ansiedade existencial, ser fonte de esperança e bem-estar emocional; promover a coesão social e fornecer identidade, ao unir as pessoas em torno de um objetivo comum.” (MATA, 2016, p. 102). Ou seja, a religiosidade/espiritualidade podem acrescentar sentido ao tratamento em uma CT, desde que seja inserida como um *coping* positivo, tornando-se um sentido de vida para o sujeito.

4. PROCESSO METODOLOGICO E INVESTIGAÇÃO DAS UNIDADES DE SENTIDO

Este capítulo aborda o processo metodológico utilizado nessa pesquisa, além de apresentar e retratar o perfil dos entrevistados com o intuito de facilitar a compreensão. Além disso, apresenta as categorias temáticas elaboradas para buscar apreender a construção dos sentidos subjetivos dos entrevistados.

4.1 Metodologia de Pesquisa

Para se fazer uma pesquisa é preciso compreender como o conhecimento foi produzido e elucidar o trajeto metodológico percorrido. Compreendo que metodologia se entende por caminho, um percurso, uma forma de fazer e não somente técnicas que serão aplicadas para um determinado fim a ser alcançado na produção de uma pesquisa e do conhecimento. (ALES BELLO, 2006). Embora tenha feito um percurso das estratégias de intervenções atuais, das normativas e dos riscos de administração da vida que permeiam as Comunidades Terapêuticas (CT), optei em utilizar durante o caminho de nossa pesquisa a perspectiva psicológica da Fenomenologia Existencial Humanista como interlocutora, sustentando esse trabalho baseado em um estudo qualitativo, no intuito de abarcar os fenômenos decorrentes de uma internação em CT, entendendo que a dimensão social cria marcas e sentidos na existência. Nesse contexto, essa pesquisa se insere na linha de pesquisa qualitativa, que buscou os sentidos e significados atribuídos as experiências dos ex internos em CT's durante o período que passaram por essa modalidade de tratamento em dependência química. A pesquisa qualitativa consiste em uma abordagem compreensiva que leva em conta em seus levantamentos o comportamento humano a partir da sua interação e interpretação com outras pessoas e o ambiente no qual ele vive e está inserido. “[...] Pode ser visto como um estudo dos modos pelos quais as pessoas enxergam o sentido nas situações que vivem e dos modos segundo os quais elas conduzem suas atividades, em contatos com outras pessoas, numa base cotidiana.” (MOREIRA, 2002, p.47). Corroborando com o autor, Lima, Leite e Caldeira (2015), mencionam que a abordagem qualitativa aplica-se a questões de relevância subjetiva, não sendo utilizadas assim formas de mensurações quantitativas.

[...] Entende-se que a pesquisa qualitativa produz, em ambiente natural – no qual o pesquisador participa de forma direta e prolongada –, resultados expressos em descrições de acordo com o fenômeno. (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015, p. 67).

O estudo qualitativo, portanto, é caracterizado principalmente pelos princípios de foco na interpretação, em vez de quantificação; ênfase na subjetividade, em vez de objetividade; flexibilidade no processo de condução da pesquisa; orientação para o processo e não para o resultado; preocupação no contexto e reconhecimento do impacto do desenvolvimento do estudo sobre a situação. Logo, entendo que a pesquisa qualitativa foi de extrema importância para esse estudo, uma vez que trabalhei com seres humanos, e considero essencial compreender que as falas, os sentidos e as experiências configurados ao vivido não podem ser analisados a partir de números ou argumentações fechadas.

Este crescimento se apresenta ante a perspectiva de se considerar manifestações humanas e sociais antes inacessíveis para um estudo sistemático nos moldes tradicionais das ciências positivas, sendo, pois que os objetivos centrais de uma pesquisa de cunho qualitativo são exatamente acessar o mundo privado e subjetivo do homem e dar conta de dimensões do vivido não mensuráveis pela metodologia quantitativa tradicional. (HOLANDA, 2005, p. 38).

Dentre as pesquisas qualitativas faremos um diálogo com a Psicologia Humanista Existencial a partir de um olhar fenomenológico buscando uma construção de sentidos. Embora não tenhamos utilizado a metodologia por completo, essa leitura nos inspirou em um encontro com o campo de pesquisa e na elaboração das categorias temáticas. Portanto, faz necessário compreendermos a fenomenologia como método científico em pesquisa. A fenomenologia nasceu no início do século XX, a partir do filósofo e matemático alemão Edmund Gustav Albrecht Husserl que viveu entre 1859 a 1938 (MARQUES, 1997, MOREIRA, 2002; GUIMARÃES, 2010; ALEXANDRE, 2014; FEIJOO; MATTAR, 2014; FEIJOO; GOTO, 2016), rompendo, a partir de então, com o conceito positivista da época e proporcionando um método filosófico que fosse livre de pressuposições. De acordo com Marques (1997), Husserl desejava fundar um método novo sendo esse na atualidade uma das principais correntes filosóficas. Corroborando com o autor, “[...] A fenomenologia era uma forma totalmente nova de fazer filosofia, deixando de lado especulações metafísicas abstratas e entrando em contato com as *“próprias coisas”*, dando destaque à experiência vivida”. (MOREIRA, 2002, p.62). Husserl pretendia, com a fenomenologia, atingir as reflexões e percepções que os fenômenos têm na consciência, examinando os diferentes sentidos ou significados. Assim, se os fenômenos acontecem a partir de uma via que é o sentido, esse sentido apresenta uma essência para o sujeito.

A percepção é um ato da consciência intencional e é através dela que o homem atribui significados aos fenômenos. Pode-se afirmar então que não há sujeito puro

nem objeto puro, ainda que seja feita uma separação entre sujeito e objeto concebida no mundo natural. (GUIMARÃES, 2010, p. 95).

O fenômeno, portanto, é ao mesmo tempo um objeto que diz sobre o indivíduo assim como o indivíduo diz sobre o objeto, organizando a compreensão de forma consciente, e construindo uma compreensão de algo, ressaltando, portanto a interação do sujeito com seu mundo. (DARTIGUES, 2003; AMATUZZI, 2005; ALES BELLO, 2006). Em pesquisa, a experiência é apreendida diretamente pelo fenomenólogo, que deve então se libertar de teorias, pressuposições ou hipóteses explicativas, centrando a investigação na subjetividade e na compreensão de vivências, experiências e percepções dos sujeitos. (MOREIRA, 2002; DARTIGUES, 2003; AMATUZZI, 2005; TERRA, et al., 2006; DECASTRO; GOMES, 2011; LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015; BARROS, 2016). “Desta forma, a fenomenologia é uma ciência rigorosa e preocupa-se com a realidade que se mostra o que é”. (TERRA, et al., 2006, p. 674). Porém, de acordo com Alexandre (2014), Husserl não desenvolveu um método empírico para a pesquisa, ficando a cargo de seus seguidores a aplicação de seus pensamentos para uma abordagem empírica, alcançando assim, o desejo de uma ciência fenomenológica. AmatuZZi (2005), acrescenta que se a experiência for compreendida a partir de experiências comuns, teremos uma pesquisa fenomenológica baseada em aspectos filosóficos, mas se a experiência for fundamentada em uma investigação do fenômeno a partir de uma exploração de dados teremos um sentido empírico na pesquisa fenomenológica. “[...] Isto é, no sentido em que se baseia numa análise sistemática de registros de experiência”. (AMATUZZI, 2005, p. 17). Reforçando essa afirmativa Pereira e Palma (2018), incluem:

[...] A pesquisa fenomenológica pretende construir uma compreensão de algo. Quando isto é feito com base numa análise sistemática de registros da experiência, ocorre uma pesquisa fenomenológica no sentido mais empírico do termo. (PEREIRA; PALMA, 2018, p. 17).

Segundo DeCastro e Gomes (2011), em nosso país a articulação entre fenomenologia e psicologia teve início nos anos de 1940, tendo como referência uma tese de doutorado que utilizou o método fenomenológico pela primeira vez. A partir de então, o método passou a ser utilizado no Brasil principalmente nas pesquisas realizadas nas áreas da educação e saúde tendo segundo os autores, entre os problemas de pesquisa mais corriqueiros, aqueles correlacionados com a existência como, por exemplo, assuntos ligados ao envelhecimento, abuso de substâncias psicoativas, maternidade e doenças físicas e psíquicas. De acordo com Holanda (2005), podemos nomear alguns tipos de pesquisa fenomenológica, como: pesquisa fenomenológica como filosofia; fenomenologia eidética, fenomenologia hermenêutica;

psicologia fenomenológica empírica; pesquisa fenomenológica experimental e pesquisa colaborativa. “[...] é a pesquisa que trabalha a partir de dados empíricos, através da análise de depoimentos, buscando-se os elementos do significado que permitirão acessar a estrutura do vivido”. (HOLANDA, 2005, p. 44/45). Nesse estudo busquei trabalhar com a psicologia fenomenológica empírica ou científica, além de usar a análise de conteúdo (BARDIN, 1994), mais especificamente sua proposta acerca do sistema de categorias, buscando os sentidos dos entrevistados acerca das experiências através de categorias temáticas. Assim, os dados coletados foram analisados a partir da análise de conteúdos.

Na verdade, o tema é a unidade de significação que liberta naturalmente de um texto segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis. (...) Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência ou aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. (BARDIN, 1994, p.105).

A análise de conteúdo é uma técnica para a abordagem de dados obtidos em pesquisa, servindo para analisar os dados coletivos nas mais variadas investigações, buscando extrair sentidos e conhecimentos dos enunciados produzidos. Esta técnica tem duas orientações: a verificação meticulosa e a interpretação criativa, buscando o que está além das aparências, o que está contido nas comunicações. Ajudando dessa forma, a compreensão do fenômeno vivido, da experiência do uso de substâncias psicoativas e do processo de internação em CT para tratamento de abuso/dependência química. Usamos esse procedimento metodológico para tratar os dados coletados nas entrevistas e embasar a análise. A partir dessa proposta efetuamos as entrevistas que foram transcritas e registradas buscando os sentidos singulares da internação. Para a construção dos sentidos subjetivos construímos as categorias temáticas a partir do relato das experiências de cada entrevistado. Dessa forma, foram criadas categorias para cada um, a partir de um relato singular. Assim, as categorias emergiram em cada entrevista, tanto de uma forma direcionada por uma pergunta disparadora ou de forma espontânea ao longo da conversa. É importante, destacar que cada entrevistado possui sentidos únicos no processo de internação e que os sentidos foram construídos em diálogo com a perspectiva da Psicologia Fenomenológica Existencial Humanista e a teoria sobre biopoder do filósofo Michel Foucault.

4.2 Subjetividade e Processos de Subjetivação

Terra et al. (2006) complementa que é na subjetividade que afloram características do sujeito, suplementando questões humanas que definem sua singularidade. Para os autores, é na relação subjetiva que encontraremos a essência do ser, possibilitando uma interpretação da realidade a partir das experiências vivenciadas, uma vez que o sujeito é um ser-no-mundo. Sendo assim Giovanetti (2017), acrescenta que o ser humano é um ser relacional, portanto, não podemos falar de um EU sem considerar seu mundo, concretizando segundo o autor, suas relações a partir de três esferas: sua relação com a natureza; com os outros homens quando percebemos que estamos em contato com outros como nós, definida pelo autor como intersubjetiva; e a relação transcendente. Dessa forma, de acordo com Feijoo (2011), a psicologia tem condições de fundamentar seu trabalho no campo subjetivo abrindo espaço para uma reflexão científica sobre o ambiente interno, e encontrando uma verdade. “À psicologia bastam às reduções fenomenológica e psicológica, com a suspensão da crença em um mundo em si e em uma subjetividade em si, a fim de acessar os fenômenos psicológicos em seu mostrar-se originário”. (FEIJOO; MATTAR, 2014, p. 446). Proporcionando segundo os autores, a acessibilidade e a interpretação dos fenômenos que é algo vivido somente pelo sujeito.

Captar a vivência dos sujeitos, acessar as experiências e compreender os mecanismos de controle social que perpassam a existência será a tarefa nesse estudo. Para auxiliar utilizei teorias que se complementam empregando autores da psicologia e da filosofia. “É preciso não esquecer que a psicologia como dispositivo político e social sempre foi responsável pela produção de subjetividade.” (CAMPOS, 2017, p. 99). Esse diálogo de saberes científicos é viável, e já foi aplicada, por exemplo, no livro *Carl Rogers com Michel Foucault: caminhos cruzados*, do doutor em psicologia clínica Ronny Francy Campos (CAMPOS, 2017). Assim, adotei a teoria do filósofo Michel Foucault, denominada como biopoder (FOUCAULT, 2004), para descrever a produção de realidades subjetivas a partir de tecnologias de controle e domínio social. Ademais, utilizei a fenomenologia como metodologia de pesquisa aplicando autores humanistas existenciais como, Viktor Frankl, Rollo May, Frederick Perls, entre outros, apesar de apresentarem diferenças conceituais, mas sendo todos um importante alicerce teórico como suporte para pensar a subjetividade e os processos de subjetivação, acreditando na necessidade de interlocução dos saberes a fim de compreender o sujeito e as experiências vividas. “A forma do homem, a forma-homem, a subjetividade humana, é uma moldagem histórica complexa e mutante”. (CAMPOS, 2017, p. 131). O uso de substâncias psicoativas, nesse entender subjetivo e de processo de subjetivação, perpassa essa moldagem

histórica, sendo permitida ou proibida de acordo com contextos sociais e mecanismos de controle e poder.

Nesse contexto, também é necessário entender e definir o que vem a ser os processos de subjetivação, tema norteador das análises que serão realizadas nesse estudo. De acordo com Campos (2017), interpreta-se subjetividade como a capacidade de se tornar um sujeito, levando em conta os atravessamentos e as questões sociais vivenciadas que o homem deparará ao longo de sua existência. Para o autor, as relações, experiências e vivências vêm a ser uma forma do sujeito posicionar diante de si e de uma realidade social, ou seja, um processo de subjetivação, uma vez que produz realidades subjetivas. Assim, entendem-se os processos de subjetivação como uma temática recente, e importante para o trabalho e o desenvolvimento dessa pesquisa, sendo:

A temática dos processos de subjetivação é uma linha de pesquisa ainda recente dentro da psicologia e não específico dessa ciência, que procura abordar e compreender a subjetividade enquanto um processo conectado à exterioridade, à influência do meio social. (GUIMARÃES, 2010, p.97).

Tomando como base os conceitos apresentados e tendo em vista o tema que foi o estudo dos processos de subjetivação decorrentes de uma internação em CT, busquei rastrear os sentidos que emergem nessas relações. Portanto, esse estudo buscou compreender os atravessamentos sociais estabelecidos por técnicas de controle sobre o uso de drogas, que surgiram a partir de uma e/ou várias internações em CT's e os mecanismos estabelecidos desses sujeitos frente ao tratamento de dependência química. “Analisar o processo de subjetivação, tendo a subjetividade como processo, é ver os fenômenos não como fatos isolados, mas como fatos sociais conectados a um contexto”. (GUIMARÃES, 2010, p.98). Assim, investiguei o fator internação em CT não como algo isolado, mas como um atravessamento no campo social com aspectos subjetivos, uma vez que o ser humano é um ser-no-mundo. Dessa forma e por coerência metodológica, para cada entrevistado foram trabalhadas categorias temáticas específicas, uma vez que a visão de mundo é única e subjetiva. De acordo com a metodologia escolhida também foi possível explorar, durante a dissertação, minhas experiências de trabalho como psicóloga de uma CT, relatando durante o processo metodológico as vivências passadas como profissional.

Como mencionado, o principal objetivo foi evidenciar os processos de subjetivação sustentados pelas experiências e pelos sentidos que emergem na passagem por uma internação em CT. Também analisei o conceito de cura no âmbito da dependência química e discuti a

dependência química no contexto atual brasileiro, além de apresentar as estratégias de intervenção oferecidas na atualidade, e identificar e abordar os pressupostos teórico-filosóficos que orientam o programa terapêutico das CT's. Compreendo que a metodologia escolhida ajudou a manter o foco na essência e nas experiências dos entrevistados abarcando os processos de subjetivação dos ex-internos que passaram por tratamento de dependência química nessa modalidade de intervenção terapêutica.

Para a pesquisa de campo contatei uma profissional que trabalhou em CT, e pessoas vinculadas em grupos de mútua ajuda solicitando indicações de possíveis entrevistados. Utilizei como critério que fossem pessoas dispostas a falar sobre a experiência vivida, e que não tivessem passado pelas mesmas instituições tendo permanecido na internação em diferentes períodos, não foi estabelecida nenhuma norma selecionando entrevistados a partir da substância psicoativa que era utilizada antes da internação. Portanto, poderia ser alguém que havia sido internado pelo abuso/dependência de alguma substância lícita, como o álcool, ou ilícita, como cocaína, *crack*, entre outros. Entrei em contato com algumas pessoas que passaram por tratamento em CT, via ligação telefônica e/ou *whatsapp*, que atualmente participam de grupos de mútua ajuda, e esses indicaram também outros possíveis candidatos à entrevista além do contato com uma psicóloga que trabalhou em uma CT que indicou uma rede de possíveis entrevistados. Sendo assim, formei uma rede de contato com indivíduos que apresentavam características que colaborariam com esse estudo. Como já havia trabalhado em CT, optei não entrevistar quem tivesse passado por tratamento em instituições nas quais tivesse trabalhado, ou, que fossem ou foram meus pacientes clínicos. Acreditei com isso evitar possíveis atravessamentos como, por exemplo, já conhecer a família, a história de uso de substâncias psicoativas ou ter feito algum tipo de intervenção clínica atuando como psicóloga clínica ou institucional. Assim, conheci todos os entrevistados somente no dia da entrevista, tendo a primeira escuta sobre a história de vida e as experiências vivenciadas.

No campo contei com o instrumental de coleta de dados fundamentada através de entrevistas semiestruturadas, caracterizada por ser uma ferramenta flexível. (Apêndice I) (MINAYO, 2000). A entrevista foi iniciada por uma pergunta norteadora e outras disparadoras que serviram para orientar durante a realização da entrevista, visando e permitindo que os depoimentos acontecessem. Para essa pesquisa foram selecionados quatro sujeitos, todos do sexo masculino, ex-internos de quatro CT's, que tiveram tempos de permanência na instituição e encerramento distintos. A seguir temos duas tabelas com algumas das informações extraídas sobre os entrevistados e sobre o uso de substâncias psicoativas e modalidades de tratamento que passaram ao longo da vida.

Dessa forma, visei participantes dispostos a contribuir e compartilhar suas experiências, escolhidos por já terem passado pelo tratamento na modalidade de CT e de apresentarem em seu histórico de vida o abuso ou dependência química de substâncias psicoativas, sendo lícitas e/ou ilícitas descritas pelos entrevistados o uso de: álcool, chá de lírio, cheirinho de loló que é uma base de clorofórmio e éter, cocaína, codeína, cola de sapateiro, *crack*, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), *ecstasy*, haxixe, maconha, medicamentos, tabaco e *tinner*. Essas foram às substâncias mencionadas pelos entrevistados em seu histórico de consumo, sendo que todos se mantinham em abstinência de quaisquer substâncias em período de tempo variado no dia da entrevista. Para a realização das entrevistas agendei previamente o dia e horário em que compareci ao local escolhido pelos entrevistados.

Tabela 1: Informações dos Entrevistados

Nome	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Filhos	Profissão	Filiação Religiosa
Pedro	34 anos	Casado	Fundamental completo	02 filhas	Motorista	Sem vinculação religiosa
Thulio	35 anos	Casado	Superior Incompleto	01 filho	Representante Comercial	Católico
Breno	39 anos	Casado	Ensino médio completo	04 filhos com três mulheres diferentes	Comerciante	Sem vinculação religiosa
Marcos	45 anos	Casado	Superior Completo	01 filha	Analista de Sistemas	Evangélico (Relata estar afastado da religião há alguns anos).

Tabela 2: Informações sobre as Internações em CT

Nome	Tempo de Permanência na última Internação em CT	Tempo de saída da CT	Substâncias Psicoativas Utilizadas ao longo da vida	Nº de Internações (CT, Clínicas, Hospitais Psiquiátricos)	Recaída	Outras Modalidades de Tratamento
Pedro	1 ano e 3 meses	3 anos	maconha, cocaína, loló, <i>ecstasy</i> , <i>crack</i>	01 internação	01 dentro da CT	Nunca procurou outro tratamento
Thulio	5 meses e 15 dias	4 anos e 6 meses	Álcool, <i>crack</i> . (relata ter usado outras substâncias, mas não especifica quais)	01 internação	01 logo após a internação	Nenhuma modalidade apesar de saber que existia o CAPS AD
Breno	4 meses	2 meses e 7 dias	Maconha, Tabaco, cocaína, loló, cola de sapateiro, <i>tinner</i> , LSD, <i>crack</i> , haxixe, chá de lírio, álcool, medicamentos.	02 internações em instituições distintas	Várias	Hospital psiquiátrico; Cersam; Terapia; CMT (Centro Mineiro de Toxicomania).
Marcos	6 meses	08 anos e 09 meses	Álcool, maconha, codeína, cocaína, medicamentos, <i>crack</i>	15 à 20 internações	Várias	Clínicas, Hospitais psiquiátricos (No Brasil e nos EUA)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com dados extraídos das entrevistas. (2018).

Lembrando que todas as entrevistas foram gravadas e transcritas com o consentimento dos sujeitos objetivando o bem estar e o sigilo quanto à identidade dos mesmos além da ética na pesquisa, assim, todos receberam e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – (Apêndice II), no qual foi explicado que a participação seria voluntária, sendo importante para a elaboração desse trabalho, e podendo ser interrompida a qualquer momento sem acarretar nenhum dano ou problema ao entrevistado. Ressalto que os nomes citados nesse trabalho são fictícios com o intuito de preservar o anonimato e o sigilo das informações. Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio e transcritas na íntegra, sendo separadas e numeradas em trechos, com o intuito de facilitar a compreensão das descrições das categorias temáticas. Ocorreram categorias a partir de perguntas disparadoras e norteadoras como: a internação; afastamento social; expectativas e sentidos atribuídos; frustração, recaída e cobranças; influência e motivação. Mas, também ocorreram categorias que surgiram de forma espontânea, como: a família no tratamento, a religião; acompanhamento psicológico; estrutura da CT; internação compulsória; narcóticos anônimos; o grupo de mútua ajuda; o tempo para um dependente químico; o uso compulsivo do álcool; overdose nos Estados Unidos; recaída, substituição de drogas. Logo após serem transcritas os áudios foram destruídos e as transcrições devidamente arquivadas, vindo a ser incineradas em cinco anos, a partir de 2018.

4.3 Embrenhando no Encontro com Pedro

A entrevista com Pedro foi uma sugestão de um contato de um grupo de mútua ajuda, Narcóticos Anônimos (NA), que prontamente conversou com ele e retornou confirmando seu interesse e passando seu contato telefônico. Logo que fiz a primeira ligação explicando o tema dessa pesquisa, Pedro demonstrou entusiasmo em contribuir e contar a sua história e trajetória de vida. Ele tem 34 anos, trabalha como motorista de entrega de mercadorias e agendou a entrevista em uma cafeteria, no final da tarde, na região centro-sul de Belo Horizonte, pois nesse horário terminaria uma entrega no bairro Funcionários e não desejava que a entrevista fosse em sua residência, alegando ser muito longe para o meu deslocamento. Quando cheguei, no horário previamente agendado, o encontrei aguardando do lado de fora do estabelecimento. Pedro tem estatura mediana, vestia-se de forma casual, usava um boné e aparentava menos idade do que realmente tem. Mesmo de longe, antes de aproximar-me, percebi que era ele justamente pela demonstração física de tirar e colocar o boné na cabeça e olhar para os lados, como se estivesse ali aguardando alguém chegar. Logo falou que era um prazer ceder o

depoimento e a entrevista, pois acreditava ser importante relatar o que havia passado quando usava drogas, e sobre o período em que esteve internado na Comunidade Terapêutica (CT). Pedro é casado há quatorze anos, pai de duas filhas de quatorze e dois anos de idade, fala que sua segunda filha foi concebida justamente no período de sua internação quando passou sete dias em casa para visita em fase de ressocialização concedida pela CT. A ressocialização é um período geralmente de uma semana em que as Comunidades liberam os internos para passarem um curto tempo na residência com o intuito de avaliar o retorno à rotina familiar e o convívio social.

Eu ofereci um café enquanto me apresentava e explicava sobre o motivo da entrevista e sobre minha dissertação de mestrado, mas ele recusou educadamente demonstrando de início certo acanhamento em falar comigo. Tentei deixá-lo o mais à vontade possível, e o agradei pela disponibilidade em colaborar com minha pesquisa. Considerei que essa pequena conversa antes mesmo de ligar o equipamento para gravar nossa entrevista foi relevante, pois logo Pedro chamou o garçom solicitando uma água enquanto eu degustava um café e preparava o material. Pedro nunca buscou por outra modalidade de tratamento, além da internação em CT, apesar de narrar que chegou a ir a algumas reuniões de um grupo de mútua ajuda antes de sua internação por insistência de seus familiares. Esteve separado da esposa por um curto tempo e conta que por um período morou literalmente dentro do seu carro, um Fiat Uno. Na modalidade de CT teve uma internação que durou um ano e três meses, descreveu que durante o tempo que esteve na instituição passou por uma recaída, o que ele nomeou de um baque cheirando cola de policloreto de polivinila (PVC). Na data da entrevista completava três anos que havia saído da internação e frequentava regularmente um grupo de mútua ajuda.

4.3.1 A Internação

No início da entrevista Pedro foi sucinto em suas respostas. Só a partir da metade de nossa conversa começou a falar de forma mais prolixa e a abordar aspectos da internação espontaneamente sem a necessidade de perguntas disparadoras. Devido a isso, as respostas no início foram curtas, o que causou a necessidade de outras perguntas disparadoras, como podem observar nos trechos abaixo, numerados para facilitar a compreensão da leitura e a formulação das unidades de sentido. A pergunta norteadora pedia que explicasse como foi a internação na instituição, mas ele respondeu essa indagação com uma breve frase, relatando que foi “conturbado”. Ficou então, um bom tempo pensativo sem esboçar nenhuma reação

aparente com uma feição que me levou a considerar que esperava alguma ação da minha parte. Após um curto período de silêncio perguntei o que era conturbado para ele.

Trecho 1: Como foi sua internação na instituição?

Resposta: Foi meio **conturbado**. (Grifos nossos)

Trecho 2: O que você chama de conturbado?

Resposta: É, ah porque no começo estava relutando de ir né! Não tava(sic) querendo ir, estava meio receoso de ir.

Para esclarecer o(s) motivo(s) da internação, completou durante a entrevista que foi incentivado a participar de um grupo de mútua ajuda por intermédio de sua família, mas mesmo comparecendo às reuniões portava substâncias psicoativas e não tinha intenção de interromper o uso/abuso, e que seu real intuito era reatar o relacionamento com a esposa.

Trecho 17: Quais os motivos que te levaram a internação?

Resposta: [...] eu ia lá, lá nas reuniões que tinha lá na rua Cristina e sempre que eu ia nas reuniões **eu levava droga pras (sic) reuniões**. Só ia nas reuniões porque minha mãe começou a insistir pra (sic) ir, minha esposa conheceu lá e ficou insistindo pra mim (sic) ir e tal, **porque via uma possibilidade de eu me recuperar e a gente voltar**. (Grifos nossos)

Continuando a responder sobre os motivos da internação, o entrevistado relata que além do uso de substâncias psicoativas e de desejar reatar o relacionamento, havia rompido os vínculos familiares passando um período fora de casa.

Continuação resposta do trecho 17: [...] foi abuso mesmo, abuso de drogas, tinha separado da minha esposa tinha quatro meses justamente por causa do uso, **eu já não ficava mais em casa, ficava só na rua**. [...] Aí um dia depois de ficar duas semanas na rua, fui pro (sic) Rio e voltei, fiquei um tempo na rua aí cheguei lá em casa e pedi pra (sic) ir. (Grifos nossos)

Pedro frequentava as reuniões de mútua ajuda e chegou a agendar por duas vezes a internação desistindo no dia. Porém, a reflexão que não conseguiria interromper o uso de drogas sozinho, o motivo da separação com a esposa e o pensamento sobre sua existência o fizeram refletir e mudar de opinião.

Trecho 18: As reuniões que você está falando é do Nata, Grupo de Apoio ao Toxicômano?

Resposta: É a reunião que tinha lá na clínica, na rua Cristina, tinha marcado antes, eu tinha **marcado duas vezes** de internar e nas duas vezes eu não fui, aí nesse dia

que eu cheguei a ir, que eu decidi a ir, acho que não ia nem viver mais. Aí eu falei é melhor internar senão **não vou dá (sic) conta**, mas eu fui pra (sic) clínica com a intenção de ficar quatro meses e sair. (Grifos nossos).

Em trechos da entrevista numerados acima, nº 2, 17 e 18 há uma demonstração de que apesar de perceber que estava com problemas com drogas, sua motivação a princípio era a reconciliação com a esposa, ocorrendo um conflito quanto à atitude a ser tomada, o que podemos considerar naquele momento como algo natural dentro de um padrão neurótico uma vez que há uma dualidade entre o modo de vida atual e a possibilidade de mudança. (ROLLO MAY, 2012). Tais comentários vem também de encontro ao apresentado pela psicologia existencial, que engloba um discurso de desalienação do sujeito, sendo esse livre e responsável por suas escolhas. (CAMPOS, 2017). Assim, Pedro tinha a escolha de permanecer com seu modo de vida e a possibilidade de mudança, lembrando que a mudança não necessariamente sanaria questões como, por exemplo, a reconciliação conjugal. Percebemos, além disso, nos trechos acima, como Pedro estava receoso quanto a internação o que foi denominado por ele como “conturbado”. Segundo Rollo May (2012), a evolução exigirá o rompimento com a segurança e a sensação de proteção e amparo patriarcal, gerando sentimentos de culpa e ansiedade à medida que é desenvolvida a autonomia. Para o autor, todos esses sentimentos são compreensíveis uma vez que há uma luta íntima, crucial para empreendermos em uma vida mais saudável em combate com nossas dependências.

O conflito básico, em suma, dá-se entre aquela parte da pessoa que procura evoluir, expandir-se e ser sadia, e a outra que anseia por permanecer em nível imaturo, atada ao cordão umbilical psicológico e recebendo pseudoproteção e os mimos dos pais, em troca da independência. (MAY, 2012, p. 124)

Tal afirmação nos leva a refletir que no caso de Pedro ocorreu esse conflito entre uma possível evolução e entre permanecer no padrão que se encontrava. “Para os adultos, ocupados em se redescobrir, a luta está centralizada no seu íntimo. A luta para tornar-se uma pessoa ocorre no íntimo da própria pessoa”. (MAY, 2012, p. 123). A tomada de decisão em busca de alguma modalidade de tratamento a princípio foi da família, uma vez que foram eles que o levavam para o grupo de mútua ajuda. Entretanto, apesar dos esforços familiares, Pedro iniciou o processo terapêutico após seu próprio movimento, quando achou que não estava “dando conta” de seu modo de vida. A intenção a princípio era de permanecer por quatro meses na internação, sendo que o período considerado como concluído pela instituição era de sete meses. Pedro relatou que teve um fato que mudou seu pensamento, o de ter cheirado cola

de Policloreto de Polivinila (PVC) dentro da instituição. Segundo ele, com o ocorrido sua permanência foi estendida e isso foi um “baque”.

Trecho 3: Quanto tempo você ficou internado?

Resposta: Eu fiquei **um ano e três meses**

Trecho 4: Um ano e três meses, e qual que era o tempo da instituição?

Resposta: Sete meses.

Trecho 5: Sete meses, o que levou você a ficar tanto tempo a mais?

Resposta: Ah **eu tive uma recaída dentro da instituição**, com cola de cano.

Trecho 6: Como foi essa recaída?

Resposta: Ah eu tava (sic) fazendo um trabalho com a cola, aí quando fui vê (sic) eu tava (sic) cheirando a cola.

Trecho 7: Aí dentro da instituição isso acarretou...

Resposta: Voltamos tempo, no tratamento.

Trecho 8: Como que foi isso para você?

Resposta: Depois desse **baque** que eu tive lá, que eu entrei seriamente no tratamento.

Trecho9: Então você me fala...

Resposta: Ajudou... de alguma forma sim.

Trecho 10: Ajudou em que?

Resposta: Sei lá eu acho que, quando eu internei **minha intenção não era terminar** o tratamento, era ficar um tempo, abafar, eu tinha separado da minha esposa, a intenção de **eu voltar com ela** e ficar um tempo lá e sair. Aí **depois desse baque** aí eu vi que não, era mais pra (sic) mim entendeu. (Grifos nossos)

Esse fato demonstrou que mesmo privado do uso de sua substância de preferência, que era o *crack*, e em ambiente protegido, Pedro sentia necessidade de alteração de consciência. E, passou a (re) significar sua permanência na instituição, pois antes, como mencionado na resposta do trecho nº 10 sua intenção era de passar um tempo e de conciliar com sua esposa. Depois da recaída essa imprimiu um sentido diferente para a internação, o que chamou na resposta do trecho nº 8 de “entrei seriamente no tratamento”. Viktor Frankl (1995), compreende que o uso problemático de drogas pode ser denominado como um meio de auto-extermínio, o que nomeou como um suicídio crônico. Para o autor, o vazio existencial e a falta de sentido de vida refletem na possibilidade de auto-extermínio. De acordo com Frankl (2016) em sua obra *Psicoterapia e Sentido da Vida*, só ao homem é dada a capacidade de

problematizar sua existência e seu sentido de vida, e às vezes o homem utiliza recursos como, por exemplo, o uso de substâncias psicoativas para não pensar sobre sua existência e para dispensar suas responsabilidades sobre o seu eu.

[...] A embriaguez; quer dizer, àquele estado de esquecimento de si mesmo que o homem provoca intencionalmente e artificialmente, para se desonerar, de tempos a tempos, da impressão da sua responsabilidade essencial que, de quando em vez, lhe parece demasiado pesada. (FRANKL, 2016, p. 84).

Acrescentando, Rollo May (2012) pontua que somos livres para viver e para morrer. “O passo fundamental para a conquista da liberdade interior é optar por si mesmo” (MAY, 2012, p.152). Portanto, cada homem é autor de sua existência e de suas escolhas. Foi no episódio da cola de PVC que Pedro percebeu sua compulsão e necessidade de auto cuidado, o que de acordo com De Leon (2009) é a percepção em si mesmo de uma maneira diferente, o que resulta e proporciona uma mudança de vida. Em minha atuação profissional em CT percebi que era comum a entrada na modalidade de internação por motivos como conflitos sociais e familiares. Muitas vezes, o interno tinha como principal objetivo “dar um tempo” para que esses conflitos fossem resolvidos e/ou amenizados. Contudo, não foram raros os casos daqueles que tiraram esse tempo para a auto percepção, para o acompanhamento psicoterápico ou mudaram a percepção sobre os conflitos vivenciados, ampliando a compreensão sobre o EU/TU.

4.3.2 Influência e Motivação

Quando indagado sobre a influência que sofreu para internar, Pedro relata que ver outras pessoas que passaram por essa modalidade de tratamento o motivou.

Trecho 19: Então você conheceu pessoas lá antes de internar que estavam sendo submetidas a esse tipo de tratamento?

Resposta: Eu conheci algumas pessoas antes.

Trecho 20: E como foi, sofreu alguma influência?

Resposta: Sofri, **eu vi que tinha pessoas que tavam (sic) bem lá**, depois do tratamento né, vi que tinham pessoas no mesmo nível que eu que já tinha perdido até mais coisas que eu e tava (sic) dando a volta por cima, inclusive hoje em dia alguns são até meus amigos pessoais. (Grifos nossos).

De acordo com De Leon (2009), os companheiros em uma Comunidade Terapêutica (CT) expressam e transmitem uns aos outros o bem viver, demonstrando novas normas, valores e crenças assumidos. Para o autor, o bem viver é necessário para manter a serenidade, e por sua vez a serenidade é essencial para que se conheça o bem viver. “[...] Os modelos de comportamento dos companheiros, em particular, são potentes agentes de mudança na CT, oferecendo os principais elementos de incentivo para que os outros mudem”. (DE LEON, 2009, p.190). Essa conexão e esse reconhecimento do seu “eu” com o outro seria, segundo Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007), o “outrem como tu”, que é caracterizado nesse caso em ver o bem estar do outro ex usuário de droga. Segundo Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007), para alguns fenomenológicos a fronteira de contato estabelecido entre as noções do EU-TU-ISSO definindo assim, o *self*. O sistema *self* é a experiência de si mesmo em profundidade, um conhecimento objetivo, uma noção de realidade e o questionamento sobre o que estou fazendo com meu eu. “[...] O *self* é a função organizadora no íntimo do indivíduo, por meio da qual um ser humano pode relacionar-se com o outro.” (MAY, 2012, p. 81). Para os autores Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007), é o formato transitório do sistema *self* que pode ser entendido como um fenômeno intersubjetivo, uma vez que o EU retoma um fundo passado, o TU se beneficia das possibilidades futuras e o ISSO acumula a parte objetiva da identidade.

Trecho 29: Quais eram suas expectativas quando você internou?

Resposta: Quando eu internei... **a única expectativa que eu tinha era ser eu de novo**. Assim, ser um cara mais tranquilo, sei lá como falava nas terapias lá, voltar a fazer parte da sociedade, meio que afastei de todo mundo, ficava só... sozinho. (Grifos nossos).

Apesar de relatar que estava sendo influenciado, o entrevistado diz que demorou a ter percepção sobre suas limitações quanto ao abuso de drogas e sobre si mesmo. Esse fato nos leva a pensar e demonstra seu processo organizador e o quanto foi necessário e importante para Pedro o contato com outros usuários em tratamento para uma auto percepção sobre, si mesmo, o abuso de drogas e sobre suas potencialidades. Nesse trecho observamos que foi necessária sua impotência para que alcançasse um novo sentido de vida e, assim sendo, suas potências.

Trecho 40: O que você acha que não contribuiu para o seu tratamento durante o período de internação?

Resposta: Não contribuiu?

Trecho 41: É...

Resposta: Acho que não tem nada assim, que não contribuiu não. O que não contribuiu foi **minha falta de vontade no começo**, eu acho que assim resultou na demora de dá (sic) entrada no tratamento sério mesmo! De me entregar ao tratamento, saber que é uma doença, que eu realmente era **impotente** a várias coisas. (Grifos nossos).

Dessa forma, apesar de relatar ter sofrido influência de outros usuários e que esse contato foi importante para iniciar o tratamento sobre o abuso de drogas, foi quando Pedro passou por um processo organizador do sistema *self* que assimilou a necessidade de mudança.

4.3.3 Afastamento Social

De acordo com o entrevistado a expectativa de reconciliação com a esposa foi um dos motivos para sua internação, mas também descreveu que sentia “pesado”, nomeando assim um sentimento ruim com o uso da droga. Relatou ter afastado e/ou interrompido contatos e relacionamentos pessoais, conectando a partir de então cada vez mais com sua droga de preferência, o *crack*. “O modo de relacionar-se com a droga faz com que deprecie a si mesmo, a própria vida e suas relações com os outros.” (SANTOS, 2000, p. 319).

Trecho 31: Que momento que você se sentiu a parte?

Resposta: O momento que eu comecei a abusar, que eu afastei dos meus amigos, que eram meus amigos de infância, que eu afastei da minha esposa, que eu afastei da minha filha, que minha filha nem olhava pra (sic) mim mais, isso pra (sic) mim não fazia mais falta, eu vi que eu tava (sic) **muito pesado**. (Grifos nossos).

Aqui percebemos que a vivência do afastamento com aqueles que eram considerados importantes acarretou em um fenômeno experimentado como uma sensação a qual foi descrita de “pesada”, ou seja, algo que era ruim e que exigiu muito esforço. Esse esforço pode ser físico, psíquico, espiritual ou social, uma vez que o fenômeno transcorre nessas quatro esferas, e foi considerado como fatigante por Pedro, provocando cansaço e mal-estar. Entendemos que o objeto droga tomou a forma de algo que lhe trazia uma carga de desprazer acarretando em um cansaço. De acordo com Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007), há um conjunto de fatores temporais na essência do sistema *self* que estão no organismo/meio, efetuando assim um modo de ajustamento em busca de equilíbrio. Esses fatos nos leva a pensar que no caso do entrevistado esse movimento de organismo/meio funcionava no momento em que ele se nomeia como “pesado” de forma disfuncional, causando assim a

sensação de mal estar. Isso ocorre como uma chamada para a consciência, o que os autores descrevem como *awareness* e está diretamente relacionada com o fluxo natural e saudável, ao ciclo que a suspensão desse fluxo seria uma forma desequilibrada do funcionamento do sistema *self*.

Para Pedro, o afastamento social na CT, as restrições sofridas e o contato com os outros internos mudaram suas percepções.

Trecho 45: Mudou em que?

Resposta: Mudou porque ai eu vi que eu precisava do tratamento, tinha possibilidade de sair do tratamento mudado, que podia fazer diferente, tinha a possibilidade de ser uma nova pessoa vendo as outras pessoas que iam lá que já tinham acabado o tratamento, que tavam (sic) bem de vida, que conseguiu conquistar várias coisas depois do tratamento, conseguiu viver uma vida sem drogas, sem abuso.

De acordo com De Leon (2009), durante o tratamento em uma CT há uma internalização que se conceitua como sendo o processo de assimilação, aprendizagem e ensinamentos através do outro o que também podemos nomear como introjeção. “A introjeção é o modo genérico de interação entre o indivíduo e seu ambiente.” (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 86). Observamos a ocorrência dessa internalização/introjeção no trecho da entrevista de nº 45, quando narra a percepção de possibilidade de mudança ao ver outras pessoas que passaram pela modalidade de tratamento em CT em um momento descrito como bem de vida.

A marca da internalização é a transferência das influências sobre o novo aprendizado das consequências externas e (objetivas) para as experiências internas (subjetivas) do indivíduo. Quando mudanças aprendidas são internalizadas, elas parecem mais consistentes e mais auto-iniciadas (“dirigidas internamente”) do que o aprendizado externamente influenciado. (DE LEON, 2009, p. 382).

Corroborando com os autores, Santos (2000) acrescenta que o homem é sempre um ser relacional, fazendo-se presente no mundo, estabelecendo uma relação com outros homens e com objetos. De acordo com o autor, para a fenomenologia a existência humana é organizada através do ser-no-mundo esculpindo nossa capacidade de ser. “O homem é lançado no mundo e vai existindo e nesse movimento de existir vai constituindo sua subjetividade. Ela é constituída pelo existir e revelada pelos seus atos concretos, por sua presença no mundo e por suas escolhas”. (SANTOS, 2000, p. 310). Assim, Pedro diz:

Trecho 48: Você acha...

Resposta: O meu tratamento eu acho que só deu certo porque me doeu demais lá dentro, quando eu vi a condição que eu tava (sic), eu tinha tudo na minha casa e lá é regrado, cê (sic) tem hora pra (sic) comer, cê (sic) não pode comer tudo, tinha vários pés de manga lá e a gente não podia comer a manga.

Interpretamos que ocorreu um processo demonstrado no trecho acima, na busca por um novo laço que não fosse com o objeto droga, quando mesmo se sentindo privado e regrado naquele ambiente, e podendo a qualquer momento encerrar o afastamento social uma vez que a internação em CT é voluntária de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 029 (BRASIL, 2011b) - (ANEXO D), que regulamenta o funcionamento das instituições, Pedro faz a opção de permanecer. Pedro, revela dessa forma um ato concreto de permanecer na internação ao considerar que o ambiente o favoreceria como foi descrita no trecho nº 45 ao dizer que tinha o desejo de viver sem o uso de drogas.

Outro ponto de relevância apontado, relacionou-se com o estigma social de usuário de drogas, conceituando como malandragem e vagabundagem, apontamentos pejorativos e depreciativos sobre o sujeito, muitas vezes internalizado de forma errônea. “Tomando o viés moralista, consideraríamos os usuários como marginais, sujeitos que não têm direitos garantidos e que devem ser presos, pois em sociedade podem trazer inúmeros problemas” (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p.81). A esse pensamento, denomina-se a teoria da degenerescência que, de acordo com Souza (2014), ocorre no contexto social brasileiro, associando uma determinada classe a um comportamento que merece ser reprimido e eliminado. Assim, através de discursos proibicionistas de bem estar e segurança como, por exemplo, o discurso médico e jurídico, é mantido um controle normatizador. (ZALUAR, 1999; NILO, 2013). Podemos ainda fazer uma articulação com as idéias de Michel Foucault, denotando uma gerência da vida, um exercício de biopoder, no que se refere à necessidade de moldar formas de existir.

Tanto o tema do poder quanto do sujeito nos remetem à noção de biopolítica. [...] e que está relacionada à tomada do poder sobre o corpo humano. O que são as biopolíticas? São políticas de vida, de produção de novos modos de vida. São políticas de existência. (CAMPOS, 2017, p. 127).

Dessa forma, os preceitos da teoria foucouthiana cruzam uma via de interlocução com a psicologia fenomenológica, uma vez que compreendem fatores sociais como formas que atravessam a subjetividade. O tratamento de dependência química em CT apresenta em sua fundamentação a moral da abstinência, o que demonstra contrapor o programa de Redução de

Danos (RD), adotado pelo Ministério da Saúde. (NILO, 2013; AGUIAR, 2014; KURLANDER, 2014).

Trecho 54: Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de acrescentar? Sobre Comunidade Terapêutica, sobre internação? Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de falar?

Resposta: [...] **Porque sozinho realmente a sociedade julga, acha que o cara é vagabundo**, então eles não sabem o que passa na cabeça da pessoa entendeu!? Não sabe (sic) do sofrimento sei lá, o que a pessoa ta (sic) passando, às vezes uma conversa, e o que me ajudou demais no tratamento foi psicólogo, os monitores, conversa que eu tinha lá dentro, coisa que eu não tinha muito em casa, e tal... fui criado meio assim. (Grifos nossos).

Referindo-se a estigmatização, Romanini e Roso (2014) destacam que o usuário que recebe esse rótulo passa a ser desacreditado socialmente, sendo apontado como aquele que não há o que fazer e que o tratamento não terá eficácia. Tal ponto nos leva a pensar em formas de gerenciamento da vida apontadas na teoria foucaultiana como mecanismos de controle, constituídas como um procedimento social que produz cada vez mais tecnologias com manejos de dominação que permeiam e atravessam a subjetividade do indivíduo. (FOUCAULT, 2004; DUARTE, 2006; SOUZA, 2014).

Os traços comuns do grupo de usuários de *crack* podem, portanto, levar os indivíduos a fazer “um julgamento negativo sobre uma pessoa, não em razão das especificidades desta pessoa ou de sua conduta, mas, simplesmente, em razão de sua pertença a um grupo que é o objeto de um estereótipo negativo” (ROMANINI; ROSO, 2014, p. 371).

Essa estigmatização foi apontada por Pedro no trecho nº 54 acima, sendo destacada a necessidade de uma escuta diferenciada compreendendo seu momento sem juízo de valor. “Estamos aqui para promover o processo de crescimento e desenvolver o potencial humano.” (PERLS, 1977, p.14). Assim, espera-se que independente da modalidade de tratamento escolhida pelo usuário, encontra-se um profissional com a capacidade de escuta sem julgamentos moralistas e estigmatizadores suspendendo juízos de valores e capacitado a ajudar aqueles que necessitam de acolhimento, apoio, orientação e ajuda.

4.3.4 Acompanhamento Psicológico

Quando interpelado sobre o que mais contribuiu em seu processo durante a internação e sobre o que foi proveitoso em seu tratamento, o entrevistado narrou sobre o

acompanhamento que teve na CT e os atendimentos psicológicos, como uma ferramenta que o ajudou e o auxilia até o momento a perceber seus medos e trabalhar suas questões, pois ainda mantinha contato com a psicóloga. Ressaltando em vários trechos o apoio terapêutico, Pedro disse que antes da internação nunca havia conversado com uma psicóloga sobre o abuso de substâncias psicoativas.

Trecho 37: Você nunca tinha passado por atendimento psicológico?

Resposta: Eu tinha passado, mas quando eu era menino, aí nas terapias na CT eu me soltava, eu acho que o que me **ajudou mais no tratamento foram às terapias**. (Grifos nossos).

Ressaltamos aqui que não foi indagado ao entrevistado qual a linha de abordagem teórica utilizada pela psicóloga que fazia seu acompanhamento no processo de internação na CT. Porém, independentemente da abordagem que a psicóloga da CT utilizou, nossa pesquisa e nossa conceituação tiveram como base a fenomenologia, considerando a importância da psicoterapia no tratamento da dependência química. De acordo com May (2000) a psicoterapia é uma fonte que auxilia no entendimento dos dilemas humanos.

[...] O dilema humano é aquilo que origina-se da capacidade de um homem para sentir a si mesmo simultaneamente como sujeito e como objeto. Ambas as capacidades são necessárias – para a ciência da psicologia, para a terapia e para uma vida gratificante. (MAY, 2000, p. 25).

Para o autor o processo terapêutico é necessário no intuito que o sujeito se veja. Compreendemos que foi o ocorrido com Pedro, quando passou a perceber a possibilidade de mudança, de expressar seus sentimentos e emoções em um momento auto reflexivo narrado na resposta do trecho nº36, quando ressalta que pode ver “coisas de sua vida”.

Trecho 35: O que você acha que foi proveitoso, no tratamento?

Resposta: No tratamento?

Trecho 36: No tratamento...

Resposta: Uma coisa que me ajudou bastante no **tratamento foi à terapia, psicólogo, eu pude vê (sic) várias coisas**. (Grifos nossos).

O entrevistado ressalta nesse trecho o seu contato terapêutico nos momentos atuais, como um processo que considera importante.

Trecho 38: Que você teve dentro da instituição?

Resposta: **Inclusive até hoje eu converso com a psicóloga**, semanalmente eu ligo pra (sic) ela, foi uma pessoa que **me ajudou demais no tratamento**. (Grifos nossos).

Estar em uma CT foi descrito por Pedro como uma das melhores coisas, salientando novamente a importância de profissionais capacitados.

Trecho 54: Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de acrescentar? Sobre Comunidade Terapêutica, sobre internação? Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de falar?

Resposta: [...] melhores coisas que aconteceu na minha vida, foi eu ter conhecido uma instituição, ter conhecido uma casa de recuperação que **tem profissional sério trabalhando lá**, igual a psicóloga que eu citei, que foi uma pessoa que me ajudou e até hoje ajuda várias pessoas. (Grifos nossos).

De acordo com De Leon (2009), a CT deve apresentar um ambiente clínico assim, espera-se que todos os funcionários exerçam e promovam a saúde e o crescimento pessoal das pessoas atendidas, sendo, portanto, desejado que o profissional ajude no processo de potencialização e novos laços com a própria vida e existência.

Infelizmente, de acordo com o constatado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), o Ministério Público Federal (MPF) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas realizado no ano de 2017, no qual foi elaborado um relatório nacional divulgado em 2018, ocorrem no Brasil várias irregularidades na maioria das CT's, tais como: isolamento e restrição do convívio social; incomunicabilidade e visitas restritas; difícil acesso, muros, portões, trancas e restrições à saída; retenção de documentos; violação de sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação; internações involuntárias e compulsórias; ausência de projeto terapêutico singular; violação da liberdade religiosa; exploração do trabalho como ferramenta disciplinar; ausência de registros individuais dos residentes; fragilidade nas equipes multidisciplinares; indícios de violações éticas no trabalho de psicólogas e psicólogos; sanções e indícios de tortura, dentre outros. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Diante de tais condições tornando-se muitas vezes espaços de asilamento e afastamento social, sem estrutura física e profissional adequados para um atendimento terapêutico de respeito ao usuário de drogas. Lembramos que todas essas irregularidades apresentadas então em desacordo com a RDC 029 (BRASIL, 2011b), que rege o funcionamento das instituições denominadas CT's.

Dentre os apontamentos do relatório acreditamos na dificuldade de vínculos terapêuticos bem constituídos de promoção a saúde e bem estar do usuário de drogas diferente do apresentado por nosso entrevistado que encontrou na CT um lugar de acolhimento, atenção e tratamento como mencionado nos trechos de nossa conversa tanto, que mantém o vínculo terapêutico com a profissional de psicologia que o atendeu na instituição. Para Cetlin (2010), a direção do tratamento está em um laço terapêutico bem construído, apesar da possibilidade de surgirem sintomas. “[...] A nossa preocupação principal na terapia é com a potencialidade do ser humano. O objetivo da terapia é ajudar o paciente a concretizar as suas potencialidades.” (MAY, 2000, p. 148). Nessa perspectiva, consideramos que o ambiente para Pedro foi favorável, sendo um agente que favoreceu seu processo terapêutico.

4.3.5 A Família no Tratamento em CT

Ao tomarmos o conflito familiar como unidade de sentido, tomaremos como hipótese que falar de família é algo complexo, não existindo somente uma definição sobre família e um único modelo familiar. Assim, como o uso de substâncias psicoativas os modelos familiares também sofrem interferência de momentos históricos, sociopolíticos e culturais. (SOARES, 2015; SANTEIRO; MENEZES; BRAVIN, 2016). Portanto, é importante destacarmos a singularidade de cada grupo familiar, a qual deve ser abordada na sua diferença e não de forma comparativa. (ROMAGNOLI, 2015). Corroborando com a autora, “[...] a família pode ser compreendida como uma unidade básica de interação social, um agrupamento humano que é, assim como ocorre no caso da DQ, de complexa conceituação.” (SANTEIRO; MENEZES; BRAVIN, 2016, p. 129). Vale aqui pontuar que DQ, apontado pelos autores nesse trecho, significa dependência química.

A RDC 029 (BRASIL, 2011b), estabelece que durante o tratamento do usuário na CT a família deve ser atendida, mas não dispõe nenhuma informação ou diretriz de como esse atendimento deve ser executado pela CT. Em geral, as instituições têm como praxis organizarem grupos coordenados por psicólogas e/ou assistentes sociais ou cederem espaço para grupos de mútua ajuda como, por exemplo, o grupo de mútua ajuda Amor Exigente, com o intuito de prestar assistência às famílias no período de internação dos usuários. Dessa forma, a família de Pedro já frequentava um grupo de mútua ajuda dentro de uma instituição antes mesmo de sua internação. Segundo Soares (2015), e Santeiro, Menezes, Bravin (2016), ao reconhecer os aspectos fragilizados do grupo familiar em tratamento de dependência química há a possibilidade de intervenções que ajudarão no processo de mudança. Para os autores, é

importante que os profissionais ajudem no fortalecimento de vínculos e potencialidades da família favorecendo assim, as transformações de vulnerabilidades em capacidades e competências.

A família, através da construção da autonomia e da independência de seus membros, deve favorecer a formação de um sujeito capaz de organizar sua vida e suas relações sociais. De maneira que a inclusão da família é essencial na construção de qualquer processo de intervenção junto ao dependente químico, o que torna fundamental conhecê-la em suas potencialidades e fraquezas. (SANTEIRO; MENEZES; BRAVIN, 2016, p.130).

Divergências, conflitos e agressão física sofrida na infância foram relevantes apontamentos narrados por Pedro quando o assunto foi sobre sua família. Esse tema surgiu de forma espontânea no final de nossa conversa ao pontuar se havia alguma coisa que gostaria de acrescentar a essa pesquisa.

Trecho 54: Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de acrescentar? Sobre Comunidade Terapêutica, sobre internação? Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de falar?

Resposta: **Eu era espancado pelo meu pai** e tal e lá dentro eu vi que eu podia, até aproximação minha e do meu pai... o jeito de conversa (sic) com ele mudou entendeu! Eu precisava mostrar pro (sic) meu pai que eu não era mais aquela criança de antigamente e tal, **que até antes de internar ele achava que eu era e não me tratava como homem que eu já era hoje até isso mudou.** (Grifos nossos).

Nesse trecho, Pedro demonstra como o contato com seu pai não era saudável. Entretanto, ao potencializar seu “EU” de uma criança que era agredida para um “EU” homem com opiniões, escolhas e pensamentos críticos, conseguiu estabelecer um contato mais saudável. Segundo ele, hoje podem manter uma conversa de forma assertiva.

Continuação Resposta 54: **Hoje ele tem o posicionamento dele e eu tenho o meu, antigamente eu tinha medo de confrontar com ele entendeu!** Hoje se eu não concordo eu falo que não concordo, isso mudou eu tinha um certo medo assim de afrontar as pessoas entendeu, isso eu aprendi lá no tratamento, eu sou a pessoa mais importante pra (sic) mim. (Grifos nossos).

Para Polster & Polster (2001) o contato não é algo que temos consciência e acontece em uma fronteira do EU/TU, sendo uma experiência entre o sujeito e seu mundo. Assim, um contato além da fronteira pode ser evasivo e não saudável da mesma forma que um contato bem estabelecido ajuda na percepção da identidade.

A fronteira de contato é o ponto em que o indivíduo experiêcia o “eu” em relação ao que é não - “eu” e, por esse contato, ambos são experienciados mais claramente. [...] assim, o contato envolve não só um senso do próprio eu, mas também um sendo daquilo que colide/encontra essa fronteira. (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 115).

Segundo May (2000), a partir da consciência desenvolvida a ansiedade patológica é redirecionada. Assim, os problemas assumem um significado simbólico sendo trabalhados de forma assertiva. Podemos constatar isso quando Pedro relata que agora consegue conversar com seu pai sem apresentar um medo paralisante, colocando sua opinião de forma objetiva e saudável para ele o tratamento terapêutico o ajudou nesse processo. Nesse sentido, de acordo com Santos (2000), sentimentos considerados negativos determinam nosso modo de existir.

Trecho 55: E você me fala que...

Resposta: **É nas terapias né... que eu via esse medo do meu pai que refletia em várias outras pessoas que eu não sabia falar não.** Até hoje ainda.. sofro um pouco por causa disso, tem vez que eu não consigo mesmo, mas hoje menos do que antes do tratamento entendeu, e... ajudou demais a terapia, e a comunidade em si né, os profissionais que tinham na comunidade e tal. (Grifos nossos).

De acordo com May (2000), o propósito terapêutico é a transformação do patológico para o saudável. [...] O objetivo da terapia não é a ausência de ansiedade, mas a transformação da ansiedade neurótica em ansiedade normal e o desenvolvimento da capacidade de usar e viver com a ansiedade normal. (MAY, 2000, p. 148) Sendo assim, percebemos que o processo terapêutico mais uma vez constitui uma ferramenta que auxilia em uma nova forma de ser no mundo.

4.4 Uma Visita a Casa da Família de Thulio

A indicação do entrevistado Thulio surgiu por meio de um contato de um ex usuário que conheci quando trabalhei em uma Comunidade Terapêutica (CT), e com o qual mantenho comunicação por redes sociais. Contatei Thulio via ligação telefônica e *whatsapp*, e demoramos alguns dias para acertarmos o melhor horário e local para a entrevista. Ele agendou na residência de sua mãe no município de Contagem, que pertence à região metropolitana de Belo Horizonte/MG (RMBH), alegando que por morar no município de Ribeirão das Neves também pertencente à RMBH, ficaria mais distante de Belo Horizonte, e seria difícil me explicar o trajeto que seria percorrido o que, de acordo com o entrevistado, dificultaria meu acesso a sua residência. Assim, preferiu que eu fosse à casa de seus pais, pois segundo ele, minha locomoção seria menor e melhor. Programamos a entrevista para o final

do dia, por volta de 18:30h., horário em que ele estaria na região e disponível. Faltando poucos minutos para o horário marcado, recebi uma ligação dele desejando confirmar se eu já estava a caminho. Como disse que chegaria dentro alguns minutos ele e sua mãe me aguardaram no portão da residência, uma espaçosa casa, em um bairro residencial aparentemente tranquilo.

Thulio tem 35 anos, aproximadamente 1,75m de altura, e é bem comunicativo. Trabalha como representante comercial visitando lojas, e supermercados e na data da entrevista estava vestido com trajes sociais. Acredito que se vestia assim pelo trabalho, pois relatou que havia saído de uma visita a um cliente nas redondezas do bairro. Na data da entrevista encontravam-se na residência somente os pais de Thulio, que me receberam demonstrando simpatia e interesse em saber o tema e a utilidade no depoimento do filho. Logo após as apresentações e explicações, fui encaminhada a uma pequena sala, lugar no qual fiquei sozinha com Thulio para conversarmos. Thulio é o filho do meio de um total de três irmãos, atualmente está casado e tem um filho de dois anos de idade relata que a criança é uma das alegrias de sua existência. O início do relacionamento com a esposa ocorreu após a saída da internação, e segundo ele, casaram às pressas devido à gravidez e o nascimento do bebê.

Thulio nunca passou por outra modalidade de tratamento, embora narre que sua família pesquisou sobre o assunto e as possibilidades de intervenções terapêuticas. Sua irmã é psicóloga e tinham conhecimento do Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS-AD). Narra que a irmã tentou encaminhá-lo ao CAPS-AD, mas ele não aceitou frequentar, por considerar na ocasião que não necessitava de acompanhamento terapêutico. Diz que após esse fato, fizeram uma reunião familiar comunicando-o que o ajudariam caso ele solicitasse, o que ocorreu poucos meses depois. O entrevistado relatou que solicitou uma internação, após conhecer uma Comunidade Terapêutica (CT), pois almejava o afastamento social. Passou pela internação em CT permanecendo por cinco meses e quinze dias, dois dias após ter saído da internação teve uma recaída, porém, retornou à instituição e iniciou um acompanhamento em um grupo de pós alta, que são encontros programados dentro da CT para aqueles que já saíram da instituição. Na data da entrevista o entrevistado tinha completado quatro anos e seis meses que havia saído da CT. No final da entrevista, sua mãe veio perguntar se ele havia falado do filho, dizendo que era uma criança adorável e que ela estava orgulhosa com o momento atual de toda a família. Thulio nesse dia fez questão de me acompanhar até o ponto mais próximo do ônibus, por acreditar que já estava tarde para eu ir sozinha. No trajeto falou

que estava à disposição caso precisasse de um novo depoimento ou caso eu demandasse um novo candidato para entrevistar.

4.4.1 O Motivo da Internação

A pergunta inicial indagava sobre o motivo da internação e, logo Thulio argumentou que não foi compulsória, mas que não via outra solução. Percebemos nesse trecho a necessidade do entrevistado em justificar que sua internação não foi contra a sua vontade, ou seja, de caráter obrigatório, mas naquele momento, apesar de não querer, não vislumbrava outra modalidade terapêutica, demonstrando apatia frente a suas possibilidades de escolha e quanto ao uso compulsivo de drogas. Salientamos que uma das características para a internação em CT, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 029 (BRASIL, 2011b) – (ANEXO D), é a permanência voluntária no tratamento, podendo ser interrompido a qualquer momento o que ocorreu no final da internação do entrevistado, que solicitou ir embora faltando três meses para completar o programa institucional.

Trecho1: Como foi sua internação?

Resposta: Minha internação foi, foi... **não foi compulsória, mas também não é que eu queria, mas também não tinha outra saída**, mas... a partir do momento que eu internei, rapidamente eu entrei no programa e deixei fluir. (Grifos nossos).

Percebemos aqui que o entrevistado também apresentou um conflito quanto à escolha para a internação de tratamento em dependência química. Segundo Rollo May (2012), o conflito é esperado, uma vez que se deixa o lugar familiarizado em busca de emancipação. “Em essência, o conflito é deixar um local protegido e familiar por uma nova independência, sair do apoio para o isolamento temporário, sentindo-se ao mesmo tempo impotente e ansioso. A luta assume um caráter grave (isto é, neurótico)”. (MAY, 2012, p.122). De acordo com Giovanetti (2010), na atualidade vivemos em uma sociedade denominada de hipermoderna, isto é, aquela que acredita que não pode mudar o que está ocorrendo e que não elabora um novo sentido de vida. Dessa maneira, ocorrem sintomas que impossibilitam e atrapalham o homem a encontrar reações saudáveis diante de atitudes repetitivas que causam sofrimento. “[...] Daí que, para fugir dessa situação tediosa, o homem busca, como fuga, a paixão desenfreada pelo jogo, principalmente pelo futebol, ou por qualquer outro vício, como o álcool.” (GIOVANETTI, 2010, p. 235). Para o autor, algumas das perturbações contemporâneas da humanidade são o tédio, o vazio e a apatia, o que provoca o padecimento

frente às possibilidades de um novo sentido de vida. A demonstração de apatia do entrevistado é percebida no trecho abaixo, quando narrou que havia aceitado que sua vida seria aquela, consentindo com a internação sem demonstrar expectativas.

Trecho5: Quais foram os motivos que te levaram a internação?

Resposta: Não tinha outra saída, já tinha realmente me entregado a esse mundo de droga e já tinha perdido emprego, já tinha perdido bens materiais e por aí vai e... **eu já tinha aceitado que minha vida ia ser aquela** e foi quando a minha família me ofereceu ajuda. Na verdade a gente aceita porque não tem outro recurso né, a não ser uma ajuda, não tem nem mais questão financeira pra (sic), pra (sic) está ali usando droga e tudo, não tem mais, então a única saída é aceitar essa internação e ver o que dá. (Grifos nossos).

Na verdade, como podemos notar, as vulnerabilidades decorrentes do uso das drogas são resultantes da dinâmica relação entre os componentes individuais e sociais, que aparecem durante as entrevistas como falta de sentido de vida, baixa expectativa para enfrentamento dos problemas relacionados ao abuso de drogas e os estigmas sociais ligados à marginalização dos usuários. Consideramos que vivemos em uma sociedade que valoriza os excessos e exageros, mas que também normaliza e moraliza as condutas humanas, como no caso dos usuários de drogas, sujeitos alienados a essas formas de subjetivação que se entorpecem na busca do bem estar, encontradas também em substâncias psicoativas, que, igualmente são mercadorias, ou seja, “bens de consumo”. (CAMPOS, 2017). Giovanetti (2010) acrescenta que a sociedade hipermoderna está caracterizada pelo aspecto do consumo uma sociedade que coloca seu sentido e sua felicidade na sensação e no desejo de possuir cada vez mais. Assim, quando Thulio narra que havia perdido a possibilidade de consumir produtos, uma vez que havia perdido o emprego, sua fonte de renda e de bens materiais, perdeu seu sentido de vida e sua sensação de felicidade. Dessa forma, consideramos:

Consumir passa a ser um ato de sentido de vida, e a felicidade, a ser substituída pela satisfação dos desejos. Na sociedade do consumo, vivemos para ser felizes, por meio dos objetos que vamos adquirindo ao longo da vida, mesmo que eles não sejam necessários. (GIOVANETTI, 2010, p. 238).

Sabemos que o uso de drogas também pode apresentar um caráter contracultural, como o ocorrido na década de 1960 pelos jovens que questionavam o sistema político, social e o estilo de vida imposto naquele momento. (CAMPOS, 2017). Porém, ressaltamos que nossa pesquisa nada se caracteriza pelo uso como uma forma de oposição a contracultura, sendo entrevistados somente sujeitos que iniciaram o uso de substâncias psicoativas de forma recreativa e que apresentaram com o passar do tempo um padrão de uso problemático. De

acordo com Perls (1977), o sentido da vida não pode ser comercializado ou vivido de acordo com regras impostas direta ou indiretamente pela sociedade. “[...] Nós descobrimos que produzir coisas, viver para coisas, e trocar coisas não é o sentido fundamental da vida.” (PERLS, 1977, p.16). Essa incongruência vivida atualmente, em uma sociedade regida pelo consumo, desloca esse sentido. Portanto, compreendemos que naquele momento, para o entrevistado, a droga também entrou em sua vida como um consumo, satisfazendo o seu desejo e trazendo o bem-estar necessário. Pela falta de recursos financeiros veio a apatia para enfrentar o momento considerado difícil. Assim, entendemos que a internação foi fundamentada pela falta de sentido e não como uma busca de um novo sentido de vida, por isso a expressão citada em uma parte da resposta do trecho de nº 5: “[...] a única saída é aceitar essa internação e ver o que dá.” (THULIO, 2018, s/n). Acerca dessa aceitação, ele também fez a seguinte colocação:

Resposta do Trecho 5: **Na verdade a gente aceita porque não tem outro recurso né, a não ser uma ajuda, não tem nem mais questão financeira pra (sic), pra (sic) está ali usando droga e tudo, não tem mais, então a única saída é aceitar essa internação e ver o que dá.** (Grifos nossos).

Quando questionado se conhecia alguma outra modalidade de tratamento, relatou que sabia do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e do Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS AD), mas não aceitou essa modalidade de tratamento.

Trecho 7: Você nunca tinha ouvido falar de Cersam, de CapsAD?

Resposta: Nada, nada, não na verdade quando o negócio ficou crônico, a minha irmã pesquisou muitas coisas, também é psicóloga e **tinha me falado sobre o CAPS AD alguma coisa assim**, só que eu também “ah tá (sic) beleza, o dia que eu precisar eu procuro”. Já precisando há muito tempo atrás, mas nunca quis levar isso adiante. (Grifos nossos).

Apesar de ter informações sobre outras modalidades de tratamento que não fosse a internação, a decisão por essa especificidade terapêutica teve um fator motivacional, quando em uma visita a uma CT, Thulio observou que outras pessoas haviam passado por esse tratamento, considerando que essas pessoas estavam bem.

Trecho 8: Você conhecia alguém que havia passado por uma internação?

Resposta: Não, as primeiras pessoas que eu vi que já tinha passado **pelo mesmo problema que eu estava e estavam bem**, foi lá na primeira visita que eu fiz nessa instituição. (Grifos nossos).

Trecho 9: Então você fez uma vista antes de internar?

Resposta: **A primeira vez foi uma vista** e dali, quando eu vi essas pessoas que eu falei com a minha mãe, **mãe se eles conseguiram eu vou conseguir também**, então você vai voltar amanhã? Vou, ai eu dei continuidade. (Grifos nossos).

De acordo com Sabino e Cazenave (2005) as CT's tem como fundamento a assessoria dos internos antigos para com os novatos.

[...] CT se basearem principalmente na ajuda mútua, ou seja, novos pacientes geralmente são mais auxiliados por pacientes que já conseguiram manter um determinado período sem utilizar substâncias psicoativas ilícitas. (SABINO; CAZENAVE, 2005, p.173).

Dessa forma percebemos que ocorreu uma empatia, sendo a capacidade de se colocar no lugar do outro, o que acabou influenciando Thulio em optar pela modalidade de internação em CT.

4.4.2 Afastamento Social

O entrevistado argumentou que foi necessário em seu processo de mudança o afastamento social, considerando um “primeiro passo”, para que ocorressem mudanças consideradas significativas.

Trecho 28: Então você me fala que esse afastamento social foi proveitoso?

Resposta: **Fundamental, primeiro passo**, se continuar no mesmo ambiente muito difícil, eu acredito né que vai ser essa mudança. (Grifos nossos).

De acordo com Santos; Mota e Silva (2013), no aspecto psicológico o contexto social reflete na subjetividade. Dessa maneira, segundo os autores, o processo subjetivo é suscetível a mudanças a partir do ambiente social. Corroborando com os autores, Campos (2017) pontua, de acordo com a teoria foucoulitiana, que não há um sujeito puro, mas uma produção de subjetividade que perpassa a existência do sujeito sempre sustentada por atravessamentos históricos e sociais. Completando o apresentado, Rollo May (2012) ressalta que a saúde psicológica sofre interferência do ambiente social. “O homem vive num contexto social, que condiciona sua saúde psicológica.” (MAY, 2012, p. 144). Assim, compreendemos que Thulio nomeou “tirar umas férias” de pessoas, do lugar que vivia e do objeto de consumo – droga, na

busca de (re) significar sua existência em um espaço considerado protegido e diferente do que estava acostumado.

Trecho 27: O que você acha que foi proveitoso no seu tratamento? Enquanto você esteve na instituição?

Resposta: O que a gente mais aproveita é **as férias** que você tira do lugar onde você convive que tem droga e que tem todas as pessoas que você conhece que usa droga com você, pra você ir pra **um lugar diferente**, onde você não conhece ninguém e **ali não existe aquele tipo de droga**, aquilo ali já é, já fala assim oh aqui da pra (sic) recomeçar, onde que eu estava não dá. (Grifos nossos).

De acordo com Viktor Frankl (1995), psicólogo humanista existencial, um homem para existir precisa estar acima de si mesmo. Isso nos remete também, a pensar, que a necessidade de afastamento de Thulio foi importante para que pensasse e entrasse em contato com ele mesmo na construção de um novo sentido de vida. Para Rollo May (2012), um homem é autônomo quando pode auxiliar seu próprio desenvolvimento. “Liberdade é a capacidade de o homem contribuir para a sua própria evolução.” (MAY, 2012, p. 145). Thulio esteve livre para pensar e escolher quando iniciaria seu tratamento, escolheu a modalidade do qual teve empatia e, optou e considerou necessário afastar de pessoas conhecidas, lugares e do objeto de uso - droga. Através da dúvida ele descarta, não só as formas de conhecimento, mas descarta o próprio sentido do mundo em que ele vive e quer construir um mundo totalmente outro. (BORBHEIN, 2000, p. 14). Assim, aplica-se também a definição de Heidegger sobre a *Dasein* que significa ser-aí, ou seja, o homem é uma existência aberta, em um pleno vir-a-ser. (PEGORARO, 2000). Mais uma vez recorremos a outro autor que acrescenta, “[...] ninguém estrutura uma vida plena, sem a construção de um sentido. Queremos dizer que o sentido não é encontrado, mas construído por nós, cada um de nós.” (GIOVANETTI, 2010, p. 249). Portanto, entendemos que o entrevistado necessitava de outras vivências para (re) construir seu sentido, uma vez que o processo não é predominantemente racional, e nesse caso foi necessário para ele o afastamento social.

4.4.3 Estrutura da CT

O entrevistado fala que a instituição na qual passou tinha uma boa estrutura, mas logo faz uma queixa sobre as acomodações. Em minha experiência profissional, as queixas geralmente eram referentes ao ronco de colegas, o que causava incômodo nos demais. Em 2001, na primeira regulamentação das instituições denominadas CT's através da (RDC) 101

(BRASIL, 2001), foi especificado que deveriam pernoitar no máximo seis internos em cada quarto.

Trecho 15: Como era o convívio com outros internos e com os monitores?

Resposta: Super tranquilo, nunca tive problema não, nunca tive problema era muito bem estruturada a instituição, então é... tava (sic) tudo muito preparado, única coisa que eu senti muito no começo **o quarto para dormir era muito cheio de pessoas.** (Grifos nossos).

Atualmente a RDC 029 (BRASIL, 2011b), que substituiu a anterior, não especifica quanto ao número de internos em cada quarto estipulando em sua diretriz que os dormitórios devem ser coletivos e as acomodações individuais. Geralmente, as instituições no qual já visitei e trabalhei mantêm a normatização anterior, obedecendo ao máximo de seis pessoas por dormitório, sendo que cada interno possui um armário individual. Sobre o número de pessoas que pernoitavam em um mesmo espaço cotidianamente, o entrevistado faz a seguinte colocação:

Trecho 16: Quantas pessoas no quarto?

Resposta: Eram **quatorze** em cada quarto. (Grifos nossos).

Trecho 17: Quatorze?

Resposta: Isso, mas o restante era muito tranquilo, na parte de alimentação, tinha toda uma sequência de fila, cada dia uma mesa era a primeira e vai rodando e por aí vai, era muito bem estruturado.

A falta de adequação à normatização desses espaços é um dos pontos de críticas do relatório apresentado recentemente pelo Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018), e que expõe instituições que se auto nomeiam como CT's, mas que prestam um desserviço causando prejuízos e transtornos àqueles que recorrem a essa modalidade de tratamento. Posso citar aqui minha experiência pessoal quando fui psicóloga de uma CT, situada na época em Belo Horizonte/MG. Recebemos a visita, no ano de 2013, do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-04), na qual foi conferido tanto o espaço físico da instituição como os prontuários individuais, ficha de registros sobre as atividades em grupo, acomodações e as devidas licenças de funcionamento, e não recebemos naquele momento nenhuma advertência do CRP. De acordo com De Leon (2009), “[...] muitos programas de tratamento de drogas se autodenominam CT's. Mas muitas vezes não está claro se esses programas constituem modelos de CT válidos.” (DE LEON,

2009, p. 7). Compreendemos que se faz necessária a fiscalização, para que instituições que não trabalham de acordo com a normatização e com a legislação vigente sejam fechadas e tenham seus registros devidamente cassados.

4.4.4 Expectativas e Sentidos Atribuídos

De acordo com o entrevistado, a princípio não havia nenhuma expectativa de tratamento e de planos futuros, nenhum planejamento sobre o que estava e/ou iria acontecer no período em que ficaria internado na CT. Porém, com o passar do tempo, quando começou a se sentir melhor, e acreditamos que esse “sentir melhor” remeteu ao seu quadro psicológico, foram criados novos planos de vida nomeados por Thulio como “aqui fora”, ou seja, depois do período de afastamento social, em um pensamento de um antes e um depois da internação. Para Dartigues (2003), a temporalidade constitui-se como um fator importante para o cuidado, dividindo-se em três momentos: o futuro como a compreensão para um projeto nomeado como ser-adiante-de-si; o passado como sentindo a situação vivenciada já-ser-lançado; e o presente como um declínio para a realidade ser-preocupado-com-objetos-encontráveis. “[...] O homem tende a reduzir a sua temporalidade ao presente, pois, no presente, ele domina as significações do mundo. (DARTIGUES, 2003, p. 130). Dessa forma, compreendemos que foi importante para o entrevistado elaborar esse tempo passado e futuro, sendo esses em um pensamento de um antes e um depois da internação, possibilitando uma tomada de consciência. De acordo com Ehrlich (2000), a partir da tomada de consciência asseguramos a nossa existência, determinando o nosso ser. Desse modo, com base na tomada de consciência do seu eu e do momento em que estava vivendo, Thulio pode pensar e planejar uma nova forma de existência.

Trecho 19: Quais eram suas expectativas quando você entrou para comunidade terapêutica?

Resposta: Ah acredito que eu não tinha muita expectativas não, **eu só estava lá, depois que eu fui melhorando é que eu fui criando expectativas pra (sic) minha vida** aqui fora de novo, mas é... não tinha muita, não me lembro de está assim tão esperançoso com parar de usar droga, ou voltar a trabalhar essas coisas não, tava (sic) lá e o resto vai acontecendo. (Grifos nossos).

Thulio já havia mencionado anteriormente, nas respostas dos trechos de nº 27 e 28, que foi importante para ele o afastamento social e momentâneo do uso de substâncias psicoativas para uma mudança uma vez que narrou pensar que se conseguia ficar sem o uso

de drogas em ambiente protegido conseguiria também não usar fora da instituição e em outros ambientes, demonstrando uma nova vivência. Como afirmado no trecho abaixo:

Trecho 20: Você me fala então que não criou expectativas, você deixou acontecer...

Resposta: Exatamente e confiante que se eu não estava usando droga lá dentro então **conseguia ficar sem usar droga aqui fora**, se eu conseguisse ficar sem usar droga aqui fora eu conseguia ter o domínio na minha vida de novo. (Grifos nossos).

Outro ponto de relevância é a observação sobre o programa terapêutico. Thulio apontou que alguns posicionamentos da instituição foram desconsiderados por perceber que não faziam sentido para sua vida ou que estavam, segundo ele, sendo apresentados de forma exagerada pelo programa o que nos leva a pensar que houve um pensamento crítico sobre o que estava sendo apresentado e o que realmente era importante para ele.

Trecho 29: O que você acha que não foi proveitoso? Que não contribuiu?

Resposta: Tem muitos detalhes que pra (sic) ser sincero nem sei te falar assim mais porque **eu não absorvi muito coisa do que eu achava “ah isso aí ta (sic) sendo até demais”**. (Grifos nossos).

Foi percebido pelo entrevistado que deveria ter ações diferentes no seu modo de viver para alcançar seu objetivo em não consumir substâncias psicoativas, afastando-se assim, de coisas, antigos companheiros de uso e lugares que frequentava. Segundo ele, hoje isso é introjetado e internalizado de forma automática, sem nenhum esforço. De acordo com De Leon (2009) a modificação no modo de vida do usuário de drogas é atravessada pela aquisição de um novo hábito de viver, assim como o restabelecimento físico.

Continuação da resposta do trecho 29: O que eu fiz foi esses três passos, evito coisas, pessoas e lugares. Hoje eu acho que **isso é até no automático, já não tem mais nada disso na minha vida**, meus ciclos de amizade já é outro. Hoje eu já tenho um emprego, essa vida toda já ficou pra (sic) trás é um negócio que ta (sic) pra (sic) trás mesmo, ficou pra (sic) trás. (Grifos nossos).

Segundo Carl Rogers (1997), em seu livro *Tornar-se Pessoa*, novas opções de mundo são expostas ao sujeito a todo o momento, cabendo a esse optar de forma subjetiva quais são os valores que serão introduzidos em seu mundo e modo de viver.

[...] O homem como um processo de transformação; como um processo que visa alcançar valor e dignidade pelo desenvolvimento de suas potencialidades. O indivíduo humano como processo de auto-realização avançando continuamente na direção de experiências mais desafiadoras e enriquecedoras. (ROGERS, 1997, p. 461).

Sendo assim, Amatuzzi (2009) acrescenta que as condutas humanas têm em sua base fatores internos e externos. Isto é, fatores subjetivos como as representações psíquicas, e fatores sociais como o ambiente em que está inserido. Dessa forma, o sujeito é observado como um ser passível de novas elaborações e significados a todo o momento. Em concordância com o autor, Campos (2017) assinala que a subjetividade humana é composta historicamente, sendo passível a alterações tanto para atos considerados bons como maus. Segundo o autor, o filósofo Michel Foucault observou esse arranjo em seus escritos, “Foucault manifestou a seguinte preocupação: cabe-nos promover novas formas de subjetividade, recusando o tipo de individualidade que nos foi imposto durante séculos.” (CAMPOS, 2017, p. 131). Tomando como base o apresentado acima, compreendemos que a mudança de ambiente e os três passos citados pelo entrevistado atribuíram novos sentidos em sua elaboração para uma nova compreensão e visão de mundo. Portanto, compreendemos que houve para Thulio a necessidade de afastamento de coisas, antigos companheiros de uso e lugares o que também podemos observar no trecho abaixo, quando narra que ocorreu um desejo seu frente à possibilidade de mudança.

Trecho 38: Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você gostaria de acrescentar? Dentro da sua história, dentro do processo de internação, do seu tratamento?

Resposta: O tratamento ele é fundamental, mas eu só cheguei ao tratamento porque a minha família não me abandonou, minha família nunca me largou ou desistiu de mim, então tem essa parte do processo, mas não foi só ele sabe.... Então se a pessoa abandona eu não ia ter oportunidade de conhecer o processo né dessa instituição, eu não ia passar por isso. E hoje acho que eu não estaria aqui mais, então tem... e depois que você sai também tem que ter essa vontade de voltar realmente, se agarrar em alguma coisa, eu rapidamente juntei um pouquinho de dinheiro dei entrada numa casa e comprei minha casa, arrumei uma namorada que engravidou e agora já tem meu filho que já vai fazer dois anos, então hoje me tornei um pai de família normal igual qualquer um entendeu! Tá (sic) tudo dando certo e trabalho *com vendas*, tem que ter muita motivação né, auto motivação e eu tenho muito disso né, então eu não fico esperando só que as pessoas façam por mim né, **eu precisei dessa intervenção da minha família** pra (sic) me colocar lá e tudo, **mas depois eu também comecei me auto motivar que eu sair, que eu ia correr atrás, que ia dá certo, então tem que ter a força de vontade também interna, você tem que querer muito**, não adianta os coordenadores lá quererem que eu fique bem, mas se eu não quero né, não to(sic) forte para isso, **acredito que eu tenho muito dessa força vamos dizer assim**. (Grifos nossos).

4.4.5 A Família no Tratamento

Também nessa entrevista é mencionado, a relevância e o engajamento familiar no processo de mudança e no tratamento. Thulio ressaltou o quanto foi importante sua família

não tê-lo abandonado. Vários autores mencionam a importância da participação de todo o grupo familiar no tratamento de dependência química, uma vez que, representa uma parte do universo social em que o usuário está inserido seja essa família considerada um grupo que mantém um contato saudável ou conflituoso. (PAZ; COLOSSI, 2013; BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014).

Trecho 31: Como você avalia o tratamento como um todo?

Resposta: É... num todo, vamos dizer assim que é uma nota oito, pra(sic) mim tem muita coisa ali que valeu e muito, hoje eu to (sic) aqui por causa desse tratamento né, **primeiro porque a família da gente não desiste da gente**, depois esse tratamento que conseguiu tirar essa parte tóxica da minha vida, me deu essas férias dos lugares ruins e tudo e não dou 10 porque... a gente também convive com outras histórias, a gente convive com outros problemas que não tem jeito né. Eu cheguei bem e não dei trabalho pra (sic) ninguém, mas teve gente que chegou e já fez furdunço na casa aquela coisa toda, mas oito, nove eu daria, não completei os nove meses proposto. (Grifos nossos).

Desse modo, e no caso do nosso entrevistado, o grupo familiar aparece como ponto de apoio e amparo para o enfrentamento do processo na CT:

Continuação da resposta do trecho 38: O tratamento ele é fundamental, mas eu só cheguei ao tratamento **porque a minha família não me abandonou, minha família nunca me largou ou desistiu de mim**, então tem essa parte do processo, mas não foi só ele sabe... Então se a pessoa abandona eu não ia ter oportunidade de conhecer o processo né dessa instituição, eu não ia passar por isso. (Grifos nossos).

Como mencionado na entrevista anterior, a RDC 029 (BRASIL, 2011b) estabelece que durante o tratamento do usuário na CT, a família deve ser atendida, mas não dispõe de nenhuma informação ou diretriz de como esse atendimento deve ser executado pela CT. Geralmente, as CT's disponibilizam espaços para grupos de mútua ajuda ou coordenam atividades em grupo sob a supervisão de profissionais como, por exemplo, psicólogos e assistentes sociais. Em minha prática profissional em CT, os grupos de apoio aos familiares eram coordenados pelo grupo de mútua ajuda Amor Exigente, enquanto o usuário estava internado na CT. Logo que o usuário saía da instituição, a família passava a frequentar outro grupo, mas dessa vez coordenada por uma psicóloga clínica. De acordo com Braun, Dellazzana-Zanon & Halpern (2014), é importante o acompanhamento familiar do dependente químico.

No que se refere ao tratamento da dependência química, considera-se que a terapia familiar gera benefícios significativos tanto no que se refere ao padrão de consumo

do paciente quanto na melhora das relações familiares e sociais. (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014, p.125).

Corroborando com o apresentado, Paz e Colossi (2013) acrescentam que ao ingressar no tratamento, o objeto droga perde sua concentração, passando a ser investida atenção em outros pontos importantes. Dessa maneira, compreender o funcionamento dessa família terapêuticamente ajuda em possíveis intervenções e no processo de estratégias de prevenção a recaída. Assim, o usuário pode gradativamente escolher seus contatos considerados mais saudáveis como observei ao visitar a casa dos pais de Thulio no dia da entrevista.

4.4.6 A Religião na CT

A religião apareceu em alguns trechos da narrativa do entrevistado de forma espontânea, sendo considerada como um pilar importante para seu bem-estar, de grande relevância e intensidade durante a internação e na atualidade. Lembrando que religião vem do *re-legere* (re-ler), ler de novo, reunir, e *re-ligari* (re-ligar), uma nova ligação do homem com Deus de forma transcendente. (WILGES, 2014; SILVA, 2015). Assim, religiosidade é compreendida como uma prática, e/ou a crença fundamentadas em uma determinada religião. Enquanto, espiritualidade uma particularidade individual que pode ou não abranger uma prática religiosa ou o encontro com Deus. (LUZ, 2007; CAIRES, 2016; CHAVES, 2016; FREITAS; VILELA, 2017). De acordo com Negrão (2008), no Brasil colonial a atividade religiosa obrigatória a todo cidadão era o catolicismo, excluindo os indígenas que eram dizimados e/ou convertidos. Na atualidade, as manifestações religiosas não são regidas pelo Estado, havendo uma liberdade de expressão a vários cultos. Contudo, segundo o autor, em nosso país, “ao longo da segunda metade desse século, o catolicismo continuou sendo a religião com maior número de adeptos”. (NEGRÃO, 2008, p.122). Em recente relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP) foi apontado que todas as CT’s visitadas fazem menção a práticas religiosas, “[...] seja com base em uma religião específica, seja pela atuação em torno da espiritualidade de modo mais geral.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p.74). Porém, vale ressaltar que a prática religiosa dentro de uma CT deve ser baseada em crenças individuais e não impostas pela instituição, a fim de tratamento da dependência química.

O questionamento que se faz ao uso da religião nas comunidades terapêuticas, portanto, não é relativo a crenças individuais, mas ao embasamento do tratamento em práticas e preceitos religiosos, na medida em que pode engendrar violações do

direito de pessoas que não compartilham daquela crença. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p.79).

Assim, o risco que se apresenta não é do apoio que cada interno faz da religião, mas do uso punitivo ou manipulativo da religião por parte da instituição. No caso do entrevistado não foi demonstrado durante a entrevista que o uso da religião era algo imposto na instituição em que esteve. Quando questionado sobre sua rotina na CT, Thulio logo aponta que a prática dos louvores era o que mais o motivava.

Trecho 13: Como era sua rotina lá?

Resposta: É laborterapia de manhã e algum programa assim de ou psicólogo ou uma é... esqueci o nome é conversa lá com grupo, psicólogo também, alguma atividade mais dinâmica ta (sic) e era isso praticamente todos os dias, a gente tinha acompanhamento do psicólogo, individual e tinha em grupo. E principalmente, só voltando na resposta, principalmente na parte da noite a gente tinha ou oração, ou rezava o terço ou uma... **louvor, que era a parte que eu mais gostava, do louvor.** (Grifos nossos).

No cotidiano da CT, as músicas religiosas remetem ao vivenciado, entrando em consonância com as experiências dos internos:

Trecho 14: O que você mais gostava no louvor?

Resposta: Na hora de cantar, a gente tinha... cantar né, e **as letras são bastante parecidas com a nossa rotina**, ou então de **motivação de ficar bem** e tudo, então aquilo ali era a melhor parte. (Grifos nossos).

Thulio descreveu na narrativa acima que ao cantar os hinos religiosos percebia sua rotina, e as músicas eram uma grande fonte motivadora em seu processo de mudança, demonstrando assim, um momento de auto percepção e tomada de consciência. De acordo com Frankl (1995) quando o homem pratica a “oração” está no auge de uma relação com base no EU-TU, podendo ser tanto interpessoal como intrapessoal. Acrescentando sobre esse processo relacional, “a experiência religiosa é uma experiência de si e da experiência de que existe algo superior a si, portanto se a superação existe, ela é algo que está presente.” (ALES BELLO, 2006, p. 99). O que no caso do entrevistado demonstrou que orar era uma ação, uma relação intrapessoal, um contato potencializador, um momento com ele mesmo, identificando suas emoções.

Deus é o interlocutor dos nossos solilóquios mais íntimos. Sempre que uma pessoa fala consigo mesma com total sinceridade e em solidão suprema, aquele a quem essa pessoa se dirige pode com toda razão ser chamado Deus. (FRANKL, 1995, p. 277).

Sabemos que muitas das instituições com denominação de CT no Brasil foram fundadas por instituições religiosas e obedecem a um programa baseado no tripé: laborterapia, disciplina e espiritualidade. Portanto, é comum a execução de ritos religiosos dentro das CT's. A religião é reconhecida em uma CT como a possibilidade de engajamento no tratamento e como um processo de uma nova maneira de viver, quando não é acionada como uma ferramenta de submissão. (MASSOLIN FILHO; CORREA, 2013; AGUIAR, 2014; TEIXEIRA, 2016). Corroborando com esse conceito, Mata (2016) acrescenta:

[...] A confiança nas crenças espirituais e o engajamento em atividades dessa natureza repercutem nos sujeitos, trazendo-lhes esperança, força e sentido durante situações estressoras, e diminuindo a ansiedade, a depressão e o abuso de substâncias. (MATA, 2016, p. 101-102).

Nesse contexto foi percebido no processo de tratamento de Thulio, trazendo-lhe encorajamento e ânimo ao participar dos ritos religiosos da instituição. Porém, constatamos que o fato da instituição ser católica assim como ele o ajudou nessa elaboração espiritual o que nos leva a pensar que por conhecer e ter uma proximidade com essa prática religiosa o incentivou a manter esse contato com o sagrado na atualidade.

Trecho 26: O que você não leva a sério?

Resposta: Eu só faço duas coisas, três, evito coisas, pessoas e lugares só isso, não bebo mais, eu morava aqui na época então tem muita gente da minha vida de adicção eu simplesmente, se a pessoa não me cumprimentar eu não cumprimento finjo que passei ali invisível, isso aí pra (sic) mim foi o principal. E os lugares, uma coisa puxa a outra, foi tudo ficando mais limpo vamos dizer assim e **outra coisa importante que é a religião né que eu acredito que também é um ponto muito forte, eu sou católico. A instituição lá era católica** e dou sequência assim, mas nada assim fanatismo com nada, mas levo uma vida normal hoje. (Grifos nossos).

Consideramos, portanto, que para Thulio a prática de uma religião o aproximou de uma relação com ele mesmo e para a tomada de consciência de suas potencialidades e sentido de vida.

4.4.7 Frustração, Recaída e Cobranças

Dois dias após a saída da instituição, que aconteceu a pedido do entrevistado, ocorreu uma recaída, ou seja, o mesmo voltou a utilizar substâncias psicoativas, nesse caso sua droga de preferência que era o *crack*. De acordo com Rigotto e Gomes (2002), podemos explicar o processo de recaída da seguinte maneira: "[...] é definida como um retorno ao uso de drogas

após um determinado período de abstinência.” (RIGOTTO; GOMES, 2002, p.103). Thulio explicou a situação da seguinte maneira:

Trecho 21: Quando você saiu, você se sentiu motivado?

Resposta: Me senti inseguro, me senti inseguro, **é eu tive uma recaída logo no princípio, dois dias depois parece, e aquilo ali foi um choque muito grande.** (Grifos nossos).

Para De Leon (2009), a incidência de recaída pode ser interpretada como aprendizagem para o dependente químico, e foi apontada por Thulio como alerta, pois logo que recaiu voltou a frequentar um grupo de apoio na CT em que havia se internado. Álvarez (2007) afirma que a recaída é pensada como uma parte passível de suceder depois do tratamento, e não significa necessariamente que o dependente químico voltará ao mesmo padrão de uso de substâncias psicoativas ou que tenha fracassado. Assim, “a recaída é considerada uma parte do processo de reabilitação e não o final deste processo. Não significa que a pessoa tenha fracassado ou que não possa recuperar-se com o tempo”. (ÁLVAREZ, 2007, 189). Para o autor, existem alguns motivos que podem ser pontuados como possíveis fatores de risco para a ocorrência de uma recaída, sendo emoções negativas; pressão social; dificuldade em administrar situações consideradas difíceis; problemas físicos e psíquicos; sintomas de abstinência. (ÁLVAREZ, 2007). Porém, em minha prática clínica percebi que emoções consideradas positivas como, por exemplo, euforia, excesso de segurança, excesso de auto confiança, dentre outras, também são um alerta e podem ser um sinalizador para uma recaída. No caso do nosso entrevistado, sensações de impotência e incapacidade sustentaram essa situação.

Trecho 22: Como você sentiu?

Resposta: **Muito impotente** porque toda aquela esperança que eu tinha de uma nova vida aqui fora e né, todo mundo também criou expectativas em cima de mim e eu dei aquela rasteira em todo mundo e em mim mesmo. (Grifos nossos).

Podemos apontar que, no caso de Thulio, aconteceu mais de um fator de risco resultado de uma emoção negativa ao relatar sua insegurança e pressão social, e ao pontuar que havia muitas expectativas após sua saída da CT. Além disso, houve o sentimento de impotência, o que observamos no trecho de nº 22 dessa entrevista. Álvarez (2007) acrescenta que é comum após o episódio de recaída que o sujeito manifeste mais sentimentos negativos assinalando, como exemplo, o fracasso e culpa. Corroborando, “tem-se, assim, um círculo

vicioso já que a tendência do indivíduo, após a recaída, é sentir-se fracassado e humilhado, o que contribui ainda mais para a manutenção do consumo. (RIGOTTO; GOMES, 2002, p.104). No caso do entrevistado não aconteceu a manutenção do consumo, e quando questionado sobre a estratégia utilizada foi relatado que:

Trecho 24: E depois dessa recaída como foi?

Resposta: **Depois dessa recaída em voltei a frequentar o que chamam lá de... é a sequência do tratamento**, só que tem um nome lá é... **um pós alta**. Não é esse nome que eles usam não, mas é praticamente isso. E não divulgamos assim, não fizemos muita coisa não, só ficou todo mundo de olho pra (sic) ver o que acontecia e ali em consegui me recuperar e tô (sic) até hoje. (Grifos nossos).

Para De Leon (2009) os dependentes químicos aprimoraram os grupos de ajuda-mútua, com o intuito de apoio sobre as dificuldades em comum e discorrerem sobre as possibilidades de resolução de problemas e conflitos. Dessa forma, foi importante para Thulio a manutenção dos vínculos criados dentro da instituição, furtando-se de comportamentos considerados não saudáveis e compartilhando emoções.

A interrupção do uso de tais substâncias também pode acontecer em contexto de redes sociais, através do retorno a um padrão de convivência mais íntima entre as pessoas, como nos grupos terapêuticos de ajuda-mútua, como ocorre em Narcóticos Anônimos (NA). (LIMA NETO; PEREIRA, 2017, p.92).

Portanto, ao exprimir suas dificuldades no grupo, podemos pontuar que ocorreu uma elaboração sobre a recaída vivenciada. (MENDONÇA; 2000). Porém, ao ser questionado se sentiu cobrança após a recaída, o entrevistado manifestou que essa exigência foi importante para ele atingir seu objetivo, que era manter-se afastado do uso de drogas.

Trecho 23: Você se sentiu cobrado?

Resposta: Muito, muito e essa cobrança também **acho que foi muito importante** pra eu me manter de pé. (Grifos nossos).

Para Rigotto e Gomes (2002), é em situações consideradas estressante e árduas como no sofrimento, angústia e aflição que se constrói e engloba significações, manifestando novas compreensões de mundo e projetos de vida. Rollo May (2012) prevê que nesse momento ocorre uma luta íntima no indivíduo e a tomada de consciência pode, portanto, gerar conflitos, mas também pode gerar possibilidades de enfrentamento encontrando novos sentidos e condutas.

[...] O grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores. [...] A influência mostra-se no restabelecimento do convívio familiar, nos encontros com colegas recuperados e no apoio de profissionais especializados. (RIGOTTO; GOMES, 2002, p.100).

Mais uma vez recorro a prática como psicóloga em uma CT, lembrando que em alguns casos era percebido e trabalhado durante o tratamento o excesso de auto confiança de alguns internos, que ao encerrarem o período de afastamento social diziam compreender plenamente o que deveriam fazer ou evitar uma recaída além, daqueles que relatavam medo por não estarem em ambientes privados de contato com substâncias psicoativas. Infelizmente, muitos retornavam à instituição em um curto período de tempo, e alguns passavam a demonstrar um empenho terapêutico maior na busca de identificarem seus fatores de risco, suas potencialidades e suas possibilidades de mudança sendo que outros voltavam sentindo-se fracassados e desamparados manifestando sentimentos negativos frente ao retorno ao uso de substâncias psicoativas.

4.5 Uma Parada no Almoço para Conversar

A entrevista com Breno também foi uma sugestão do mesmo contato que indicou o entrevistado Pedro, um contato de um grupo de mútua ajuda, Narcóticos Anônimos (NA), que nos passou seu número telefônico. Após a ligação explicando meu interesse e o tema de pesquisa, agendamos em seu local de trabalho no horário do almoço. Breno é comerciante e trabalha em uma pequena loja de sua família, que atua no aluguel de trajes para festas. A loja é situada em um bairro residencial na região leste de Belo Horizonte/MG. Fui recebida por Breno logo ao tocar a campainha do imóvel e conversamos no escritório na parte de cima do estabelecimento assim, ficamos sozinhos para a entrevista. Nesse horário não havia expediente de trabalho, e não vi outras pessoas circulando ou conversando no local. Breno tem 39 anos, cabelos curtos, grisalhos, linhas de expressão na face, o que o fazem aparentar ter mais idade do que realmente possui. Vestia-se no dia da entrevista de forma casual, blusa de malha e calça jeans, e demonstrou ser uma pessoa simpática. Relata que é casado, pai de quatro filhos com três mulheres diferentes seus filhos têm as idades de 24, 16, 10 e 06 anos. Menciona que foi um pai ausente com os três primeiros filhos e que o filho de 16 anos atualmente faz uso de substâncias psicoativas, o que pontua como, “[...] infelizmente o outro de 16 anos tá (sic) indo pelo mesmo caminho que o meu”. (BRENO, 2018, s/n).

Declara que já passou por diversos equipamentos de saúde como, por exemplo, hospitais psiquiátricos, atendimentos psicológicos, o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT). Porém, segundo ele, somente com a internação conseguiu aceitar que é impotente perante o álcool e outras drogas. Narra que é alcoolista há vinte e cinco anos, e por um período de sua vida, após ingerir bebida alcoólica, utilizava outras substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, como remédios, cocaína e *crack*. Mencionou que antes da internação ingeria o álcool com frequência e que seus pensamentos estavam sempre na “próxima dose”. Já passou por duas Comunidades Terapêuticas (CT) diferentes, ficando na primeira internação por dois meses e na segunda por quatro meses. Na data da entrevista estava com dois meses e sete dias que havia saído da última internação e frequentava com regularidade o grupo de mútua ajuda Narcóticos Anônimos (NA).

4.5.1 Motivo da Internação

A entrevista iniciou com perguntas sobre tempo de internação e quantas instituições denominadas Comunidades Terapêuticas (CT's) o entrevistado havia inserido para tratamento de dependência química. Quando abordado sobre os motivos da internação, Breno mencionou que só com essa modalidade de tratamento conseguiu aceitar que era impotente quanto ao abuso de álcool e outras drogas, pontuando também seus comportamentos como outro motivo relevante para essa intervenção terapêutica.

Trecho 7: Quais foram os motivos que te levaram a internação?

Resposta: Eu não aceitava que eu era dependente, e... tava (sic) destruindo minha vida ne, **e só com a internação que eu consegui aceitar que... que era impotente perante o álcool, as drogas** e lá que eu tive uma base, um entendimento para que... é minhas mudanças de comportamento aqui fora, **que me levaram a internação, que aqui fora, aqui não dava pra (sic) mim, o meu caso foi internação**, eu tive (sic) que internar de qualquer forma. (Grifos nossos).

Quanto à percepção sobre o abuso de álcool, optamos em trabalhar em uma unidade de sentido específica, uma vez que essa questão apareceu em vários trechos durante toda a entrevista e consideramos de grande relevância para a compreensão da substância como objeto integrante do fenômeno, e também, para a sustentação da singularidade da entrevista de Breno. Sobre seus comportamentos, o entrevistado nomeou como defeitos de caráter, expressão muito utilizada em CT em um viés pejorativo e moralista que estigmatiza ainda

mais o usuário de drogas. “O estigma da dependência é de tal modo poderoso que obnubila qualquer outra percepção acerca do indivíduo.” (TESSARO; RATTO, 2015, p. 92).

Trecho 8: Você entendeu o que durante essa internação?

Resposta: Eu **entendi que, que era os meus comportamentos que me levavam a.. a me comportar de... a tal forma né que, pelo meu vício né, a compulsão**, que tudo que eu fazia aqui fora era...tentava fazer do meu jeito, dava errado, tudo tinha que ser com a bebida, com as drogas é... **eu transformava em outra pessoa** que eu não era, **tudo para resolver problemas**, e isso foi virando uma bola de neve né e... eu era muito compulsivo e ela me dominou completamente. (Grifos nossos).

Trecho 9: Quando você fala de comportamento, que comportamentos que você me fala... O que você percebeu que tinha que mudar de comportamento?

Resposta: Paciência, é... muitos **defeitos de caráter** né, humildade. (Grifos nossos).

Em meu trabalho como psicóloga de uma CT também observei que essa expressão era usada corriqueiramente, e por vezes abordei e trabalhei o sentido da expressão “defeito de caráter” em oficinas terapêuticas, buscando o sentido do termo elaborado pelos próprios internos. Vários relatos eram pontuados como aqueles que estavam “errados” ou “fora da sociedade”, por terem vivido um período fazendo uso frequente de drogas. Nesse sentido, o conceito de biopoder de Foucault (CAMPOS, 2017) nos faz pensar como a gestão da vida mantém a existência de desigualdades, estigmas e até mesmo a exclusão social, penetrando os corpos, modelando-os ao ponto de interferir em como cada um se percebe e se vê sendo assim, introjetado um sentido pejorativo como uma pessoa que deve sofrer um ajuste, recompondo seus comportamentos ao que é esperado socialmente. Polster e Polster (2001), assinalam que, “a pessoa que utiliza a introjeção minimiza as diferenças entre o que está engolindo e aquilo que poderia realmente desejar, se permitisse a si mesma fazer esta discriminação.” (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 90). Para os autores, a introjeção descreve um processo de alienização do que é apresentado e do que é desejado ao seu modo de vida. Outro processo de estigmatização corriqueiro em CT que observei em minha experiência profissional refere-se no relacionamento entre os próprios internos. Era comum o usuário de álcool ter dificuldade em assimilar seu próprio estágio de abuso e/ou dependência química, uma vez que fazia uso de uma substância psicoativa lícita, aceita socialmente, posicionando-se muitas vezes dentro do tratamento em CT como um sujeito que não utiliza drogas, mas que tinha problemas com o hábito de beber e que precisava de tratamento. Ou ainda o usuário de cocaína considerar o usuário de *crack* inferior pelo uso do *crack* muitas vezes ser executado em lugares denominados como cracolândias – vielas; embaixo de viadutos; aglomerações de

usuários nos grandes centros urbanos, utilizando utensílios para o consumo da pedra como: canos de Policloreto de Polivinila (PVC) ou latas de refrigerante e/ou cerveja vazia. Dessa forma, como o uso do *crack* geralmente ocorre em locais considerados vulneráveis socialmente e utilizando utensílios tóxicos, o usuário de cocaína ou outras drogas costumava menosprezar os usuários de *crack* durante o tratamento em CT, considerando-os inferiores em uma classificação social. Ressalto como profissional de psicologia que o trabalho terapêutico na CT em que trabalhei não era direcionado às substâncias a fim de categorizá-las como melhor e/ou pior em uma classificação depreciativa mas, com o intuito que o sujeito se auto percebesse frente as suas possibilidades de escolha e modos de vida, os aspectos quanto à substância produzindo fenômenos em cada interno era trabalhada de forma individual e singular nas sessões terapêuticas em grupo e individuais.

Azevedo e Souza (2017) esclarecem que a produção de subjetividade dirigidas às práticas ditas como corretas dentro de uma sociedade intervém e normatizam condutas individuais, como podemos pensar no caso dos usuários de álcool e cocaína/*crack* mencionados acima. Corroborando e expondo os pensamentos do filósofo Michel Foucault, “o que Foucault quis buscar é mostrar como uma verdade, enquanto enunciado ou prática, é constituída. [...] Dispositivos de enunciabilidades e visibilidades, nos quais os sujeitos estão em uma rede”. (TRENTO, 2015, p.187). Dessa maneira, observamos pela rede exposta pelo pensamento de Foucault que o alcoolista não se considera um drogado e o usuário de cocaína não se julga marginalizado, demonstrando um micro sistema na CT em uma produção de um pensamento de exclusão e segregação dentro da instituição.

Em outro momento da entrevista foi apontada a dificuldade em permanecer na instituição, sendo descrita pelo entrevistado como uma sensação de vazio que geralmente era preenchido pelo uso de substâncias psicoativas.

Trecho 15: Como que era seu convívio com outros internos e com os monitores?

Resposta: Muito bom, muito bom ah eu fazia o sugerido né pra (sic) minha recuperação, nada eu era obrigado a fazer, mas **a programação se você quisesse ficar né que é o sugerido, ficar de pé aqui fora**, eu fiz e... eu tô (sic) ai até hoje né, **mas no começo pra (sic) mim foi complicado**. (Grifos nossos).

Trecho 16: O que foi complicado?

Resposta: Porque as outras instituições onde eu fiquei, eu fumo também né, outras não a outra não podia fumar, lá eu fiquei um mês, só um mês depois eu tive mais uma internação fiquei só um dia e... eu achei que a outra seria a mesma coisa e não foi entendeu? Me adaptei bem, mas **no começo eu não aceitava que eu era doente, foi difícil assimilar né, porque deu um vazio em mim, que eu tinha que completar que era o vício, alguma coisa tava (sic) em falta ne mim (sic)**, aonde

eu fiquei né é... fazendo minhas atividades e tirei meu foco daqui de fora, porque eu pensava muito na minha mulher aqui fora. (Grifos nossos).

De acordo com Giovanetti (2017), o vazio existencial é caracterizado a partir de dois componentes, o antropológico e o social.

O primeiro surge de um mal-estar pessoal, que decorre muitas vezes da situação que se está vivendo; o segundo surge do contexto macro, isto é, do tipo de sociedade e dos valores que essa sociedade impõe a vida. (GIOVANETTI, 2017, p.100).

Observamos que tais componentes ocorreram com o nosso entrevistado uma vez que ele pontuou um componente antropológico quando mencionou sua dificuldade em aceitar sua condição de impotente, uma pessoa que possui problemas, mas que diante de dificuldades em resolvê-los recorre ao uso compulsivo de álcool e outras drogas mencionadas nos trechos de nº 07, 08 e 16. No campo social quando pontuou no trecho de nº 15 que seguia a programação da instituição com o intuito de, “[...] ficar de pé aqui fora” (BRENO, 2018, s/n), o que significa em manter-se abstinente de substâncias psicoativas quando saísse da instituição em um pensamento referente ao seu futuro. Segundo Giovanetti (2017), a pessoa de forma inconsciente deixa de ter um projeto de vida, as coisas que a preenchiam de forma rotineira deixam de ter significado, trazendo a necessidade de uma nova elaboração. Para Frankl (2016), o homem é responsável por sua existência, assim, o tratamento é baseado em trazer o homem a sua consciência de ser-responsável, passível de novos projetos de vida, o que acreditamos que ocorreu com nosso entrevistado uma vez que narrou compreender sua doença e sua compulsão pelo álcool.

4.5.2 O Uso Compulsivo do Álcool

Logo no início da entrevista, Breno já mencionou o uso compulsivo de álcool descrevendo que seu comportamento estava direcionado ao uso freqüente, utilizando tais recursos para resolver conflitos, o que acarretou, segundo o entrevistado, na potencialização do abuso e na dependência química. O mesmo narra, no trecho abaixo, que o uso o fazia ter a percepção que era outra pessoa.

Trecho 8: Você entendeu o que durante essa internação?

Resposta: Eu entendi que, que era os meus comportamentos que me levavam a.. a me comportar de... a tal forma né que, pelo meu vício né, a compulsão, que tudo que eu fazia aqui fora era...tentava fazer do meu jeito, dava errado, **tudo tinha que ser com a bebida, com as drogas é... eu transformava em outra pessoa que eu**

não era, tudo para resolver problemas, e isso foi virando uma bola de neve né e... eu **era muito compulsivo** e ela me dominou completamente. (Grifos nossos).

Apesar de compreendermos que o objeto de uso faz parte do fenômeno, no caso dos dois primeiros entrevistados o objeto – *crack* – não foi apresentado em uma unidade de sentido, uma vez que só foi mencionado na entrevista a partir da arguição da entrevistadora, quando questionados quais as substâncias psicoativas experimentadas durante a história de vida e qual ou quais a(s) substância(s) faziam uso compulsivo antes do período da internação. Sendo assim, nas duas primeiras entrevistas a substância não foi apontada com relevância, o que nos fez optar em não explorar o tema em uma unidade de sentido. Diferente do ocorrido na entrevista de Breno que descreveu sua percepção quanto ao abuso da substância de consumo – álcool – mencionando de forma espontânea em vários trechos da entrevista. Referindo-se à percepção do sujeito quanto aos fenômenos experimentados, Pereira e Palma (2018) descrevem:

A fenomenologia se propõe a descrever o fenômeno, aquilo que aparece, que se manifesta ou se revela por si mesmo, incluindo sentimentos, pensamentos, desejos e vontades. O fenômeno é ao mesmo tempo um objeto que se refere ao sujeito e o sujeito relativo ao objeto. Não é produzido é percepção. (PEREIRA; PALMA, 2018, p. 17).

Assim, nosso entrevistado descreveu sua percepção sobre o efeito de bebida alcoólica como uma substância que depois de ingerida o “transformava em outra pessoa”, fazendo com que seus pensamentos estivessem sempre na próxima dose, como mencionado nas respostas dos trechos de nº 8 e 43.

Trecho 42: Quando você foi para comunidade você estava fazendo uso...

Resposta: Do **álcool**. (Grifos nossos).

Trecho 43: Então você me fala que foi uma substância dentro de tudo que você já usou, foi uma substância lícita que te levou para essa última internação?

Resposta: **Foi ela que foi meu carro chefe, ela que eu caí mesmo foi que eu fui pra (sic) lama, no fundo do poço, foi à bebida** e que eventualmente me levava para outras drogas também que já não usando mais outras drogas **eu pensava só em beber, só na próxima dose**. (Grifos nossos).

Vale aqui classificarmos as substâncias psicoativas a fim de elucidarmos como cada substância funciona no sistema nervoso central, produzindo efeitos cognitivos de alteração da consciência. Esclareceremos em questão os estágios de funcionamento do álcool no sistema nervoso central vivenciado de acordo com a ingestão de bebidas alcoólicas, uma vez que foi essa a substância descrita por nosso entrevistado como sendo seu “carro chefe”. Contudo, de

acordo com a fenomenologia, a prática guiada pela ação do uso de substâncias psicoativas é um ato de vontade, efetuando na mudança de consciência. “Toda toxicomania origina-se de um ato corriqueiro. Igualando a diversidade de efeitos produzidos pelas substâncias, resiste um ponto em comum, a modificação súbita do estado de consciência, voluntariamente procurada.” (MESSAS, 2015, p. 127).

As substâncias psicoativas possuem a seguinte classificação: estimulantes, perturbadoras e depressoras. Estimulantes são aquelas que estimulam o funcionamento do sistema nervoso central provocando excitação, euforia, diminuição do cansaço, irritabilidade, perda do sono, perda do apetite e logorrea. Dentre essas substâncias podemos citar a cocaína, *crack*, anfetaminas, tabaco. Perturbadoras as que causam alterações no funcionamento cerebral quando consumidas, modificando a percepção da realidade e fazendo com que os consumidores tenham uma percepção “perturbada” de si e do meio. São exemplos: dietilamida do ácido lisérgico (LSD), *ecstasy*, maconha e alguns cogumelos. E, depressoras as que afetam o funcionamento do sistema nervoso central fazendo com que seu funcionamento seja mais lento. As substâncias denominadas depressoras provocam uma sensação de relaxamento, diminuem a atenção, concentração, tensão emocional e capacidade intelectual. São exemplos, álcool, benzodiazepínicos (medicamentos para a ansiedade), opiáceos e inalantes. (BRASIL, 2014). De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), “o álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas no Brasil. Mesmo sendo lícitas, não significa que essas drogas não tragam prejuízos à saúde.” (BRASIL, 2014, p. 120).

Tratando-se de uma substância depressora de acordo com o nível de intoxicação na corrente sanguínea o álcool apresenta mudanças físicas e psicológicas, fazendo com que o sujeito possa vivenciar os seguintes estágios:

1. Euforia - uma euforia leve com maior sociabilidade, aumento da autoconfiança, desinibição, diminuição da atenção, capacidade de julgamento e controle sendo o início de um prejuízo sensório-motor;
2. Excitação - instabilidade e prejuízo de julgamento e de crítica, apresentando prejuízo de percepção, memória e compreensão. Além de diminuição da resposta sensitiva e retardo da resposta reativa, diminuição da acuidade visual e visão periférica, prejuízo do equilíbrio e sonolência;
3. Confusão - desorientação, confusão mental e adormecimento. Estados emocionais exagerados, prejuízo da visão e da percepção, aumento da sensação de dor, incoordenação motora, fala arrastada, apatia e letargia;

4. Estupor - inércia generalizada, prejuízo das funções motoras, diminuição importante da resposta aos estímulos, incapacidade de coordenar os movimentos, vômitos e incontinência. Nessa fase apresenta também prejuízo da consciência, sonolência ou estupor;
5. Coma – inconsciência, reflexos diminuídos ou abolidos, temperatura corporal abaixo do normal, prejuízo da respiração e circulação sanguínea, possibilidade de morte;
6. Morte - morte por bloqueio respiratório central. (BRASIL, 2014).

Dessa forma, na perspectiva biológica e seguindo a escala de estágios acima, compreendemos a partir das falas de Breno que o mesmo provavelmente costumava manter-se nos estágios de excitação e/ou confusão, por descrever prejuízo de percepção, diminuição de crítica sobre a realidade e possível confusão mental. Porém, de acordo com a fenomenologia é importante compreendermos o mundo percebido pelo entrevistado a partir da utilização do álcool, uma vez que, o álcool é o objeto e faz parte do fenômeno, “o objeto é o fenômeno, o que aparece para a consciência. Na mesma lógica, não há objeto em si desvinculado da consciência que o percebe”. (TESSARO; RATTO, 2015, p. 86). Messas (2015) complementa ao pontuar a importância de compreendermos o uso excessivo de álcool e a necessidade do sujeito de alteração de consciência:

A vontade livre do que se embriaga busca, acima de tudo, um contraste mediado pela temporalidade e fundado na temporalidade. O indivíduo livre procura, por meio do ato de embriaguez, constituir-se como outra temporalidade, permitindo-se sair transitoriamente das imposições da própria história. (MESSAS, 2015, p.127).

Para o autor, na concepção fenomenológica, o ato de ingerir bebidas alcoólicas pode ser considerado e associado a uma restrição temporal - um instante -, influenciando o sujeito a vivenciar aquele momento, como no caso de uma festa que o sujeito compartilha seu momento com os amigos, ou no caso do uso abusivo e dependente quando a ingestão de bebidas alcoólicas afasta o sujeito dele mesmo, diminuindo suas angústias e percepções de mundo. (MESSAS, 2015). De acordo com Angerami (2018) a angústia faz parte da nossa condição humana, sendo o sofrimento de nossa existência. Assim, ao sentirmos a angústia estamos questionando nossa existência e nossa forma de ser e agir. “A angústia do aqui-agora, por outro lado, revela um traço da condição humana que pode ser expresso negativa ou positivamente.” (ANGERAMI, 2018, p. 72). Esse traço negativo, segundo o autor, está ligado a nossa limitação frente à eternidade e o positivo frente à temporalidade, sendo sujeitos determinados dentro do tempo vivido. Pontuamos novamente que a relação do sujeito com as

substâncias psicoativas é uma relação singular, apresentando um sentido subjetivo, demonstrando sua visão de mundo. “A relação do sujeito com a droga é única. À Fenomenologia interessa esse ser do fenômeno, imbricado com este; importam as características singulares relacionais entre o ser e o fenômeno.” (TESSARO; RATTO, 2015, p. 86). Assim, compreendemos que o álcool foi percebido pelo entrevistado como algo que o transformava, que hoje é pontuado como “outra pessoa”, mas também como um objeto que era utilizado para ajudá-lo a resolver seus problemas, a fazê-lo sentir-se com razão dentre suas ações, como descrito nas respostas dos trechos de nº 8 e 10.

Trecho 10: O que você chama de defeitos de caráter?

Resposta: Ah eu era muito arrogante, prepotente, **tudo era voltado para mim, eu que era o dono da razão**, é hoje eu vejo que, que não é dessa forma né, **porque tudo que eu fazia também eu estava com o efeito né e...** não aceitava que eu era, que **eu era doente**, que eu tinha essa doença chamada adicção né e.. a muitos eram meus comportamentos, **tudo me levavam a usar**. (Grifos nossos).

No trecho abaixo em destaque o entrevistado pontua novamente a necessidade de alteração de consciência, assinalando sua dificuldade em resolver conflitos, ao descrever que não conseguia encarar as pessoas sem o uso de bebidas alcoólicas e, mencionando que o álcool diminuía seu senso crítico uma vez que ao ingerir acabava consumindo outras substâncias psicoativas.

Trecho 27: Que foi mais proveitoso?

Resposta: Ah eu interagi com as pessoas, o partilhar de cada uma delas, a história de vida delas, lá eu vi que... não era só eu que tinha esse problema, quando eu cheguei lá eu achava que só eu que bagunçava, só eu que trazia desordem para minha casa, **só eu que as vezes não consegui encerrar as pessoas de frente teria que ser só com uma dose de preferência minha, o caso meu era o alcoolismo, mas quando eu bebia qualquer droga pra (sic) mim, que oferecesse eu usava**, ou às vezes dava na minha cabeça também. E... lá eu convivía com as pessoas que me deram muito apoio, foram os monitores, foi o gestor também, lá eu vi que meu problema, eles conheciam do problema voltado para mim e aqui fora seria muito difícil pra (sic) mim. (Grifos nossos).

O entrevistado demonstra assim a suspensão da *awareness*, gerando o desequilíbrio do *self*. Lembrando que a *awareness* é um estado de consciência e o sistema *self* um fenômeno intersubjetivo, uma vez que nos coloca em contato com o EU-TU-ISSO. (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007). Corroborando com os autores, Polster e Polster (2001) pontuam que é importante para o desenvolvimento de um novo comportamento a recuperação e aceitação da *awareness*. “[...] aquela que ajuda a recuperar a unidade da

função total e integrada do indivíduo.” (POLSTER; POLSTER, 2001, p.215). Dessa forma, consideramos que foi importante para Breno a tomada de consciência quanto ao seu abuso de álcool, compreendendo que é uma doença que atuava não somente em seu quadro biológico, mas como um processo integrado que atua em todas as esferas bio/psíquico/espírito/social. (ALES BELLO, 2006). Tessaro e Ratto (2015) esclarecem que desenvolver a capacidade de autoapoio não é uma tarefa fácil, uma vez que o dependente químico pode encontrar-se preso em mecanismos neuróticos evitando assim o contato com ele mesmo e com os outros. Acreditamos que isso possa ter ocorrido com nosso entrevistado, pois pontuou no trecho da resposta de nº 27 possuir dificuldade em relacionar-se com o outro, o que gerava nele a necessidade de utilizar o álcool cada vez mais.

4.5.3 *Motivação*

O entrevistado narrou conhecer algumas pessoas que haviam passado pelo tratamento em CT, mas alegou não ter sofrido nenhuma influência ao entrar nessa modalidade de tratamento, apesar de pontuar que o tratamento em CT havia funcionado para um amigo, seguindo como modelo. Pontuou também que sua necessidade em ingressar em uma intervenção terapêutica foi baseada em suas necessidades. Porém, ressaltou que sua família não aguentava seu comportamento, como mencionado no trecho abaixo.

Trecho 11: Quando você internou a primeira vez, você conhecia alguém que tivesse submetido a esse tipo de tratamento?

Resposta: **Conhecia algumas pessoas** que, ao saírem não conseguiram né, mais voltaram para instituições e hoje estão de pé. (Grifos nossos).

Trecho 12: Você acha que você sofreu alguma influência?

Resposta: **Não**, eu encontrei uma pessoa que há muito tempo eu não a via que... **eu tinha dito a ele que eu precisava de tratamento**, porque **meus pais já não estavam mais me aguentando, minha mulher**, aí ele tinha internado numa instituição, ficado um bom tempo internado, funcionou pra (sic) ele, ele **foi e me indicou uma clínica aonde eu fui internar**. (Grifos nossos).

De acordo com Braun, Dellazzana-Zanon & Halpern (2014), no ano de 2005 no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil foi apresentado o resultado de que 28 milhões de pessoas conviviam com um familiar em quadro de dependência química. “[...] A drogadição pode ser entendida como sintoma da família.” (PAZ; COLOSSI, 2013, p.552). Porém, o tratamento geralmente é baseado no usuário, apesar do grupo familiar poder apresentar quadros de adoecimento.

Os membros da família compartilham afetos, valores e normas. Os valores aprendidos dentro do grupo familiar têm um papel fundamental, uma vez que são o norte da vida de cada um dos membros da família. (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014, p. 125).

Assim, compreendemos que ao pontuar que seus pais e esposa não o aguentavam mais, o entrevistado estava referindo-se ao comportamento e hábitos da época, o que possivelmente incluía o abuso de substâncias psicoativas. Isso nos leva a pensar que provavelmente os hábitos do entrevistado não eram aprovados por seu grupo familiar, afetando o relacionamento. De acordo com o entrevistado, a escolha em iniciar um processo terapêutico foi dele, e durante a entrevista não mencionou que sua família tenha pressionado ou interferido em sua decisão de ingressar na CT. Como mencionado na resposta do trecho de nº 12, ao encontrar um amigo que havia passado pelo tratamento em uma CT, Breno solicitou informações e decidiu iniciar o processo. De acordo com Rollo May (2012) o homem é um ser de escolhas e uma de suas particularidades é ser um indivíduo autoconsciente, sendo a consciência algo particular. Sendo assim, pensamos que foi Breno que fez a escolha em iniciar o tratamento em uma CT. Apesar disso, alegou que não se sentia motivado com o tratamento proposto relatando que “tinha que aceitar” as condições de tratamento na CT para alcançar seu objetivo.

Trecho 13: Quando você se internou, você sentiu motivado com o tratamento proposto, com aquilo que eles propunham lá?

Resposta: No começo foi difícil, demorei um tempo a... **eu tinha que aceitar aquelas condições pra (sic) mim, se eu queria mudar mesmo eu tinha desejo de parar**, eu tinha que aceitar. (Grifos nossos).

Dessa forma, pensamos novamente nos dispositivos de subjetivação, como o ambiente de tratamento de uma CT tem um viés de atravessamento na subjetividade do entrevistado, um lugar que tem uma política própria de normatização e disciplina, no qual ele diz que “tinha que aceitar as condições” se quisesse mudar. Em um diálogo com a psicologia humanista rogeriana, Campos (2017) assinala que as forças sociais fazem parte da constituição da subjetividade humana em que “todo indivíduo existe em um mundo de experiências em constante mutação, do qual ele é o centro.” (CAMPOS, 2017, p. 133). Sendo assim, Breno estava no centro de novas experiências em um ambiente social protegido do consumo de substâncias psicoativas. Assim, ao ser questionado sobre as expectativas com o tratamento na CT, o entrevistado pontua uma vida melhor, relatando suas perdas, como o emprego, que remete a seu contexto social, e de confiança e dignidade, em um caráter subjetivo nomeando

esses dois pontos como os aspectos que o levaram para a internação na CT com o intuito, do que ele descreveu como colocar a cabeça no lugar.

Trecho 24: Quais eram suas expectativas quando você se internou numa comunidade terapêutica?

Resposta: **Uai esperança de ter uma vida melhor**, porque eu perdi tudo aqui fora né, eu tinha um **bom emprego**, é... perdi tudo né a **confiança, minha dignidade**, e... ah **causei muitos problemas aqui fora, ai eu tive que me internar mesmo, pra (sic) mim (sic) colocar minha cabeça no lugar**, não vi o crescimento dos meus filhos esse agora, esse novo que tô (sic) tendo oportunidade de... de poder dá (sic) ele uma vida melhor, infelizmente o outro de 16 anos tá (sic) indo pelo mesmo caminho que o meu, minha filha mais velha não, ela tá (sic) formando na faculdade, a outra também tá (sic) muito bem graças a Deus, mas infelizmente esse outro enveredou pro (sic) meu lado também. (Grifos nossos).

De acordo com Rollo May (2012), quanto mais consciente em todas as esferas integrativas – bio/psíquico/espírito/social – maior será a experiência do EU como um sujeito ativo no mundo. Assim, consideramos que nosso entrevistado necessitou de um espaço protegido na busca de uma reflexão quanto às suas possibilidades de vida.

4.5.4 *Recaída*

Em nosso encontro, quando questionado como avaliava o processo de internação em CT, Breno mencionou o quanto é complexo o afastamento social e manter-se abstinente do uso do álcool e outras drogas. O mesmo mencionou sua primeira internação como um modelo de fracasso pessoal quando ficou na instituição por dois meses em um tempo que, de acordo com o entrevistado, compreendeu que estava mais organizado, mas logo após a saída da CT ocorreu uma recaída por, segundo ele, “não seguir o sugerido” que significa evitar pensamentos de uso, pessoas que conviviam compartilhando o uso do álcool e drogas e os lugares de consumo ou venda, como, por exemplo, bares, festas e locais de venda de substâncias ilícitas, os chamados, bocas de fumo.

Trecho 40: Como você avalia sua internação em comunidade terapêutica? Como foi o seu processo?

Resposta: Olha no começo pra (sic) aceitar é complicado, porque você ficar internado longe dos seus familiares é... minha vida foi toda na rua, **ter que aceitar está dentro de uma comunidade é complicado**, largar meus compromisso, quer dizer compromisso eu já não tinha nenhum né! Por que **aqui fora meu compromisso era com as drogas e a bebida, era balela né na hora que eu tava(sic) lá dentro lá que eu tava (sic) preocupado aqui fora**, com certeza minha preocupação era de... tá (sic) aqui fora usando de novo né, mas como eu fiz na primeira vez que eu internei. Eu fiquei dois meses, uma outra vez, **eu fiquei dois**

meses achei que eu estava preparado eu não tinha feito uma base, não tinha feito o sugerido né, aí eu saí aqui quebrei a cara, não evitei lugares, pessoas que era da minha ativa antigamente, comecei a frequentar os mesmos lugares e conviver com as mesmas pessoas num (sic) deu outra. Sete dias na lama. (Grifos nossos).

Como examinado nas entrevistas anteriores a recaída é passível de ocorrer depois de um determinado período de abstinência e não significa necessariamente que o usuário tenha fracassado, sendo assimilado como uma parte do tratamento passível de ocorrer no processo. (RIGOTTO; GOMES, 2002; ÁLVAREZ, 2007). Conforme Monteiro (2012), há um pensamento errôneo de que o retorno ao uso de álcool e outras drogas ocorre pela abstinência física, ou seja, por fatores biológicos desconsiderando que a recaída também engloba outros fatores como os sociais e psicológicos. “Acerca do fenômeno do uso de substâncias psicoativas, parte-se do pressuposto de que há fatores relacionados à toxicidade das substâncias, fatores socioculturais, bem como aspectos psicológicos do sujeito em uso.” (MONTEIRO, 2012, p. 260). De acordo com Breno, não evitar coisas, pessoas e lugares o levou à “lama”, o que nos faz refletir que a recaída o apontou para uma tomada de consciência, expondo-o às suas dificuldades e proporcionando novas opções de mundo, além de fazê-lo refletir sobre o seu modo de viver e suas escolhas. (ROGERS, 1997). A recaída pode ser, portanto, compreendida como um processo considerável no tratamento do entrevistado, uma vez que Breno saiu da internação confiante e cheio de expectativas, mas pouco preparado. “Buscar tratamento não significa necessariamente que o indivíduo esteja motivado para a mudança, o que faz com que estratégias elaboradas para pacientes que já se encontram na fase de ação sejam pouco eficazes”. (BERTAGNOLLI; KRISTENSEN; BAKOS, 2014, p. 191). Segundo Perls (1977), quanto maior a discrepância entre a fantasia gerada por nossas expectativas e a realidade, maior será a possibilidade de fracassos. De acordo com o autor, somente quando o sujeito defrontar com suas limitações trabalhará suas potencialidades. Rollo May (2012) acrescenta que a capacidade de avaliarmos o mundo real nos possibilita as escolhas saudáveis e conscientes o que nos leva a refletir que tenha ocorrido com o entrevistado ao mencionar durante a entrevista que o que levou a recaída foi, segundo suas palavras, a falta de base, sinalizando que seu processo naquele momento não estava integrativo.

4.5.5 Religião

Quando indagado sobre o que desejava acrescentar na entrevista, Breno logo relata que havia sido questionado sobre tudo. Porém, desejava falar um pouco mais sobre sua história e logo descreve a importância de Deus em sua vida, como um “poder superior” que respondia suas indagações e acalmava sua vontade de abandonar a internação. Salientou que o tempo de sair da CT foi o tempo de Deus e mesmo hoje, período após a internação, sua base está associada em Deus e nos companheiros de sala, que são as pessoas que frequentam o grupo de mútua ajuda.

Trecho 44: Tem alguma pergunta que eu não tenho feito e você gostaria de acrescentar para essa entrevista? Tem algum comentário...

Resposta: Eu vou falar um pouquinho da minha história, e ... você perguntou tudo, mas **lá na comunidade eu sempre pedi minhas 24 horas por vontade de esta (sic) aqui fora.** (Grifos nossos).

Trecho 45: Vinte e quatro horas é quando você pede para sair?

Resposta: Aí eu nessas 24 horas, **como eu coloquei o Deus na minha vida, que é meu poder superior, sempre no outro dia vinha uma resposta pra (sic) mim, pra (sic) mim não ir embora e...** dava certo **no outro dia de manhã eu num (sic), tava (sic) mais vontade de ir embora,** num certo dia deu, seria véspera de Natal eles chegaram perto de mim e falaram, oh B* não vai embora não, porque é perigoso por causa de festa e tudo, aí eu passei o Natal e Ano Novo lá, **eu acho que teria caído, recaído né!** Mas **fiz o sugerido que eles falaram comigo,** era perigoso mesmo, **eu esperei o tempo de Deus o tempo certo que bateu na minha cabeça,** que foi depois do Ano Novo, eu ia ficar mais um tempo lá, mais uns três meses, mas eu acho que pra (sic) mim já tinha dado para mim. É... aí nesses quatro meses eu decidi vim (sic) tocar minha vida aqui fora, eu tinha desejo que eu não iria usar mais, que não iria beber, coloquei isso na minha cabeça, na pra (sic) minha vida, porque sofri muito, fiz bastante pessoas sofrerem, se fosse só a mim tudo bem né! Mas e... tá dando tudo certo o que eles me sugeriram também que aqui fora, **eu tenho que fazer minha manutenção, eu só paralisei né o uso, a vontade vem, por eu ter essa doença.** Procuro focar em outras coisas, venho frequentando **reuniões de auto ajuda** que é muito bom, pra (sic) mim aqui fora, é... lá tem **as partilhas dos companheiros das salas também,** que iguais as de internação, alguns conseguiram parar aqui fora por conta própria, mas alguns também de internação, e.. **é isso, lá foi uma base pra (sic) mim, muito boa e aqui fora é eu e Deus e meus companheiros de sala.** (Grifos nossos).

A religião é um sistema coletivo de crenças e manifestações de fé, e fenômenos religiosos sucedem na história humana. (CAIRES, 2016; CHAVES, 2016; VELIQ, 2018). De acordo com os autores, o uso da espiritualidade/religiosidade para enfrentar as adversidades e atribulações da vida é chamado de “*coping* religioso” ou “*coping* religioso/espiritual”, que são estratégias para lidar com situações desconfortáveis e/ou angustiantes. (SILVA, 2015; CAIRES, 2016; CHAVES, 2016). Segundo Luz (2007) e Mata (2016), a religiosidade em uma CT pode trazer um novo sentido de vida, um investimento no tratamento e um encontro do sujeito com ele mesmo, embora às vezes possa atuar como uma imposição, cujo risco é

discutido pelo CFP (2018), como apontamos no caso do entrevistado Thulio. A religião pode ser positiva em CT desde que seja um processo do próprio interno inserido em um *coping* religioso e/ou espiritual positivo, não incorporando ao sujeito noções de pecado, punição e castigo do divino. (SILVA, 2015). Produzindo uma vivência religiosa que é baseada em um fenômeno. “Dependendo da forma como é encarada, de como ressoa para cada um, a vivência religiosa pode aproximar o homem de si, dos seus projetos.” (GUIMARÃES, 2010, p. 32). Sendo assim, pensamos que no caso do entrevistado sua crença espiritual foi inserida de forma positiva, perpassando a subjetividade e trazendo um novo sentido de vida, um contato dele com ele mesmo uma vez que sempre que desejava ir embora encontrava a resposta em si, como citado no início do trecho de nº 45. Tal comentário constitui um estado de consciência *wareness* ampliado e um processo organizador do *self* (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2007), sendo assim, estendida em sua visão de mundo, como descrito no final da resposta do trecho de nº 45, mencionada pelo próprio entrevistado como uma importante base mesmo no período atual. “É isso, lá foi uma base pra (sic) mim, muito boa e aqui fora é eu e Deus e meus companheiros de sala”. (BRENO, 2018, s/n).

4.5.6 O Grupo de Mútua Ajuda

O grupo de mútua ajuda também foi citado de forma espontânea quando Breno quis falar sobre sua história de vida no final da entrevista. Foi mencionado como uma base e um apoio na manutenção do seu tratamento atualmente.

Final da Resposta do trecho de nº 45: Mas e... tá dando tudo certo o que eles me sugeriram também que aqui fora, **eu tenho que fazer minha manutenção, eu só paralisei né o uso, a vontade vem, por eu ter essa doença.** Procuo focar em outras coisas, venho **frequentando reuniões de auto ajuda que é muito bom, pra (sic) mim aqui fora, é... lá tem as partilhas dos companheiros das salas também, que iguais as de internação,** alguns conseguiram parar aqui fora por conta própria, mas alguns também de internação, e.. **é isso, lá foi uma base pra (sic) mim, muito boa e aqui fora é eu e Deus e meus companheiros de sala.** (Grifos nossos).

Os grupos de mútua ajuda são propagados mundialmente e seguem os preceitos orientados dos 12 passos (ANEXO A) e 12 tradições (ANEXO B) que guiam as reuniões. Ao longo dos anos, vários grupos surgiram seguindo o grupo precursor dos Alcoólicos Anônimos (AA), como no caso do grupo Narcóticos Anônimos (NA) destacado por Oliveira (2007), que é frequentado por Breno. De forma espontânea, voluntária e anônima, os frequentadores, durante as reuniões expõem seus problemas e dificuldades quanto ao uso de substâncias psicoativas, e escutam o retorno do que foi dito pelos participantes do encontro. O Intuito é

constituir um vínculo de apoio e uma relação de companheirismo. Lima e Braga (2012) acrescentam:

A participação nestes espaços tem sido descrita como importante ferramenta na promoção do bem-estar e cuidado diferenciado, sendo considerada uma forma de conhecer, compreender a saúde e lidar com a doença, facilitando a socialização das ideias. (LIMA; BRAGA, 2012, p.888).

Em minha prática profissional realizei o atendimento de pacientes que não se adaptavam às reuniões de mútua ajuda, relatando uma falta de ambientação por, segundo eles, as partilhas serem repetitivas. Contudo, há aqueles que utilizam os encontros como metodologia de apoio emocional e vinculação com seus pares como podemos pensar que ocorre no caso do nosso entrevistado. Houve uma adaptação natural e agregadora, pois o mesmo relatou frequentar às reuniões como uma estratégia terapêutica para paralisar o uso de substâncias psicoativas sendo as partilhas dos integrantes de sala importante em seu processo. “Eu tenho que fazer minha manutenção, eu só paralisei né o uso, a vontade vem, por eu ter essa doença.” (BRENO, 2018, s/n). Assim, consideramos que nos encontros dos grupos de mútua ajuda há uma relação terapêutica, uma vez que um expõe seus sentimentos ao outro, revelando suas dificuldades e suas potencialidades, cada um com seu modo de ser, agir e pensar encorajando no processo de mudança uma vez que o homem é um ser em constante transformação, com a capacidade de cuidar de si mesmo, um ser-no-mundo. (ROGERS, 1997).

4.6 Uma Conversa na Varanda

Cheguei até Marcos através de uma extensa rede de contatos. Na qualificação do mestrado foi sugerido pela banca que efetuasse mais uma entrevista para a dissertação, e na busca por esse quarto entrevistado contatei uma psicóloga que trabalhou um período considerável em uma Comunidade Terapêutica (CT). Essa, por sua vez, entrou em contato com um ex interno que coordena um grupo de mútua ajuda e o mesmo entrou em contato com outros usuários, chegando à sugestão e ao nome do entrevistado. Assim, consegui o número de telefone e liguei em uma tarde confirmando a disponibilidade para a entrevista. Logo no início da conversa ao telefone, Marcos apontou que estava disponível, mas que não poderia falar muito por estar em horário e local de trabalho. Contudo, informou via *whatsapp* seu endereço e agendamos um horário em sua residência para a mesma semana. Marcos tem 45

anos de idade, estatura mediana, aparentando estar um pouco acima do peso. Trabalha como analista de sistemas em uma empresa de grande porte, é casado e tem uma filha de cinco anos de idade, uma criança de cabelos compridos. Residem em um amplo apartamento localizado na regional oeste de Belo Horizonte, onde fui recebida na sala de estar por ele acompanhado de sua esposa e da filha. Após os cumprimentos a esposa se retirou do ambiente com a criança e fui encaminhada para a varanda do apartamento, local em que haviam preparado um lanche para degustarmos enquanto conversávamos em uma noite quente de primavera. Logo expliquei sobre minha pesquisa e iniciamos a gravação, mas antes de preparar o equipamento, Marcos desculpou-se por não prolongar nossa conversa telefônica no dia que fiz o primeiro contato. Segundo ele, estava em ambiente de trabalho e não gosta que as pessoas do seu convívio laboral saibam do seu histórico de uso de drogas.

Relata que já passou por 15 a 20 internações entre clínicas particulares, hospitais psiquiátricos no Brasil e no exterior, e CT no decorrer dos anos de 1997 a 2010. Comenta não especificar corretamente o número de vezes que foi internado, pois em uma determinada época tentou enumerar as internações com a ajuda de sua mãe, mas não chegaram a um consenso. Por sugestão familiar e acreditando que a mudança geográfica o ajudaria a romper o uso de substâncias psicoativas, foi morar um período com uma irmã na cidade de Orlando nos Estados Unidos. Lá teve uma *overdose* pelo consumo de álcool e medicamentos e foi hospitalizado em um hospital psiquiátrico por tentativa de suicídio. Assim que recebeu alta retornou ao Brasil e aqui passou a evitar o uso de cocaína com o intuito de esquivar-se de sua droga de preferência - *crack*. Dessa forma, fez o uso de outras substâncias psicoativas, não ocorrendo internações entre os anos de 1999 e 2009 período em que pontua que foram tão ruins quanto os anos em que foi internado, porém mantinha certo controle social. Em sua última internação, que ocorreu em uma CT, conheceu dentro da instituição os princípios do grupo de mútua ajuda Narcóticos Anônimos (NA), e logo que saiu passou a frequentar o grupo diariamente, sendo esse seu suporte terapêutico. Atualmente, comparece às reuniões de NA três vezes por semana e ajuda na coordenação de um evento chamado Enconpasso, que reúne membros de todo o território nacional.

4.6.1 Internação Compulsória?

Marcos pontuou que sua primeira internação ocorreu em uma clínica particular na cidade de Belo Horizonte no ano de 1997, quando ainda tinha 24 anos de idade, devido ao

consumo compulsivo de *crack*. Segundo o entrevistado, essa internação foi realizada de forma compulsória.

Trecho 3: Quando foi sua primeira internação?

Resposta: **Foi em 97.** (Grifos nossos).

Trecho 4: Hoje você está com quantos anos, só para eu ter uma idéia?

Resposta: 45.

Trecho 5: Hoje você esta com 45 anos então você tinha, uns vinte e poucos anos?

Resposta: **Eu tinha 24.** (Grifos nossos).

Trecho 6: E como foi?

Resposta: **Ah foi internação compulsória né, eu fui resgatado pela equipe da clínica T* D*, não sei se você conhece.** (Grifos nossos).

Trecho 7: Aqui em Belo Horizonte?

Resposta: É ela ficava ali perto do viaduto Santa Tereza, é e foi assim, **minha família chamou.** Eu tava fazendo um tratamento lá, eu ia lá tomava um medicamento via soro e..., **mas aí o uso saiu mais do controle, minha família chamou a equipe de resgate da clínica eles me pegaram.** (Grifos nossos).

Trecho 8: Uso do quê? Você pode falar?

Resposta: **Crack.** (Grifos nossos).

De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, e orientados pela lei 10.216/2001 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018), em nosso país são definidas três modalidades de internação, sendo:

Voluntárias (com o consentimento do usuário), involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico) e compulsórias (determinadas pela Justiça). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 66).

Seguindo os critérios sobre as modalidades de internação, cogitamos que provavelmente a internação do entrevistado tenha ocorrido na modalidade involuntária, e não compulsória como mencionado. Baseamos-nos nessa hipótese uma vez que o mesmo mencionou nas respostas dos trechos de nº 6 e 7, que sua internação foi solicitada por seus familiares, e não citou mesmo ao longo de toda a sua entrevista, e sobre suas várias internações nenhuma determinação de ordem judicial configurando uma internação compulsória. De acordo com Musse (2018), o *crack* é a substância psicoativa ilícita mais utilizada por aqueles que foram assujeitados a internações involuntárias e compulsórias. Para a autora, o poder público amparado por paradigmas médicos busca no judiciário, em nome da

saúde e do bem estar da população o controle da presumida “epidemia do *crack*”, assumindo um papel, segundo a teoria foucaultiana, de controle dos corpos e interferência na subjetividade, chamado de biopoder. (FOUCAULT, 2004). Dessa forma, são os usuários de *crack* os que têm sido mais expostos a intervenções dessa ordem, sendo cada vez mais estigmatizados, excluídos e sofrendo de intervenções pautadas em estratégias higienistas. Assim, tendo como fonte dados extraídos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), a autora aponta em seus estudos que o número de internações correspondente aos anos de 2005 a 2016 subiu de 1% para 41% compulsórias, e 0% para 1% as involuntárias. ”A comprovada incapacidade relativa do usuário ou dependente, que deveria impactar apenas na gestão patrimonial da pessoa, também se presta a embasar pedidos de internações forçadas.” (MUSSE, 2018, p. 220). O Conselho Federal de Psicologia (CFP) acrescenta:

Tomando como base os artigos 26, 28 e 92 do Código Penal, a autoridade judiciária não pode determinar a internação compulsória sem que a pessoa, que receba a determinação tenha cometido algum crime e passado por julgamento, asseguradas todas as garantias de defesa, e que ao final seja considerada inimputável. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 67).

Apoiando no apresentado e também fazendo menções aos textos foucaultianos, os autores Reis, Guareschi e Carvalho (2014) descrevem estratégias de controle e domínio sobre aqueles que escapam da normatização e das condutas ditas como corretas, o biopoder, como ocorre na atualidade com os usuários de álcool e outras drogas. Para os que abusam e/ou são dependentes de substâncias psicoativas, são aplicados processos de intervenções, e o afastamento social é visto como algo aceitável através de internações involuntárias e compulsórias, almejando a possibilidade de (re) educação dos hábitos considerados errôneos e desviantes.

[...] Se de fato reconhecermos que a internação psiquiátrica de usuários de drogas tem servido, não unicamente, mas expressivamente, como um mecanismo de punição e segregação social. (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014, p. 76).

Nesse sentido, nosso entrevistado foi submetido à frequentes internações em clínicas particulares de Belo Horizonte, algumas vezes levado à força, medicado e amarrado.

Trecho 12: Mas isso foi em uma clínica essa primeira internação e depois?

Resposta: **Depois eu fui internado nessa clínica de novo, fui internado em outra que chama A* N*, depois disso eu fui internado algumas vezes no C*P* na avenida Bandeirantes, não sei, umas 10 vezes e ai depois eu fiquei um tempo sem**

internar é... fui fazendo uso de outras drogas é e **fiquei de 99 até 2009 sem internar**. (Grifos nossos).

Trecho 29: Você já havia conhecido alguém que já havia passado por essa modalidade?

Resposta: Já, eu até em clínica aqui já tinha sido levado amarrado, **nessa primeira clínica que eu te falei foi assim também, eles me pegaram, me medicaram, me amarraram, me levaram, eu fiquei amarrado por um tempo, até estabilizar**. (Grifos nossos).

Para Reis, Guareschi e Carvalho (2014), expandem-se instituições de cuidado de usuários de drogas, avolumando o número de registros e documentos sobre aqueles que são considerados desviantes, aumentando cada vez mais a possibilidade de intervenções no cotidiano desses indivíduos e submetendo-os a um controle sobre a existência e o modo de vida. Os autores também acrescentam, sobre o assunto, a aprovação de leis sem uma discussão aberta e democrática a respeito do tema, demonstrando estratégias biopolíticas. Corroborando, “poder Judiciário brasileiro tem lidado com essa questão, ora adotando o paradigma jurídico-punitivo, ou da defesa social”. (MUSSE, 2018, p.193). Assim, temos como exemplo o exercício do poder médico e jurídico influenciando na subjetividade humana, em plena utilização de mecanismos de saber e poder, no qual foi denominado pelo filósofo Foucault como biopoder. (CAMPOS, 2017).

Pelo imperativo do medo e pelo disfarce da proteção, aceitam-se o recolhimento dos jovens das ruas, as intervenções sobre as famílias, as internações compulsórias em massa e a aprovação de leis sem debate. (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014, p. 76).

Nosso entrevistado, ao regressar ao Brasil após uma internação psiquiátrica na cidade de Orlando nos Estados Unidos, ficou um período significativo utilizando outras substâncias psicoativas, e manteve-se afastado de internações por 10 anos consecutivos entre os anos de 1999 e 2009.

Trecho 16: E aí você voltou para o Brasil?

Resposta: **É um tempo depois eu voltei para o Brasil aí que eu fiquei esse tempo sem internar até 2009**. (Grifos nossos).

Ao retomar o consumo compulsivo de *crack* foi submetido novamente a internações psiquiátricas em Belo Horizonte, sendo encaminhado de forma arbitrária a uma internação em uma CT na cidade de São Paulo. Em minha experiência profissional, os relatos sobre internações forçadas de pacientes que foram encaminhados principalmente para o Estado de

São Paulo tem sido, infelizmente, cada vez mais frequentes, o que acarreta aos usuários diversas formas de sofrimento e trauma, além de insucessos recorrentes. Vale salientar que esse procedimento escapa das diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada RDC 029 (BRASIL, 2011b), e do Sistema Único de Saúde (SUS) pautada na lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018), que prevê serviços dentro do território do usuário com o intuito de manter os laços sociais e familiares.

Trecho 14: Que outras drogas? Você acha que fazendo uso de outras drogas isso te ajudou?

Resposta: Ah é uma substituição que eu tava (sic) fazendo né, assim não foi bom pra (sic) mim não foi um período bom da minha vida, foi quase tão ruim quanto os períodos de internação, de descontrole, tinha um certo descontrole não tanto quanto com o *crack* eu tinha um descontrole maior, mas não é a mesma coisa que a abstinência total né. No fundo foi um período bom, eu não recomendo não, **mas depois que eu voltei para o *crack* piorou de novo ai eu passei por algumas internações em hospital, no A* L* e minha última internação foi num centro Terapêutico lá em São Paulo, eu fiquei seis meses lá e depois disso eu não precisei internar de novo. Eu passei por uma psiquiatria também lá em Orlando.** (Grifos nossos).

Trecho 27: Quais os motivos falaria que te levaram para essa última internação?

Resposta: **Foi compulsória também, minha mãe chamou o resgate, assim ela...** (Grifos nossos).

Trecho 28: **Mas ela não era uma Comunidade Terapêutica?** (Grifos nossos).

Resposta: **Sim, mas ela era compulsória eu fui amarrado né, me pegaram, me medicaram, me amarraram, me levaram, mas depois que eu fiquei lá eu fiquei como se fosse voluntário mesmo,** eu queria tratar só não conseguia para de usar nem buscar o tratamento né. (Grifos nossos).

Como já mencionado nas entrevistas anteriores, a RDC 029 (BRASIL, 2011b) - (ANEXO D) é o documento que rege o funcionamento de instituições denominadas CT. Nesse documento é especificado que a internação em CT só pode ser efetuada de forma voluntária e o interno tem o direito de interromper o tratamento a qualquer momento. De acordo com o apurado em relatório emitido pelo CFP (2018), sucedem várias irregularidades em CT's no Brasil, dentre essas, internações involuntárias sem laudos médicos e o devido comunicado ao Ministério Público, e compulsórias, em que em um dos casos, o interno chegou escoltado pela própria Polícia Militar dessa forma, podendo configurar em crime de cárcere privado qualificado.

O descumprimento das condições necessárias para internações involuntárias (laudo médico circunstanciado na data da internação; comunicação em 72 horas ao Ministério Público) - aliado à obrigatoriedade de permanência na instituição contra a vontade do interno - resulta em ilegalidades que poderiam inclusive configurar crime de cárcere privado qualificado, tipificado no art. 148 do Código Penal. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 71).

Assim, podemos concluir que a internação de Marcos sendo “resgatado”, o que constitui em uma equipe ir ao encontro do usuário e “convencê-lo” a acompanhá-los para a internação, e no caso do entrevistado realizado à força, sendo medicado contra sua vontade, como lemos na resposta do trecho de nº 28, foi arbitrária e fere as normatizações vigentes. Portanto, compreendemos que essa internação na CT da cidade de São Paulo ocorreu de forma ilegal e fora das normatizações permitidas de funcionamento das disposições de serviços de uma CT (ANEXO D) salientando, assim, essa instituição entre mais uma das instituições que cometem erros graves contra a integridade dos usuários de álcool e outras drogas como as descritas pelo relatório do CFP (2018). Como já mencionei nessa dissertação muitos são os casos que atendo atualmente no consultório de psicologia de pacientes, assim como nosso entrevistado, que passaram por situações de “resgate”. Alguns foram submetidos a situações análogas a cárcere privado, pois estiveram internados involuntariamente, assujeitados a condições de tortura e maus tratos em instituições da grande Belo Horizonte e de São Paulo. Compreendemos que devem ser tomadas severas providências contra instituições que propagam modelos pautados em barbaridades, pois, demonstram em suas atividades um desrespeito aos direitos humanos, à integridade física, psíquica e a necessidade de um tratamento humanizado e digno aos usuários de álcool e outras drogas. Na prática, esse tipo de conduta e essas instituições denigrem cada vez mais o trabalho de profissionais e instituições sérias, entre clínicas ou CT's, que prestam um acolhimento e um bom atendimento àqueles que necessitam de atenção e cuidado para o tratamento quanto ao abuso/dependência de substâncias psicoativas.

4.6.2 Overdose nos Estados Unidos

Após sucessivas internações e recaídas, a família de Marcos acreditou que sua mudança para a cidade de Orlando nos Estados Unidos, onde sua irmã morava, seria um deslocamento positivo. Consideravam que o afastamento geográfico, a mudança cultural e de estilo de vida o manteriam longe do uso de drogas, como podemos ler no trecho abaixo.

Trecho 15: Orlando, nos Estados Unidos?

Resposta: É eu tava (sic) internado aqui e saí da internação, voltei a usar, **a minha irmã morava lá, aí minha família achou que talvez essa mudança geográfica pudesse resolver, não resolveu né, aí lá eu não tinha acesso a crack e tal, mas eu tinha acesso a álcool e aos medicamentos que eu tomava em tratamento, ansiolíticos, antidepressivos e aí quase tive uma overdose, fui de ambulância para hospital**, fizeram lavagem, tinha tomado muito medicamentos e fiquei um tempinho no hospital, depois um tempinho na psiquiatria e aí me deram alta. (Grifos nossos).

Mesmo afastado do uso de sua droga de preferência, pois nos Estados Unidos ele não tinha acesso ao *crack*, Marcos passou a usar o álcool associado a medicamentos, o que resultou em uma *overdose*, acarretando em um encaminhamento hospitalar emergencial, e em uma internação psiquiátrica. De acordo com Perls, Hefferline e Goodman (1997) todo ato é um ato *awareness*, uma vez que contém respostas motoras e de sentimentos. Acrescentando com o apontado, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007) consideram que quando o sujeito não mantém uma *awareness* reflexiva ou consciente através de sua capacidade de produção de linguagem, não há um rompimento total das percepções do sistema *self*, que é a experiência de si mesmo em profundidade e o questionamento sobre o que estou fazendo com meu EU. Isso ocorre uma vez que é mantido a *awareness* sensomotora, por sermos sujeitos bio/psíquico/espírito/sociais em um ajustamento constante na fronteira-de-contato. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997), em momentos de tensão afastamos das demandas proprioceptivas, e a percepção do corpo como parte do sistema *self* diminui. “A razão disso está em que as excitações proprioceptivas são a ameaça mais controlável em meio aos distúrbios que se agravam mutuamente”. (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p.74). Tal afirmação nos leva a refletir no caso de Marcos, que para lidar com suas demandas neuróticas recorria à alteração de consciência - utilizando substâncias psicoativas - diminuindo a percepção, baixando a *awareness* reflexiva e consequentemente o funcionamento do sistema *self*. Dessa forma, podemos compreender que sua necessidade naquele momento não estava especificamente ligada à substância, mas na diminuição de suas tensões, recorrendo à possibilidade de um controle através do uso de drogas. Portanto, mesmo o *crack* sendo a sua predileção, e ele estando afastado dessa droga, ocorreu a necessidade de uso de outras substâncias, que no caso foram o álcool e os medicamentos - lícitas.

Ao ser questionado sobre o tratamento que foi submetido nos Estados Unidos, o entrevistado apontou que a legislação local considerou o fato como uma tentativa suicida, encaminhando-o para uma avaliação psiquiátrica.

Trecho 17: Você sentiu diferença do tratamento no Brasil para esse tratamento lá nos Estados Unidos?

Resposta: É os Estados Unidos **não foi assim pra (sic) dependência química, é foi, eles acharam que era tipo um suicídio, não foi uma tentativa de suicídio, foi uma overdose mesmo, de álcool e medicamentos, então pela legislação lá do Estado se considera que você é uma ameaça para alguém ou para você mesmo**, você precisa passar um período na psiquiatria, passava por uma avaliação psiquiátrica, aí eu passei por uma avaliação, depois passei por outra aí ele me deu alta. (Grifos nossos).

Marcos descreveu, no trecho acima, que não percebeu a *overdose* como uma tentativa de suicídio. Vale então salientar que uma *overdose*, ou seja, a ingestão de uma grande dose de substância(s) psicoativa(s), pode levar uma pessoa a um quadro de coma e/ou morte, como já descrito nos estágios sobre o uso de álcool na entrevista anterior. (BRASIL, 2014). Seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) os autores Silva, Sougey e Silva (2015) descrevem o suicídio como:

O suicídio pode ser conceituado como ato deliberado e levado a cabo por alguém que tem plena consciência de seu resultado final. Por sua vez, quando o suicida não consegue êxito, passa a ser classificado pela literatura como tentativa de suicídio. (SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015, p. 420).

De acordo com Botega (2015) é comum o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas no ato suicida, acometendo uma parcela significativa das pessoas que cometeram suicídio, de acordo com dados da necropsia dos corpos. Para o autor, em muitos casos a ingestão de substâncias psicoativas funciona como uma tentativa de auto-medicação, em um esforço para solucionar questões da existência. Porém, o uso abusivo de substâncias psicoativas associado a um quadro de saúde mental aumenta ainda mais os riscos de auto extermínio. Aponto aqui um caso clínico de um paciente que cometeu suicídio com histórico de abuso de cocaína acompanhado de um grave quadro depressivo. O paciente recorreu ao uso da cocaína por ser uma substância estimulante, ou seja, que estimula o funcionamento do sistema nervoso central provocando excitação, euforia, diminuição do cansaço, entre outros (BRASIL, 2014), durante muitos anos como um recurso e tentativa para lidar com a depressão, conseguir trabalhar, e elaborar sua existência. Botega (2015) pontua as condições que podem antecipar um suicídio:

A depressão, o transtorno bipolar, a dependência de álcool e outras drogas psicoativas, bem como a esquizofrenia e certos transtornos da personalidade (com características de impulsividade, agressividade, labilidade), são as condições que mais predis põem ao suicídio. (BOTEGA, 2015, p. 108).

Retornando ao nosso entrevistado, provavelmente, valendo-se dos critérios internacionais sobre o suicídio e sobre a legislação local dos Estados Unidos, foi tomada a providência de encaminhar o entrevistado logo após os procedimentos emergenciais para um acompanhamento psiquiátrico por considerá-lo naquele momento uma ameaça contra outros e contra ele mesmo, de acordo com as palavras de Marcos, na resposta do trecho de nº 17. Assim, após as devidas avaliações psiquiátricas e sem nenhum encaminhamento para tratamento da dependência química e/ou para um acompanhamento sobre as questões no qual resultaram na tentativa de auto extermínio, Marcos foi liberado pelos órgãos competentes do país em que estava, regressando, por vontade própria, imediatamente para o Brasil.

4.6.3 Substituição de Drogas

Após o episódio nos Estados Unidos nosso entrevistado retornou ao Brasil, e continuou mantendo o uso de substâncias psicoativas. Porém, como considerava o uso do *crack* um potencializador para suas interações, e com o intuito de evitar que isso ocorresse novamente, passou a utilizar outras drogas, evitando sempre a cocaína e o *crack*.

Trecho 18: Ai eles te liberaram e como foi seu retorno para o Brasil?

Resposta: Bom é... eu retornei assim eu tinha perdido emprego né, **abandonei o emprego para ir pra(sic) lá, por causa do problema com droga.** (Grifos nossos).

Trecho 19: De analista de sistemas?

Resposta: Sim, voltei consegui outro emprego, **Comecei a arrumar minhas coisas de novo, mas usando outras drogas né, maconha, álcool, codeína eu evitava cocaína porque é sempre que eu usava cocaína eu ia muito rápido para o crack. Comecei a ter descontrole com cocaína e passei para o crack e seis meses que eu tava usando crack eu fui internado** a primeira vez, mas aí foi até 2009, quando eu perdi o controle totalmente de novo e tive que voltar para as interações. (Grifos nossos).

Para isso, usava substâncias como maconha, álcool e codeína, ou seja, substâncias classificadas como depressoras e perturbadoras. De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), depressoras são substâncias que afetam o sistema nervoso central fazendo com que seu funcionamento seja mais lento, e perturbadoras as que causam alterações no funcionamento cerebral quando consumidas, modificando a percepção da realidade. (BRASIL, 2014). Assim, Marcos manteve-se por 10 anos, período que a princípio relatou que não foi bom, mas logo depois descreveu como um período positivo como observamos na resposta destacada do trecho abaixo.

Trecho 14: Que outras drogas? Você acha que fazendo uso de outras drogas isso te ajudou?

Resposta: **Ah é uma substituição que eu tava (sic) fazendo né, assim não foi bom pra (sic) mim não foi um período bom da minha vida, foi quase tão ruim quanto os períodos de internação, de descontrole, tinha um certo descontrole não tanto quanto com o crack eu tinha um descontrole maior, mas não é a mesma coisa que a abstinência total né. No fundo foi um período bom, eu não recomendo não, mas depois que eu voltei para o crack piorou de novo** ai eu passei por algumas internações em hospital, no A* L* e minha última internação foi num centro Terapêutico lá em São Paulo, eu fiquei seis meses lá e depois disso eu não precisei internar de novo. Eu passei por uma psiquiatria também lá em Orlando. (Grifos nossos).

Como já mencionado, Marcos evitava a cocaína, pois considerava que essa substância potencializava o uso do *crack* sobre o qual ele narra um descontrole ao usar, e que acarretava em suas internações. Vale esclarecermos que o *crack* é a cocaína solidificada em pequenas pedras, tendo em sua composição cocaína e bicarbonato de sódio, e é inalado pelo usuário, geralmente utilizando cachimbos improvisados feitos de latas de alumínio vazias, canos de Policloreto de Polivinila (PVC), entre outros artefatos improvisados. De acordo com a literatura encontrada, no Brasil o *crack* expandiu-se a partir da década de 1990 e devido a seu baixo custo disseminou-se em grupos compreendidos em condições de vulnerabilidades sociais. (FANTAUZZI; AARÃO, 2010). Sobre o padrão de uso, destaca-se: “seu efeito rápido e intenso faz com que a pessoa queira repetir o consumo, levando a um padrão compulsivo e heterogêneo. (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017, p.320).

Assim, podemos considerar que ao fazer substituições de drogas, o entrevistado evitava as substâncias estimulantes e utilizava as depressoras e perturbadoras estabelecendo dessa forma, um escopo definido por ele mesmo, o que nos remete ao proposto pela estratégia de redução de danos (RD), que tem como base conceitual técnicas terapêuticas diferenciadas que visa à promoção da saúde e bem estar do sujeito e não a abstinência de drogas. (COSTA; TELLES, 2017). Portanto, nosso entrevistado utilizou esse recurso, no qual manteve-se por uma década, evitando dessa forma a substância que ele mesmo considerava como um fator de descontrole em sua existência. De acordo com Almeida et al. (2018), o usuário de *crack* demanda um tratamento multidisciplinar, considerando todos os aspectos da existência, além da necessidade de estudos ampliados sobre a substância “apesar de o *crack* ter destaque em publicações científicas, ainda há necessidade de maiores avanços em relação ao tratamento de sua dependência.” (ALMEIDA et al, 2018, p.746). Em recente trabalho de revisão da literatura específica em estudos sobre o *crack*, os autores Teixeira; Engstrom; Ribeiro (2017) destacaram as seguintes informações:

Padrões de consumo - A maioria da literatura encontrada aponta que os usuários de *crack* são poliusuários, ou seja, utilizam também outras substâncias psicoativas; quanto ao padrão de consumo foi apontado como compulsivo tendo periodicidade diária, semanal ou mensal; 90% dos estudos pesquisados nessa revisão da literatura relatam a fissura como o principal efeito do *crack*; o *crack* tem baixo custo agregado ao consumo, tornando, alternativa de obtenção de cocaína, uma vez que essa possui valor elevado; é comum as formas de uso serem em “cachimbos” de lata e ocorrerem em espaços coletivos e individuais entre locais públicos e privados; sobre os padrões de modos de consumo, os autores classificam utilizando as seguintes expressões: amador, recreativo, experimental, funcional, social, eventual estável, esporádico, crônico, compulsivo, usuários de longo tempo, disfuncional, dependente. (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

Padrões sociais e individuais referente ao uso - Muito utilizado em pessoas que se encontram em condição de vulnerabilidade social, sendo a exclusão social um fator de risco, destacando a população em situação de rua, além do estigma agregado ao usuário de *crack*; existem alguns fatores sociais geralmente encontrados na população pesquisada, como desemprego, falta de ocupação, envolvimento com atividades lícitas e contextos familiares considerados excessivamente protetores e/ou de risco; prevalência de morte nos usuários de *crack* devido a homicídio e/ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); aumento dos riscos da saúde do sujeito em geral incluindo exposição de risco em comportamentos sexuais; entre as mulheres usuárias são comuns situações de gravidez e aborto. Para as gestantes que conseguem manter a gestação, os bebês pesam menos do que o normal; são comuns transtornos psiquiátricos associados ao uso compulsivo de *crack*. (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

No caso do nosso entrevistado, o mesmo não se enquadra a maioria dos apontamentos relativos aos padrões sociais e individuais sobre o *crack*. Porém, podemos notar à quanto aos padrões de consumo, uma compulsão quando utilizava essa substância – *crack* - o que é narrado por ele mesmo como um total descontrole. Compreendendo o ser humano em sua totalidade, bio/psíquico/espírito/social, sendo um corpo físico com um pensamento autônomo e liberdade de escolhas em um contexto social, (SODELLI, 2010; ANGERAMI, 2018), esse fato nos demonstra que no caso de Marcos, as substâncias estimulantes cocaína e *crack* alteravam seu sistema biológico e faziam diferença nos outros contextos psíquico/espírito/social, ou seja, em sua vivência. Levando-nos a compreender que a substância por ela mesma também pode provocar diferenças no contexto de vida e na existência do sujeito.

4.6.4 Narcóticos Anônimos

Para Marcos, o diferencial dessa, que foi sua única internação em CT, das várias internações em hospitais psiquiátricos e clínicas particulares, foi a aproximação com a literatura e o conhecimento absorvido sobre o grupo de mútua ajuda Narcóticos Anônimos (NA). Como mencionado ao longo dessa dissertação, ocorrem grupos de mútua ajuda em todo o mundo e as reuniões seguem as regras de orientação dos 12 passos (ANEXO A) e 12 tradições (ANEXO B). (LIMA, BRAGA, 2012).

Trecho 24: Essa instituição era aqui na região metropolitana de Belo Horizonte ou São Paulo?

Resposta: São Paulo, na cidade de Jucituba é assim, tinha umas coisas diferentes, laborterapia, que não tinha nas outras internações, e basicamente isso, **o que foi o maior diferencial dessa internação pra (sic) mim, para minha recuperação, foi que o dono dessa clínica era, ele era membro de Narcóticos Anônimos e o terapeuta também né, e assim esse terapeuta fazia umas três reuniões por dia, é tipo reuniões de Narcóticos Anônimos pegava uma literatura de Narcóticos Anônimos ou de AA e a gente partilhava sobre a literatura, às vezes alguém partilhava sobre sentimento e tal e isso que foi fazendo diferença pra mim.** (Grifos nossos).

Trecho 25: Isso em todas essas outras internações não tinha acontecido?

Resposta: Não, no A* L* a gente tinha, Narcóticos Anônimos faz painel de HI Hospital e Instituições, eles visitam né, então eu conheci assim. Já tinha tido assim um interesse né e lá assim eu fiquei amigo desse dono da clínica, do terapeuta **conversava muito né e tinha essas reuniões que eram muito parecidas com as reuniões de Narcóticos Anônimos, isso que eu acho que foi o maior diferencial pra (sic) mim.** (Grifos nossos).

Vale aqui pontuarmos e esclarecermos que no trecho acima, quando o entrevistado narra sobre a instituição referindo-se como clínica, na realidade é relativo à CT que esteve no Estado de São Paulo. Informamos que é corriqueiro os internos e familiares mencionarem sobre instituições denominadas CT's como clínicas. Porém, as exigências normativas de uma clínica são diferenciadas de uma CT (ANEXO D). De acordo com o Conselho Federal de Medicina, as clínicas que realizam assistência em regime de internação têm a obrigatoriedade de manter plantões médicos, estando os profissionais devidamente credenciados pelo Conselho de Classe, além da exigência de outros profissionais para que o atendimento atenda a demanda do paciente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Art. 26. Os serviços que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral, inclusive hospitalar, devem oferecer as seguintes condições mínimas para o exercício da medicina: [...] IV – plantão médico presencial permanente durante todo

o período de funcionamento do serviço. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p.8).

Sobre as partilhas de sentimentos mencionadas na resposta do trecho de nº 24 as mesmas correspondem a um momento da reunião do grupo de mútua ajuda, em que, os integrantes expressam verbalmente suas dificuldades e sentimentos, recebendo logo depois críticas e/ou palavras de apoio e incentivo dos outros participantes, o que para nosso entrevistado foi considerado de grande valia durante o período em que esteve internado na CT. Segundo o psicólogo Carl Rogers (1997) em sua abordagem centrada na pessoa, as experiências e sentimentos são elementos da matriz do conhecimento e da afetividade de um indivíduo. Corroborando, Giovanetti (2017) pontua:

O encontro humano, seja na psicoterapia ou fora dela, fará ressurgir por um lado antigas vivências, que serão trabalhadas ao longo do processo, e, por outro lado, provocará novas vivências, que desencadearão uma nova organização da vida. (GIOVANETTI, 2017, p.47).

Assim, para o autor toda relação em que ocorra recíproca haverá um encontro interpessoal, acarretando em uma afetação de um na existência do outro. Dessa forma, entendemos que a partilha de sentimentos durante a reunião de NA ajudou nosso entrevistado a compreender seus sentimentos, afetando sua existência e trazendo uma nova organização em sua vida. Como mencionado por ele, o contato com o grupo NA foi o grande diferencial dessa internação, contrapondo todas as outras.

Trecho 30: Quando você internou falou que não sentia motivado depois passou a ter mais motivação, querer ficar, você acha que foi o que?

Resposta: **Foi à reunião, é assim a abstinência forçada diminuiu minha obsessão e minha compulsão pelo uso**, isso ajudou muito, eu conseguia pensar melhor, minha mente abriu mais, agora **o diferencial mesmo foi a reunião, os temas de Narcóticos Anônimos**. (Grifos nossos).

Como já mencionei na entrevista anterior, em minha prática profissional alguns pacientes queixam das partilhas de sentimentos dos grupos de mútua ajuda, não encontrando a mesma vinculação que Marcos. Muitos relatam que a metodologia aplicada nos encontros é monótona e repetitiva, não acarretando em uma vinculação positiva, e em um sentido de vida, o que para alguns provoca o abandono desse processo terapêutico. Dessa forma, vale pontuarmos que nem todos os usuários que frequentaram grupos de mútua ajuda tiveram o mesmo sucesso, pois isso depende da singularidade de cada sujeito. Outra informação que

vale esclarecer nessa dissertação é a nomeação de forma errônea de monitores como terapeutas nas CT's passando uma imagem aos internos, familiares e outras pessoas em geral de um acompanhamento terapêutico do profissional de psicologia, ocorrendo na verdade um acompanhamento de apoio mútuo, uma vez que o monitor geralmente é um ex interno que também passou pelo tratamento de dependência química em uma instituição. No caso do entrevistado a supervisão era executada pelo “terapeuta” da CT e o acompanhamento psicológico era exercido em grupo por uma psicóloga, somente uma vez por semana, como descrito abaixo, demonstrando a falta de uma equipe técnica especializada.

Trecho 31: Você tinha acompanhamento de psicóloga? Eu te pergunto por que algumas instituições falam terapeuta e o terapeuta na verdade é um monitor, não é uma psicóloga...

Resposta: É a gente tinha uma terapia em grupo toda sexta-feira com uma psicóloga, **mas o acompanhamento era feito mesmo pelo terapeuta que era membro de Narcóticos Anônimos, que foi uma pessoa que me ajudou muito, até hoje eu tenho contato com ele.** (Grifos nossos).

Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017:

O quadro encontrado nas comunidades terapêuticas vistoriadas foi de escassez de profissionais para a oferta de assistência integral. Há poucos profissionais com formação na área de saúde e muitos monitores. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 97).

Quando questionado sobre as expectativas após a internação na CT, Marcos pontuou o medo de uma recaída, que significa retomar o uso/abuso de substâncias psicoativas após um período de abstinência. (RIGOTTO; GOMES, 2002).

Trecho 32: Quais foram suas expectativas quando você saiu dessa internação?

Resposta: Bom eu... **eu queria muito procurar Narcóticos Anônimos né, eu estava acreditando muito, mas eu tinha muito medo né por um bom tempo eu fiquei com medo de recaí, que não iria dá certo, não tava (sic) acostumado né, porque foram umas 15, 20 internações e toda vez eu recaía,** mas depois que eu procurei a irmandade, comecei a **frequentar reunião praticamente todo dia ai mudou.** (Grifos nossos).

Trecho 34: No inicio então, logo que você saiu ia todos os dias?

Resposta: **Durante muito tempo eu fui todos os dias, agora eu vou assim umas três vezes por semana,** às vezes um pouco mais, eu me envolvi em serviços né de Narcóticos Anônimos, às vezes eu tenho compromissos de serviços de Narcóticos Anônimos. (Grifos nossos).

Também foi salientado que o apoio terapêutico no intuito de evitar uma recaída após várias internações e frustrações foi justamente encontrado no grupo NA, onde nosso entrevistado, a princípio, passou a frequentar diariamente. Para Campos (2009), a função do grupo é buscar um novo significado para uma situação e/ou comportamento em torno da abstinência de substâncias psicoativas e em busca da sobriedade. Lima e Braga (2012) pontuam em seu estudo o relatado pelos entrevistados sobre a importância de comparecerem em um grupo:

Somado ao acolhimento, os relatos dos informantes trazem menções do grupo como espaço de ajuda na tomada de consciência como ser social, favorecendo o convívio e a interação social, a inserção em círculo de amigos com atitudes positivas. (LIMA, BRAGA, 2012, p. 891).

Nos tempos atuais, Marcos ainda frequenta o grupo, mas com menos periodicidade. Passou a desempenhar um papel de relevância no NA e hoje é um dos responsáveis pela organização do encontro nacional Encompasso. Desse modo, compreendemos que para Marcos as reuniões no grupo de mútua ajuda expressam e possuem grande relevância e sentido em sua vida. “Os valores existencialistas é que irão determinar uma nova forma de vida e a inegável negação de outras formas conceituais da existência”. (ANGERAMI, 2018, p. 33).

Trecho 35: Hoje você coordena então?

Resposta: É tem vários cargos, **hoje eu sou secretário do comitê de serviços da área, da nossa área aqui e eu sirvo em uma estrutura que tem lá que chama Longo Alcance**, a gente vai em outros grupos, as vezes distantes, distâncias mesmo geográfica ou cultural, etc., estou servindo agora em um evento tradicional que tem todo ano aqui também. (Grifos nossos).

Trecho 36: Que evento?

Resposta: **Evento de Narcóticos Anônimos chama Encompasso, todo ano tem, é conhecido no país inteiro, vêm membros de Narcóticos Anônimos de todos os estados**, aí como eu to (sic) envolvido nesse comitê de serviço, a gente não tem um coordenador para esse evento então o pessoal da mesa desse comitê que assume aí, até sábado agora vou ter uma reunião desse evento. (Grifos nossos).

Ao ser indagado se recomendaria a alguém uma internação em CT, nosso entrevistado apontou que sim. No entanto, novamente destaca o NA como a melhor ferramenta terapêutica, como estratégia de intervenção no tratamento do abuso/dependência química. Porém, assinala que a internação mesmo que forçada, para ele, ajudou a diminuir sua compulsão, e teve relevância em seu processo de retomada de consciência.

Trecho 30: Quando você internou falou que não sentia motivado depois passou a ter mais motivação, querer ficar, você acha que foi o que?

Resposta: Foi à reunião, **é assim a abstinência forçada diminuiu minha obsessão e minha compulsão pelo uso, isso ajudou muito, eu conseguia pensar melhor, minha mente abriu mais, agora** o diferencial mesmo foi a reunião, os temas de Narcóticos Anônimos. (Grifos nossos).

Trecho 40: Você aconselharia alguém passar por esse tipo de tratamento?

Resposta: Sim, eu acho que **a melhor ferramenta para recuperação mesmo é Narcóticos Anônimos, mas eu não consegui ir direto para Narcóticos Anônimos**, eu não conseguia parar de usar. Então foi importante pra mim, esse tempo, ficar lá, nem que seja forçado, não podia sair, **foi essa abstinência mesmo que forçada foi bom pra mim.** (Grifos nossos).

Trecho 42: Suas expectativas foram alcançadas para internação?

Resposta: **Foram né eu até hoje eu continuo limpo eu sei assim que Narcóticos Anônimos tem ne... uma porcentagem muito maior nisso do que a internação, mas foi o começo de tudo né, foi até lá mesmo né que eu conheci o programa de Narcóticos Anônimos mesmo através dessas pessoas.** (Grifos nossos).

Para May (2000) a ampliação da consciência ajuda no processo para diminuição de uma ansiedade disfuncional. Acrescentando, Capalbo (2008) pontua que para obter uma consciência crítica, o sujeito necessita entrar em um processo de reflexão/ação. Dessa maneira, sairá de uma consciência reflexiva, inocente, simplista e ingênua para a tomada de uma consciência crítica. Assim, a autora descreve esse processo como conscientização. “O exercício da atitude crítica se faz pela mediação dos outros que nos questionam e de nós mesmos que nos indagamos. A consciência crítica não é inata. Ela se aprende e se desenvolve.” (CAPALBO, 2008, p. 143). O trecho nos leva a refletir que foi o processo de conscientização, assinalado por Marcos, a uma abstinência forçada que o ajudou a pensar e “abrir a mente”, como descrito por ele na resposta do trecho de nº 30 encontrando nessa internação em CT algo que lhe fizesse sentido, sucedendo em um encontro com o grupo de mútua ajuda NA, entre pares, empreendendo em partilhas de sentimentos.

4.6.5 O Tempo para um Dependente Químico

Mais uma vez ao ser interpelado sobre o que foi proveitoso na internação em CT, Marcos pontua o contato com as reuniões de NA. Porém, nesse momento, ressalta suas observações sobre os outros internos, compreendendo que alguns não estavam em busca de tratamento. Isso, de acordo com nosso entrevistado, o ajudou em seu próprio processo terapêutico. Como já destacado por Giovanetti (2017), o encontro com o OUTRO promoverá

a oportunidade de um contato com o próprio EU, acarretando na possibilidade de uma (re) organização da existência.

Trecho 37: O que você acha que foi proveitoso do tempo que estive em uma Comunidade Terapêutica?

Resposta: Eu acho que esse contato eu tive né com o dono da clínica, o terapeuta, **essas reuniões, com outras pessoas que tinham o mesmo problema, umas estavam buscando recuperação outras não, isso me ajudou também a ver o que eu não queria para mim, né!** (Grifos nossos).

Destaco aqui a experiência de já ter trabalhado como psicóloga em instituições de tratamento de dependência química. Mesmo havendo um processo de triagem, ou seja, a internação não é imediata, há um acolhimento para que o caso seja analisado, e em alguns casos, várias entrevistas com o intuito de preservar a integridade do usuário e para que ele tenha tempo e espaço reflexivo sobre o afastamento social e sobre as normas institucionais a que será submetido. Porém, mesmo com todo esse cuidado durante o convívio na instituição e no decorrer dos atendimentos em grupo/individuais, fica elucidado que alguns procuram tratamento, não por uma demanda pessoal e terapêutica, mas por imposição familiar, buscando uma amenização para processos judiciais ou até mesmo por exigência de empresas para as quais os usuários prestam serviços. Compreendemos que tal perfil foi narrado por nosso entrevistado, como, “aqueles que não estavam buscando recuperação.” (MARCOS, 2018, s/n).

Além disso, Marcos evidencia que para ele os usuários de drogas que ainda não sofreram o suficiente não querem interromper o consumo destacando que o sofrimento e o tempo cronológico de uso de substâncias psicoativas levam o sujeito à perda de controle financeiro e emocional, acarretando em sofrimento, segundo suas concepções.

Trecho 38: Como foi ver isso que dentro da instituição tinha uns que estavam buscando e outros não?

Resposta: É igual aqui fora mesmo, o que a gente vê aqui mesmo, em Narcóticos Anônimos ou até antes de eu buscar recuperação com o pessoal que eu andava da ativa né, era mais o menos assim, tinha uns que... **quem já tá (sic) sofrendo começa a querer buscar a recuperação e quem ainda não está sofrendo não quer saber de parar né.** Então era mais o menos a mesma coisa na clínica, **sei lá quem tinha menos tempo ou tinha usando menos, tinha perdido menos o controle não estava muito interessado em parar não, o pessoal mais velho já tinha sofrido bastante.** (Grifos nossos).

Trecho 39: Você acha que o tempo faz a diferença?

Resposta: Acho que varia muito, mas é progressivo né, **então com o tempo vai ficando pior, a pessoa perde mais o controle, sofre mais, perde mais coisas na vida.** (Grifos nossos).

Sendo assim, podemos interpretar as pontuações do entrevistado em duas perspectivas. A primeira quanto aos padrões de uso de substâncias psicoativas resultando em: uso, abuso e dependência química. Ou seja, o uso ocasional e esporádico; o abuso ou uso nocivo que pode ocorrer ocasionalmente, como em uma festa de Natal, por exemplo, ou com uma maior frequência, como exemplo, aos finais de semana; e a síndrome de dependência que propõem critérios diagnósticos de acordo com a classificação de transtornos mentais e de comportamento CID 10 (1993):

- ✓ Forte desejo ou compulsão para consumo;
- ✓ Dificuldades em controlar o comportamento de consumo;
- ✓ Estado de abstinência fisiológico; evidência de tolerância exigindo crescente aumento na quantidade consumida;
- ✓ Abandono progressivo de prazeres ou interesses, persistência no consumo mesmo com manifestações danosas. (BRASIL, 2014).

Evidenciamos que o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pode apresentar todas as fases dos padrões descritos acima. Dentre o apresentado e tomando como base essa primeira perspectiva, poderíamos pensar que o entrevistado descreve o tempo cronológico como um fator que aumenta o sofrimento do sujeito projetando assim, que aqueles que usam substâncias psicoativas a mais tempo tendem a aumentar a chance de enquadramento de um padrão de consumo na fase de dependência, e não mais de uso e/ou abuso de substâncias psicoativas.

Quanto à segunda perspectiva, tomaremos como base conceitual os preceitos de Viktor Frankl (2016) em seu livro *Psicoterapia e Sentido da Vida*. Para o autor, se o homem viver em plena busca de prazer, viverá em um estado temporal, algo que não trará um pleno sentido para sua existência. O sofrimento, de acordo com Frankl (2016) nos arremete para os valores da vida, no qual são categorizados como valores criadores, valores vivenciais e valores de atitude. Isto significa o valor de fazer, o valor de vivência em uma acolhida do EU no mundo, e os valores de atitude ao assumirmos que algo é inevitável, verificando as possibilidades de agir diante do necessário. “[...] A vida humana pode atingir a sua plenitude, não apenas no criar e gozar, senão também no sofrimento.” (FRANKL, 2016, p. 92). Ao mencionar em seu texto o uso de drogas, o autor descreve como narcotismo, em que tem como base a finalidade de tamponar uma tristeza utilizando para isso uma substância, e acabando somente com o

desprazer de uma infelicidade, fugindo da realidade, mas não da infelicidade em si. O autor destaca, “[...] o erro de supor que, silenciando-se, pela narcotização, o ato emocional, também se acaba com o objeto da emoção.” (FRANKL, 2016, p. 92). Assim, ainda sobre o sofrimento, e segundo o autor, esse nos possibilita a crescer e amadurecer, proporcionando questionamentos e arrependimentos, uma vez que nos leva a refletir sobre o passado e verificar novas possibilidades de futuro, trazendo uma conscientização do EU. O sentido da vida não está no prazer ou no desprazer, uma vez que esses são simplesmente um estado, mas nos valores encontrados na existência. Dessa maneira, e orientados com o exposto acima, pensamos que ao descrever o sofrimento como fator para a busca da recuperação sobre o abuso e/ou dependência de drogas, o entrevistado se refere a possibilidade de sofrimento como uma nova perspectiva sobre a existência, e possivelmente sendo um valor de atitude, em que, frente ao inexorável, há a busca de novas possibilidades de vida.

As quatro histórias apresentadas nos mostram a singularidade, o processo terapêutico e a busca por uma nova perspectiva sobre a existência em uma tentativa de desvinculação com o uso de substâncias psicoativas, e um encontro de um novo sentido de vida. Nosso primeiro entrevistado, Pedro, procurou a instituição com o intuito de reatar seu casamento. Porém, durante o tratamento teve uma recaída na instituição, o que gerou um processo reflexivo, uma adesão ao acompanhamento terapêutico com uma psicóloga que o auxiliou e o auxilia na atualidade, trazendo pensamentos críticos sobre sua história de vida desde a infância, e uma nova postura diante de seu pai, que foi um progenitor excessivamente agressivo. Nosso segundo entrevistado, Thulio, acreditava que só na modalidade de internação conseguiria romper com o uso de substâncias psicoativas. Permaneceu na instituição o período que considerou necessário e abstraiu preceitos que conceituou como dispensáveis e supérfluos. Logo em sua saída, ocorreu uma recaída, o que o levou a buscar um grupo de apoio e a ponderar estratégias de prevenção de recaída, passando a evitar pessoas, coisas e lugares o que na atualidade acontece de forma automática. Já na terceira entrevista, temos Breno que buscou por várias modalidades de tratamento de dependência química e havia saído recentemente de sua última internação demonstrando confiança em uma nova proposta de vida, encontrando sentido na espiritualidade e no grupo de mútua ajuda. Marcos, o último entrevistado e o que passou por mais intervenções entre internações em clínicas, hospitais psiquiátricos e CT, aplicou durante um período significativo estratégias de RD, o que foi considerado como um período positivo, mas voltou ao uso compulsivo de sua substância de preferência e novamente foi submetido a uma internação involuntária. Contudo, foi durante essa última internação que conheceu os preceitos do grupo de mútua ajuda NA, o que trouxe

uma grande significação em sua existência e seu novo modo de vida. Essas histórias nos trazem suas subjetividades cujos processos passaram por deslocamentos na relação com as drogas, que, em sua singularidade buscaram conexões e sentidos únicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa pesquisa buscamos compreender o tratamento de dependência química na modalidade de internação em Comunidade Terapêutica (CT), na perspectiva do usuário que foi submetido a essa intervenção evidenciando os motivos que o conduziram, os processos de subjetivação, e os sentidos apreendidos a partir da experiência vivenciada. Para isso, consideramos de extrema importância assimilar os conceitos biopolíticos sobre o uso de drogas, os discursos proibicionistas e legitimadores de controle como o médico e jurídico, além de procuramos entender as concepções de cura sobre dependência química que muitas vezes são apresentadas convergindo ou divergindo com quadros fisiológicos, fatores sociais ou em uma percepção multicausal como apresentado na perspectiva psicossocial.

Em seguida discorremos sobre as estratégias de intervenção mais utilizadas e oferecidas no Brasil, como a Redução de Danos (RD) e os Centros de Atenção Psicossociais de Álcool e Drogas (CAPS AD), adotadas pelo Ministério da Saúde, e iniciativas privadas como os grupos de mútua ajuda, Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), conhecidos internacionalmente como uma ferramenta terapêutica para o tratamento do abuso/dependência química. Apresentamos os princípios fundadores e norteadores de uma CT, instituições não governamentais (ONG), que tiveram grande expansão em território nacional nas décadas de 1960 e 1970, em um viés religioso, consideradas instituições totais que prestam acolhimento a usuários de álcool e drogas. As CT's correspondem a modalidade de tratamento que conduziu essa pesquisa e através de nosso estudo vimos na história que as CT apresentaram a princípio uma proposta de tratamento e inclusão social de pacientes inseridos em programas de atenção a saúde mental, porém no Brasil foram introduzidas em uma perspectiva de abrigo, afastamento social e abstinência de substâncias psicoativas. As CT's iniciaram suas atividades em território nacional auxiliadas por pessoas de boa vontade, sem o apoio de uma equipe técnica especializada e sem uma regulamentação e legislação do Estado.

Nesse percurso demos voz aos usuários de drogas que foram internados nas CT's buscando rastrear os sentidos do processo de internação para essas subjetividades. Assim, em nossa pesquisa de campos efetuamos quatro entrevistas com usuários que passaram por internação em CT, e como método de análise das experiências dos entrevistados utilizamos a fenomenologia, em um diálogo com a teoria foucaultiana sobre o uso do biopoder, que atravessa a subjetividade dos usuários de drogas e mantém um controle dos corpos e das formas de gerenciamento da vida. Dessa maneira, conhecemos histórias singulares de pessoas

que encontraram nas substâncias psicoativas um suporte para solucionar questões da existência. Isso ficou evidenciado em dois relatos, que mesmo privados do uso da droga de preferência buscaram outras formas de alteração de consciência demonstrando a necessidade de diminuírem as percepções corporais recorrendo no uso de outras substâncias psicoativas uma possibilidade de controle da angústia existencial, baixando a *awareness* reflexiva e o funcionamento do sistema *self*. Quanto aos motivos para uma internação em CT destacamos conflitos e imposições familiares; impotência e apatia frente a resolução de problemas e ao uso compulsivo de drogas. Sobre a escolha pela modalidade, início do tratamento e o afastamento social foram demonstrados também por dois entrevistados uma luta íntima acarretando em um conflito, assim como no enfrentamento dos problemas, e em novos sentidos de vida. O tratamento foi considerado como uma oportunidade de resignificação da existência, tomada de consciência do EU em uma reflexão crítica sobre as possibilidades de vida e o início de um novo projeto existencial, apresentando novos valores e novas perspectivas em uma demonstração de um ser-responsável. No caso de um dos entrevistados, que sofreu uma internação totalmente arbitrária, ocorreu apesar do absurdo vivido, um encontro significativo com a literatura e as reuniões do NA, que foram o suporte terapêutico e o diferencial de sua internação desencadeando em uma nova proposta sobre sua existência. Todos os entrevistados narraram uma boa vinculação com o tratamento, uma escuta diferenciada dos profissionais que trabalhavam nas instituições como monitores e psicólogos, e um contato saudável e empático com outros usuários, apresentando durante as entrevistas um pensamento crítico quanto ao programa terapêutico e o uso da religiosidade/espiritualidade como um suporte significativo. Compreendemos que a religiosidade pode ser legitimada em uma CT quando incorporada como um possível ponto de apoio, trazendo reflexões sobre si e o mundo, enquadrada em um *coping* positivo sendo uma escolha do usuário não inserindo, portanto noções de pecado, punição e castigo divino, trazendo sofrimento e autopunição às experiências passadas e as possibilidades de futuro.

Salientamos que ao longo dessa pesquisa apontamos assujeitamentos sofridos pelos usuários de drogas que estigmatizam cada vez mais aqueles que necessitam e buscam por um tratamento, acarretando em internações involuntárias, resgates, contenções físicas, uso da força para uso de medicações e situações análogas a cárcere privado. O que aumenta o sofrimento do usuário, não sendo permitido por lei em tratamento em modalidade de CT, no qual foi descrito em relatório do Conselho Federal de Psicologia apresentado no ano de 2018 sobre as instituições dessa denominação em território nacional. Assim, pontuamos que mesmo que nossos entrevistados tenham demonstrado boa vinculação com o tratamento nas CT que

estiveram e nova resignificação sobre a existência vale destacarmos nessa pesquisa as possibilidades de mecanismos de controle que causam sofrimento e que perpassam a subjetividade dos usuários de drogas, aumentando o sofrimento, a angústia e a exclusão social. Sabemos através da história que aqueles que fogem de padrões normativos de uma sociedade recebem o estigma de loucos, e na atualidade se encontram também o usuários de drogas. Ciente que esse estudo não esgotará a temática sobre o uso de substâncias psicoativas e os tratamentos oferecidos pretendo com essa pesquisa direcionar esforços para que cada vez mais tenhamos espaços de tratamento digno, humanizado e de respeito com aqueles que sofrem e precisam de um acompanhamento quanto ao abuso e dependência química.

BIBLIOGRAFIA

ACSELRAD, Gilberta. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: ACSELRAD, Gilberta. (Org.) **Avessos do Prazer**: drogas, aids e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. Cap.10, p.183-212.

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Violência, Sofrimento Social e a Saúde Pública. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. 9, n. 9, p. 1-25, Jul. 2010.

Disponível em: <

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634877/2781>> Acesso em: 22 jul 2018.

AGUIAR, Andréa Lúcia Vasconcellos de. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação**: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma Comunidade Terapêutica religiosa (RN). 2014. 155 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. "Idade Doida da Pedra": Configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. **Crack**: Um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Cap. 1, p. 13-37.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL. **As Doze Tradições**. Disponível em: <
<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/as-doze-tradicoes>> Acesso em: 22 maio 2018.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL. **Os Doze passos**. Disponível em: <
<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/os-doze-passos>> Acesso em: 22 maio 2018.

ALES BELLO, Angela. **Introdução à fenomenologia**. Bauru: EDUSC, 2006.

ALEXANDRE, Amanda de Lima. **Experiências vividas por portadores de hemofilia vinculados à Fundação Hemominas de Belo Horizonte**: uma visão fenomenológica. 2014. 96f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ALMEIDA, Renata Barreto Fernandes de et al. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de *crack*. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. V.22, n.66, p.745-756, 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-22-66-0745.pdf> > Acesso em: 09 jan. 2019.

ÁLVAREZ, Armando M. Alonso. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J. Bras.Psiquiatr**. v. 56, n.3, p.188-193, 2007. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a06v56n3.pdf>> Acesso em: 29 ago.2018.

AMATUZZI, Mauro Martins. Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In: HOLANDA, A. F.; BRUNS, M. A. De T. **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica**: reflexões e perspectivas. São Paulo: Ômega, 2005. Cap. 1, p. 15-22.

_____. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 26, n.1, p.93-100, 2009. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a10v26n1.pdf>> Acesso em: 21 ago.2018

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Psicoterapia Existencial: noções básicas**. 15 ed. Belo Horizonte: Artesã, 2018.

AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00491.pdf> > Acesso em: 24 abr. 2018

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, Jairo Stacanelli. **Alcoolismo e Drogadição a partir de um Grupo de Ajuda Mútua**: subjetividade, política e engajamento em novas práticas de sobriedade. 2008.189 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. vol. 11, n.1, p.67-84, 2002. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.> Acesso em: 22 abr 2018.

BARROS, Juliana Nunes de. **A Análise Fenomenológica Existencial: e seu olhar junto à população de rua e afins**. 2016. 93f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, mar. 2008. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=pt&nrm=iso> acesso em: 08 maio 2017.

BERTAGNOLLI, Ana Cristina; KRISTENSEN, Christian Haag; BAKOS, Daniela Schneider. Dependência de álcool e recaída: considerações sobre a tomada de decisão. **Aletheia**. Canoas, n.43-44, jan/ago, p. 188-202, 2014. Disponível em: <
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n43-44/n43-44a14.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2018.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>>. Acesso em: 27 mar 2017.

BORBHEIN, Gerd A. O que é a existência. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto de, et al. **Fenomenologia e Análise do Existir**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2000, Cap.1, p. 11-32.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015. Cap. 5, p. 108-133.

BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA, Marciana Gonçalves. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**. Goiânia, v.23, n.1, p. 65-73, jan-abr., 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n1/v23n1a08.pdf>> Acesso em: 03 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada** – RDC nº 101, de 30 de Maio de 2001. BRASIL. Brasília, 30 maio 2001. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_101_2001_COMP.pdf/751e21d5-3907-4a58-beaa-a29f6e02262a>. Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>> Acesso em: 09 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

_____. 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. **Casa Civil**. Brasília, 23 ago 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em: 24 abr 2018.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília: 2008. 288 p.

_____. Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social. **Edital de Credenciamento e Seleção Pública de Entidades de Natureza Privada sem fins Lucrativos para fins de Concessão de Subvenções Sociais, para o ano de 2011**. Brasília: STDS, 2011a. Disponível em :< <http://www.stds.ce.gov.br/phocadownload/cisc/SubvencaoSocialparaDivulgacao.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Da Diretoria Colegiada** – RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011. BRASIL. Brasília, 30 jun 2011b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0029_30_06_2011.pdf/37ab1571-d930-4a26-a62a-3f7687349d5b>. Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas**. 6 ed. Brasília, DF, 2014. 312 p.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Comunidades terapêuticas são regulamentadas. Brasília: **Ministério da Justiça e Segurança Pública**. 2015. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/news/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas>> Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Senad/MJ disponibiliza relatório Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas. Brasília: **Ministério da Justiça**. 2016. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/news/senad-mj-disponibiliza-relatorio-uma-politica-sobre-drogas-e-uma-politica-sobre-pessoas>> Acesso em: 27 fev. 2018.

BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; HALPERN, Silvia C. A família do usuário de drogas no Caps: um relato de experiência. **Rev. PAGESP**. Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 122-140, dez, 2014. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a10.pdf>> Acesso em: 23 ago.2018.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. Moralidade, dádiva e sociação: Uma análise a partir dos grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. v. 10, n. 3, p. 573-597, Set/Out/Nov/Dez, 2017. Disponível em: < <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/14564>> Acesso em: 22 maio 2018.

CAIRES, Elon Saúde. **Religião e Espiritualidade de Pacientes Internados na Clínica Médica do Hospital Renato Azeredo em Nanuque-MG**. 2016. 90f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós graduação em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016. Disponível em: < <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/106>> Acesso em: 24 out. 2018.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. Por que os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Botucatu. v.13, n.28, p.19-30, jan./mar. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a03.pdf>> Acesso em: 22 maio 2018.

CAMPOS, Ronny Francy. **Carl Rogers com Michel Foucault: Caminhos Cruzados**. Curitiba: Appris, 2017.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2008.

CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p 314-317, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf>> Acesso em: 04 de maio 2018.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CANEIRO, Henrique (Org). **Álcool e Drogas na História do Brasil**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. Cap. 1, p.11-27.

CETLIN, Gustavo Satler. **A experiência de usuários de drogas em situação de rua e a norma terapêutica instituída**. 2016. 167 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

_____. O tratamento ao usuário compulsivo de *crack*: fissuras no cotidiano profissional. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. **Crack: Um desafio social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Cap. 6, p. 145-164.

CHAVES, Flávio da Silva. **Aspectos relevantes da espiritualidade na promoção da saúde psíquica do indivíduo**. 2016. 110f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós graduação em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016. Disponível em:< <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/101>> Acesso em: 24 out. 2018.

COELHO, Vivian Andrade Araújo; COSTA-VAL, Alexandre; SILVA, Rosimeire A. da; CUNHA, Cristiane de Freitas. Navegar é preciso, viver é (im) preciso: notas para abordagem dos sujeitos que se drogam no contexto da saúde coletiva. In: MELO, Elza Machado de, SILVA, Jandira Maciel da, AKERMAN, Marco; BELISÁRIO, Soraya Almeida. (Org). **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium, 2016, v. 1, cap. 3, p.37-53.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.056/2013**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2013. Disponível em:< http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2056_2013.pdf > Acesso em: 15 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018, 172 p. Disponível em:< https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf > Acesso em: 15 out 2018.

COSTA, Breno Augusto da; TELLES Thabata Castelo Branco. O Processo de Escuta na Redução de Danos: Contribuições de Rogers e Kierkegaard. **Revista da Abordagem Gestáltica**. Goiânia, vol.23, n.1, p. 74-83, jan-abr, 2017. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n1/v23n1a09.pdf> > Acesso em: 10 out. 2018.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n.2, p.395-406, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0395.pdf>> Acesso em: 16 out. 2018.

COTTA, Marcelo Soares. **A psicanálise aplicada no espaço das comunidades terapêuticas para tratamento de dependência química**. 2015.106 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CRUZ, Marcelo Santos. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: ACSELRAD, Gilberta. (Org.) **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005. Cap.14, p.277-288.

DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meire Aparecida; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues; SILVA, Cleide Aparecida M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 26, n.2, p.82-90, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a04v26n2.pdf>> Acesso em: 26 Out. 2018.

DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?** 8º. ed. São Paulo: Centauro, 2003.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica**. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

DECASTRO, Thiago Gomes; GOMES, William Barbosa. Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 28, n. 2, p. 153-161, abr-jun, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 abr. 2018.

DELGADO, Pedro Gabriel. Drogas: O desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, Gilberta. (Org.) **Avessos do Prazer**: drogas, aids e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005. Cap.9, p.165-182.

DUARTE, André. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, Margareth & VEIGA-NETO Alfredo (Orgs.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte, Autêntica, 2006, p. 45-55.

EHRlich, Irene Fabrícia. A teoria da personalidade em Sartre. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto de, et al. **Fenomenologia e análise do existir**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2000, Cap.16, p. 225-244.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O advento do *Crack* no contexto político brasileiro. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. **Crack**: Um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Cap. 3, p. 81-101.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Gestor Geral**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: janetepaulino@yahoo.com.br em 22 fev. 2018.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. Crise da Subjetividade e o Despontar das Psicologias Fenomenológicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 409-417, jul./set. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n3/v16n3a08> > Acesso em: 30 Out. 2018.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de; MATTAR, Cristine Monteiro. A Fenomenologia como Método de Investigação nas Filosofias da Existência e na Psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 30 n. 4, p. 441-447, Out-Dez, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a09.pdf> > Acesso em: 30 Out. 2018.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de;GOTO, Tommy Akira. É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 32, n.4, p. 1-9, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e32421.pdf> > Acesso em: 30 Out. 2018.

FHEMIG. **Missão, Valores e Histórico**. Disponível em: <
<http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/institucional/missao-e-valores>> Acesso em: 29 maio 2018.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CANEIRO, Henrique (Org). **Álcool e Drogas na História do Brasil**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. Cap. 13, p.257-290.

FOUCAULT, Michel. Genealogia e poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004, p. 167-177.

FRANKL, Viktor Emil. **Logoterapia e Análise Existencial**. São Paulo: Psy II, 1995.

_____. **Psicoterapia e Sentido da Vida**: fundamentos da logoterapia e análise existencial. 6. ed. São Paulo: Quadrante, 2016.

FREITAS, Marta Helena de; VILELA, Paula Rey. Leitura Fenomenológica da Religiosidade: Implicações para o Psicodiagnóstico e para a Práxis Clínica Psicológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**. Goiânia, v.23, n.1, p. 95-107, jan/abr, 2017. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100011 >
 Acesso em: 20 Out. 2018.

GASBARRO, Nicola Maria. Fenomenologia da Religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo, SP: Paulinas: Paulus, 2013. Cap. 5, p. 75-100.

GEWEHR, Rodrigo Barros; BAETA, Jéssica; GOMES, Emanuelle; TAVARES, Raphael. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicol. USP**. vol. 28, n.1, p.33-43, 2017. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150092>.> Acesso em: 22 abr 2018.

GIOVANETTI, José Paulo. O tédio existencial na sociedade contemporânea. In: FEIJOO, Ana Maria Lopes Calvo de. (org) **Tédio e Finitude**: da filosofia à psicologia. Belo Horizonte, Fundação Guimarães Rosa, 2010, p.233-261.

_____, José Paulo. **Psicoterapia Fenomenológica-existencial**: Fundamentos filosófico-antropológicos. Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. LEITE, Dante Moreira; SOUZA, Antenor Celestino de; NEVES, Ricardo; LOPES, Heda Maria (Org) São Paulo: Ed. Perspectiva, 7ª ed. 2001.

GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.** Juiz de Fora, v.8, n.spe, , p. 194-213, dez, 2015. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200004> Acesso em: 29 maio 2018.

GUIMARÃES, Aluizio Geraldo de Carvalho. **A religiosidade de moradores de rua da cidade de Belo Horizonte**: uma via de subjetivação. 2010. 182f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

HOLANDA, Adriano Furtado. Pesquisa fenomenológica e Psicologia Eidética: Elementos para um entendimento metodológico. In: HOLANDA, A. F.; BRUNS, M. A. De T. **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica**: reflexões e perspectivas. São Paulo: Ômega, 2005. Cap. 3, p. 35-56.

INSPEÇÃO nacional investiga funcionamento de comunidades terapêuticas. **Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, 18 out 2017. Disponível em: < <http://site.cfp.org.br/inspecao-nacional-investiga-funcionamento-de-comunidades-terapeuticas/>> Acesso em: 27 fev. 2018.

JOST, Maria Clara. **Do sentido para a morte para o sentido da vida**: possibilidades de reconfiguração do sentido existencial de adolescentes/jovens autores de ato infracional. 2014. 443 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

KURLANDER, Pablo Andrés. **Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma comunidade terapêutica**. 2014. 114f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Medicina Campus de Botucatu. Botucatu, 2014.

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 21, n. 61, p.363-372, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160060.pdf> > Acesso em: 10 out. 2018.

LIMA FILHO, Francisco de Assis. **Todo vagabundo é maconheiro, mas nem todo maconheiro é vagabundo**: um estudo com consumidores estáveis de maconha. 2010.150f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

LIMA NETO, José Lamartine de Andrade; PEREIRA, Hernane Borges de Barros. A rede social de ajuda-mútua de Narcóticos Anônimos: a relevância do prestígio, da centralidade de intermediação entre os membros. **Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**. v. 28, n.1, p. 91-103, 2017. Disponível em: < <https://www.raco.cat/index.php/Redes/article/viewFile/322151/412774>> Acesso em: 29 ago.2018.

LIMA, Diana Pereira; LEITE, Maísa Tavares de Souza; CALDEIRA, Antônio Prates. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p.65-75, jan-mar, 2015. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00065.pdf >. Acesso em: 22 jun. 2018.

LIMA, Helder de Pádua; BRAGA, Violante Augusta Batista. Grupo de Auto Ajuda Como Modalidade de Tratamento para Pessoas com Dependência de álcool. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 887-895, Out/Dez, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/20.pdf>> Acesso em: 22 maio 2018.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 35, n. 122, p. 260-268, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01 jun 2018.

LIMA, Selma; ADORNO, R. C. F. Exposição e invisibilidades: as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 83-100, 2017. Disponível em:< http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_18_1_errata_pg_69.pdf> Acesso em: 09 out. 2018.

LUZ, Márcia Maria Carvalho. **A religiosidade vivenciada na recuperação de dependentes químicos.** 2007. 103f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós graduação em Psicologia do Centro de Ciência da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 abr. 2018.

MARQUES, Jordino. Linhas gerais do método fenomenológico husserliano. **Philosophos**. V.2, n.2.p. 55-69, jul/dez, 1997. Disponível em:<<https://revistas.ufg.br/philosophos/article/view/11290/7418>> Acesso em: 30 out. 2018.

MARTINS, Vera Lúcia. A política de descriminalização de drogas em Portugal. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 114, p. 332-346, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a07.pdf>> Acesso em: 03 out. 2018.

MASSOLIN FILHO, Lori; CORREA, Rubens Gomes. **Comunidade Terapêutica II – RDC: Políticas Públicas.** Instituto Federal do Paraná. Curitiba: IFPR, 2013.

MATA, Carolina Couto da. **O trabalho na Comunidade Terapêutica:** fonte de recuperação do dependente químico. Belo Horizonte: Terra da Sobriedade, 2008.

_____. **Outra história:** a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida. 2016. 154 f. Tese (Doutorado) Programa de pós-graduação em psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2016.

MAY, Rollo. **A Psicologia e o Dilema Humano.** Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **O Homem à Procura de Si Mesmo.** Petrópolis: Vozes, 2012.

MEDEIROS, Regina. Clínica e croni (cidade): impactos do uso/abuso de *crack* na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. **Crack:** Um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Cap. 7, p. 165-218.

MELO, Marília Montenegro Pessoa de; VALENCA, Manuela Abath. A Rotulação da Adolescente Infratora em Sentenças de Juízes e Juízas de Direito do Distrito Federal. **Sequência**. Florianópolis, n. 73, p. 141-164, ago. 2016. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/seq/n73/0101-9562-seq-73-00141.pdf>> Acesso em: 24 abr. 2018.

MELO, Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque. **O Consumidor de Crack: A influência das crenças familiares no tratamento**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

MENDONÇA, Antonio Gouvêa. Fenomenologia da experiência religiosa. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto de, et al. **Fenomenologia e Análise do Existir**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2000, cap.9, p. 133-152.

MESSAS, Guilherme. A existência fusional e o abuso de *crack*. **Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea**. v. 4, n.1, p.124-140, 2015. Disponível em: <
http://www.revistapfc.com.br/rPFCwordpress/wp-content/uploads/2017/01/124_140_GMessas_final.pdf > Acesso em: 29 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000, p. 269.

MONTEIRO, Luiz Felipe C. “Dinheiro na mão é vendaval”: fissura, dinheiro e toxicomania. In: NERY FILHO, Antonio, organizadores et al. **As Drogas na Contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. Parte III, cap. 1, p. 259-288.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. p. 152.

MULLER-GRANZOTTO, Marcos José; MULLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Fenomenologia e Gestalt-terapia**. 2. ed. São Paulo: Summus, 2007.

MUSSE, Luciana Barbosa. Internações Forçadas de Usuários e Dependentes de Drogas: Controvérsias Jurídicas e Institucionais. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). **Comunidades Terapêuticas: Temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Cap. 9, p. 187-228.

NEGRÃO, Lísias Nogueira. Trajetórias do sagrado. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 20, n. 2, p. 115-132, nov, 2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/ts/v20n2/06.pdf>> Acesso em: 23 ago.2018.

NETO, Mafalda Rodrigues. **A descriminalização do consumo de droga em Portugal - quinze anos depois**. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado) Programa de Mestre em Comunicação, Media e Justiça. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Faculdade de Direito. Lisboa, 2016.

NILO, Kelly Patrícia. **Saúde e segurança na política de drogas no Brasil e em BH: avanços e retrocessos de uma política pública**. 2013.120 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** São Paulo, v.17, n.2, p. 342-356, jun., 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n2/1415-4714-rlpf-17-02-00342.pdf>> Acesso em: 05 out. 2018.

OLIVEIRA, Graziella Lage; CAIAFFA, Waleska Teixeira; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, n.4, p.707-716, jul, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 29 maio 2018.

OLIVEIRA, Ingrid Bergma Da Silva. **Tecendo Saberes: Fenomenologia do Tratamento da Dependência Química.** 2007.110f. Dissertação (Mestrado) Programa de pósgraduação em Psicologia Social. Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mundial. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed,1993, p.69-75.

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes; ANDRADE, João Tadeu de. Concepções em Redução de Danos no Projeto Consultório de Rua: Práticas na Saúde Mental. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis.** Florianópolis, v.14, n.2, p.57-74, mai.-ago, 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/viewFile/1807-1384.2017v14n2p57/34030>> acesso em: 09 maio 2018.

PAIXÃO, Iara Ribeiro et al. Drogas e sociedade: material de apoio a atividades educativas na perspectiva emancipatória. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, abr, p. 1-21, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462018005002101&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 01 jun 2018.

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia.** v. 18, n. 4, p. 551-558, out/dez, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf>> Acesso em: 23 ago.2018.

PEGORARO, Olinto A. Ética e o sentido da existência. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto de, et al. **Fenomenologia e Análise do Existir.** São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2000, cap.2, p. 33-40.

PEREIRA, Luma Costa et al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Rev. Bioét.** v. 21, n.2, p.365-374, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-80422013000200021&lng=es&nrm=1&tlng=pt> Acesso em: 01 jun 2018.

PEREIRA, Ondina Pena; PALMA, Ana Carolina Ribas. Sentidos das Oficinas Terapêuticas Ocupacionais do CAPS no Cotidiano dos Usuários: uma Descrição Fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica.** v. 24, n.1, p. 15-23, jan-abr., 2018. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n1/v24n1a03.pdf> > Acesso em: 10 out. 2018.

PERES, Girlane Mayara; GRIGOLO, Tania Maris; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Desafios da Intersetorialidade na Implementação de Programa de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 37 n 4, p. 869-882, Out/Dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0869.pdf>> Acesso em: 01 jun 2018.

PERLS, Frederick S. et al. **Isto é Gestalt**. 4ª ed. São Paulo: Summus, 1977.

_____. **Gestalt-terapia Explicada**. 5º. ed. São Paulo: Summus, 1977.

PERLS, Frederick S.; HEFFERLINE, Ralph F.; GOODMAN, Paul. **Gestalt-Terapia**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1997.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia Integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. O Processo saúde doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 2. Abr/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2009.

PREFEITURA BELO HORIZONTE. **Saúde Mental**. Disponível em:<<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>> Acesso em: 29 mai. 2018.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v.21, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002> Acesso em: 23 out. 2008.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo de. Sobre Jovens Drogaditos: As Histórias de Ninguém. **Psicologia & Sociedade**. V.26, p. 68-78, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/08.pdf>> Acesso em: 02 jan. 2019.

RIGONI, Maisa dos Santos; OLIVEIRA, Margareth da Silva; MORAES, João Feliz Duarte de; ZAMBOM, Luis Fernando. O Consumo de Maconha na Adolescência e as Conseqüências nas Funções Cognitivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p.267-275, maio/ago. 2007, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a07.pdf>> Acesso em: 04 de maio 2018.

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B. Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 18, n. 1, p. 95-106, Jan-Abr, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1.pdf>> Acesso em: 29 ago.2018

RODRIGUES, Cátia Cilene Lima; GOMES, Antônio Máspoli de A. Teorias Clássicas da Psicologia da Religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo, SP: Paulinas: Paulus, 2013. Cap. 24, p. 333-346.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org). **Álcool e Drogas na História do Brasil**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. Cap. 14, p.291-310.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O ideal de família e seus efeitos no cotidiano dos agentes sociais. In: ROMAGNOLI, Roberta C. & DIMENSTEIN, Magda. (Orgs.). **Cotidiano e Processos de Subjetivação: aprisionamentos e expansões**. Vitória: EDUFES, 2015, p. 177-195.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Miatização do *crack* e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface**. Botucatu, v.18, n. 49, p. 363-376, mar, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130138.pdf>> Acesso em: 03 ago 2018.

SÁ, Domingos Bernardo Silva. Projeto para uma nova política de drogas no País. In: ZALUAR, Alba (Org). **Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1999. Cap. 8, p.147-171.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, abr-jun, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a06.pdf>> Acesso em: 06 ago.2017.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer, NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista Psiquiátrica Clínica**. São Paulo, v. 34,supl.1, p.73-81, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700010 > Acesso em: 20 Out. 2018.

SANTEIRO, Tales Vilela; MENEZES, Vanessa Assis; BRAVIN, André Amaral. Família e Dependência Química Ilustradas no Cinema (2005-2014): Uma Perspectiva Psicodinâmica. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 20, n. 1,p. 126-141, jul., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago.2018.

SANTOS, Ariane Cristine Custodio dos. et al. Seis faces de um CAPS AD. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 139-142, 2017. Disponível em:< http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_18_1_errata_pg_69.pdf> Acesso em: 09. Out. 2018.

SANTOS, João Laurentino dos. O duelo entre ser e ter: uma aproximação do sentido da dependência de drogas na adolescência. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto de, et al. **Fenomenologia e Análise do Existir**.São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2000, Cap.22, p. 309-326.

SANTOS, Luane Neves; MOTA, Alessivânia Márcia Assunção; SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. A Dimensão Subjetiva da Subcidadania: Considerações Sobre a Desigualdade Social Brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v 33, n. 3, p. 700-715, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a14.pdf>> Acesso em: 17 ago.2018.

SAÚDE MENTAL. **As Políticas da Secretaria de Estado da Saúde**. Disponível em:< <http://www.saude.mg.gov.br/saudemental> > Acesso em: 29 maio 2018.

SILVA, Fátima Pittella da. **Drogas e Religião**: O papel da religião na reintegração social de adictos da Fazenda da Esperança. 2015.103f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós graduação em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2015. Disponível em:< <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/49>> Acesso em: 24 Out. 2018.

SILVA, Felipe Vencato da. et al. Rastreamento do Transtorno de Despersonalização/Desrealização em Estudantes de Medicina de uma Universidade Federal no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n.3, p.337-343, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000300337&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 19 Out. 2018.

SILVA, Tatiana de Paula Santana da; SOUGEY, Everton Botelho; SILVA, Josimário. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**. V. 23, n. 2, p. 419-426, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0419.pdf> > Acesso em: 09 jan. 2019.

SOARES, Rozeli Carvalho dos Santos. **O trabalho Social com Famílias de Dependentes Químicos**: uma proposta interdisciplinar para o Serviço Social. 2015. 136f. Dissertação (Mestrado) Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2015.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 637-644, maio, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf> > Acesso em: 02 out 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 979-997, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000300979&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 abr 2017.

SOUZA, Verônica de Moura et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Rev. Bras. Enferm**. v. 68, n.5, p.791-796, set/out, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000500791&script=sci_abstract > Acesso em: 20 out. 2018.

TEIXEIRA, Cesar Pinheiro. O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 36, n.2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-85872016000200107&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 mar. 2017.

TEIXEIRA, Mirna Barros; ENGSTROM, Elyne Montenegro; RIBEIRO, José Mendes. Revisão sistemática da literatura sobre *crack*: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 41, n. 112, p. 311-330, jan-mar, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0311.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2019.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, out-dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 Abr. 2018.

TESSARO, Luiz Gustavo Santos; RATTO, Cleber Gibbon. Pessoas que Dependem de Drogas: Ensaio de Figuras e Fechas mentos. **Revista da Abordagem Gestáltica**. Goiânia, v.21, n.1, p. 95-107, jun, p. 83-94, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v21n1/v21n1a09.pdf>. >Acesso em: 29 nov. 2018.

TRENTO, Francisco Beltrame. Sobre a urgência do pensamento de Michel Foucault. **Galaxia**. São Paulo, n. 30, jul-dez, p. 185-190, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/gal/n30/1982-2553-gal-30-0185.pdf>> Acesso em: 29 nov. 2018.

VALDERRUTÉN, María del Carmen Castrillón. Entre “Teoterapias”y “Laicoterapias”. Comunidades Terapéuticas em Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n.1, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n1/a09v20n1.pdf>>. Acesso em: 27 mar 2017.

VELIQ, Fabiano. Religião e Psicanálise: Introdução ao Pensamento de Žižek sobre a Religião. **Synesis**. v. 10, n. 1, p. 43-58, jan/jul, 2018. Disponível em:< <http://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/1432> > Acesso em: 20 out. 2018.

WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? **Trab.Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.13, p. 157-175, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13s1/1981-7746-tes-13-s1-0157.pdf>> Acesso em: 01 jun 2018.

WILGES, Irineu. O fenômeno religioso. **Cultura Religiosa**: as religiões no mundo. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014, Cap.1, p. 9-26.

ZALUAR, Alba. Drogas e Cidadania. In: ZALUAR, Alba (Org). **Drogas e Cidadania**: Repressão ou Redução de Riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999. Cap. 1, p. 7-21.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como foi sua internação nessa instituição?
2. Por quanto tempo você ficou internado na instituição?
3. E há quanto tempo saiu?
4. Quais os motivos que o levaram à internação?
5. Você já havia conhecido alguém que fora submetido a esse tipo de tratamento?
6. Acha que sofreu alguma influência para aceitar a internação? Qual o motivo de você ter se internado?
7. Quando se internou na instituição sentia-se motivado com o tipo de tratamento proposto?
8. Como era sua rotina diária?
9. E as atividades realizadas?
10. E o convívio com os outros internos e monitores?
11. Quais eram suas expectativas quando se internou na Comunidade Terapêutica?
12. Já havia feito algum outro tipo de tratamento no intuito de abandonar as drogas?
13. E quando saiu, sentia-se interessado a retornar aos seus relacionamentos com a família e os amigos ao convívio social?
14. O que você acha que foi proveitoso para o seu tratamento no período em que esteve na instituição?
15. O que você acha que não contribuiu para o seu tratamento durante o período da sua internação?
16. Você aconselharia alguém a submeter-se a esse tipo de tratamento? Por que?
17. Quais eram suas expectativas iniciais em relação à internação?
18. Elas foram alcançadas?
19. Como você avalia o seu tratamento em uma Comunidade Terapêutica?
20. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa que não foi perguntado?

APÊNDICE II

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEP: CAAE (79065917.9.0000.5137)

Título do Projeto: Concepções de ex-internos sobre o tratamento realizado em Comunidades Terapêuticas

Prezado Sr.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará as concepções de ex internos sobre o tratamento realizado em Comunidades Terapêuticas. Você foi selecionado porque já passou por essa modalidade de tratamento. A sua participação nesse estudo consiste em conceder uma entrevista. Para tal, as entrevistas serão gravadas, transcritas, realizada análises com os dados coletados e após os materiais serão excluídos, pois seu uso é exclusivo para os fins da pesquisa a que este termo se refere.

Os riscos previsíveis será lembrar o período em que foi submetido ao tratamento e desconfortos podem ocorrer. Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Os resultados dessa pesquisa servirão para expandir estudos sobre o tema e possibilitarão intervenções que tragam avanços diretos para o público-alvo, intervenções que visem alcançar uma reflexiva e adequada prática profissional, contribuindo dessa forma no tratamento de pessoas em abuso de substâncias psicoativas/ dependência química.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: Janete das Graças Paulino da Silva

Endereço: Rua Antônio de Albuquerque 749/1104 Funcionários, Belo Horizonte-MG.

Telefone: (31) 97526.8890

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado 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, de de 2018.

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

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Nome (em letra de forma) e Assinatura do pesquisador

Data

ANEXO A**OS DOZE PASSOS**

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas;
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade;
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos;
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas;
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições;
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados;
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem;
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente;
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade;
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Fonte: Alcoólicos Anônimos do Brasil (2018).

ANEXO B**AS DOZE TRADIÇÕES**

1. Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de A.A.;
2. Somente uma autoridade preside, em última análise, o nosso propósito comum - um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa Consciência Coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar;
3. Para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de parar de beber;
4. Cada Grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros Grupos ou a A.A. em seu conjunto;
5. Cada Grupo é animado de um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre;
6. Nenhum Grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso propósito primordial;
7. Todos os Grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora;
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados;
9. A.A. jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços;
10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas;
11. Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes;
12. O anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

Fonte: Alcoólicos Anônimos do Brasil (2018).

ANEXO C

Elementos das CT's para dependentes químicos – várias formulações

Holland	Kooyman	Ramirez	Sugarman
Atividades de tratamento: aconselhamento individual/grupo/familiar;	Família substituta;	Compromisso com a participação;	Limites ao comportamento;
Atividades funcionais: atribuição de tarefas, reunião departamental;	Filosofia consistente	Instalações seguras;	Pressão positiva dos companheiros;
Atividades produtivas: emprego externo, programas educacionais;	Estrutura terapêutica	Funcionários treinados (ex-dependentes, supervisão profissional);	Ajuda mútua;
Atividades de reinserção: vocacionais de reabilitação, capacidades de procura de emprego, capacidades financeiras, aconselhamento de ocupação profissional;	Equilíbrio entre democracia, terapia e autonomia;	Comissão consultiva (membros responsáveis da família de residentes);	Confrontação;
Atividades interpessoais: recreação, capacidades sociais	Aprendizagem social por meio da interação social;	Base de dados de recursos humanos (outros voluntários);	Estrutura voltada para facilitar a expressão;
Estrutura hierárquica de trabalho;	Aprendizagem através da crise;	Comissão de participantes: (ajuda de ex-dependentes);	Modelagem de comportamento;
Recompensas e sanções	Impacto terapêutico de todas as atividades na comunidade;	Fé;	Atividades e realizações construtivas;
Modelos de comportamento a serem seguidos;	Responsabilidade dos residentes pelo próprio comportamento;	Terapia de grupo;	Vida no âmbito de um grupo auto-suficiente;

(Continua)

(Continuação)

Holland	Kooyman	Ramirez	Sugarman
Tarefas prescritas: hábitos de higiene, moderação verbal (confrontações narrativas);	Internalização de um sistema de valores positivo;	Laborterapia;	Sistema aberto de comunicação;
Interação: frequência, intensidade e contexto.	Pressão positiva dos companheiros;	Terapia educacional;	Isolamento com respeito ao mundo exterior;
*	Confrontação;	Urbanismo;	Pressão para conseguir e manter clientes;
*	Aprender a entender e exprimir emoções;	Confrontação existencial e grupos de maratona;	Aconselhamento;
*	Transformar atitudes negativas diante da vida em atitudes positivas;	Terapia familiar e gerencial;	Educação e formação para capacidades formais;
*	Melhoria do relacionamento com a família de origem.	Terapia espiritual.	Contato supervisionado com a comunidade mais ampla;
*	*	*	Recreação organizada;
*	*	*	Pregação e confissão pública;
*	*	*	Participação em rituais;
*	*	*	Conceito de um poder superior

Fonte: De Leon (2009).

ANEXO D

Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 29, DE 30 DE
JUNHO DE 2011**

Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

A **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

Seção II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica a todas as instituições de que trata o art. 1º, sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

Parágrafo único. As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos nesta Resolução deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 3º As instituições objeto desta Resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Art. 4º As instituições devem possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o *caput* deste artigo devem contemplar itens

como:

- I - horário do despertar;
- II - atividade física e desportiva;
- III - atividade lúdico-terapêutica variada;
- IV - atendimento em grupo e individual;
- V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;
- VII - registro de atendimento médico, quando houver;
- VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
- X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;
- XI - atendimento à família durante o período de tratamento.
- XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e
- XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Seção II

Gestão de Pessoal

Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.

Seção III

Gestão de Infraestrutura

Art. 11. As instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local.

Art. 12. As instituições devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 13. As instituições devem garantir a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

a) Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e

b) Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

a) Sala de atendimento individual;

b) Sala de atendimento coletivo;

c) Área para realização de oficinas de trabalho;

d) Área para realização de atividades laborais; e

e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;

b) Sala administrativa;

c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e

d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

- a) cozinha coletiva;
- b) refeitório;
- c) lavanderia coletiva;
- d) almoxarifado;
- e) Área para depósito de material de limpeza; e
- f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

§ 1º Os ambientes de reabilitação e convivência de que trata o inciso II deste artigo podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

§ 2º Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Art. 15. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

CAPÍTULO III

DO PROCESSO ASSISTENCIAL

Seção I

Processos Operacionais Assistenciais

Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

Art. 20. Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados; IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

Art. 21. As instituições devem definir e adotar critérios quanto a: I - Alta terapêutica;

II - Desistência (alta a pedido);

III - Desligamento (alta administrativa);

IV - Desligamento em caso de mandado judicial; e V - Evasão (fuga).

Parágrafo único. As instituições devem registrar na ficha individual do residente e comunicar a família ou responsável qualquer umas das ocorrências acima.

Art. 22. As instituições devem indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 23. As instituições de que trata a presente Resolução terão o prazo de 12 (doze) meses para promover as adequações necessárias ao seu cumprimento.

Art. 24. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 25. Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 101, de 31 de maio de 2001.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO