



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

MARCELO SOUZA OLIVEIRA

**Uso problemático de álcool e/ou outras drogas: efeitos subjetivos da
experiência de internação em instituições de longa permanência**

**VITÓRIA DA CONQUISTA/BA
DEZEMBRO 2023**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



MARCELO SOUZA OLIVEIRA

**USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS: EFEITOS
SUBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA DE INTERNAÇÃO EM INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de pesquisa: Práticas Clínicas e Saúde Mental

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Suely Aires Pontes

VITÓRIA DA CONQUISTA/BA

DEZEMBRO 2023

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

O48

Oliveira, Marcelo Souza.

Uso problemático de álcool e/ou outras drogas: efeitos subjetivos da experiência de internação em instituições de longa permanência / Marcelo Souza Oliveira. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023.

115 f.; il.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Suely Aires Pontes.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

1. Comunidade Terapêutica. 2. Usuários de drogas. 3. Psicologia da Saúde. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Pontes, Suely Aires. III. Título.

CDU: 615.099



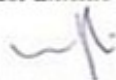
Universidade Federal da Bahia

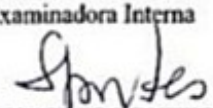
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
(PPGPS)**

ATA Nº 32

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE (PPGPS), realizada em 14/12/2023 para procedimento de defesa da Dissertação de MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE no. 32, área de concentração PSICOLOGIA DA SAÚDE, do(a) candidato(a) MARCELO SOUZA OLIVEIRA, de matrícula 2021116727, intitulada USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS: EFEITOS SUBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA DE INTERNAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA. Às 09:00 do citado dia, através da Plataforma zoom (<https://us02web.zoom.us/j/86190414848?pwd=V0RQYy9rbUwcEJMVd2Y0dGblpLZz09>), foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. Dra. SUELY AIRES PONTES que apresentou os outros membros da banca: Prof. Dra. MILENA MARIA SARTI e Prof. Dr. RAFAEL COELHO RODRIGUES. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.


Dr. RAFAEL COELHO RODRIGUES, UFRB
Examinador Externo à Instituição


Dra. MILENA MARIA SARTI, UFBA
Examinadora Interna


Dra. SUELY AIRES PONTES, UFBA
Presidente


MARCELO SOUZA OLIVEIRA
Mestrando(a)

Decido este estudo aos participantes da pesquisa
e a todos aqueles que não sabem se voltarão
para casa hoje.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar de Saúde/*Campus* Anísio Teixeira (UFBA – IMS/CAT) pela oportunidade.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (UFBA – IMS/CAT), gratidão pelos conhecimentos construídos e partilhados ao longo desse processo formativo.

Agradeço à toda equipe do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas – CAPS Ad III de Vitória da Conquista, Bahia. Tanto pelo acolhimento recebido, quanto pelo serviço prestado à população.

Gratidão imensa aos participantes da pesquisa. Jamais esquecerei a entrega e confiança que tiveram em responder às questões delicadas de um estranho pesquisador.

À toda minha família biológica. Sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis.

À minha gatinha Cindy Nala (in memoriam). Por ter ficado ao meu lado em todas as aulas do mestrado durante a pandemia. E, mesmo após ser retirada por mim dezenas de vezes de cima do computador, insistia em querer brincar.

Às companheiras que compartilharam tanto comigo e deixaram aprendizagens para toda a vida.

Ao Prof.º Dr.º Paulo Rogers por me possibilitar enxergar novamente o encantamento do mundo. À Prof.º Dr.ª Milena Sarti por toda sua confiança em mim durante o processo de estágio docente. À Prof.º Dr.ª Vânia Sampaio Alves e a todos os professores integrantes da Banca Examinadora, pelas colocações atenciosas, respeitosas e cuidadosas no momento da Qualificação.

Em especial, um agradecimento à minha orientadora, Prof.ª. Dr.ª. Suely Aires. Por enxergar, na graduação, que aquele menino estranho com as roupas rasgadas poderia ser uma boa aposta.

Um agradecimento mais que especial aos meus guias, orixás, caboclos, deuses e deusas, espíritos de luz e animais de poder, que me deram força e guiança para chegar até aqui.

Agradecimento também à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo financiamento do projeto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ARTIGO I: Comunidades Terapêuticas: uma revisão crítica de literatura	13
3 ARTIGO II: Comunidades Terapêuticas e Neoliberalismo: considerações sobre a política de drogas na atualidade	23
4 ARTIGO III: Efeitos das políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas: o caso das comunidades terapêuticas	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	59
APÊNDICE A – Produto Técnico “Atrás do Muro Invisível”	60
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista Semiestruturada	96
ANEXOS	97
ANEXO A – Comprovante submissão Revista 01	98
ANEXO B – Comprovante submissão Revista 02	99
ANEXO C – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos	100

RESUMO

Há diferentes políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de Substâncias Psicoativas (SPAs). No Brasil, coexistem atualmente os modelos asilares, que partem da perspectiva da abstinência, e o modelo de saúde pública, que tem como principal diretriz a Redução de Danos. Este último, inserido no Sistema Único de Saúde, possui como principal serviço de acompanhamento a pessoas que usam drogas o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica brasileira. Do outro lado, na perspectiva da abstinência, as Comunidades Terapêuticas (CTs) vêm avançando nos últimos anos, tornando-se o principal espaço de tratamento asilar. Considerando esse contexto, o presente estudo teve como objetivo principal analisar os efeitos da experiência de internação em instituições asilares para pessoas que usam drogas. Para alcançar os objetivos propostos foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis pessoas que experienciaram algum período de internação em pelo menos uma CT. Como método de análise optamos pela análise de discurso (AD) com base nas contribuições de Michel Foucault. Esta pesquisa, desenvolvida no âmbito de um mestrado profissional em Psicologia da Saúde, dialoga diretamente com a linha de pesquisa Práticas Clínicas e Saúde Mental, e justifica-se pela potencialidade de colocar em discussão e efetivar práticas no campo da psicologia da saúde e em diálogo com a realidade nacional. No primeiro artigo apresentado realizou-se uma revisão integrativa de literatura, tendo como foco principal de análise as CTs. Reconhecemos enunciados contraditórios a respeito da origem, conceito, definição e funcionamento das CTs, além de imprecisões a respeito da padronização, segurança sanitária e cuidado ofertado. No segundo artigo apresentado, pretendemos realizar uma análise teórico-crítica dos discursos que circulam a respeito das pessoas que usam drogas e sua relação com a racionalidade neoliberal. Compreendeu-se que o contexto neoliberal tem intensificado as desigualdades e a exclusão social, afetando também a forma como as políticas para pessoas que usam drogas são desenvolvidas. No terceiro capítulo apresentamos os resultados da pesquisa realizada. Analisamos que as práticas proibicionistas das CTs são reguladas pela normatização de condutas, atualizando o que é considerado normal, desejável, moral e legal. Observou-se como efeitos o reforçamento de práticas sociais de exclusão, silenciamento e estigmatização sobre os sujeitos e grupos que não se enquadram em determinados padrões de desempenho. A partir da escuta das pessoas que passaram pela experiência de internação produzimos, como produto final, uma obra técnica de caráter didático. Estruturada em forma de textos curtos, com tom poético-psicanalítico, a obra foi feita na busca de criação daquilo que não pode ser representado de forma direta. Visando situar o produto técnico e indicar o uso didático do mesmo foram incluídos uma apresentação e um posfácio crítico.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; Abuso de Substâncias Psicoativas; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

There are different care policies for people who use Psychoactive Substances (PAS). In Brazil, there is currently a coexistence between the asylum model, which is based on abstinence, and the public health model, whose main guideline is Harm Reduction. The latter, which is part of the Unified Health System, has the Psychosocial Care Center (CAPS) as its main service for people who use drugs, a strategic device of the Brazilian Psychiatric Reform. On the other hand, from the perspective of abstinence, Therapeutic Communities (TCs) have been advancing in recent years, becoming the main space for asylum treatment. Considering this context, the main objective of this study was to analyze the effects of the experience of hospitalization in nursing homes for people who use drugs. In order to achieve the proposed objectives, semi-structured interviews were carried out with six people who had experienced a period of hospitalization in at least one TC. As a method of analysis, we opted for discourse analysis (DA) based on the contributions of Michel Foucault. This research, carried out as part of a professional master's degree in Health Psychology, dialogues directly with the line of research Clinical Practices and Mental Health, and is justified by the potential to discuss and implement practices in the field of health psychology and in dialog with the national reality. In the first article presented, an integrative literature review was carried out, with TCs as the main focus of analysis. We recognized contradictory statements regarding the origin, concept, definition and functioning of TCs, as well as inaccuracies regarding standardization, health safety and the care offered. In the second article presented, we intend to carry out a theoretical-critical analysis of the discourses that circulate about people who use drugs and their relationship with neoliberal rationality. It was understood that the neoliberal context has intensified inequalities and social exclusion, also affecting the way in which policies for people who use drugs are developed. The third chapter presents the results of our research. We analyzed how the prohibitionist practices of TCs are regulated by the normalization of conduct, updating what is considered normal, desirable, moral and legal. The effects observed were the reinforcement of social practices of exclusion, silencing and stigmatization of individuals and groups who do not fit certain performance standards. Based on listening to people who have experienced hospitalization, the final product was a technical work of a didactic nature. Structured in the form of short texts, with a poetic-psychoanalytical tone, the work was made in an attempt to create what cannot be represented directly. In order to situate the technical product and indicate its didactic use, a presentation and a critical afterword have been included.

Keywords: Therapeutic Community; Psychoactive Substance Abuse; Health Psychology

1 INTRODUÇÃO

Se partirmos do pressuposto de que não há ciência ou pesquisa neutra, faz sentido pensar que a escolha deste pesquisador pelo tema das drogas não foi por acaso. Escutei certa vez de um professor que não escolhemos o tema que pesquisamos, mas que de algum modo o tema nos escolhe. Optar por uma temática e campo específico de estudo, mergulhado profundamente por dois anos (ou mais) em algo alheio ou indiferente a nós, é, no mínimo, duvidoso.

Meu contato com o tema do uso de drogas no campo da saúde foi algo inesperado. Apesar de uma proximidade com diferentes substâncias psicoativas, e de uma simpatia por pessoas que usam tais substâncias, atuar de forma profissional em um serviço substitutivo especializado no cuidado a esse público, fez com que pela primeira vez eu tivesse um sentimento de realização profissional.

A partir dessa experiência percebi que o desejo de atuar no campo da saúde mental era um desejo de atuar com o significativamente diferente. Nesse caso, um diferente que também sou eu. Cada condução clínica, cada ação realizada, cada escuta feita, cada visita domiciliar agendada, cada grupo facilitado, reforçava a sensação de “este é meu lugar”.

Perceber, desde cedo, a questão moral que atravessa o tipo de cuidado ofertado em espaços que prestam assistência a pessoas que usam drogas, fortaleceu ainda mais a compreensão de que não há clínica sem política. Em pouco tempo aquilo que iniciou “por acaso”, por uma experiência passageira, tomou proporções muito maiores, ao fazer relações com os campos de saber e de prática com os quais mais me identifiquei.

Após alguns meses de finalizada a prática em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS Ad), já atuando em outro serviço substitutivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), surgiu a oportunidade que esperava há um tempo: pesquisar profundamente sobre as políticas de cuidado para as pessoas que usam drogas.

O interesse em direcionar o estudo para aqueles que tiveram experiências em Comunidades Terapêuticas surgiu como um desafio. Já no Programa de Mestrado Profissional, com o amadurecimento do lugar de pesquisador, somado às discussões profundas sobre o tema, aquilo que se iniciou como um desafio, tornou-se algo muito maior.

Desse modo, este é o resultado material de todo um percurso e processo que começou bem antes da entrada no Programa. Um processo que se intensificou no aprofundamento de discussões teóricas e que foi ressignificado em cada entrada em campo como pesquisador. Qualquer pressuposição caía por terra já na preparação para ida ao *locus* de pesquisa. Este foi um movimento difícil, mas que consegui realizar graças às desconstruções realizadas no Programa de Mestrado. Essa foi um pouco da trajetória deste pesquisador. Nas próximas páginas o(a) leitor(a) terá acesso aos resultados materiais deste processo.

Diante de racionalidades e lógicas distintas em relação às políticas e ao cuidado a pessoas que usam drogas, e considerando nossa tentativa em alcançar os objetivos propostos do estudo, dividimos este texto em três partes principais. Na primeira parte, apresentamos os resultados do artigo “Comunidades Terapêuticas: uma revisão crítica de literatura”, em que se realizou uma revisão integrativa de literatura, tendo como foco principal de análise as pesquisas realizadas

sobre as CTs. No segundo artigo “Comunidades Terapêuticas e Neoliberalismo: considerações sobre a política de drogas na atualidade”, realizamos uma análise teórico-crítica dos discursos que circulam a respeito das pessoas que usam drogas e sua relação com a racionalidade neoliberal. Em um terceiro momento, no artigo “Efeitos das políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas: o caso das comunidades terapêuticas” discorremos sobre a pesquisa realizada, que teve como objetivo principal analisar os efeitos da experiência de internação em instituições asilares, como as CTs. Neste, abordamos ainda as implicações do processo de internação no que se refere à dinâmica dos laços sociais. Por último, realizamos algumas considerações que entendemos ser importantes, considerando todo o processo de pesquisa realizado.

Entrando no debate do tema em questão, sabemos que há uma demanda global para o desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas direcionadas a pessoas que usam drogas. Algumas iniciativas são impulsionadas por demandas relacionadas à segurança pública por meio de mecanismos de controle. Outras visam promover mudanças na abordagem da questão, de modo a diminuir os problemas causados por um consumo entendido como problemático. Os diferentes modelos existentes dependem de discursos e práticas que podem ou não os legitimar. No campo científico, as pesquisas sobre o tema têm o objetivo de contribuir para uma compreensão mais técnica e abrangente, possibilitando subsídios para a promoção de diretrizes e estratégias que promovam políticas mais eficazes e eficientes.

No Brasil, desde a década de 1970 com o movimento antiproibicionista, percebeu-se a necessidade de um cuidado integral a pessoas que usam drogas através da articulação de diferentes políticas públicas. Desde 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas orienta, sob uma perspectiva técnica e clínica, o acompanhamento de pessoas que usam drogas. O vínculo, a valorização e o respeito aos direitos e decisões das pessoas que usam drogas foram inseridos no documento oficial do Ministério da Saúde como uma diretriz a ser seguida. Dessa forma, a estratégia de redução de danos foi explicitamente adotada como principal lógica de cuidado para ações desenvolvidas em toda a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Brasil, 2004). Nessa perspectiva, a abstinência deixa de ser o caminho único a ser imposto e passa a ser uma escolha entre outras, num repertório de diferentes projetos de cuidado. A reprodução do discurso de combate às drogas produz e justifica um conjunto de intervenções punitivas aos usuários de substâncias. Sob a narrativa de um mundo livre das drogas – e conseqüentemente de todo o mal atribuído a elas – legitimam-se determinadas práticas estatais; justifica-se um grande investimento financeiro e humano em segurança pública; e, como consequência, ocorre o crescimento de instituições que trabalham com a perspectiva da abstinência e da internação involuntária.

Ao observarmos a crescente produção científica sobre o tema “drogas” e seus diferentes direcionamentos e aprofundamentos, como os artigos, dissertações e teses que tratam a respeito do cuidado oferecido nas comunidades terapêuticas, percebemos que há diferentes discursos em circulação. Os resultados das pesquisas científicas realizadas em comunidades terapêuticas deixam margem para muitas reflexões éticas, políticas e clínicas. Apesar de indissociáveis, a costura das dimensões ética, política e clínica aparece pouco no levantamento realizado.

No que se refere à dimensão política, percebemos uma possível relação, bastante estreita, entre a racionalidade neoliberal e o crescimento das CTs. Desse modo parte-se da compreensão de que a manutenção do modelo atual de intervenção destinado às pessoas que usam drogas é legitimada por um uma rede complexa de significados.

Em um contexto de exclusão e silenciamento de determinados grupos, entendemos que a escuta do sujeito é fundamental. Desse modo, no Terceiro Artigo discorreremos principalmente sobre os diferentes efeitos dessas experiências, a partir das falas de seis pessoas entrevistadas, tendo como método a análise do discurso com base nas contribuições de Michel Foucault (2003). Entendemos que há manifestações discursivas que se entrelaçam e se influenciam mutuamente no que se refere às políticas para pessoas que usam drogas. A reprodução de discursos proibicionistas é alimentado pela existência de espaços segregatórios e, no caso das CTs, percebeu-se a introdução do fundamento moral-cristão como base de tratamento, legitimando boa parte das suas condutas.

Como Produto Técnico do Projeto de Pesquisa produzimos uma obra literária-poética, a partir do processo de ida a campo, e, principalmente, a partir do conteúdo das entrevistas realizadas. Estruturada em forma de textos curtos, com tom poético-psicanalítico, a obra foi feita na busca de criação daquilo que não pode ser representado de forma direta. Informamos também que as referências bibliográficas foram unificadas e colocadas ao fim do trabalho.

2 ARTIGO I – REVISÃO DE LITERATURA

Comunidades Terapêuticas: uma revisão crítica de literatura¹

Introdução

Em diferentes tempos, povos e culturas foi observado e registrado o uso de substâncias psicoativas (SPAs) pelos seres humanos. As SPAs foram integradas ao cotidiano, adquirindo sentidos diversos: cura, conexão espiritual, alimentação, entre outros. A compreensão de um uso nocivo ou prejudicial é desenvolvida na era moderna, marcadamente nos países ocidentais, a partir de modificações de aspectos sociais, políticos e econômicos da cultura (Carneiro, 2005; Escohotado, 2008; MacRae, 2021).

No início do século XX foi observada uma tentativa de regulamentação penal da comercialização de determinadas substâncias psicoativas em diferentes continentes. Nesse período ocorreram as primeiras “convenções internacionais sobre drogas” com o objetivo de tornar ilícitas determinadas substâncias que trariam “risco para a ordem social” (Carneiro, 2005). Essa noção de risco social esteve associada não apenas à dimensão do excesso no uso da substância e dos prejuízos decorrentes de um consumo problemático de drogas, ou de interesses econômicos, referindo-se principalmente a um risco moral (Foucault, 1974-1975/1999).

No que se refere aos estudos clínicos sobre os efeitos das SPAs, observou-se a hegemonia de pesquisas neurofisiológicas feitas em laboratório até a metade do século XX. Os resultados, em sua maioria, justificaram a proibição de determinadas substâncias. Principalmente nos anos 1960 crescem os estudos comportamentais sobre dependência, em especial aqueles relacionados a substâncias tornadas ilícitas (Romaní, 2020).

Como veremos, as intervenções estatais punitivas e os estudos clínicos a respeito do consumo de substâncias após a metade do século XX influenciaram as políticas de cuidado atuais. Importante lembrar que essas intervenções possuem fundamentos morais. Em relação ao desenvolvimento histórico dos espaços destinados a pessoas que apresentaram um consumo considerado abusivo, o hospital psiquiátrico foi o primeiro dispositivo de internação em massa e de suposto tratamento (Foucault, 1976-1984/2014). Aos poucos, ocorreu um longo processo de questionamento e enfrentamento de práticas de instituição dos direitos humanos, que fizeram surgir movimentos de transformação das intervenções psiquiátricas (Amarante, 2007).

Nesse processo, aconteceram diferentes experiências de democratização dos espaços asilares, entre elas o movimento das comunidades terapêuticas ocorrido na Inglaterra, o qual teve como principal nome o psiquiatra sul-africano Maxwell Jones. Supostamente influenciado pela iniciativa de Jones foi criado um local específico para pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas: as Comunidades Terapêuticas (CTs). Fundamentada nos princípios filosóficos e morais do Movimento de Oxford (EUA) foi inaugurada em 1959, na Califórnia, a primeira instituição nesse modelo. No contexto brasileiro, as primeiras CTs surgem no final da década de 1970 e, em poucos anos, estavam presentes em diferentes estados. No mesmo período

¹ Uma versão desse artigo foi submetida à Revista Psicologia USP, conferir Anexo A

ocorre a ampliação deste modelo de cuidado para outras partes do mundo (Federação Brasileira de Comunidades Terapêutica [Febract], 2012; De Leon, 2014).

Em algumas décadas a lógica assistencial das CTs tornou-se, entre as instituições tutelares, a principal referência para tratamento de pessoas que usam drogas (Schlemper, 2018; Vasconcelos, 2018). Atualmente, a quantidade de instituições no Brasil é incerta, ao se considerar a falta de registro e a impermanência de muitas instituições. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indicam haver em torno de 2000 unidades, com 83600 (oitenta e três mil e seiscentas) vagas. Já segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) existiriam entre 2500 a 3000 espaços, que ofertariam em torno de 60000 (sessenta mil) vagas (Perrone, 2014; Santos, 2017). Apesar das incertezas em relação à quantidade e localização das CTs no Brasil, cabe situar seu lugar no processo da reforma psiquiátrica (RP) após 2001, ano da aprovação e publicação da Lei 10.216.

Em 2003, foi instituída a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, a qual propunha a redução de danos como principal estratégia de cuidado para pessoas que fazem uso problemático de SPAs (*Portaria nº 2.197*, 2004). Ao longo da mesma década o país conquistou avanços surpreendentes na implantação dos serviços substitutivos. Houve um salto de 21% de cobertura populacional em saúde mental: em 2000 eram 208 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento, já em 2011 registrou-se 1620 serviços ativos, correspondendo a mais de 60% de cobertura (Secretaria de Atenção à Saúde [SAS], 2011).

Em 2011, o Governo Federal lançou o programa “Crack, é possível vencer”, definido como uma proposta de implementação de ações articuladas entre saúde, justiça, segurança pública e assistência social. O objetivo enunciado é “enfrentar o crack e outras drogas”, visando “a redução dos índices de consumo” (Ministério da Justiça [MJ], 2013). No mesmo ano foi publicada a portaria 3.088/11 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (*Portaria nº 3.088*, 2011) visando assegurar a implantação de um conjunto de serviços e componentes articulados e organizados entre si, de modo a garantir o acesso e cuidado integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Porém, essa mesma portaria dispôs as comunidades terapêuticas como parte do componente “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, ao lado das Unidades de Acolhimento (UA) adulto e infantojuvenil.

Diferentes forças influenciaram o arranjo atual da RP brasileira: de um lado, interesses financeiros, forças políticas e o contexto social e econômico de uma época turbulenta que favorecia um retrocesso; de outro, movimentos antimanicomiais e antiproibicionistas, parte da universidade e algumas instituições e organizações saíram em defesa da RP. Após 2017 torna-se evidente a implementação de um conjunto de atos normativos e ações de ataque explícito à RAPS e aos avanços conquistados pelos movimentos antimanicomiais. Concomitante ao retorno do discurso asilar, assistimos ao refinanciamento público deste velho modelo de cuidado (Nunes et al, 2019).

Esses pontos serão aprofundados ao longo do texto, especialmente em relação às comunidades terapêuticas. Uma das questões levantadas refere-se à coerência (ou não) das

narrativas que estão sendo construídas em torno da proposta de cuidado desses locais. O que as pesquisas empíricas realizadas nesses serviços dizem sobre o modelo e as práticas concretas que estão sendo observadas?

A proposta principal do presente artigo é apresentar os resultados interpretados após a realização de uma revisão integrativa de literatura, a qual será descrita a seguir. Para facilitar a apresentação dos resultados, primeiramente descrevemos o percurso metodológico, em seguida discorremos sobre as informações das tabulações dos artigos. Após essa estruturação inicial dividimos nossa análise em três eixos centrais que dialogam entre si. Para finalizar, tecemos algumas considerações e questões que entendemos importantes para o debate.

Metodologia

Realizamos uma revisão integrativa de literatura, a qual propõe sintetizar os resultados de um estudo de forma sistemática, ordenada e abrangente. Esta fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, possibilitando ao pesquisador elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades. Permite ainda realizar um direcionamento específico para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica de um estudo (Whittemore & Knafl 2005).

Seguimos os passos necessários para a construção da revisão integrativa, em seis etapas distintas: (i) definição do tema de pesquisa e recorte; (ii) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; (iii) definição do foco das informações a serem extraídas da seleção; (iv) leitura e avaliação dos estudos incluídos; (v) interpretação dos resultados; e (vi) síntese do material.

O conteúdo dos artigos foi lido na íntegra e realizamos em seguida um fichamento detalhado de cada publicação. Identificamos então zonas de regularidades discursivas, orientando-nos de acordo ao objetivo proposto. A interpretação dos resultados foi realizada considerando as convergências e divergências expostas, as principais referências utilizadas nas publicações, o contexto na qual emergiram e as contradições observadas. Optamos pela Análise de Discurso (AD) de linha francesa, articulando o linguístico com o social e o histórico (Pêcheux, 2014). Desse modo, é possível compreender as regularidades presentes no funcionamento do discurso, aquilo que em uma formação ideológica determina as possibilidades do dizer (Pêcheux, 2014).

A pesquisa foi feita nas bases de dados internacionais *Lilacs* e *Medline*. Foram utilizados conjuntamente os descritores "Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias" e "Comunidade Terapêutica", independente do ano de publicação. Utilizamos o primeiro descritor por ser o principal termo utilizado na busca de pesquisas científicas sobre uso de SPAs. Após exclusão das publicações duplicadas, incompletas e/ou em outros formatos – como teses, livros e manuais técnicos – encontramos um conjunto de 33 (trinta e três) artigos.

Após leitura dos resumos das publicações foram selecionados os artigos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (a) ter relação com o tema "processo de cuidado nas comunidades terapêuticas"; (b) estar relacionado a experiências ou discussões no contexto brasileiro; (c) terem sido publicados em qualquer ano ou período. Foram excluídos os artigos que

se distanciaram do tema principal de pesquisa e/ou aqueles que tratavam de outros contextos fora do Brasil. Por fim selecionamos 28 (vinte e oito) artigos para tabulação e análise.

A tabulação se deu considerando as variáveis: autores, revista, ano de publicação, método, tipo de estudo, objetivos, considerações finais, base de dados. Em relação às revistas, foi analisada a principal área de pesquisa e o local de publicação e, em relação aos autores, o local de filiação. A partir da leitura completa das publicações, analisamos as formações discursivas, entendidas como possibilidades e impossibilidades de sentidos a depender do posicionamento do sujeito, as quais implicam o pesquisador (Pêcheux, 2014).

Após leitura completa dos artigos pesquisados emergiram três eixos centrais de análise: caracterização das CTs; propostas de tratamento e diálogo com a RAPS; e modalidades clínicas.

Resultados e Discussão

Entre os 28 artigos analisados, 27 estão disponíveis na base *Lilacs* ou em ambas as bases. Apenas um está disponível exclusivamente na base *Medline*. As publicações foram feitas entre os anos de 2005 a 2020, com maior quantitativo de publicações em 2018² (sete artigos). Sobre o tipo de estudo, a maior parte das pesquisas foi realizada com referencial qualitativo (n 24; 86%); sendo três artigos quantitativos e um misto (quali-quantitativo).

Houve mais publicações de pesquisas empíricas (n 22; 79%) em comparação às revisões de literatura e/ou pesquisas documentais (n 06; 21%). Sobre a área de estudo, foram encontradas publicações em revistas de psicologia (n 11); saúde coletiva (n 04); enfermagem (n 03); saúde mental (n 04); medicina (n 02); psicanálise (n 02); ciências biológicas (n 02); e serviço social (n 01).

Em relação à região geográfica de origem das pesquisas empíricas, a maior parte foi feita na região sudeste (n 10; 35%); seguida da região sul (n 06; 21%); três na região nordeste (11%), duas pesquisas na região centro-oeste (7%) e apenas uma na região norte (4%). Foi observada a presença de autores vinculados a instituições de todas as regiões, com predominância do sudeste (43%); seguido da região nordeste (18%) e sul (18%).

A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias construídas após a leitura completa dos artigos.

Caracterização das Comunidades Terapêuticas (CTs)

Como dito anteriormente, o modelo de assistência das CTs é hoje a principal referência quando se trata de espaços destinados ao cuidado a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. As narrativas em torno das CTs tentam se aproximar discursivamente do processo histórico da reforma psiquiátrica, construindo uma ideia de apoio e “complementaridade”. Quanto às publicações pesquisadas, a maior parte apresenta um percurso histórico, mesmo que breve, das CTs, ou tentam definir suas competências, características e funcionamento.

² Em dezembro de 2017 foi publicada a Portaria de consolidação 3.588 que alterou a Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando maior abertura financeira para os hospitais psiquiátricos e as CTs. Em 2018 foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Comitê das Comunidades Terapêuticas, com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas para estas instituições (Portaria nº 3.449, 2018).

Sobre os aspectos históricos das CTs, as principais referências utilizadas foram George De Leon e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract). De Leon é um dos idealizadores do modelo de CT no mundo. Fez parte das primeiras experiências realizadas nos EUA e hoje é considerado um dos principais nomes que tentam aproximar o modelo das CT e o saber científico (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina [SPDM], 2017). Já a Federação brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) é a principal instituição não-governamental representante do modelo das CTs no Brasil (Febract, 2012).

Parte dos artigos analisados compreende que o modelo das CTs seria inspirado diretamente pelo movimento democrático promovido por Maxwell Jones na Inglaterra e que, por esse motivo, teria assumido essa mesma nomenclatura (Sabino & Cazenave, 2005; Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015; Longo, 2015). Nenhuma das publicações, entretanto, aborda as diferenças entre as propostas defendidas pelo movimento original das comunidades terapêuticas e os fundamentos e práticas implantadas no modelo das CTs norte-americanas. Um exemplo dessa diferença é a participação ativa e democrática das pessoas em seu tratamento, uma das grandes bandeiras do movimento original. Já no modelo pesquisado (que refere-se à realidade brasileira), a ausência de protagonismo do sujeito em seu processo de cuidado e/ou a existência de punições foram relatadas por diferentes autores (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Lemes et al, 2017; Paula Junior & Cruz, 2017; Silva et al, 2018).

Para auxiliar a padronização do modelo assistencial das CTs em diferentes continentes foi criada a World Federation of Therapeutic Communities (WFTC), tendo como objetivo normatizar e oficializar o modelo institucional de cuidado, ofertando cursos, apoio técnico e logístico aos seus filiados em mais de 26 países (WFTC, 2022). No Brasil a Febract funciona como a principal entidade organizadora dos espaços asilares para pessoas que fazem uso de SPAs – apesar de haver outras federações menores: As CTs filiadas à Febract devem seguir um padrão normativo, possuir registro em alguma entidade governamental ou órgão de controle, como as secretarias e/ou conselhos municipais, e seguir as exigências sanitárias mínimas, para serem consideradas instituições “regulares”, situação não observada em várias instituições (Silva et al, 2018). Apesar das tentativas de padronização, a literatura investigada aponta divergências e imprecisões no que se refere à infraestrutura, condições organizacionais, recursos humanos, processos operacionais e processos técnico-assistenciais.

No que se refere à caracterização das CTs, encontramos divergências sobre sua origem histórica. Já a respeito da padronização ou normatização dos serviços em âmbito nacional não foi possível definir um modelo padrão de comunidade terapêutica, apesar de haver tentativas governamentais e não-governamentais. Essa indefinição foi também observada nas diferentes nomenclaturas das instituições: clínica de reabilitação, centro de recuperação, clínica de tratamento, casa de passagem, entre outros.

Apesar da ausência de padrão, observamos em 68% dos artigos (n 19) alguma referência a fundamentos espirituais/religiosos na organização administrativa das instituições e/ou nas práticas desenvolvidas. A especificação do público atendido foi um ponto quase invariável nas publicações investigadas. As pesquisas empíricas indicavam que as instituições investigadas atendiam algum grupo específico: homens adultos; mulheres adultas; ou homens abaixo de 18

anos; ou mulheres abaixo de 18 anos. Observamos que em 55% destes artigos (n 15) foi relatado o acompanhamento exclusivo de homens adultos nas CTs. Ou seja, é possível elencarmos três fatores invariáveis de acordo com a literatura pesquisada: (a) atendimento a pessoas que fazem uso de SPAs, independentemente de haver problemas decorrentes do uso; (b) estratificação de público (homens, mulheres ou adolescentes); (c) direcionamento espiritual/religioso (especialmente de fundamento judaico-cristão).

Uma das maiores pesquisas feitas sobre CTs no país foi desenvolvida pelo Ipea em parceria com a Senad em 2016 e 2017. Após investigar mais de 500 instituições, foi observado, além dos fatores descritos acima, a ocorrência de mais dois fatores invariáveis: o isolamento social e a exigência de abstinência (Santos, 2017). Esses dois pontos são bastante significativos para nossa análise. A abstinência como propósito de tratamento e a necessidade de isolamento social são imposições criticadas pelo movimento antimanicomial e pelo movimento antiproibicionista. A lógica de redução de danos – incorporada como principal estratégia nos serviços substitutivos – parte do princípio do cuidado em liberdade e do protagonismo do sujeito em acompanhamento (*Portaria n° 2.197, 2004*). Cabe pontuar, no entanto, que a necessidade de abstinência ou isolamento não foram explicitamente abordados nos artigos pesquisados.

Propostas de tratamento e diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Os artigos analisados apresentam diferentes dados sobre processos assistenciais e atividades terapêuticas. A relação e diálogo com serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como um importante ponto a ser investigado. Observamos que, apesar de haver propostas de cuidado e discursos muitas vezes antagônicos, a comunicação RAPS/Comunidade Terapêutica é bastante comum (Marques & Mângia, 2013).

Ao considerar diferentes posições éticas na assistência em saúde mental, Costa (1996) situa três propostas: (i) a ética da tutela, que compreende o sujeito como privado de razão ou vontade; (ii) a ética da interlocução, em que há uma limitação do poder do especialista, uma maior valorização das crenças e afetos no âmbito individual, porém pouca valorização da ordem social; e (iii) a ética da ação social, em que sujeito e agente definem-se como pares em relação ao social. Nesse sentido, entendemos que a comunicação RAPS/CT leva a questionamentos quanto à posição ética assumida no trabalho em saúde mental.

Nas publicações analisadas as práticas coletivas litúrgicas foram mais mencionadas, com relatos em todos os artigos que abordaram os processos desenvolvidos internamente nas CTs. Ações voltadas para o tratamento moral foram também citadas (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto & Barbieri, 2009; Teo, Baldissera & Rech, 2011; Scaduto & Santos, 2015; Lemes et al, 2017; Melo & Santana, 2020), seguida por práticas de laborterapia (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008, Perrone, 2014; Mazeto & Carrapato, 2018). Como indicado por Santos (2017, p.02), há “a combinação de saberes técnico-científicos com práticas religiosas-espirituais”.

O diálogo das instituições com a RAPS e com outros serviços essenciais para garantias de direitos constitucionais – como assistência social e justiça – foi discutido em 11 publicações. Destas, oito artigos indicaram haver pouca abertura das CTs para realização de acompanhamento integral da saúde das pessoas, principalmente nas instituições entendidas como irregulares

(aquelas que não atendem aos requisitos sanitários mínimos). A problemática se complexifica quando analisamos o fato de a maioria das instituições não ter profissionais de saúde em seu corpo técnico (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Silva et al, 2014; Ribeiro & Minayo, 2015; Silva et al, 2018).

No que se refere à abertura dos serviços e equipes da RAPS em relação às CTs – segundo Scaduto e Barbieri (2009), Silva et al (2015) e Silva et al (2018) –, há uma tentativa de diálogo, principalmente quando a instituição segue normas mínimas de segurança sanitária. Para Scaduto e Barbieri (2009), uma das maiores dificuldades é o confronto entre o discurso científico usado nos serviços de saúde e o discurso religioso das comunidades terapêuticas.

Sobre essa questão, Marques e Mângia (2013) identificaram ser bastante comum, entre pessoas que fazem uso problemático de substâncias, a realização de acompanhamento em comunidades terapêuticas e em serviços substitutivos e, por vezes, de forma simultânea. Como dito anteriormente, as práticas e discursos presentes nos dois tipos de serviço apresentam dissonâncias consideráveis. A CT assume a lógica assistencial tutelar; além disso, o isolamento social e a abstinência são condições para o acompanhamento (Santos, 2017). Já os CAPS nascem do questionamento das práticas asilares, sendo dispositivos estratégicos da reforma psiquiátrica. Caberia analisar possíveis impasses éticos que podem surgir dessa interação. Lembramos a importância do protagonismo do sujeito, aquele a quem cabe decidir sua trajetória, considerando, porém, possíveis limitações existentes. A discussão se torna mais complexa quando atentamos para o fato de algumas pessoas estarem em acompanhamento por demanda judicial – realidade observada tanto nas comunidades terapêuticas, quanto nos serviços substitutivos (Silva, Guimarães & Salles, 2014).

Silva (2015) observou uma relação de encaminhamento e contra-encaminhamento entre CTs e CAPS. Por sua vez, Montenegro (2018) identificou haver uma sensação de “inquietação e inconformidade” por parte dos profissionais que atuam nos CAPS frente aos encaminhamentos para comunidades terapêuticas. Nenhum artigo, porém, abordou diferenças ou semelhanças entre as atividades desenvolvidas na rede substitutiva e nas instituições asilares, o que pode ser um ponto pertinente para novas pesquisas.

Pontuamos também o tempo de duração da internação que variou entre seis meses a um ano, considerando a finalização do processo terapêutico nas CTs. Esses períodos são definidos previamente, na entrada da pessoa na instituição. O período de permanência do “interno” possui um significado especial. Muitas instituições delimitam o período mínimo de 09 (nove) meses por considerar ser o tempo necessário para o “renascimento” da pessoa. Os meses seguintes podem ser de entrega à nova missão: ajudar outras pessoas que possuem o mesmo problema (Febract, 2012; Santos, 2017).

Cabe destacar ainda que as práticas desenvolvidas na rotina de cada instituição são estáveis, pode haver uma singularização do processo apenas quando se aproxima o fim do período pré-definido na entrada; nesse momento ocorre uma espécie de “deslocamento de lugar”, deixa-se de ser interno para se tornar uma espécie de “estagiário”. Santos (2017) destaca que muitos “ex-internos”, após passar por todo o processo, implantam suas próprias CTs.

Modalidades Clínicas

Além das atividades abordadas no tópico anterior, as publicações pesquisadas indicaram a presença de diferentes modalidades clínicas em saúde mental nas CTs. Entendemos por modalidades clínicas as práticas fundamentadas e orientadas por uma construção teórica e técnica que sustenta-se em quatro elementos estruturais: semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica (Dunker, 2011). Cada elemento efetua uma relação imbricada com os demais; ou seja, ao se decidir qual terapêutica será utilizada já está implícita uma etiologia, investigada por meio de uma semiologia e diagnóstica. Encontramos um total de 18 publicações (64% dos artigos) que discorreram sobre alguma modalidade clínica desenvolvida com as pessoas em acompanhamento.

As modalidades clínicas mais presentes foram as relacionadas a alguma abordagem teórica do campo da psicologia. Encontramos também referências diretas à terapia comunitária integrativa e à psiquiatria (Sabino & Cazenave, 2005; Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Lemes et al, 2017). Na psicologia destacaram-se: a Abordagem Centrada na Pessoa (Brito & Sousa, 2014; Perrone, 2014); psicoeducação (Farina et al, 2013; Woerner, 2015); psicoterapias grupais (Mazeto & Carrapato, 2018); e jogos teatrais (Correia & Gomes-da-Silva, 2018).

Doze publicações mencionaram a presença de intervenções de profissionais da psicologia. Porém, foram descritas muitas ações pontuais, especialmente práticas de estágios profissionalizantes (Woerner, 2015). Segundo Silva et al (2018), o psicólogo foi o único profissional de saúde presente em todos os tipos de instituições que recebem pessoas com uso abusivo de SPAs – sejam regulares, parcialmente regulares ou totalmente irregulares³. A presença marcante da psicologia e suas diferentes modalidades clínicas nas CTs não parece ser por acaso. Como observado em nossa pesquisa, 40% das publicações foram em revistas de Psicologia.

O ex-presidente da Febract possuía título de Psicólogo e teve um papel fundamental na expansão do modelo das CTs no país. O atual *Chief Executive Officer* CEO da instituição, possui título de psicólogo – sendo também o membro fundador da Pastoral da Sobriedade na Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Este, destacou em sua posse, a importância de aliar ciência psicológica e religião nas comunidades terapêuticas filiadas (Febract, 2020).

A psicoterapia em grupo, seguida da psicoterapia individual, representam as atividades terapêuticas mais presentes nas CTs, de acordo com o estudo mais recente da Senad (Instituto de pesquisa Econômica Aplicada [Ipea], 2017). Este mesmo estudo mostrou que o psicólogo é o profissional mais atuante, seguido do assistente social (Santos, 2017). Apenas 02 (dois) artigos (Sabino & Cazenave, 2005; Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008) relataram a atuação de médicos psiquiatras dentro das instituições. O acompanhamento a pessoas que fazem uso de psicofármacos nas CTs é discutido por Silva et al (2018), entretanto não fica claro como são realizadas as consultas individuais e a prescrição de medicamentos. Cabe pontuar que, segundo dados do Ipea, a maior parte dos médicos que atendem nas instituições fazem trabalho voluntário de forma esporádica (Ipea, 2017).

³ Cabe lembrar que segundo o Art. 3º do Código de Ética Profissional do Psicólogo: “O psicólogo, para ingressar, associar-se ou permanecer em uma organização, considerará a missão, a filosofia, as políticas, as normas e as práticas nela vigentes e sua compatibilidade com os princípios e regras deste Código” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005, p. 11).

De acordo com as normas sanitárias vigentes e portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, deve ser garantido o tratamento clínico farmacológico às pessoas admitidas. Levantamento realizado pelo Ipea apontou que 55% das mais de 500 instituições pesquisadas tinham oferta de medicamentos (Santos, 2017). Torna-se relevante investigar os procedimentos para a dispensação dos fármacos, bem como as consultas médicas ou psiquiátricas que ocorrem dentro ou fora das CTs e que possibilitam a prescrição das medicações.

O período de permanência do “interno” possui um significado especial. Muitas instituições delimitam o período mínimo de nove meses por considerar ser o tempo necessário para o “renascimento” da pessoa. Os meses seguintes podem ser de entrega à nova missão: ajudar outras pessoas que possuem o mesmo problema (Febract, 2001; Santos, 2017).

Importante observar, como destacado por Silva et al (2018), que a oferta de modalidades clínicas está relacionada à regularização sanitária de cada instituição. As CTs pesquisadas no estado de Goiás não possuíam assistência em saúde (Silva et al, 2015), semelhante ao observado nas instituições localizadas nas periferias do Rio de Janeiro (Ribeiro & Minayo, 2015). Nessa discussão é preciso considerar que existem instituições que atendem mais de 300 pessoas e outras que possuem apenas seis “internos”, visto que o tamanho da instituição está relacionado ao cumprimento de exigências sanitárias, às fontes de financiamento e ao tipo de cuidado ofertado (Santos, 2017).

É preciso considerar ainda as diferenças de raça, gênero e classe de cada instituição. As CTs localizadas em comunidades onde a maior parcela da população é negra e possui baixa renda são, em sua maioria, irregulares (Teo, Baldissera & Rech, 2011; Ribeiro & Minayo, 2015). No que se refere ao gênero, as pesquisas feitas em instituições que atendem mulheres demonstraram: ter maior número de profissionais, atender às condições sanitárias mínimas, receber mais visitas externas e ter maior abertura para modalidades clínicas fora da instituição (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Silva et al, 2018).

Destacamos que a incorporação de práticas técnico-científicas é um discurso presente entre os idealizadores das CTs desde sua popularização nos anos 1980 (Febract, 2012; Santos, 2017). Sem desconsiderar os esforços empreendidos por algumas organizações para se construir uma narrativa uniforme sobre o modelo assistencial das comunidades terapêuticas, problematizamos a possibilidade de haver coerência técnica e ética entre práticas espirituais/religiosas, tratamento disciplinar/moral e modalidades clínicas. Os diferentes discursos clínicos seguem uma direção distante dos enunciados religiosos. Os elementos estruturais da clínica moderna precisam seguir um direcionamento e dialogar entre si, respeitando a singularidade de cada caso. No discurso religioso essa estrutura não está presente e a “terapêutica” enunciada é a mesma para todos: as práticas litúrgicas e a convivência entre os pares (*Resolução nº 29*, 2011; Santos, 2017).

Considerações finais

As instituições asilares para pessoas que fazem uso de SPAs – em especial as CTs – apresentam divergências no que se refere à padronização técnica e assistencial. A literatura pesquisada apontou fragilidades e inconsistências no que se refere à definição histórica e

conceitual, ao acompanhamento e à infraestrutura dessas instituições. Embora não haja uma definição precisa, encontramos certa lógica assistencial das comunidades terapêuticas sustentada por um ordenamento ético tutelar e asilar.

A análise dos artigos nos permitiu observar que: (a) há um período de internamento especificado na entrada da instituição; (b) o discurso espiritual/religioso é assumido como estratégia terapêutica; (c) a assistência psiquiátrica é periférica, não central. Desse modo, a lógica de tratamento moral é de outra ordem. Enquanto no hospital psiquiátrico, a partir de Philippe Pinel, a base do tratamento moral apoiou-se no discurso científico (Foucault, 1961/2020), observamos que em relação às CTs, desde sua origem, sua fundamentação moral é judaico-cristã (De Leon, 2014).

Ocorre uma dificuldade prática para se efetuar uma padronização e normatização das CTs. Esta situação parece, a nosso ver, refletir uma dificuldade de fiscalização e supervisão. A maior parte das instituições são irregulares, estão em locais de difícil acesso e não permitem a entrada livre de pessoas externas. Doze artigos pesquisados apostam em um maior financiamento público para sanar as lacunas existentes nas instituições. Porém, apesar de se apresentar como uma solução aparentemente viável, entendemos que há incoerências técnicas difíceis de solucionar.

Cabe lembrar o tensionamento produzido pelos movimentos que visam viabilizar uma rede de serviços substitutivos orientada tecnicamente por uma concepção de subjetividade que inclua a noção de garantia de direitos, protagonismo e responsabilidade social. Entendemos que a busca necessária não é por um padrão de cientificidade. Talvez, tanto nos serviços substitutivos quanto nas CTs, a maior busca deva ser por uma coerência ética, fruto de um direcionamento técnico e político capaz de permitir a democratização de um cuidado seguro e responsável.

Para isso, apostamos na escuta do sujeito, registrando sua própria enunciação diante do que está sendo ofertado como prática de cuidado, fato pouco observado nos estudos investigados. Logo, torna-se relevante desenvolver novas pesquisas a fim de analisar os efeitos subjetivos das experiências vivenciadas em comunidades terapêuticas e investigar o modo singular de significar essa experiência.

3 ARTIGO II – ARTIGO TEÓRICO

Comunidades Terapêuticas e Neoliberalismo: considerações sobre a política de drogas na atualidade⁴

Introdução

“Enquanto houver guerra às drogas, eu não me sinto seguro. Cada violência contra os outros, é também contra mim”. (Dentinho, *Usuário e Redutor de Danos na Cracolândia São Paulo/SP*”.

O uso de drogas acompanha a humanidade ao longo da história. Atualmente podemos conhecer os diversos usos e funções das substâncias psicoativas (SPAs) em diferentes épocas e culturas pelas pesquisas históricas e antropológicas. No que se refere à cultura ocidental, percebemos – em um tempo e espaço definidos – o funcionamento de uma gestão política e social dos prazeres e dos excessos.

Apesar de todos os esforços, observou-se a inadequação do modelo de controle escolhido para gerenciar o uso de SPAs no ocidente. Logo, o consumo de drogas torna-se, cada vez mais, um problema social e de saúde pública. O modelo de guerra às drogas (*war on drugs*), adotado como principal política de intervenção, trouxe mais prejuízos que avanços. Para MacRae (2021), esse modelo demonstrou, até aqui, uma ineficácia na redução do consumo e tráfico de substâncias ilícitas, produzindo um ciclo de violência. Ao negligenciar a abordagem da saúde pública e os aspectos socioeconômicos subjacentes ao uso de drogas, a política punitiva ajudou a perpetuar a marginalização e estigmatização dos usuários de determinadas substâncias.

É importante pontuar que há interesses e relações de poder em contante processo de alianças ou disputa, sendo fundamental a compreensão dos processos em jogo para produzir-se uma mudança narrativa sobre o uso de drogas. Para Michel Foucault (1971/2020), é impossível pensar o poder dissociado dos discursos de saber. Em qualquer sociedade, as relações de poder que perpassam e constituem o corpo social não podem funcionar sem a produção e a circulação de um discurso aceito como verdadeiro. Assim, há sempre um saber que possibilita e legitima o exercício do poder.

Segundo Foucault (1971/2020), o discurso é uma forma de poder que atua sobre os sujeitos, definindo o que eles podem dizer, pensar e fazer. Mais que um conjunto de palavras, trata-se de uma prática que produz efeitos de verdade, que podem ser aceitos como válidos e legítimos em um determinado contexto. Entendemos, então, o discurso como uma rede complexa de significados que se entrelaçam e se influenciam mutuamente – não sendo apenas uma forma de comunicação, mas também de ação.

Importante pontuar que na trama discursiva há também formas de resistência, questionamento e contestação. É possível transformar verdades veiculadas pelo poder, pois estamos em um campo em constante disputa. Assim, as manifestações de resistência são fundamentais para modificar as verdades estabelecidas, demonstrando que as narrativas impostas não são fixas ou imutáveis, mas sim construções sociais que podem ser desconstruídas e

⁴ Uma versão desse artigo foi submetida à Revista Memorandum, conferir Anexo B

transformadas. Portanto, é possível desestabilizar verdades veiculadas por meio da contestação e construção de novos discursos que reflitam as experiências e perspectivas marginalizadas, produzindo novas inflexões discursivas.

Mesmo após um longo período de contestação e resistências populares, principalmente após o maio de 1968, observamos nas últimas décadas o surgimento de um novo modelo econômico – o neoliberalismo. Visto aqui como um projeto político, o modelo neoliberal produziu a intensificação das desigualdades e da exclusão social (Laval, 2018). O neoliberalismo, enquanto racionalidade política, transforma não apenas a Economia e o Estado, mas também estende “a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (Laval, 2018 p. 07), produzindo efeitos excludentes.

Considerando tais questões, o presente artigo pretende realizar uma análise teórico-crítica dos discursos que circulam a respeito das pessoas que usam drogas e sua relação com o contexto neoliberal. A hipótese levantada é de que há um alinhamento entre o discurso neoliberal e a lógica de funcionamento das Comunidades Terapêuticas (CTs).

Entende-se que tal alinhamento possibilitou a expansão das CTs nas últimas décadas e consequentemente sua inserção nas políticas públicas destinadas a pessoas que usam drogas. Para sustentar as hipóteses levantadas, contextualizamos inicialmente as transformações sociais ocorridas após o capitalismo industrial e a atualização da figura da anormalidade. Em seguida, analisamos os efeitos sociais e subjetivos do modelo neoliberal e sua relação com as políticas para pessoas que usam drogas. Por último, realizamos um resgate dos fundamentos que embasaram o surgimento, ascensão e manutenção das CTs e sua lógica asilar.

Controle Social e o Território dos Anormais

Foucault 1978-1979/2005 analisa como o regime disciplinar tornou-se a principal forma de exercício do poder no capitalismo industrial, especialmente na passagem do século XVIII para o século XIX. Produziu-se um novo discurso, agora não mais da lei ou da regra jurídica – mas aquele das ciências humanas que se constituirá como norma. O biopoder passa a circular, funcionando em rede, tornando o homem um dos seus primeiros efeitos ao exercer um controle e uma gestão sobre sua vida, seu corpo e suas práticas. Nessa lógica, o poder não se limita apenas a reprimir, mas busca regular e disciplinar os corpos, moldando-os de acordo com normas e padrões estabelecidos. O homem se torna um sujeito biopolítico, inserido em um sistema de poder que visa não apenas a sua obediência, mas também a sua produtividade e adaptação aos valores e interesses dominantes. O biopoder, assim, se estende além das instituições tradicionais de controle, como o Estado e as instituições disciplinares, alcançando os próprios corpos e subjetividades dos indivíduos, moldando suas vidas e suas identidades. Em *O Nascimento da Biopolítica* o autor identifica o biopoder como uma tecnologia de poder fundamental para a construção e desenvolvimento do capitalismo na sociedade contemporânea (Foucault, 1978-1979/2005).

Nesse contexto, torna-se fundamental a análise dos modos de governamentalidade liberal e a exploração das racionalidades políticas que abordam as questões relacionadas à vida e à população. A Biopolítica ancora-se em uma tecnologia de poder que se concentra na promoção da vida, buscando maximizar a eficácia das ações governamentais por meio da intervenção

reguladora nos diferentes grupos sociais (Foucault, 1978-1979/2005). Produz-se um ideal regulador, estabelecendo fronteiras entre práticas tidas “inteligíveis”, lícitas e reconhecíveis. As demais tornam-se práticas consideradas ininteligíveis, ilícitas e abjetas, as quais constituem o território dos anormais (Foucault, 1974-1975/1999).

Dentro do território dos anormais, a “doença do vício” (Carneiro, 2002) foi uma construção da medicina moderna. Somente com o argumento da “racionalidade” foi possível uma longa empreitada, uma cruzada científica, moral e social contra determinados grupos que consomem drogas (Carneiro, 2002). Porém, foi preciso um entrecruzamento discursivo para legitimar o controle dos corpos que ameaçavam a racionalidade econômica da época. Coube ao psiquiatra franco-austriaco *Bénédict-Augustin Morel* construir o elo discursivo que faltava.

Morel soube captar muito bem o “*Zeitgeist*”, o espírito de sua época. Em sua obra *Traité des dégénérescences physiques* (1857), incluiu o consumo excessivo de determinadas substâncias na sua teoria da degeneração hereditária.

(...) a ideia mais clara que nós poderíamos formar da degenerescência da espécie humana é de representá-la como um desvio doentio de um tipo primitivo. Este desvio, por mais simples que possamos supô-lo na sua origem, traz em si, todavia, elementos de transmissibilidade de uma tal natureza, que aquele que porta o germe torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e o progresso intelectual, já travado na sua pessoa, encontra-se ainda mais ameaçado na dos seus descendentes (Morel, 1857, p.5).

A noção de degenerescência cai no gosto das ciências e da lógica econômico-social da época. Agora, já se torna possível naturalizar os conflitos sociais e, ao mesmo tempo, atribuir ao resultado de uma "escolha moral indevida" determinados comportamentos-problema. Imprevidência, libertinagem, concubinato, prostituição, consumo excessivo de drogas, todos estes comportamentos poderiam ser devidamente relacionados à ausência de valores morais e burgueses: previdência e espírito de economia, temperança, sentimento religioso, respeito aos 'superiores', gosto pelo estudo, respeito e apego a uma vida familiar (Foucault, 1974-1975/1999).

Assim, primeiro o alcoolismo, depois a drogadição foram associados à “degenerescência”, à degradação física, psicológica e moral que, no espírito da época, poderia ser adquirida e transmitida à prole (Sournia, 1986). Após a publicação do *Traité des dégénérescences*, rapidamente se intensificou a disciplinarização dos corpos, a medicalização das populações e, por conseguinte, a medicina social se expandiu. A teoria da degenerescência tornou possível supor a “deterioração racial” e afirmar os riscos da procriação de filhos de bêbados, homossexuais, viciados, loucos, entre outros (Foucault, 1976-1984/2014), ampliando a vigilância social.

Nessa direção, a teoria da degenerescência e as mudanças sociais e culturais instauradas pela revolução industrial produziram (e ainda produzem) transformações na relação dos sujeitos com as substâncias psicoativas. Porém, segundo Foucault (1970-1984/2014), com o tempo foi necessário cada vez mais operar por meio de mecanismos sutis de controle e disciplina. Os discursos de poder – como a medicina, a psiquiatria e a educação – passaram a moldar os corpos e subjetividades de maneira apropriada às normas vigentes, sendo o controle disciplinar internalizado (Foucault, 1970-1984/2014).

Na racionalidade neoliberal não se trata mais da regulação de comportamentos externos, mas, principalmente da vigilância e gestão de pensamentos, desejos e identidades. Na nova "gestão dos corpos" as estruturas de poder se atualizaram, influenciando nossas experiências (Safatle, 2022). Ao mesmo tempo que alcança um nível mais íntimo e subjetivo, o discurso neoliberal tenta um alcance universal, globalizado, uma inflexão discursiva que tenta regular todas as relações, produzindo uma fratura do laço social.

Neoliberalismo: um modelo de economia subjetiva

Na metade do século XX surgiam os primórdios do que seria um novo modelo ideológico e político: o neoliberalismo. Inicialmente ocorreu uma ofensa frontal às políticas de Estados do Bem-Estar, descritas como centralizadoras e burocráticas. Constituiu-se, então, uma reação à ameaça da política keynesiana, no pós-guerra, que incentivava o fortalecimento das políticas de proteção e assistência estatal.

Até então a igualdade social e sua gradual conquista legitimava a realocação de recursos para políticas públicas. O imposto progressivo não era um valor questionado publicamente e circulava a narrativa de que a desigualdade social era, de algum modo, resultante indesejável das sociedades de mercado, que deveria ser corrigida pelas políticas de Estado. Em sentido contrário, afirmava-se que os esforços para criar uma sociedade mais igualitária seriam contraproducentes e moralmente corrosivos e que o mercado asseguraria que todo mundo viesse a receber o que merece. As tentativas de produzir igualdade social eram consideradas injustas porque oneravam os vitoriosos no mercado e premiavam os fracassados (Dardot e Laval, 2015).

Para Harvey (2014), o neoliberalismo não se resume a uma política econômica conservadora – que visa em última instância reduzir os gastos sociais. Mais que isso, há uma mudança profunda na maneira de ser e de pensar dos sujeitos e das coletividades, constituindo o discurso das liberdades individuais. Internalizam-se e se reproduzem narrativas de sucesso ou fracasso, de modo que os ricos ficam convencidos de que adquiriram sua riqueza por mérito, ignorando privilégios estruturais – acesso a educação de qualidade, herança, classe social – que garantem a perpetuação das desigualdades. Por sua vez, as pessoas em situação de vulnerabilidade começam a culpar-se por seus fracassos, mesmo quando pouco podem fazer para mudar as circunstâncias de suas vidas.

O que nasceu como a face mais perversa do modo de produção capitalista tornou-se no início do século XXI uma racionalidade – Pierre Dardot e Christian Laval analisam como a racionalidade neoliberal estendeu “a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (Dardot & Laval, 2016 p.07). Desse modo, para existir, o neoliberalismo precisou tecer a construção de um novo modo de ser e de pensar que redefiniu as relações sociais.

Em pouco tempo as implicações da racionalidade neoliberal se dão a ver na dinâmica dos laços sociais, precarizando as relações sociais e transformando nossa forma de viver e também de sofrer. Fundamentada na noção de discurso neoliberal desenvolvida por Foucault, Sandra Caponi (2018) destaca como o neoliberalismo transforma todos em capital humano – a empresa torna-se um modelo para as ações humanas. Todos os aspectos da vida, seja no âmbito individual, familiar

ou social, passam a ser analisados a partir da ótica empresarial da “oferta e demanda”, da busca pelo lucro, de ganhos e/ou perdas.

O princípio neoliberal de cortar e limitar gastos sociais em áreas que não geram lucro rápido ou certo estendeu-se aos âmbitos pessoais; desde a escolha dos parceiros, número de filhos, investimento em educação, até os vínculos de trabalho que se transformam em *network*. Assim, o neoliberalismo impele a uma análise economicista do não econômico, sejam relações ou comportamentos, que passam a ser avaliados a partir de uma espécie de análise custo-benefício (Caponi e Daré, 2020).

Como vimos, o controle disciplinar precisou de atualização após as modificações no ordenamento social, principalmente com a ascensão do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*). E, para que o projeto neoliberal viesse a se firmar, foi necessário adentrar em um nível ainda mais profundo. Logo as transformações políticas efetivas não se davam mais apenas pelas modificações nos modelos de circulação de bens e de distribuição de riquezas, mas também por modificações na estrutura dos sujeitos, em seus modos de determinação, nos regimes de suas economias psíquicas e nas dinâmicas de seus vínculos sociais. Nesse sentido, Vladimir Safatle (2016) defende que uma transformação política não muda apenas o circuito dos bens, mas também o circuito de afetos que produzem corpos políticos, individuais e coletivos.

A "gestão dos corpos" no modelo neoliberal passa a concentrar-se então nas dinâmicas contemporâneas da sociedade por intermédio da gestão dos afetos, em que a conformidade sutil com as normas cria uma espécie de teia invisível que molda as subjetividades. As instituições tradicionais de controle social passam a envolver agora uma complexa rede de influências que operam a nível global (Safatle, 2016). Desse modo, há um “circuito de afetos” que alimenta um certo ritmo de nossos desejos e uma gramática das formas de sofrer que se naturalizou em nosso sistema de afecções.

Falar em circuito de afetos implica discutir a maneira como nossa coesão social e nossa adesão a formas de vida são construídas através da modalidade com que corpos são afetados por outros corpos, fantasias circulam entre indivíduos e sensibilidades são sujeitadas.

Em outras palavras, como sistema de reprodução material de formas de vida hegemônicas, as sociedades dotam tais formas de adesão de força ao produzir continuamente afetos que nos fazem assumir certas possibilidades de vida apesar de outras (Safatle, 2022, p.02).

Uma das questões colocadas pelo autor é: como podemos ser afetados de outra forma, desejar de outra forma e sofrer de outra forma? Só seremos capazes de desenvolver novas formas sociais ao sair da lógica dos circuitos dos afetos de sempre - outros corpos, com seus outros movimentos, e outras velocidades. Para essa mudança é necessária uma crítica que consiga articular experiência social e dinâmica subjetiva.

Em consonância com diferentes autores, afirmamos até aqui que a lógica do mercado e a busca pelo lucro moldam a estética e as experiências corporais, levando a certa padronização e homogeneização da existência humana. Nessa direção, a gestão contemporânea dos corpos está

intimamente ligada à mercantilização da vida, à medicalização excessiva e ao constante apelo ao consumo, que afetam profundamente nossa relação com nossos próprios corpos e identidades, mas também com os corpos e identidades dos outros (Neves, 2020). Há uma engrenagem que transforma o sujeito em capital humano. Todos terminam situados e localizados a partir da lógica de um valor agregado. Nesse jogo, há uma estratificação da existência em que alguns (muitos) são jogados para uma condição de humanidade subalterna.

Mbembe (2003) nos lembra que a atual hierarquização do humano – advinda do processo de colonização – produz a marginalização e o apagamento de determinados grupos populacionais. No processo de objetificação do outro, o usuário de drogas torna-se figura exemplar. Aires (2016) ajuda-nos em nossa argumentação ao sugerir que, após as mudanças ocorridas no século XXI, o usuário de crack torna-se uma das principais figurações do novo anormal, situando-se na fronteira da animalização.. Tendo como apoio tais reflexões, torna-se possível considerar que o destino do usuário de drogas é dependente do processo de entrecruzamento interseccional – raça; classe social; gênero; habitação; religiosidade, dentre outros.

É possível analisarmos até aqui que o cenário das políticas neoliberais é calcado no enfraquecimento das questões coletivas com aumento da culpabilização individual. A liberdade é, então, entendida como não-interferência, associada ao crescimento do mercado e à desresponsabilização do Estado em torno das políticas sociais. É nesse cenário que as Comunidades Terapêuticas (CTs) ganham espaço no campo público para tratar das questões relacionadas a pessoas que fazem uso de drogas.

Comunidades Terapêuticas e a gestão da diferença

Como se organizam as CTs no modo de funcionamento da racionalidade neoliberal? Para responder a essa questão é fundamental entendermos o contexto em que essas instituições surgem, os fundamentos e os discursos que as sustentam. Desse modo, cabe abordar brevemente o proibicionismo, entendido como uma engrenagem complexa que envolve diferentes forças. Percebe-se na lógica proibicionista um alinhamento discursivo que legitima diferentes práticas, desde a intervenção higienista a um (suposto) vício ou desvio moral até à legitimação de ações punitivas. Em relação aos discursos sobre o uso de drogas, Meirelles (2017, p. 123) afirma que há:

[...] quatro tipos de argumentos: o moralista, o de saúde pública, o de segurança pública e o de segurança internacional. O uso de drogas seria um desvio de conduta (moral) que levaria a um problema geral de vício e degradação pessoal e social (saúde pública); como as drogas proibidas continuariam consumidas haveria a formação de um mercado ilícito (segurança pública) que ganharia, como narcotráfico, contornos de problema global (segurança internacional) (Meirelles, 2017, p. 123).

Assim, o proibicionismo reafirma o discurso moral e o discurso biomédico a respeito das pessoas que usam drogas, legitimando as intervenções de controle social em sua dimensão jurídico-punitiva. No Brasil, o Programa “Crack é possível vencer” foi o maior exemplo do alinhamento dessas forças em âmbito nacional, tendo sido influenciado pelos tratados

internacionais de combate às drogas. A grande referência do programa foi a figura de anormalidade do usuário de crack, na tentativa de reafirmar a narrativa de “epidemia das drogas”. Lembremos também o discurso midiático que, desde a década de 1960 (*war on drugs*), produz a narrativa e reforça a ideia de perda de controle e irracionalidade dos usuários de drogas ilícitas (Wurdig, 2014).

Para compreender o discurso moral que justifica e atravessa as práticas nas CTs é fundamental lembrar que a noção de risco social está associada não somente à dimensão dos prejuízos decorrentes de um consumo problemático, mas principalmente ao suposto risco moral para toda a sociedade. Sobre este tema, sabemos que o discurso de risco moral direcionado a determinadas populações não é novo. Ao codificar a loucura – pela criação e classificação de doenças e pela criação de uma noção de periculosidade – a Psiquiatria, aliada ao Direito, operou, desde o início, em prol da higienização social. Foi possível definir quem está apto a viver em sociedade e quem, pelo contrário, deveria ser confinado (Foucault, 1974-1975/1999).

Joel Birman (1992) discorre de forma clara como a construção da ideia de irracionalidade – advinda principalmente do imperativo da racionalidade iluminista – produziu a noção de periculosidade e desvio moral associada à figura do louco. Só assim foi possível legitimar as práticas de exclusão, segregação, silenciamento e apagamento da loucura.

No que se refere aos usuários de substâncias psicoativas, o processo de higienização ocorre de forma semelhante, mas por outros dispositivos e discursos. No hospital psiquiátrico, a partir de Philippe Pinel, a base do tratamento moral apoiou-se no discurso científico (Foucault, 1961/2020). Já em relação às CTs, a fundamentação moral judaico-cristã é sua base desde o início (De Leon, 2014). Porém, como veremos a seguir, ocorreu uma associação entre o discurso científico e o discurso religioso.

O movimento internacional das CTs relaciona a origem das CTs de hoje ao movimento homônimo de democratização da psiquiatria proposto por Maxwell Jones no período do pós-guerra (De Leon, 2000). Porém, alguns autores, como Meirelles (2017), sugerem que os alicerces das Comunidades Terapêuticas podem ser observados anteriormente às discussões da reforma psiquiátrica – desde os Movimentos de Temperança do século XIX. Pregava-se desde aquela época um resgate da moral pela retomada dos “bons costumes cristãos”. Porém, para a autora, essa contradição histórica não foi construída por acaso, pois há influências dos dois modelos na concepção de CT do século XXI.

No primeiro caso, [movimento proposto por Maxwell Jones] a ideia é de tratar a mente através da ciência, mais precisamente da psiquiatria. No segundo, verificamos a conotação de um resgate da moral e dos costumes cristãos, da vida controlada pelo espírito. As primeiras CTs imprimiram, de certa forma, um pouco dessas duas visões, uma confluência que perdurou em alguns modelos e que ainda hoje se pode observar nos formatos regulamentados, em que a espiritualidade é considerada como peça-chave no tratamento da doença (Meirelles, 2017, p. 131).

Houve a influência de outros grupos criados em meados do século XX: o grupo de Oxford, o modelo Minnesota Alcoólicos Anônimos (AA) e o modelo Synanon são considerados

precursores das CTs tradicionais. O grupo de Oxford tinha como propósito principal o resgate dos princípios cristãos, influenciando o modelo dos doze passos do AA. O modelo Minnesota (AA) surgiu na década de 1930, quando Bill Wilson e Bob Smith fundaram um programa com o objetivo de ajudar pessoas com problemas de alcoolismo (Meirelles, 2017).

Os doze passos foram formulados por seus fundadores, com base em suas próprias experiências e nas experiências de outros membros do programa. Wilson e Smith inspiraram-se em ideias e princípios de grupos religiosos, incorporando elementos de terapias e filosofias da época. Já o Synanon incluiu o formato residencial, a laborterapia e o incentivo a um novo estilo de vida a partir da aplicação de determinadas práticas e rotinas (De Leon, 2000).

No Brasil, a primeira CT foi estabelecida em Goiânia, no ano de 1968, por um casal de pastores, sendo denominada Movimento Jovens Livres (Brasil, 2019). A deficiência de políticas públicas de saúde até os anos 1980 – junto com a carência de propostas outras de tratamento para usuários de drogas – possibilitou a emergência das CTs no país por volta da década de 1970, tendo seu maior crescimento nos anos 1990. Coincidentemente, neste período ocorreu a intensificação do modelo neoliberal no país (Boarini; Bolonheis-Ramosa, 2015).

Sabe-se que a América Latina foi o grande laboratório do modelo neoliberal. E, não por coincidência, até a década de 1980 a função religiosa evangélica na região mantinha-se afastada da arena pública. Porém, a partir da referida década, os grupos religiosos, principalmente os neopentecostais, propõem uma nova teologia da prosperidade e o discurso de defesa dos “valores morais tradicionais” começa a ganhar força no sistema político do país (Mariano, 2011).

Nesse ponto cabe lembrarmos que a captura dos serviços públicos pela religião não é nova, visto que as religiões ocidentais foram por muito tempo detentoras do conhecimento e responsáveis pelos dispositivos de saúde, tais como casas de misericórdia, santas casas, hospitais psiquiátricos, entre outros. Essas instituições realizaram então um papel estatal de amparo e cuidado aos grupos desamparados e excluídos socialmente (Ribeiro & Minayo, 2015). O discurso judaico-cristão também se fez presente nas prisões, quando práticas religiosas, em conjunto com a reclusão e um trabalho intenso sobre a “alma” dos presos, buscavam gerar a transformação moral destes (Foucault, 1987).

Com o tempo, o discurso religioso ganhou um lugar privilegiado e, mesmo após a ascensão da psiquiatria e do discurso médico de controle dos corpos, ainda faz parte das intervenções no campo da saúde, educação e assistência social (Ribeiro & Minayo, 2015). Atualmente, é possível perceber que, mesmo após as transformações sociais e históricas, a lógica de modificação moral através da expiação permanece, tanto nos presídios, com a visita dos neopentecostais (Silva, 2021), quanto no interior das CTs.

O processo de cruzamento de diferentes lógicas, discursos e modelos transformou as CTs em um grupo relativamente heterogêneo (Febract, 2012). Porém, há uma racionalidade que as aproxima. A atuação dessas instituições, dentro e fora dos seus muros, fundamenta-se na lógica da abstinência e da internação compulsória, sendo seu modo de funcionamento/tratamento calcado no tripé: trabalho, disciplina e espiritualidade (INPE, 2017).

A internação compulsória constitui-se como ato de internação involuntária em determinada instituição, executada por ação dos meios jurídicos e deveria ser um recurso extremo, a última

estratégia de cuidado. Contudo, a internação compulsória, em estreita relação com o recurso às CTs, é uma prática legitimada por um conjunto de discursos: jurídico, médico e moral, sendo amplamente utilizada. Nesse contexto, reconhece-se a demonstração de força das ações de segurança pública em conjunto com o poder biomédico e confunde-se uma narrativa de cuidado em saúde com uma correção moral.

Segundo o Índice Global de Políticas de Drogas, o Brasil é o país com a pior política de drogas do mundo (Ponte, 2021). O referido estudo avaliou cada país em diferentes eixos, como sistema criminal de justiça; redução de danos; acesso a políticas de saúde e combate repressivo às drogas. O relatório mostrou que nos países onde a desigualdade é menor as políticas de drogas são mais avançadas. Uma das hipóteses levantadas para estarmos na lanterna é que as políticas sobre drogas adotadas no país são fundamentadas na repressão e controle.

A necessidade de articulação e diálogo entre diferentes políticas públicas, em um alinhamento discursivo direcionado para promoção da proteção social tornou-se um dos nossos maiores desafios. Mesmo após a ascensão de um novo governo de base popular em 2023, que defende a diminuição das desigualdades sociais através do fortalecimento e amparo estatal, percebemos incoerências profundas entre as políticas de Segurança Pública, Saúde e Assistência Social.

Para poder receber verbas públicas as CTs precisam seguir uma lista de normas dos órgãos reguladores e de fiscalização para poderem estar aptos a fazer uso de recursos públicos. As principais determinações estão na Resolução da Diretoria Colegiada 29 (RDC) () da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de 20 de junho de 2011. Porém, na prática, pesquisas mostram que as CTs encontram brechas no texto da resolução para não cumprir à risca o que é determinado pelo órgão regulador (IPEA, 2017; Weber, 2019).

Grande parte das instituições filantrópicas destinadas ao tratamento de pessoas que usam drogas podem ser compreendidas como “Comunidades Terapêuticas”, mas utilizam diferentes nomeações – clínica de reabilitação, centro de recuperação, clínica de tratamento, casa de passagem, entre outros. Muitas destas são associadas a grupos religiosos, especialmente igrejas pentecostais e neopentecostais (Febract, 2012).

É possível supor que há um interesse, por parte de determinadas associações religiosas, para que haja incentivos para o crescimento e multiplicação das CTs. Mais que isso, é fundamental entendermos o lugar do pentecostalismo e neopentecostalismo na lógica neoliberal. Para Cortês (2017), a nova proposta da gestão da diferença não é mais de corrigir os indivíduos, eliminando sua indesejável diferença, mas sim administrar para que desempenhem uma função dentro da racionalidade neoliberal, em uma perspectiva de objetificação do outro. Do ponto de vista prático, essa hipótese foi analisada pela autora no caso dos pregadores da fé – antes internos das comunidades terapêuticas, agora apropriados pelas igrejas pentecostais e neopentecostais.

Outro exemplo prático, analisado por Parra, Morais e Augusto (2022), é o caso da Cracolândia na cidade de São Paulo. A questão levantada e assertivamente analisada é se, ao invés de uma abordagem equivocada do Estado, a(s) Cracolândia(s) não seriam uma estratégia bem desenhada para produzir exatamente os efeitos que estamos vendo. Talvez, as ações errantes da segurança pública, em conjunto com agentes técnicos de internação compulsória, sirvam para

alimentar as engrenagens econômicas e políticas de determinados grupos (a exemplo da especulação imobiliária e das CTs) que se beneficiam continuamente com a manutenção do fenômeno “Cracolândia”.

Os impactos do discurso neoliberal nos modos de organização econômica que regulam trabalho e mercado vão ser sentidos de diversas formas nos diferentes grupos sociais. Se colocarmos a nós mesmos e a nossas relações sociais sob uma perspectiva empresarial, utilizando uma compreensão hierárquica de capital humano, haverá populações que serão exploradas sem um limite definido. Uma exploração justificada e legitimada por um conjunto de discursos que transformam determinados grupos – como os usuários de drogas que circulam pela Cracolândia – abaixo do considerado humano.

Apesar da globalização do neoliberalismo, este se apresenta de diferentes formas em cada contexto social. No Brasil, os efeitos da racionalidade neoliberal são os efeitos de um país escravista, elitista, patriarcal e oligárquico, no qual apenas se esboçou, por alguns anos, o incremento de políticas de um Estado de bem-estar social.

Percebemos em nossa análise que um contexto de fragilização do amparo estatal é terreno fértil para a ascensão de instituições que fundamentam-se em práticas de controle social, como as comunidades terapêuticas. É possível supor então que a expansão das CTs foi possível graças ao alinhamento de quatro discursos principais: (a) discurso médico-psiquiátrico; (b) valores morais cristãos; (c) discurso de segurança pública; (d) racionalidade neoliberal.

Considerações finais

O modelo escolhido de intervenção ao uso de drogas resultou em um ciclo de violência e exclusão. Optou-se por um modelo de intervenção punitivo, direcionado a determinados grupos socialmente desamparados e vulnerabilizados. Essa escolha contribuiu para a escassez de investimentos em políticas públicas, a precária criação de oportunidades de trabalho e renda, o desamparo estatal, o acirramento das desigualdades e o conseqüente número de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas.

É momento de repensar a abordagem proibicionista, de modo a priorizar a saúde pública e considerar os aspectos sociais e econômicos subjacentes ao consumo de substâncias. Para isso, é indispensável compreender que o poder está intrinsecamente ligado aos discursos de saber, e que é possível contestar e transformar verdades estabelecidas por meio da construção de novas narrativas.

Cabe destacar que o contexto neoliberal tem intensificado as desigualdades e a exclusão social, afetando também a forma como as políticas para pessoas que usam drogas são desenvolvidas. Logo, é importante a análise crítica dos discursos que circulam em torno do uso de drogas e sua relação com o neoliberalismo. Como vimos, no contexto do neoliberalismo, que enfatiza a liberdade individual, a responsabilidade pessoal e a redução do Estado de bem-estar social, as CTs surgem como uma alternativa de tratamento. A crescente expansão dessas instituições, geralmente geridas por organizações privadas ou religiosas, reflete a redução do papel do Estado na provisão de serviços de saúde mental e a transferência da responsabilidade para organizações privadas. Portanto, a

relação entre neoliberalismo e comunidades terapêuticas envolve questões de acesso igualitário aos serviços de saúde mental, responsabilidade do Estado e proteção dos direitos individuais.

Como disse o Redutor de Danos “Dentinho”: “a violência contra o outro é também violência contra mim” (Uwai, 2023). Então, jamais nos esqueçamos que a violência da racionalidade neoliberal é também uma violência contra todos.

3 ARTIGO III – ARTIGO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Efeitos das políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas: o caso das comunidades terapêuticas

1. Introdução

O consumo de drogas na atualidade é fonte de debates e intervenções em diferentes campos de poder e saber. As políticas de gestão, cuidado e controle das Substâncias Psicoativas (SPAs) possuem uma longa história de contradições, interesses e discursos que modelam nossa atitude frente às pessoas que usam drogas.

O conceito de droga só existe pela relação que estabelecemos com determinado objeto. Desse modo, toda substância natural ou sintética que em contato com um organismo venha a produzir modificações no comportamento, estrutura ou funcionamento é considerada uma droga ou SPA (OMS, 1993). Contudo, a relação estabelecida com a substância ganha valor – negativo ou positivo – de acordo com referências culturais. Para grande parte das culturas seria difícil pensar um enfrentamento a substâncias essenciais para manutenção e perpetuação da vida humana, visto que as drogas sempre fizeram parte das relações humanas e animais, podendo adquirir propriedades místicas, protetivas, medicinais, e/ou alimentícias (MacRae, 2021).

Cabe então destacar que a relação com as SPAs foi modificando-se ao longo dos tempos na cultura ocidental, a partir de um conjunto de formações discursivas, até chegarmos ao que nomeamos de “moral antidrogas”. Entendemos que essa atitude fundamenta e legitima as intervenções estatais e as políticas de cuidado para pessoas que usam drogas. No contexto atual brasileiro, as Comunidades Terapêuticas (CTs) têm ocupado lugar de destaque entre os serviços de atendimento a pessoas que usam drogas, recebendo apoio financeiro de entidades públicas e privadas.

Fundamentada nos princípios filosóficos e morais do Movimento de Oxford (EUA) na década de 1950, as CTs chegam ao Brasil no final da década de 1970 e em poucos anos espalharam-se por quase todos os estados do país (Febract, 2012; De Leon, 2014).

Considerando tal contexto, o presente artigo objetiva analisar os efeitos objetivos e subjetivos da experiência de internação em espaços fechados destinados ao tratamento a pessoas que usam drogas, nomeados de Comunidades Terapêuticas (CTs). Nessa direção, buscamos analisar o lugar das CTs na reprodução e manutenção de determinados discursos e interesses. Discutiremos, a partir das falas de pessoas que tiveram experiência como internos em diferentes comunidades terapêuticas, de que modo se entrecruzam diferentes saberes e poderes para legitimar práticas de punição e cuidado. E ainda, como tais práticas podem se confundir quando é instituída uma lógica (ou ética) de expiação.

Tais questões serão devidamente aprofundadas mais adiante. Para tecer as considerações e questionamentos aqui propostos nos fundamentamos na psicanálise, mas também na filosofia e na teoria política. Entendemos que não há distinção clara entre “dentro” e “fora”, “externo” e “interno” ao sujeito. Desse modo, singular não deve ser confundido com individual, e social não deve ser entendido como externo. Abandonamos a noção de “toxicômano” ou “dependente

químico”, originadas da psicopatologia, e utilizamos o termo pessoas que fazem uso de drogas.

Três hipóteses embasam o presente artigo: (i) as ações punitivas do estado e os equipamentos de cuidado fazem parte de uma única política; (ii) há uma relação imbricada entre discurso religioso, penal e médico-psiquiátrico; (iii) há uma gestão do sofrimento que privilegia determinados corpos, as quais serão brevemente apresentadas a seguir.

As políticas públicas e os equipamentos que possuem como objetivo principal o controle ou o cuidado a pessoas que fazem uso de drogas são, por vezes, distanciadas discursivamente. Tomemos como exemplo um programa nacional, relativamente recente, o “crack é possível vencer”, criado na década passada. O Projeto foi pensado e planejado para desenvolver intervenções em três eixos: Prevenção; Cuidado e Autoridade (Fiocruz, 2011). De forma mais prática: Educação; Assistência Social/Saúde e Segurança Pública. Apesar das tentativas de articulação dos três eixos, ao analisarmos atentamente o título do programa, este nos aponta um discurso de autoridade.

A dificuldade em estabelecer um direcionamento discursivo e ético único continua presente na formulação e implementação das políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas. Recentemente tem se tornado cada vez mais notória a discordância entre Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social a respeito do financiamento público das Comunidades Terapêuticas ou a qualificação da Política de Atenção Integral a pessoas que fazem uso de Drogas (Monterastelli, 2023).

Está em jogo não apenas a destinação de verbas para um ou outro equipamento, mas a aposta em um modelo asilar ou em um modelo substitutivo. Nesse sentido, é importante retornar às bases e princípios das CTs para entendermos sua função social e política atual.

O Investimento financeiro no modelo asilar é também o investimento em um discurso moral. Ao mesmo tempo em que se consolida a segregação da figura do usuário de drogas no corpo social, dá-se o retorno de uma suposta assistência por parte do estado àqueles que “se perderam no mundo das drogas”. Os efeitos sociais dessa formação discursiva são percebidos na materialidade dos corpos daqueles que fazem uso de substâncias psicoativas, principalmente ilícitas.

A moral antidrogas produz um questionamento da moralidade dos usuários de determinadas substâncias e provoca a circulação de certo imaginário, claramente explicitada na figura do usuário de crack. Em seu exame arqueológico da ordem dos discursos no ocidente Michel Foucault discute a exclusão de determinados grupos de pessoas da condição de humanidade a partir de um aparato médico-psiquiátrico, educativo e jurídico (Foucault, 2012). A criação da figura do anormal – em suas três representações: monstro, incorrigível e masturbador – passou a justificar as políticas de interdição, segregação e controle ao produzir um dos afetos políticos mais antigos: o medo.

As figuras do anormal são construções discursivas, desse modo, dependentes do tempo e do laço social, cujo efeito se mantém constante exclusão e controle. Nessa linha argumentativa, Aires (2016) sugere que, após as mudanças ocorridas no século XXI, o usuário de crack torna-se uma das figurações do novo anormal.

Nasce então a necessidade de um novo tipo de gestão dos corpos. Não mais apenas pela

via direta e exclusiva da coerção, mas pela gestão do sofrimento. E, por consequência, ocorre a precarização de determinados grupos, agora desamparados pelo estado. Em sua análise crítica das estruturas de poder e controle na sociedade Foucault argumenta que, ao longo da história, as instituições sociais desenvolveram formas de disciplina e regulamentação que moldam e controlam os corpos individuais. O poder passa a se manifestar então não apenas de forma coercitiva, mas também por meio de práticas disciplinares que moldam os corpos e as subjetividades, criando uma governança invisível e internalizada que permeia as vidas das pessoas. Essa análise crítica da gestão dos corpos é fundamental para compreender as dinâmicas de poder e controle na sociedade moderna.

Apesar da lógica atual de gestão e controle dos corpos, as políticas de cuidado a pessoas que usam drogas vêm passando por muitas transformações. Especialmente nos últimos anos com os movimentos democráticos, como a luta antimanicomial e a luta antiproibicionista que impulsionaram e continuam impulsionando o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. A política de cuidado das instituições tutelares – hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas (CTs) – passa a enfrentar questionamentos de ordem humanitária, clínica e ética. Uma rede de serviços substitutivos é criada e outra lógica de cuidado é proposta.

Côrtes (2017) considera que, na lógica atual de gestão dos corpos as pessoas não são mais levadas a "atingirem o ideal de um dever ser, mas conduzidos a se tornar aquilo que já são e não poderão nunca mais deixar de ser." (p. 11), de tal modo que alguns corpos podem não ser aproveitados. Nesse caso, resta sua eliminação. A respeito dessa problemática, é fundamental o conceito de necropolítica desenvolvido por Achille Mbembe – o necropoder se exerce como matar e deixar morrer, há corpos matáveis e corpos não-matáveis (Mbembe, 2019). Podemos supor então que o usuário de substâncias – sob um imaginário de usuário de crack – passa a ter dois desfechos: ser aproveitado de algum modo pela lógica neoliberal ou ser exterminado pelas ações necropolíticas do estado. Diante dessas questões, a pesquisa realizada tentou escutar esse sujeito sobrevivente.

2. Método

Realizamos uma pesquisa exploratória e descritiva com enfoque qualitativo. O estudo foi feito no município de Vitória da Conquista, estado da Bahia. O município possui uma estimativa populacional de 343 mil pessoas; terceiro município mais populoso do estado, polo de referência econômico e industrial da região, foi ainda eleito em 2021 a segunda melhor cidade do Nordeste para se viver. Apesar disso, quase 40% da população sobrevive com até meio salário-mínimo mensal, índices de violência urbana são elevados e há baixa cobertura de atenção básica à saúde (IDGM 2021; IPEA; 2021; IBGE, 2023).

O *locus* de estudo escolhido foi o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas – CAPS Ad III. Espaço atual inaugurado em 2015 com a qualificação para serviço 24 horas, conta com um total de 15 leitos para acolhimento noturno. O serviço faz acompanhamento de pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com problemas decorrentes do uso de SPAs. Em seu funcionamento padrão atende em média 300 pessoas semanalmente (Brito et al., 2018). Possui espaço para realização de oficinas e grupos terapêuticos, refeitório, salas de atendimento individuais, farmácia com dispensação de medicamentos, dormitórios, entre outros. Equipe

interdisciplinar composta por médico-psiquiatra, psicólogos, assistente social, enfermeira, educadores sociais, técnicos de enfermagem e equipe administrativa.

Para produção de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas. As entrevistas ocorreram dentro do espaço físico do CAPS Ad III, em sala fechada, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações colhidas e a privacidade dos participantes. Foi realizado reunião com a gerente do serviço para apresentação do projeto de pesquisa. Em outro momento foi realizada apresentação em assembléia geral, onde também foi realizado convite aos usuários participantes, conforme critérios de inclusão. O estudo contou com a participação voluntária de seis pessoas acompanhadas pelo serviço, que tiveram experiência de no mínimo três meses em Comunidade Terapêutica. Foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os participantes. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (protocolo nº 5.321.219).

Devido à ausência de dados oficiais, não sabemos a quantidade de CTs ou instituições congêneres na região pesquisada. Porém, o município de Vitória da Conquista possui diferentes grupos e instituições vinculadas aos Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA) (AA, 2023; NA, 2023). Oficialmente, pelos registros da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), há apenas uma instituição credenciada (Febract, 2023). Cabe pontuar que para o credenciamento na Febract é necessário seguir um conjunto mínimo de normas sanitárias, conforme a Resolução nº 29 da Anvisa (Ministério da Saúde, 2011).

A composição da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do município e região, considerando os serviços que seguem os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, é composta por 44 equipes de estratégia de saúde da família, representando 48% de cobertura de atenção básica (considerada baixa); quatro equipes originalmente do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Em relação aos serviços especializados, o município conta com Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; CAPS Ad III; CAPS Infantojuvenil; Unidade de Acolhimento Infantojuvenil; Hospital Geral (Plano de Desinstitucionalização da Bahia, 2018; Plano Estadual de Saúde 2020).

Há ainda um anexo ao Hospital Geral que realiza internações psiquiátricas e recebe pessoas do município e região, incluindo aquelas que fazem uso de SPAs (Plano de Desinstitucionalização da Bahia, 2018). Chama a atenção, além da baixa cobertura da atenção básica, considerando a população do município, a ausência de um CAPS 24h, equipamento estratégico no processo de reforma psiquiátrica. De acordo com o Plano Estadual de Desinstitucionalização a implantação do serviço foi aprovada desde 2018.

Sobre a análise de dados produzidos, optamos pela análise de discurso, tendo como base as contribuições de Michel Foucault (2003). Nesse sentido, consideramos que o discurso ordena, organiza e estrutura o conhecimento e as práticas em determinado momento histórico e social. Os discursos são analisados então não como conjunto de signos, mas sim conjuntos de acontecimentos discursivos, produzidos na dinâmica das relações de poder (Foucault, 2007).

3. Resultados e Discussão

A partir da análise das entrevistas emergiram três eixos de análise que serão apresentados na ordem: (a) Laço Social e consumo de Substâncias Psicoativas; (b) Práticas Clínicas e Tratamento Moral; (c) Implicações da experiência de internação. No primeiro eixo foram analisadas as falas dos entrevistados sobre a relação com o consumo de substâncias psicoativas e sua inscrição no laço social. No segundo momento discorreremos sobre os enunciados relacionados à dimensão “clínica” das práticas vivenciadas nas CTS; e, por último, os efeitos da(s) experiência(s) de internação.

Iremos apresentar um pouco, ou um mínimo, da história de vida das pessoas entrevistadas. Todos receberam nomes fictícios, de origem indígena, do tronco Macro-Jê (Pataxó, Ymboré, Kamakan), principal grupo que habitava a região, antes de serem expulsos ou exterminados pelos brancos (Carvalho, 2021). Cada nome representa um animal, que, conforme tradições dos povos antigos, possui uma característica principal, chamados “animais de poder”. Assim, foram representados por: “Mahan” (peixe) significando leveza, fluidez; “Uanki” (sapo), resistência, superação; “Toko” (coruja), sabedoria; “Ipakéi” (borboleta), metamorfose; “Guará” (lobo), coletividade; “Nakuru” (coelho), esperteza.

À época que foi realizada a entrevista possuíam idade entre 33 e 54 anos; cinco homens autodeclarados pardos e uma mulher autodeclarada branca (Ipakéi), todos solteiros(a), com exceção de Maham, declarado em união estável. Duas pessoas tinham renda fixa, os demais sobreviviam com 400 reais do programa de transferência de renda Bolsa Família e ocupações informais diversas, incluindo “corres na biqueira” – expressão usada para se referir à ida aos locais onde SPAs ilegais são comercializadas com o objetivo de comprar substâncias para outras pessoas que, na maioria das vezes, não querem colocar-se em risco. Todos os quatro citados afirmaram estar em situação de rua. Declararam escolaridade até ensino médio, quatro deles não completaram ensino fundamental; Guará chegou a frequentar uma universidade pública por um ano.

Com exceção de Maham, que estava há 18 anos no CAPS Ad, os demais referiram estar há menos de um ano; tiveram experiências em diferentes CTs, localizadas na região ou capital do estado, a maioria em mais de uma instituição. Um deles (Ipakéi) teve experiência em grande hospital psiquiátrico em outro estado. Todos tiveram como primeira e única referência de tratamento as CTs, somente depois conheceram a proposta dos CAPS. Sobre espiritualidade/religião declararam “acreditar em Deus”, com exceção de Ipakéi, de religião de matriz africana candomblé.

Quatro dos entrevistados estavam em acolhimento noturno (serviço 24h dos CAPS Ad III) que pelas diretrizes da política nacional é destinado a pessoas que necessitem de acompanhamento clínico e psicossocial mais intensivo. Seus projetos de vida e cuidado são singulares, porém, todos envolvem fatores psicossociais: “ter um emprego estável” (Nakuru); “quero retomar os estudos” (Maham e Guará); “cuidar da minha saúde física e mental” (Uanki); “poder morar sozinha” (Ipakéi); “só quero ficar bem e voltar pras ruas” (Toko). Considerar seus projetos de cuidado e desejos manifestos nos diz sobre as dimensões da falta de condições materiais e objetivas de vida, e desamparo(s), convidando-nos a (re)pensarmos nossas ofertas de escuta e os projetos terapêuticos propostos.

3.1 Laço Social e consumo de substâncias psicoativas

Nesse eixo de análise discorremos a respeito das falas dos entrevistados que remetem à inscrição no laço social e sua relação com o consumo de substâncias psicoativas. Desse modo, são analisadas as conexões entre as relações familiares, de trabalho, relações de amizade, o desamparo social/discursivo e o consumo de substâncias psicoativas.

3.2.1 Mau Uso de substâncias psicoativas

O início do uso de SPAs foi atribuído na literatura científica e senso comum a “amizades ruins”; “más influências”; “predisposição genética”; “família desestruturada”; “fragilidade emocional” (MacRae, 2021). Tais suposições foram e continuam legitimadas por diferentes saberes. Por sua vez, a divisão jurídico-penal “drogas lícitas e as drogas ilícitas” é legitimada por um discurso médico-sanitário: as drogas ilegais seriam potencialmente mais perigosas.

Porém, nas falas dos entrevistados, a distinção entre as substâncias não responde a essa categorização. A maior parte dos entrevistados relatou consumir múltiplas drogas – lícitas e/ou ilícitas, com início de consumo antes da idade adulta. Todos referiram uso de SPAs (legais ou ilegais) há muitos anos e identificaram uma relação problemática com substâncias específicas, com narrativas localizadas em um tempo e espaço definidos. O potencial de dependência de determinada substância foi relativizado, pois “depende da pessoa” (Guará). Situam, ainda, o tipo de consumo na fronteira entre a dimensão particular e singular, a partir de relações sociais e afetivas concretas.

Os cara diz assim: “rapaz você começou com crack foi?” Eu falei: “foi!” Porque... geralmente os cara começa na maconha. E maconha eu nunca gostei. Ai hoje o meu problema é álcool e cocaína (Maham).

Rapaz, eu sempre usei maconha, moço, pós o falecimento da minha avó paterna há... exatamente no dia dezesseis de outubro de noventa e seis. E... já veio a cachaça, da cachaça veio a cocaína, da cocaína veio o crack, do crack... que pensava que nunca ia largar! Foi a primeira droga devastadora que eu larguei, foi o crack, devastadora. Uns meses atrás, tendeu? (Guará).

Rapaz... eu mermo droga, maconha eu fumo desde os 10 anos, cocaína eu já cheirei muito, mas graças a Deus hoje eu não uso mais... crack eu já experimentei, mas não gostei. E hoje o que tá me prejudicando *era* o álcool... (Toko).

O consumo problemático foi relacionado em todas as falas a uma ou duas substâncias específicas. A fala de Maham reproduz o discurso da “escalada da dependência química”, onde a maconha é colocada como porta de entrada para as “drogas mais pesadas” – substâncias que, supostamente, possuem maior potencial de dependência”.

Foi observado critérios morais atribuídos a uma substância, porém, diferente da binaridade “drogas ilícitas x drogas lícitas”. Os entrevistados levam em conta sua relação com a substância, o contexto e seus vínculos.

Tipo assim... Sabe quando você tá numa sala como essa aqui e a luz apaga? E você fica sem direção? Me joguei no álcool, começava a beber, vai fazer 3 anos que tô aqui. Faz um ano e meio que amputei a perna, entendeu? (Uanki)

Pow, tudo que é merda que eu fiz na minha vida foi bebendo. Porque quando usava crack ficava com medo, não saía... ai o pó ficava acelerado por causa do álcool. Saía doidão, saía dirigindo, fazia merda. Arrumava confusão. (...) Aí diz que o álcool não é droga. Agora mermo tô morrendo de medo, é São João (Maham).

Por causa de um gole, eu quase perdi a minha vida, entendeu? Tudo acontece através do álcool, né? O álcool é a pior droga do mundo, é o álcool véi! Não é o crack, a cocaína, a maconha... É o álcool! (Guará)

O “III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira”, publicado pela Fiocruz em 2019, apontou o álcool como a substância mais problemática para a saúde pública no país. Em comparação ao consumo de substância ilícitas o uso problemático de álcool foi muito mais prejudicial (Bastos, 2017). O consumo problemático de álcool atualmente é considerado a primeira causa de mortes em jovens entre 14 e 24 anos (Datusus, 2023). Percebe-se um discurso recorrente a respeito da(s) cracolândia(s) nos grandes centros urbanos, locais geralmente centrais que se tornam cenário de uso de substâncias ilícitas (Wurdig, 2014). Porém, pouco se diz a respeito das “alcoholândias”, espaços (festas, festejos, praças, shows, bares) onde são consumidas quantidades altíssimas de bebidas alcoólicas, bem como não se problematiza a existência de um discurso midiático e social de incentivo para as pessoas consumirem bebidas em espaços festivos.

Como disse Maham, “tô morrendo de medo, é São João”; ou como explicou Uanki, com sua fala rebuscada sobre a complexidade da vida humana: “Logicamente e praticamente o álcool é a pior droga que existe na face da terra! Você compra em qualquer lugar”. Percebemos a incoerência da moral antidrogas: há uma rejeição a algumas substâncias, a penalização violenta de outras, e um incentivo social à comercialização e ao consumo do álcool. E por vezes não notamos que essas práticas são legitimadas direta ou indiretamente pelo discurso médico-psiquiátrico.

Consideramos que é fundamental uma análise mais profunda a respeito dos padrões de consumo do álcool na atualidade, ancorada em uma discussão crítica, que contemple a complexidade dos vínculos em torno da substância: condições sociais, rituais de uso, acesso e disponibilidade da droga, relações pessoais, entre outros. Dito de outro modo, é fundamental que tal análise seja feita a partir da singularidade de cada caso; da relação do sujeito não apenas com a substância, mas sim incluindo seus vínculos, conexões, amparos e desamparos⁵

3.2.2 Relações familiares, (des)amparos e afetos

Entendemos a instituição família como uma construção social, histórica e, também, moral. A noção de família mais conhecida atualmente é a do modelo nuclear consanguíneo (pai, mãe, filhos biológicos). Uma estrutura familiar que nasce antes da revolução industrial e avança

⁵ Para aprofundar a discussão sobre alcoolismo, cf. Oliveira, M. (2021). Nem saúde nem doença, hoje eu fico com o *feeling* do momento: uma proposta alternativa ao diagnóstico de alcoolismo. Revista *Lampejo* V 10, 2 34-43.

especialmente no século XX (Bruschini, 2013)

Atualmente, quando se pensa em família há um imaginário de pai, mãe e filhos vivendo sob um espaço protetivo para a reprodução saudável da vida, garantindo sua subsistência e perpetuação. Porém, no plano real há diferentes configurações familiares e muitas extrapolam as relações consanguíneas. Por fim, as relações intrafamiliares podem produzir ou reproduzir vários tipos de violências. No Brasil, o número de casos de violência doméstica vem aumentando nos últimos anos, com crescimento expressivo durante o período de pandemia (Ipea, 2022). As falas das pessoas entrevistadas nos mostram as incoerências e ambivalências das formações discursivas em torno da família.

Minha família me internou porque descobriu que eu tava usando maconha. Num sabe eles que me acabei foi no álcool e no pó (cocaína). E comecei depois que saí de lá do primeiro centro de recuperação. (Nakurú).

Você pega na rua, você vai pegar pessoas que tá com problema de família, outros fugiu, como se tivesse dando uma fuga. Então eles encontram no álcool uma solução (...) (Uanki)

Nas falas de alguns é possível analisar que apesar da ruptura de laços consanguíneos, outros vínculos podem ser estabelecidos, numa dinâmica transferencial.

Você vai pra sua classe de morador de rua. Ai você vai se juntar a eles... Ai se junta a eles pronto, tem álcool que você bebe, tem lugar que tem a turma da maconha que você quiser fumar maconha, tem a turma do crack que se você quiser fumar, você fuma, tem a turma da cocaína que se você quiser cheirar você cheira. Então ai é como a gente somos uma família. (Toko)

E minha família hoje que tá lado a lado mesmo é os pessoal morador de rua. Alguns mais perto, outros não sei se tá vivo ou morto. Minha família é o pessoal da rua véi! Eles tá comigo e eu tô com eles no melhor e nos pior momento. Não deixando a de sangue de lado. (Guará)

Toko em suas falas mostra a ambivalência de se morar na rua. Ao mesmo tempo em que há um desamparo social e estatal nítido, há um amparo afetivo e discursivo.

Porque principalmente a gente que tá no meio da rua. Que a gente tá no meio da rua, se a gente quer conversar, chega num ambiente pra lanchar, ninguém encosta de junto pra dar uma atenção. Se você chega pra tomar uma cerveja, tem alguém lá... sabe que você é morador de rua, já vai se afastando. Então, o que acontece? Você vai pra sua classe de morador de rua. (Toko).

A filosofia política moderna sustenta que não há política sem corpo, logo, é impossível descorporificar o social. Os vínculos do sujeito no meio social são marcados pela dinâmica de um corpo social que afeta outro corpo físico (Safatle, 2022). Porém, “apenas um corpo pode afetar outro corpo” (p. 05) assim o corpo físico do morador de rua afeta um corpo social que o repele “sabe que você é morador de rua já vai se afastando” (Toko). Mas como sabem que Toko

é morador de rua? Há um imaginário em circulação.

Se pensarmos que uma das figuras do anormal a partir do século XXI tornou-se o usuário de crack (Aires, 2016). E, ampliando esta análise, considerarmos que há um corpo que se enquadra no imaginário de usuário de crack, então é possível supor a tentativa de esconder esse corpo em determinados espaços sociais “Então, que discriminação é essa? A gente é ser humano!” (Nakurú). Esses espaços incluem alguns serviços de saúde. “(...) eu que já passei mal na rua por causa de álcool, ligar pro SAMU, o SAMU não vai buscar, porque é moradores de rua” (Toko).

Se entendemos os afetos como "modos de implicação e modificação dos corpos" (Safatle, 2022, p.03), é possível analisar um controle social via afetos, não apenas diretamente, através da coerção dos corpos. Logo, Toko “vai para sua classe de morador de rua”, Nakuru ao ter consciência da discriminação sofrida precisa reafirmar sua condição de humanidade. No meio social não há uma imposição frente aos seus corpos físicos, sim um circuito de controle através dos afetos. Porém, como veremos adiante, esse controle sobre o corpo físico pode ser muito coercitivo dentro de uma instituição.

O desamparo social e estatal institui um circuito de afetos e desamparos. O cuidado à saúde é indissociável da garantia dos direitos sociais mínimos.

Outra coisa também, falta de emprego, será que nosso Brasil tá precisando passar por isso? Ai dizem assim: tanto emprego, vai trabalhar! Vai trabalhar onde? Se falta emprego. (Toko).

Então... assim... moradia, trabalho, sociedade. É o seguinte, pra um ser igual a mim é muitos que tão aqui e no centro de recuperação, morador de rua, precisa sabe de que? ressocializar e ter um emprego, trabalho digno. Ninguém vai se manter sem emprego digno, pedindo, nada contra quem pede, entendeu? Primeiramente chama-se [pausa reflexiva] primeiramente, habitação, segundo emprego. Sem esses dois, nada do que tá sendo feito será feito lá fora, se você sai daqui e vai pra rua novamente. (Guará).

Não ter emprego implica (muitas vezes) não ter recursos suficientes para pagar por uma moradia. Não ter como pagar uma moradia implica morar na rua, que implica uma série de discriminações e violências, que implica a dificuldade de valorização, cuidado e escuta.

Analisamos então que os laços sociais são indissociáveis da política, do corpo, dos afetos – os afetos definem os modos de relações sociais. O afeto é a forma mais elementar de sociabilidade. É por intermédio das forças afetivas que se constroem laços inconscientes – há uma mobilização de estruturas inconscientes de memórias, fantasias, identificações e pulsões (Safatle, 2022).

É possível percebermos até aqui que a ética da abstinência não parece resolver a complexidade em torno do consumo problemático de substâncias – é preciso ir além. Apesar disso, a moral antidrogas perpassa os espaços de cuidado e institui determinadas práticas que se supõem clínicas. Vamos entrar agora no interior das Comunidades Terapêuticas a partir das falas das pessoas entrevistadas.

3.2 Práticas clínicas ou Tratamento moral

Analisaremos os enunciados relacionados às experiências vivenciadas no interior das CTs, considerando as expectativas de tratamento e cuidado, as práticas e rotinas no interior das instituições e os tipos de “tratamento clínico”.

As instituições identificadas dentro do grande guarda-chuva das CT exercem, concretamente, uma função social ambígua. Ao mesmo tempo em que é propagada a veiculação de um apelo que remete à garantia de amparo, cuidado, democracia e direitos humanos, retomando inclusive a proposta das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, há o apelo para justificar as práticas de internação compulsória (Febract, 2022).

É fundamental analisarmos as práticas discursivas que ajudam a formar o imaginário social sobre o “tratamento” oferecido no interior de uma CT. Nesse ponto, o (des)espero e o “desejo de cura” da família e da pessoa em mau uso de substâncias são usados para convencê-los de que há uma “solução milagrosa”.

Ai o que eu fiz, eu vi na internet, um lugar lindo! Lá em Camaçari. Eu falei: “pow véi é aqui!” Ai peguei e fui... Rapaz...[risos] ai agora...[risos]. Ai eu se lasquei! Os cara tudo cheiradão pow, vinte e quatro horas (...) Aquilo né tratamento não. Aquilo não recupera ninguém não. (Maham sobre sua entrada na segunda CT).

As estratégias discursivas do modelo asilar ganham espaço na materialidade cotidiana, produzindo a sedução de que o isolamento e a abstinência vão trazer amparo e conforto às famílias e “solucionar” o problema social da “dependência química”. Nas ruas, bares, dentro dos ônibus, os “ex-dependentes”, agora “curados e trabalhadores das CTs”, vendem seus produtos ou pedem doações. Na rede de televisão aberta o jornal da tarde insistentemente conclui que as drogas são a grande causa dos males da humanidade.

Um estudo do Ipea (2017) mostrou que os três pilares de tratamento das CTs são trabalho, disciplina e espiritualidade. Essas bases citadas têm algo em comum: a perspectiva de tratamento moral. Isso foi observado nas falas dos entrevistados. Tratamento moral e tratamento clínico confundem-se. As modalidades clínicas (Dunker 2011) identificadas são utilizadas com um direcionamento moral.

Tem as terapias 08 da manhã, meio dia, as três horas da tarde. Tem a alimentação, tem a medicação. E lá não tem esse negócio de “eu não quero tomar”. Lá você é obrigado a tomar véi! Independente... (Guará quando perguntado sobre as terapias existentes)

As práticas clínicas também são substituídas por práticas religiosas – que supostamente trariam a cura, seja através da expiação, ou por intervenção divina.

Eles não gostam de dar remédio porque eles dizem que Deus que cura (...) Aí, acontecia qualquer coisinha, todo mundo de joelhos pra orar, cê tinha que orar meia hora por dia, se você fazia coisa errada cê tinha punição. (Ipakéi).

Na punição os cara queria que você lesse a bíblia dia e noite. (Nakurú).

A utilização da punição como tratamento moral no interior de instituições asilares é analisada por Foucault (1975/2019). O período da grande internação no século XVII deu início às

estratégias de controle disciplinar através da segregação social. Desde então, o hospital psiquiátrico foi o destino para os anormais e desajustados, porém, com as inúmeras denúncias de violação de direitos humanos no pós-guerra, a “humanização” – mesmo que aparente – dos manicômios tornou-se necessária para sua manutenção. Atualmente, as práticas punitivas não são aceitas pela maioria da população, com exceção dos “loucos que cometeram crimes” e vão (ainda) parar nos hospitais de custódia.

No caso das CTs há uma singularidade em seu modelo asilar: a lógica da expiação. O louco não tem culpa de sê-lo, porém, o usuário de drogas, sim. Essa linha discursiva produz implicações no sujeito que, de algum modo, a internaliza e a reproduz. Seja aquele que está num lugar e relação de cuidado, seja o agente de controle, ou a própria pessoa que faz uso de SPAs. Perguntado se há um tratamento ideal para quem usa drogas, um dos entrevistados (Uanki) responde: “que haja misericórdia pra essas pessoas, porque elas tão perdidas”.

O Brasil possui um longo e obscuro passado de práticas de tortura e “ausência de misericórdia” para determinado grupo de pessoas. Na ditadura civil-militar os crimes de tortura praticados por agentes públicos aconteceram no interior de diferentes instituições – como as delegacias e prisões por todo país. Mesmo após o período de democratização há denúncias de que as práticas de tortura continuam a ocorrer (CNV, 2014). No caso das CTs, as práticas de violência foram descritas por todos os entrevistados. Porém, suas falas são na maioria das vezes silenciadas ou desacreditadas.

Não foram coisas boas que [pausa] eu presenciei, foram coisas pesadas [chorando] e é difícil, porque... pra alguém acreditar numa dita é muito difícil[pausa] (...) Eu vi meninas que tiveram um... um surto e... eles amarram à maca, deixaram presa dias amarrada na maca, a pessoa fazia xixi na maca, presa, chamava os caras e mandava segurar, eles não aplicavam, não davam um Diazepam, eles não tinha médico pra poder fazer uma avaliação, dar um Diazepam pra pessoa se acalmar... dar algum outro tipo de ansiolítico pra pessoa ficar um pouco mais calmo... (Ipakéi).

Ficava trancado no quarto, 18 horas por dia. Saia só pras... duas reuniões que tinha lá. E quando a gente foi ver a fundo quem tava a frente dessas reuniões era cara que era interno lá e que se passava por terapeuta... se você falasse qualquer coisa eles lhe dopavam... com... uns medicamento que tinha lá. Que eu me lembro era haldol, clonazepam... eles faziam um negocio que chamavam de “Danone”. Eles faziam uma mistura um bocado de medicamento e dava pro cara, pra o cara ficar lá... dormindo, se mijando, se cagando todo (Maham).

Nas falas de Ipakéi e Maham fica clara a ausência de profissionais com formação e preparação técnica para condução de situações de crise ou para administração de psicofármacos. Mais que isso, suas falas expõem a reprodução de práticas manicomial de contenção e tortura. O despreparo técnico por si não é suficiente para explicar as violações de direitos expostas. O tripé tratamento moral, laborterapia e expiação judaico-cristã parecem fundir-se para justificar e manter dia-após-dia as práticas vivenciadas pelos entrevistados.

Na punição os cara queria que você lesse a bíblia dia e noite. eu tive que cavar buraco, cortar toco. Via os cara que tava há três dias cavando toco! Acordava 04 da manhã pra cavar buraco. Lá tava tendo muito cara pulando o muro pra fugir, aí eles aumentaram o tamanho (Nakurú).

Violações do direito de ir e vir em CTs foram registrados pelo “Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas” realizado pelo Ministério Público Federal em parceria com o Conselho Federal de Psicologia nas cinco regiões do país (CFP, 2018). Porém, muitas vezes a palavra dos usuários de SPAs não é escutada por aqueles que possuem algum tipo de poder de decisão.

Eu vi um senhor de 60 anos assim, sendo dopado, o cara já tinha 3 dias trancado, o cara tava todo cagado, jogado no chão... aquilo me cortou coração. Vi um moleque sendo assediado por três caras, um era o monitor, funcionário. Ai outro cara recebeu um murro no olho pow... Ai quando a família viu falou que o cara tava fazendo isso e aquilo, manipulando (Maham).

São muitas falas de violências sofridas no interior dos muros das instituições. A dor de cada violação sofrida parece multiplicar-se pela sensação de invisibilidade e desamparo discursivo. Não ser escutado produz implicações inúmeras, entre elas, a impossibilidade de elaboração do traumático.

3.3 Implicações da experiência de internação

Os projetos de vida enunciados pelos entrevistados impõem um deslocamento da servidão. Ou, como nos faz refletir Safatle (2019), uma liberdade emancipatória que não pode ser autônoma, pois a noção de autonomia historicamente implica uma propriedade de si mesmo, um autopertencimento inalcançável. Porém, os projetos das pessoas entrevistadas impõem um deslocamento do lugar de servidão.

As práticas propostas pelo “itinerário terapêutico” das instituições que conheceram não comportam a heteronomia sem servidão. Ao serem convidados a pensar sobre um tratamento ideal para pessoas que fazem uso de drogas, os participantes avaliam o modelo asilar criticamente – a maioria de forma negativa. Um dos entrevistados referiu-se positivamente a somente uma experiência que teve em uma das várias CT que foi internado.

Eu fui a primeira vez porque usava crack, internei com 42 quilos. Tava com a vida toda destruída, fui lá pra ficar nove meses, acabei ficando sete. Sai porque eu quis... porque lá acabou que me ajudou muito (Maham).

Maham referiu-se durante toda a entrevista de forma distinta à sua primeira experiência de internação, trazendo elementos positivos. Apesar disso, logo após essa experiência iniciou acompanhamento no CAPS Ad do município de Vitória da Conquista:

Rapaz... quando sai de lá eu vim direto pro CAPS! Eu vim de lá mal. Não conseguia dormir no meu quarto, a sensação de tá trancado, tava subindo a cabeça assim... cheguei malzão!.

Interessante notar que apesar de se referir positivamente ao período da primeira internação, relata que “chegou malzão” ao CAPS. A sensação ao escutar Maham foi de que ter ido para aquela CT – que respeita os direitos humanos – foi como “ganhar na loteria”, uma aposta que pouquíssimos conseguem vencer. No final da entrevista fez um apelo:

Só queria mesmo que vocês investigassem, entrasse, e perguntasse pra quem tá lá dentro assim: qual situação aqui? Porque... é uma escravidão. Você vê na televisão, diz que isso não acontece, pow mais acontece! Parece coisa de filme.

É possível imaginar a qual tipo de filme Maham referiu-se. No que tange à dimensão religiosa, a presença de discursos com expressões ou mitos judaico-cristãos foi observada em quase todos os entrevistados – à exceção de quem se autodeclarou pertencente a uma religião de matriz africana. O “contato” intenso com as práticas e ritos cristãos deixou marcas singulares em cada pessoa. Desde o aspecto “distintivo” – de que algo naquela experiência os tornou diferentes dos demais – à presença de pensamentos característicos do discurso religioso.

Tem os grupo de oração também, que me fez crer em Deus. Que me fortalece bastante também, entendeu? Que Deus não me deixa por causa disso. Tenho muita fé! Sei que Deus tem um propósito muito grande na minha vida (Guará).

É porque muitas vezes tem certos evangélicos que se diz evangélicos e tem um grupo de pessoas drogado e ele diz “eu não vou ali”. E aí, seu Deus tá onde? Deus veio pra quem? Deus veio pros doentes. Que são aqueles: os drogados, os doente mental, aqueles que tá precisando de uma palavra. Ai vem me dizer que crê em Deus e na palavra? E porque não tem coragem? Porque não vai no presídio? Não tem coragem de subir num bairro que é considerado favela. Pra pregar palavra, pra levar palavra? Como é que eles querem salvação? Eles querem o que? Ai vão só no centro pra pessoas que já tão estabilizados. Pra quê? Então eles não tão interessados em levar palavra, mas no dinheiro. E a palavra de deus diz o que? Tá escrito: de graça recebei, de graça eu darei, entendeu? (Toko).

A complexidade do campo da espiritualidade não nos permite fazer análises mais profundas dos discursos. Porém, é perceptível para o entrevistador que cada pessoa desenvolveu estratégias e interpretações singulares para lidar e, de algum modo, ressignificar, as práticas litúrgicas que lhes eram impostas. Destacamos a fala de uma das entrevistadas (Ipakéi) que relatou orar para as divindades da sua religião fingindo orar para a santíssima trindade, pois sua religião “era vista como do demônio” e ela sofria diferentes tipos de violências: “era isso ou eu sofria punição”.

A análise dos relatos nos faz perceber a repetição de uma experiência traumática nas diferentes instituições pelas quais passaram os entrevistados e nos convida a pensar sobre o

progressivo aumento de destinação de verbas públicas para instituições asilares. Ao relatarem sobre o tipo de tratamento ideal, foi referido – implícita ou explicitamente – o modelo dos serviços substitutivos.

Um tratamento humanizado, acho que tem que ser um fundamento mais humano, que nem aqui, aqui se eu não me sentir bem, eu posso chegar pra alguém da minha equipe e falar: "eu quero conversar". (...) A gente toma remédio no horário certo, quando eu tô sentindo alguma coisa, eu peço remédio pra dar e eles dão (Ipakéi).

Então assim... procurar uma instituição decente! E pra quem ver que não tem necessidade de internamento, fazer acompanhamento no CAPS aqui. Aqui nem parece órgão público... aqui é um lugar que é contado nos dedos em Conquista. A qualidade, atenção, pontualidade deles, carinho que eles tem. É diferente pow... Você tem vontade de vir (Maham).

Primeiramente, apesar do espaço físico aqui... uma ajuda familiar. Um pai, mãe, irmão. Não precisa ser de sangue não. Uma pessoa que te ajuda. Possa fazer uma visita. Uma visita pra uma pessoa que tá aqui [CAPS] é tudo véi! (Guará)

Eu mesmo ... aqui mesmo eu passo aqui, gosto muito daqui, o tratamento é bom, gosto dos funcionários, nem todo lugar é assim nem todo mundo trabalha com carinho e dedicação que nem os funcionário daqui, entendeu? (Toko)

Quando convidados a imaginar um tratamento ideal para pessoas que usam drogas, a importância dos vínculos relacionais foi algo recorrente. Desde a possibilidade de refazer os vínculos com amigos e familiares até a qualidade dos vínculos com os profissionais da instituição. O uso de medicamentos foi recordado principalmente para as situações de crise. Porém, o direcionamento do cuidado para a qualidade das relações e da escuta foram os fatores terapêuticos mais destacados.

Considerações finais

A relação entre discurso religioso, penal e médico-psiquiátrico é complexa. Observamos, a partir das análises realizadas, que essas manifestações discursivas se entrelaçam e se influenciam mutuamente no que se refere às políticas para pessoas que usam drogas. As práticas proibicionistas das comunidades terapêuticas são reguladas pela normatização de condutas, atualizando o que é considerado normal, desejável, moral e legal, e reforçando o que é visto como anormal, indesejável, imoral e ilegal.

O imaginário das CTs, como local de cuidado, sustentada por uma lógica asilar que introduz o fundamento moral-cristão como base de tratamento produz efeitos de poder, exclusão, estigmatização e violência sobre os sujeitos e os grupos que não se enquadram nos padrões esperados. Trata-se de uma visão única e homogênea da realidade, reproduzida por um discurso que se diz inclusivo, mas que exclui a diversidade.

É possível supor, a partir da repetição de algumas falas dos entrevistados, que há diferenças significativas entre cada instituição. A dificuldade em fiscalizar de forma adequada os vários serviços, que se autoafirmam filantrópicos, nos grandes, médios e pequenos municípios do

país, nos faz pensar se, de fato, é possível uma normatização técnica e clínica para as instituições que estão dentro do guarda-chuva das chamadas Comunidades Terapêuticas.

Destacamos, por fim, a importância de se realizar outras pesquisas que consigam, de fato, escutar as pessoas que usam drogas e tiveram experiência(s) em instituições asilares. Estudos nessa direção podem contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento de um modelo de cuidado que se oriente por princípios e diretrizes eticamente consolidados.

POR UMA CLÍNICA ÉTICO-POLÍTICA

Dedicar tempo e trabalho àqueles que pouco são considerados na hierarquia do capital humano faz-nos refletir sobre posicionamentos políticos e escolhas éticas que fazemos. Quem ou o que nos afeta, de que modo somos afetados pelo sofrimento do outro. A experiência de mergulhar em uma realidade que, claramente, não é a nossa, nos convoca a rever cosmovisões de mundo. Olhar sob outros olhares, relacionar-se com os outros (humanos e não-humanos) de forma plural e não automática.

A construção de outros mundos possíveis depende, em muito, da disposição desse olhar. Estar em um lugar cômodo na hierarquia da racionalidade neoliberal reforça práticas sociais de exclusão, silenciamento e estigmatização sobre sujeitos e grupos que não se enquadram em determinados padrões de desempenho.

As funções da ciência e da saúde pública no que se refere às pessoas que usam drogas é uma questão ético-política. Entender as disputas em torno da questão econômica e social que têm definido as políticas sobre drogas no mundo e no Brasil é elementar para tecer alternativas às práticas fundamentadas na lógica proibicionista.

Nesse ponto, diferentes modalidades clínicas também estarão em disputa. Se entendemos que talvez haja uma ciência que há algum tempo tem reproduzido o discurso proibicionista, é possível supor que talvez hajam pesquisas produzidas para sustentar a existência de critérios científicos e clínicos em instituições como as Comunidades Terapêuticas.

As forças proibicionistas e os mecanismos de exclusão social estão em uma tensão permanente em oposição às forças de redemocratização predominantes no campo da Redução de Danos (RD). Sobre isso, concordo com meus colegas pesquisadores antiproibicionistas quando afirmam que não há “apenas uma única redução de danos”. É preciso deixar isso o mais claro possível. Há diferenças significativas nas práticas de RD em cada país e, principalmente, em cada território.

A RD não possui normas, porém, tem princípios. Cada território, cada serviço, cada equipe, organiza e coloca em prática suas ações considerando as demandas que se apresentam. Um dos grandes princípios dessas ações talvez seja a heteronomia sem servidão. Em outras palavras, a compreensão de que não há um “sujeito autônomo”; mas também, a aposta em um sujeito que não se dobra à servidão.

E, este talvez seja um dos maiores desafios na clínica com pessoas que usam drogas. Escolher um projeto de cuidado quando as escolhas parecem tão escassas e difíceis. E muitas vezes, o que é apresentado como solução, uma luz no fim do túnel, torna-se um pesadelo, como foi observado nas falas das pessoas entrevistadas em que a abstinência e o isolamento surgem como opção, quando parece não haver mais outras opções.

Interessante lembrar que na fase inicial do projeto de pesquisa, antes de eu ir a campo, disseram-me de forma precisa: “Não basta dizer não às CTs”. Essa fala foi profundamente marcante e me fez mudar de posição. Ora, se dizer *não* é insuficiente, o que quero com minha pesquisa? Foi um processo de semanas, suportando a angústia com essa questão em aberto. Isso ajudou-me a ir a campo sem verdades prontas, como um pesquisador-andarilho que pisou pela primeira vez em um Centro de Atenção Psicossocial.

Porém, se não basta dizer *não* às CTs, também não é suficiente dizer *sim*. Essa inversão, mais ética que filosófica, nos convida, ou nos convoca, a tomar posicionamento(s). A(s) singularidade(s) de cada caso que nos chega quando estamos em um lugar clínico (e inevitavelmente político) complexifica a questão. Em situações extremas, onde não há um suporte da rede de saúde ou da rede intersetorial, cabe dizer sim? Em situações de ameaça, com risco iminente à vida da pessoa ou da sua família, cabe dizer sim? E o que é fundamental dizer além do *sim*?

Por mais que levantemos a bandeira de que o uso de drogas é uma questão de Saúde Pública, isso não parece suficiente. As políticas de saúde não estão isoladas das demais políticas públicas. As práticas proibicionistas alcançam diferentes setores e servem a diferentes interesses, principalmente econômicos e políticos.

Sem a proibição legal de determinadas drogas, não haveria tráfico de SPAS; sem o tráfico, seria difícil uma narrativa que legitimasse gastos exorbitantes em segurança pública e consequente militarização de comunidades periféricas; comunidades que existem principalmente devido ao desamparo estatal. Ou seja, pela ausência de investimentos em políticas públicas básicas, como habitação, educação, saúde, assistência social.

Talvez já tenha passado da hora de abriremos, ou rasgarmos, as “caixinhas” que dividem e separam a(s) ciência(s) e as políticas públicas. O uso de drogas como um problema social grave irá continuar existindo enquanto o básico não tiver sido oferecido. O lugar que a substância ocupará no laço social do sujeito dependerá do(s) amparo(s) que estiver(em) ao seu alcance.

O percurso realizado pela presente pesquisa demonstra, entre outros pontos, que o desamparo do Estado em relação às condições materiais de existência produz efeitos em todas as esferas da vida do sujeito. No primeiro artigo, “Comunidades Terapêuticas: uma revisão crítica de literatura”, percebemos a fragilidade técnica de instituições que prosperam diante do acirramento do desamparo estatal. Também foram percebidas contradições e imprecisões relacionadas à própria origem, conceito e funcionamento das CTs.

Como vimos, há tanto uma dificuldade de padronização e normatização sanitária, técnica, e ética nesses espaços, como uma dificuldade de fiscalização. Não por acaso, observamos que a maior parte das pesquisas realizadas não dá espaço para a fala dos principais sujeitos envolvidos, o que termina por reforçar e legitimar narrativas e práticas alinhadas à lógica proibicionista e à perspectiva filantrópica. Problematizamos, então, a possibilidade lógica de haver coerência entre a lógica de tratamento disciplinar e a implementação de práticas clínicas no interior das CTs.

No artigo “Comunidades Terapêuticas e Neoliberalismo: considerações sobre a política de drogas na atualidade” destacamos como o contexto neoliberal tem agravado as desigualdades e a exclusão social, o que também afeta a forma como as políticas para pessoas que usam drogas são desenvolvidas. Essa influência neoliberal molda as abordagens adotadas, priorizando aspectos econômicos e individualistas em detrimento de uma abordagem mais ampla e socialmente inclusiva.

Entendemos que há uma complexa rede de discursos que se alinham para legitimar a continuidade e ampliação da lógica proibicionista e de suas práticas. As CTs têm um papel central nesse processo, possibilitando a realização de práticas de exclusão e controle voltadas a

determinados grupos, conforme uma hierarquização social criada principalmente com a ascensão da racionalidade neoliberal.

No artigo "feitos das políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas: o caso das comunidades terapêuticas" foi possível identificar na fala dos entrevistados a interação e influência mútua entre os diferentes discursos relacionados às políticas para pessoas que fazem uso de drogas. As práticas restritivas adotadas no interior de espaços como as comunidades terapêuticas são reguladas por normas de conduta, reforçando o que é visto como anormal, indesejável, imoral e ilegal. Observamos em nossa análise a introdução de fundamentos morais-cristãos como base para o tratamento, fundamentando grande parte da rotina e práticas supostamente terapêuticas.

Na escuta dos entrevistados pôde-se analisar de forma mais detalhada, entre outras questões: (a) a imprecisão e dificuldade de padronização técnico-sanitária das CTs; (b) a utilização instrumental de alguns referenciais clínicos apenas de forma a reforçar práticas de controle moral; (c) a existência de denúncias de violação de direitos que, na maior parte das vezes, não é investigada; (d) efeitos produzidos pelo processo de internação incoerentes com os discursos que reafirmam a ideia de "eficácia terapêutica" das CTs.

A produção técnica final da pesquisa tentou, de algum modo, abraçar aquilo que não coube dizer por meio da linguagem técnico-científica. Por fim, enfatizamos a relevância de realizar outras pesquisas que consigam escutar a singularidade das pessoas que usam drogas, sem perder de vista o diálogo com a dimensão política e social que compõe e atravessa o laço social do sujeito.

Espero, de fato, ter conseguido com esse trabalho contribuir com novos questionamentos e ter produzido outros afetos políticos. Ter apenas reforçado respostas quase-prontas seria, para este pesquisador, insuficiente e incoerente com uma cosmovisão que anseia por um mundo menos desigual.

REFERÊNCIAS

- Aires, S. (2016). Os anormais do século XXI: Usuários de crack e políticas públicas de segurança e saúde. *Sofia*, 5, 3-14.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4a ed.). Fiocruz.
- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (2017, 8 de dezembro). Pesquisador que inspirou o atual modelo de comunidades terapêuticas vem ao Brasil. *SPDM Notícias*.
<https://www.spdm.org.br/imprensa/noticias/item/2864-pesquisador-que-inspirou-o-atual-modelo-de-comunidades-terapeuticas-vem-ao-brasil-para-conferencia-latino-americana>
- Bastos, F. I. P. M., Bertoni, N., & Mota, J. C. A. (2017). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Jr., B., & Amarante, P. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 71-90). Relume Dumara.
- Bolonheis-Ramos, R. C. M. & Boarini, M. L (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22(4), 1231-1248. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>
- Boarini, M. L., & Bolonheis-Ramos, R. C. M. (2015). Comunidades terapêuticas: —novas| perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde*, 22(4), 1231-1248.
- Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. (2019). Curso COMPACTA [recurso eletrônico]: capacitação de monitores e profissionais das comunidades terapêuticas. Florianópolis: SEAD/UFSC.
- Brito, R. M. & Sousa, T. M. (2014). Dependência química e abordagem centrada na pessoa: contribuições e desafios em uma comunidade terapêutica. *Revista abordagem gestáltica*, 20(1), 77-85.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100010
- Bruschini, M. C. A. (2013). Teoria crítica da família. *Cadernos De Pesquisa*, (37), 98–100.
- Caponi, S. (2018). La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria*, 8, 97-103.
- Caponi, S., & Kozuchovski Daré, P. (2020). Neoliberalismo e sofrimento psíquico: A psiquiatrização dos padecimentos no âmbito laboral e escolar. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 25, 302-320.
- Carneiro, H. (2005). *Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas: história e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas*. Elsevier.
- Carvalho, P. M. S. de. (2021). Oliveira, R. F. de. Índios Paneleiros do Planalto da Conquista: do massacre e o (quase) extermínio aos dias atuais. *Politeia - História E Sociedade*, 20(1), 300-305.
<https://doi.org/10.22481/politeia.v20i1.849>

Côrtes, M. (2017). *Diabo e fluoxetina: pentecostalismo e psiquiatria na gestão da diferença*. Curitiba: Appris.

Costa, J. F. (1996). As éticas da psiquiatria. In A. C. Figueiredo & J. F. da Silva Filho (Orgs.), *Ética e saúde mental* (pp. 27-36). Topbooks.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Conselho Federal de Psicologia.

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *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.

CNV. (2014). *Relatório Comissão Nacional da Verdade Volume II*. Brasília, Biblioteca da CNV.

Côrtes, M. (2017). *Diabo e fluoxetina: pentecostalismo e psiquiatria na gestão da diferença*. Curitiba: Appris.

Correia, S. N. C. & Gomes-da-Silva, P. N. (2018). Jogos Teatrais com Drogadictos: Uma Investigação-Ação Na Educação Física. *Movimento*, 24(3), 917-930. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.73526>

Dardot, P., & Laval, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo, SP: Boitempo.

David, E. C., Marques, A. L. M., & Silva, F. L. (2019). Redução de Danos e Racismo. In L. T. Lima & S. Surjus (Orgs.), *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos* (pp. xx-xx). Universidade Federal de São Paulo.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model, and method* (8th ed.). Nova Iorque, EUA: Springer Publishing Company.

De Leon, G. (2014). *A Comunidade Terapêutica: Teoria Modelo e Método* (5a ed.). Edições Loyola.

Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: AnnaBlume.

Escohotado, A. (2008). *História General de las Drogas* (8a ed.). Editorial Espasa.

Farina, M. et al. (2013). Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. *Aletheia*, 42(1), 175-185. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300015

Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. (2012). *Drogas e Álcool – Prevenção e Tratamento*. Komedi.

Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. (2020, 27 de julho). Ricardo Valente é nomeado Presidente Executivo. *Eu Sou Febract*. <https://febract.org.br/porta1/2020/07/27/ricardo-valente-e-eleito-presidente-executivo-febract>

Freud, S. (1981). El Malestar en la Cultura. In *Obras Completas* (Vol. 2, pp. 3018-3067). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Gallimard. (Originalmente publicado em 1975).
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux*. Cours au Collège de France (1974-1975). Gallimard. (Trabalho original publicado em 1974-1974)
- Foucault, M. (2005). *Naissance de la biopolitique*. Paris: Gallimard. (Original publicado em 1978-1979)
- Foucault, M. (2014). *História da sexualidade I. A vontade de saber*. Graal. (Trabalho original publicado em 1976-1984)
- Foucault, M. (2019). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Imprensa. (Original publicado em 1975).
- Foucault, M. (2020). *História da loucura na idade clássica*. Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)
- Foucault, M. (2020). *L'ordre du discours: leçon inaugurale au Collège de France, prononcée le 2 décembre 1970*. Éditions Gallimard.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2022). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf>
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Harvey, D. (2014). *O neoliberalismo: História e implicações* (5ª ed.). São Paulo, SP: Loyola.
- Instituto de pesquisa Econômica Aplicada. (2017, 01 de março). Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. *Diretoria de Estudos*. https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865&Itemid=6
- Laval, C., & Dardot, P. (2015). *Común: ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Laval, C. (2018). *Foucault, Bourdieu et la question néolibérale*. Paris: La Découvert.
- Lemes, A. G., Nascimento, V. F. do, Rocha, E. M. da, Moura, A. A. M. de, Luís, M. A. V., & Macedo, J. Q. de. (2017). Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de enfrentamento às drogas entre internos de comunidades terapêuticas: pesquisa documental. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 13(2), 101-108. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p101-108>
- Longo, M. A.T. (2015). A Dependência de Substâncias Psicoativas na Perspectiva da Comunidade Terapêutica. *UNOPAR Científica. Ciências biológicas e da saúde* 17(4), 286-291. <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/3272/3003>
- MacRae, E. (2021). A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. In *A questão das drogas: pesquisa, história, políticas públicas, redução de danos e enteógenos* (1ª ed., pp. 121-137). EDUFBA.
- Marques, A. L. M. & Mângia, E. F. (2013). Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 433-444. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000200015>

- Mazeto, B. R. & Carrapato, J. F. L. (2018). A importância da dinâmica de grupo no tratamento da dependência de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica. *Revista Salusvita*, 37(2), 301-321. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050348>
- Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11-40.
- Mbembe, A. (2019). *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições.
- MacRae, E. (2021). A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. In *A questão das drogas: pesquisa, história, políticas públicas, redução de danos e enteógenos* (pp. 121-137). EDUFBA.
- Meirelles, B.B. (2017). Do governo de corpos ao “autogoverno de almas”: drogas, crime e fé num centro de recuperação pentecostal (Tese de doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.maxwell.vrac.pucrio.br/48886/48886.PDF>
- Melo, P. T. de. & Santana, S. M. de. (2020). O consumidor de crack: a influência das crenças familiares no tratamento. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 15(1), 1-16. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100010&lng=pt&nrm=iso
- Ministério da Justiça. [2013]. Conheça o Programa Crack, é possível vencer. *Agência MJ de Notícias*. <https://mj.jusbrasil.com.br/noticias/301278323/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>
- Montenegro, F. V. P. (2018). O dispositivo das drogas nas políticas públicas. *Revista Polis Psique*, 8(2), 263-287. <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.73638>
- Monterastelli, A. (n.d.). Comunidades Terapêuticas podem ganhar departamento, entidades da saúde são contra. *Outrasaude*. Recuperado de <https://outraspalavras.net/outrasaude/comunidades-terapeuticas-podem-ganhar-departamento-entidades-da-saude-sao-contra/>
- Neves et al., (2020). A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: Safatle, V.; Silva Jr., N.; Dunker, C.I.L. (orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 117-176.
- Nunes, M. de O. et al. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & saúde coletiva*, 24(12), 4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Parra, H; Morais, A.; Augusto, A. (2022, agosto 12). Por que funciona o ataque à Cracolândia? *Outras Palavras*. Recuperado de <https://outraspalavras.net/desigualdades-mundo/por-que-funciona-o-ataque-a-cracolandia/>
- Paula Junior, G. V. de & Cruz, A. R. (2017). Problemas interpessoais em comunidade terapêutica: um estudo exploratório. *Pesquisa e práticas psicossociais*, 12(2), 388-404. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200011&lng=pt&nrm=iso
- Pêcheux, M. (2014). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Unicamp.

Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(02), 569-580.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>

Ponte Jornalismo. (2021, 2 de março). Brasil tem a pior política de drogas do mundo, confirma relatório internacional. Recuperado de <https://ponte.org/brasil-tem-a-pior-politica-de-drogas-do-mundo-confirma-relatorio-internacional/>

Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. (2004, 14 de outubro). Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018. (2018, 01 de novembro). Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro.
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>

Raupp, L. M. & Milnitsky-Sapiro, C. A. (2008). "Reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24,(3), 361-368.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>

Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011. (2011, 30 de junho). 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. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html

Ribeiro F.M.L., & Minayo M.C.S., (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6),1773-1789.

Ribeiro, F. M. L. & Minayo, M. C. S. (2015). Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, State of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*, 19(54), 515-26.

Romaní, O. (2020). Drogas y ciencia, unas relaciones difíciles: de enfermedades cerebrales, adicciones y otros mitos. In *A complexidade da questão das drogas: ideias, utopias e ações* (1a ed., pp. 27-69). EDUFBA.

Rosa, M. D. (2016). A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. São Paulo: Escuta/Fapesp.

Sabino, N. M. & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 167-174. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>

Safatle, V. P. (2016). *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. Belo Horizonte: Autêntica

Safatle, V. (2022). Affects and Politics. In *The Palgrave Handbook of Psychosocial Studies*.

Santos, G. P. M. dos. (2017). Políticas de cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas: controvérsias em torno das Comunidades Terapêuticas. In *Anais do 41º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais*. ANPOCS. <http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/41-encontro-anual-da-anpocs/spg-4/spg11-4/10967-politicas-de-cuidado-a-pessoas-com-transtornos-decorrentes-do-uso-de-drogas-controversias-em-torno-das-comunidades-terapeuticas/file>

Scaduto, A. A. & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 605-614. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200029>

Scaduto, A. B. V. & Santos, M. A. (2015). Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 781-796. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000792013>

Schlemper, B. R. (2018). Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. *Revista Bioética*, 26(1), 47-57. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261225>

Secretaria de Atenção à Saúde. (2011, 8 de janeiro). Saúde Mental em Dados 8. *Informativo Eletrônico Saúde Mental em Dados*. www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. (2018). Plano Estadual de Desinstitucionalização.

Silva, M. L., Guimarães, C. F & Salles, D. B. (2014). Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Revista rene*, 15(6), 1007-1015. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3301/2540>

Silva, I. F. C. et al. (2015). Serviços de saúde e comunidades terapêuticas: há uma relação em prol do dependente químico? *Unicesumar*, 8(3), 533-540. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2015v8n3p533-540>

Silva, J. C. (2021, março 27). A ascensão do narcopentecostalismo no Rio de Janeiro. *El País Brasil*. <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-03-27/a-ascensao-do-narcopentecostalismo-no-rio-de-janeiro.html>

Silva, L. G. da. et al. (2018). Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: desvelando práticas na Amazônia Ocidental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 325-333. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180031>

Teo, C. R., Baldissera, L. & Rech, F. R. (2011). Adequação da alimentação ao perfil dos dependentes químicos em uma comunidade terapêutica: um estudo de caso. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(3), 119-125. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000300002&lng=pt&nrm=iso

Vasconcelos, M. P. N., Paiva, F. S. de & Vecchia, M. D. (2018). O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Geraiis, Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 363-381.
<https://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110212>

Zinberg, N. M. (1984). Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use (pp. 1-18). New York

Weber, R. (2019). O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In T. Rui & M. Fiore (Eds.), Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil

World federation of Therapeutic Communities. (2022). *The mission of the world federation of Therapeutic communities. WFTC News*.

<http://wftc.org/wps/>

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546– 553.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>

Woerner, C. B. (2015). Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. *Textos & Contextos*, 14(1), 174 – 185.

<https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.18155>

Wurdig, Karolina Kuhn, & Motta, Roberta Fin. (2014). Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas. *Temas em Psicologia*, 22(2), 433-444. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.2-13>

APÊNDICES

Apêndice A – Produto Técnico “Atrás do muro invisível”



MARCELO SOUZA OLIVEIRA

ATRÁS DO MURO INVISÍVEL

Fragmentos de uma escrita
impossível

ATRÁS DO MURO INVISÍVEL
Fragmentos de uma escrita impossível

© Marcelo Souza Oliveira, 2025
Todos os direitos reservados.

Supervisão
Suely Aires

Colaboração
Rafael Coelho Rodrigues

Dedico esta obra a todos usuários de substâncias psicoativas que vivenciaram experiências de violência e/ou silenciamento. Dentro ou fora dos muros de instituições asilares.

Prefácio

Ressoar vozes, escrever histórias

Suely Aires¹

São necessárias tantas vozes para que uma única voz possa ser ouvida (Saavedra, 2021)².

A epígrafe que anuncia esse breve prefácio pode ser ouvida como um lamento, em seu tom de denúncia e cansaço... quantas vozes mais serão necessárias para fazer ressoar uma única voz? Como fazer ressoar o que tem sido dito pelos usuários de drogas em suas diferentes experiências de tratamento? Quando, efetivamente, poderemos vir a escutar o que aí se diz, em sua diversidade de pedidos, queixas, reivindicações por direitos tão frequentemente violados?

¹ Psicóloga, psicanalista. Mestre e Doutora em Filosofia (Universidade Estadual de Campinas). Docente do Instituto de Psicologia – Universidade Federal da Bahia. Docente permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde (IMS/UFBA) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (IPS/UFBA).

² SAAVEDRA, Carola. O mundo desdobrável: ensaios para depois do fim. Belo Horizonte: Relicário, 2021.

O Produto Técnico que o/a leitor/a tem em mãos decorre da pesquisa de mestrado intitulada *Uso Problemático de Álcool e/ou Outras Drogas: efeitos subjetivos da experiência de internação em instituições de longa permanência*, de autoria de Marcelo Oliveira, a qual teve como objetivo principal analisar os efeitos da experiência de internação em instituições asilares para pessoas que usam drogas. Para tanto, o pesquisador entrevistou seis pessoas que tiveram a experiência de internação em Comunidade Terapêutica (CT) e que, no período das entrevistas, encontravam-se em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A riqueza da discussão crítica sobre o tema e os condicionantes históricos e políticos que levaram aos diferentes modos de tratamento disponibilizados aos usuários de drogas pode ser conferida no corpo da dissertação, disponível no repositório da UFBA. Contudo, são as entrevistas que revelam o que há de mais humano e desumano nas relações entre os usuários e a sociedade representada aqui pelos espaços de tratamento ofertados aos usuários de drogas.

A análise das entrevistas permitiu situar três eixos de discussão: a produção do laço social e o consumo de drogas; as práticas clínicas; e as implicações da experiência de internação para estes sujeitos. No entanto, a riqueza de cada fala, a presença

transbordante das pessoas e seus gestos, os gritos contidos e as reivindicações não escutadas, levaram o pesquisador a somar a sua voz-escrita a estas vozes – desde um outro lugar, sem dúvida. Ele empresta sua possibilidade de se fazer escutar, seu poder e autoridade, diria Franco Basaglia, para fazer uma denúncia. Nesse sentido, o trabalho indicou o quanto as experiências individuais podem ser transformadas em um saber coletivo e político a ser compartilhado, ao mesmo tempo em que permitiu fazer ecoar cada voz entre as frases escritas deste livro. É uma aposta na mudança de rumos, uma tecnologia social em construção.

O Produto Técnico intitula-se, não por acaso, *Atrás do Muro Invisível*. Um muro invisível nos impede de ver e ouvir o que acontece nos espaços ditos de cuidado a usuários de substâncias psicoativas. O muro invisível separa e segrega, faz invisibilizar o humano que há em cada um dos que se encontram atrás do muro, mas também ensurdece e cega aqueles que seguem o rumo da vida sem olhar para os lados. Que os muros sejam rompidos, diz Marcelo para os que sabem escutar. Que se olhe cada usuário e cada espaço de tratamento, que se escute o que uma única voz pode enunciar. Que se reconheça o quinhão de violência produzido nas diferentes intervenções voltadas a usuários de drogas. Que cada um tome a palavra.

O Produto Técnico que o/a leitor/a tem em mãos decorre da pesquisa de mestrado intitulada *Uso Problemático de Álcool e/ou Outras Drogas: efeitos subjetivos da experiência de internação em instituições de longa permanência*, de autoria de Marcelo Oliveira, a qual teve como objetivo principal analisar os efeitos da experiência de internação em instituições asilares para pessoas que usam drogas. Para tanto, o pesquisador entrevistou seis pessoas que tiveram a experiência de internação em Comunidade Terapêutica (CT) e que, no período das entrevistas, encontravam-se em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A riqueza da discussão crítica sobre o tema e os condicionantes históricos e políticos que levaram aos diferentes modos de tratamento disponibilizados aos usuários de drogas pode ser conferida no corpo da dissertação, disponível no repositório da UFBA. Contudo, são as entrevistas que revelam o que há de mais humano e desumano nas relações entre os usuários e a sociedade representada aqui pelos espaços de tratamento ofertados aos usuários de drogas.

A análise das entrevistas permitiu situar três eixos de discussão: a produção do laço social e o consumo de drogas; as práticas clínicas; e as implicações da experiência de internação para estes sujeitos. No entanto, a riqueza de cada fala, a presença

transbordante das pessoas e seus gestos, os gritos contidos e as reivindicações não escutadas, levaram o pesquisador a somar a sua voz-escrita a estas vozes – desde um outro lugar, sem dúvida. Ele empresta sua possibilidade de se fazer escutar, seu poder e autoridade, diria Franco Basaglia, para fazer uma denúncia. Nesse sentido, o trabalho indicou o quanto as experiências individuais podem ser transformadas em um saber coletivo e político a ser compartilhado, ao mesmo tempo em que permitiu fazer ecoar cada voz entre as frases escritas deste livro. É uma aposta na mudança de rumos, uma tecnologia social em construção.

O Produto Técnico intitula-se, não por acaso, *Atrás do Muro Invisível*. Um muro invisível nos impede de ver e ouvir o que acontece nos espaços ditos de cuidado a usuários de substâncias psicoativas. O muro invisível separa e segrega, faz invisibilizar o humano que há em cada um dos que se encontram atrás do muro, mas também ensurdece e cega aqueles que seguem o rumo da vida sem olhar para os lados. Que os muros sejam rompidos, diz Marcelo para os que sabem escutar. Que se olhe cada usuário e cada espaço de tratamento, que se escute o que uma única voz pode enunciar. Que se reconheça o quinhão de violência produzido nas diferentes intervenções voltadas a usuários de drogas. Que cada um tome a palavra.

Como fruto da aposta em expor fraturas e recriar rumos, esse produto tem finalidade didática. Pretende possibilitar que um saber circule, menos por meio de afirmações gerais sobre o uso de drogas ou sobre modos de tratamento e cuidado – já existe muito material produzido com tal finalidade – e mais como transmissão do que de singular e humano se presentifica na experiência de estar atrás do muro. Pode, por tanto, ser utilizado junto a profissionais e serviços de saúde, usuários da rede, estudantes, consumidores, desde que se considere que a introdução desse material no contexto de uma prática, seja ela formativa ou educativa, visa o singular da experiência, a reflexão por parte daquele que lê o texto e a ampliação da escuta às vozes em exclusão. Uma tecnologia de cuidado e reflexão que busca que outras vozes se unam e façam ressoar as denúncias de violência. Que, em ato, visa produzir efeitos reais no espaço da vida comum de modo a escutar o que de único e singular reverbera em cada um de nós.

Que cada leitor/a reinvente caminhos, troque letras e faça do muro, rumo.

Apresentação

Toda forma de escrita possui suas limitações. A escrita acadêmica é regida por uma lógica, estética e regras específicas, já a linguagem poética atua de outra forma. A estética poética escapa às normas, faz furo, bordejia o indizível. Porém, apesar de diferentes, a escrita poética pode complementar e enriquecer a escrita acadêmica.

A ideia da presente obra surgiu após a escuta de pessoas que passaram pela experiência de internação em instituições de longa permanência devido uso de algum tipo de droga. Estruturada em forma de textos curtos, com tom poético- psicanalítico, a obra foi inteiramente inspirada no recorte cirúrgico das falas de seis pessoas entrevistadas – cinco homens e uma mulher – que desde cedo vivenciam histórias de vida muito singulares, mas com particularidades significativas entre si.

Por fim, destaco que este é o produto final do projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde do Instituto Multidisciplinar em Saúde IMS/UFBA.

Marcelo Souza Oliveira³

³Psicólogo, Sanitarista e Redutor de Danos. Mestre em Psicologia da Saúde (Universidade Federal da Bahia – UFBA).

Há muros que não precisam existir para segregar.

Introdução

A possibilidade de criar algo que não pode ser representado de forma direta nos convida a pensar sobre a falta. A busca pela completude nos faz ir além do simbólico na tentativa de criar o irrepresentável. Aquilo que na linguagem parece não encaixar, o que nos retoma a Saussure em seu significante e significado. Na cadeia significante percebemos seu significado por um elemento de distinção. Afinal, "casa de louco não tem muros, se não há muro da linguagem que o defende da enxurrada de significantes que o assola".⁴ (Branco, 1997 p.15).

Para o poeta e para o louco a expressão do sentimento nos eleva a encontrar outros sentidos. Construir algo a partir dos vazios, ausências e silêncios. A escrita impossível nos remete ao esvaziamento do sentido, à força da letra. A imagem do branco associa-se ao silêncio, ao nada, essência da literatura. A violência de toda palavra consiste em morrer, em arrancar de si o que nomeia.

De forma paradoxal, a função destrutiva da linguagem é o que lhe dá vida. A palavra escrita ganha corpo, materialidade, e carrega o sentido do silêncio advindo da linguagem literária. Quando nomeio, afasto a coisa nomeada, o que tenho é sua ausência, o que resta é o

⁴ Branco, L. C. (1997). Palavra em ponto de P. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG

silêncio. Perde-se algo por efeito da própria escrita, mas essa perda é a condição para que o texto apresente-se como novo. O revivido ressurge como um passado nunca antes vivido, tornam-se experiência e efeitos literários. Assim, a obra produz efeitos próprios e, só por força do imaginário, remete ao que lhe é exterior.

Por fim, a literatura poética esquia-se do sentido dito único ou verdadeiro. Amplia-se as significações num movimento de caos e ruína de toda e qualquer ordem ou impostura linguística.

Havia duas formas de sair daqui,
Era o que diziam

Renascido em Cristo
Ou
pecador.

Preferi pular o muro
E não mais voltar.

Disseram que o jogo era dentro das regras/acreditei.

Mas os juízes podem ser bandidos/O que me pedem
não consigo dar

Até poderia/Se eu, fosse outro.

O juiz diz/Que preciso amar/Tá na bíblia.

Então deve ser verdade

Engole o choro/Dise meu pai

Com o tempo aprendi

Doutor fala

Não entendo.

Balanço a cabeça, em sentimento

Não tô ali.

Sala bonita...

E o doutor ainda fala.

Balanço a cabeça outra vez...

Que bom que acabou.

Cabou as pedra
Já devendo grana
Outro corre?
Paga ou morre

Só na fissura
Não tenho nada
Só ameaça
Lá vem a fome

Que faço agora?
Ninguém entende

Cacetete de alemão
dói mais que
pregação de crente

E cabou as pedra
Devendo grana
Só na fissura
Ninguém entende

É estranho.

Aqui tudo é culpa da droga ou do diabo

E eu queria tentar esquecer de tudo

Mas falam que ainda não me curei

E a saudade cresce.

Tantos que deixei

Já faz mais de nove meses

E ainda não renasci

Dizem pra andar bonita/roupa engomada/cabelo liso

Discretamente maquiada

Um diazepam pra dormir/fluoxetina pra acordar

Nunca mais usei droga/desde que saí de lá

Um amém e dois aleluia/O pastor me faz pensar

Será que sou pecadora/por uma cerveja desejar?

Hoje foi um dia tão legal

Decorei um versículo

Levantou o astral

O pastor até me elogiou

Disse que posso obrar a obra do senhor

Vou ser alguém

Já que hoje nada sou.

Nasci errado/todos me dizem/mas se é defeito de
fábrica/não tem conserto.

De dia as ruas são deles
Desfilam engomados

Em carros com vidros escuros
E gestos calculados

Mas à noite a casa é minha
E vocês não são bem-vindos.

Escolhi
amar
a
mim
mesmo.

Mas
também
ao
copo
De cerveja.

Pela
primeira
vez
fui
correspondida.

Eu queria ser amado

Então um homem veio de paletó e gravata

Trazia um livro na mão

Disse que era enviado por Deus

Para minha salvação

Glória! Disse-me com ênfase o valente obreiro.

Vim trazer a palavra do Senhor às ruas

Falou ele, enquanto levantava seu livro preto e grosso.

Fingi escutar atento, pois a fome era maior que a vontade de mandá-lo calar.

Logo em seguida veio a sopa esquentou a noite fria.

Isso sim foi obra de Deus.

Nem um dia a mais!

Disse eu pra mim mesmo.

Outra vez no castigo.

Quarto escuro, sem direito a gritar.

Olouco, amarrado, pode se jogar na parede.

Já eu, só posso ler.

Mas palavra de Deus é pra todos

Menos pra mim.

Nem um dia a mais!
Dise eu, pra minha familia.
Dessa vez escutaram
Deus tocou vossos corações.

Amém.

Caiu no chão da rua/Meu nobre amigo Bêbado/como
sempre/Mas dessa vez diferente/Não levantou/Todos
correram/Desespero geral/Mas só entre nós/A ambulância
não vem/Disseram pra dizer/Que está ocupada

Vida

Vadia

Vício

Viciante

Vontade

Vibrante

Certeza

De nada

É peleja

Outro corre

E olha ali os alemão

A adrenalina já virou obrigação

É bate e volta na biqueira os playboy na fissura a noite inteira

Tá no meu destino essa situação

Outra forma de escravidão?

Fui nadar
na
praia

Pela primeira vez

E me afoguei

Sim, fumar a pedra tira a fome

Mas a dor continua.

Na indiferença

A onda é passageira

Mas a viagem é longa

O prazer é de momento

Mas a euforia é a noite toda

A palavra é de Deus

Ma o castigo é do diabo

Mãe, fiz tudo pediram

Falei baixo

Fui educada

Lavei os pratos

Li a bíblia

Até me puniram

Pra eu ser uma pessoa melhor.

Mas no fim veio a vitória

Eu ganhei um lugar no **céu**.

Troco o troco Por um pó de **prazer**

Havia algo ali/belo ou feio/grande ou pequeno/havia algo/que há tempos não cabia/até não caber mais.

O pó entra

A dor sai

Vai até a esquina e volta

Doendo mais.

Traguei.

Nasceu o instante que dura para sempre

Incalculável Obra-de-Deus

Ou do diabo.

Sai para tomar um ar

Acabei tomando a grade toda

Um paraíso

Com verde, lago, pássaros e apenas sorrisos

Longe das drogas

O mundo de Deus

Um lugar pra alguém como eu

Assim pintavam

Todos irmãos

Com um livro preto na mão

Eu imaginava,

A porta dos céus aberta

Mas um quarto escuro é o que me resta

Família, coisa linda

Disseram

Pena que era mentira.

Aqui foi diferente de lá
Consegui melhorar

Traficante não alcança
Respeita a liderança

O limite Entre eu e você

Um copo? Duas doses? Outra tragada?

Tudo na moral
Conquistada confiança

Estou agora outro
Valeu todo esforço.

Ou nunca mais te ver.

Os olhos que te olham

Já viram demais

A boca que te fala

Já usou de tudo

O corpo que tu olhas

Quer apenas viver

A jornada é longa. Mas poucos sabem. Lá fora,
não importam o que digo. Minha história jamais
será contada. Aqui todo filho de Deus é igual.
Sentado à mesa O copo, de cerveja, é do mesmo
tamanho!

Meu desejo Deseja Não te desejar
Mas é pouco Diante da falta Que sinto.

O que me espanta aqui não é a distância
Mas não poder ser eu
Mesmo sem saber quem sou

Orei, Mas não orei direito. O inimigo me achou
nos meus sonhos. Me seduziu/Me provocou/Me
chamou de Seu. Pena que acordei.

Se pagar qualquer preço **Um dia** não vai
poder pagar **É tudo** na lábia **A rua** vai te
ensinar.

É apenas uma planta

Eu disse sem querer em **VOZ ALTA**

Foi suficiente.

Medo é o combustível/que me mantém viva/Adrenalina é
consequência/que me faz **viver**.

O que parece “falta de sentido” – é o sentido.

Clarice Lispector (A Paixão Segundo G.H)

Posfácio

Rafael Coelho Rodrigues⁵

A dissertação de mestrado de Marcelo Oliveira e o produto técnico dela oriundo evidenciam um dos principais problemas atuais da democracia brasileira, ou seja, o fortalecimento indiscriminado de instituições totais, de cunho religioso, financiadas pelo Estado, autodenominadas comunidades terapêuticas. Além de descrever as principais características destas organizações e como foram se tornando centro de uma disputa pela direção e sentido das políticas públicas para usuários/as de álcool e outras drogas, devido a ampliação vertiginosa do financiamento público pelos sucessivos governos federais desde 2011, concomitante, ao subfinanciamento dos demais serviços da rede de atenção psicossocial, o pesquisador também faz algo fundamental: ecoar as vozes de pessoas que se tornaram internas nestas organizações.

O filósofo Michel Foucault, na década de setenta do século XX, ao integrar o GIP (Grupo de Informações sobre as Prisões) já afirmava a indignidade de falar pelos outros (Deleuze; Foucault, 2006). Segundo esse autor, quando começaram a ouvir os prisioneiros

⁵Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia (Universidade Federal Fluminense).
Docente do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

perceberam que eles tinham uma teoria sobre a prisão, a justiça, sobre o sistema de penalidades. Daí perceberam que esse discurso vindo daqueles que experimentavam a prisão, lugar no qual o poder pode se manifestar da forma mais vil e excessiva, era uma espécie de discurso contra o poder, um contradiscurso (Deleuze; Foucault, 2006). Foucault salienta que ao ouvir e fazer circular a voz daqueles/as que sofrem com as violências do poder instituído, designando os focos, denunciando-os, falando deles publicamente, se realiza uma luta fundamental. Para ele, produzir uma rede de informações institucionais, nomeando, dizendo quem fez, o que fez, designar o alvo – seria uma primeira inversão do poder. Um primeiro passo para outras lutas contra as manifestações do poder.

Para esse filósofo o poder não é algo que alguém detém, porém, algo que se exerce em relações, que se efetua, que funciona (Foucault, 2006). Essa noção de poder é importante para pensarmos junto com a importante dissertação de Marcelo Oliveira, como estas organizações tão frágeis e pueris, do ponto de vista do trabalho metodológico de cuidado ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, conseguiram se fortalecer através de alianças com grupos religiosos e políticos, entidades de classes profissionais, assim como, com serviços públicos que passam a ter tais entidades como escapes às dificuldades e impasses que alguns casos os

colocam. Como diz o neurocientista Carl Hart (2014), é mais fácil e conveniente alojar uma problemática social extremamente complexa no crack do que apontar os inúmeros fatores que contribuem para o processo de exclusão e desfiliação social das pessoas que estão em cenas abertas de uso de substâncias psicoativas (SPA) nas grandes cidades brasileiras. Algo como uma espécie de contrafissura, um afo por resolver imediatamente e de modo simplista tamanha complexidade (Lancetti, 2015). No caso específico das comunidades ditas terapêuticas (CTs) no Brasil do século XXI, podemos considerar que o poder que exercem responde a uma demanda social ampla, uma vez que o neoliberalismo brasileiro e sua elite financeira não tem qualquer noção de responsabilidade social, relegando uma parcela considerável da população à própria sorte, ou aos mecanismos históricos de gestão da população indesejável, a saber, a prisão, o extermínio, o desaparecimento forçado, as instituições de sequestro, como estas organizações que atualizam o manicômio a partir de uma associação entre saberes e poderes do campo da saúde, jurídicos-correcionais, assistenciais-filantrópicos, econômicos e políticos-religiosos.

A função social destas organizações, assim como também ainda é a função dos manicômios, é aprisionar pessoas negras, pobres, desfiliaidas socialmente, egressas do sistema prisional, sem

aparentemente nenhum tipo de perspectiva de absorção pelo mercado neoliberal cada vez mais desregulamentado, e sem as condições necessárias para se tornarem empreendedores de si e de fazerem de si mesmos, seu próprio capital. Isso não quer dizer que não funcionem como capital para outros. O que falar da construção de casas (atividade tida como terapia pelo trabalho em CTs) para fiéis das igrejas dos pastores que gerem algumas destas casas correctionais e que depois disputam as eleições para entrarem na carreira política? Vida capital.

Porém, para determinadas vidas, existem processos que impedem que se tornem capital até mesmo para outros. Vidas destinadas ao processo de esfacelamento social, não raras vezes, à morte. Não há como não evidenciar que estes estabelecimentos fazem parte de uma política denominada como guerra às drogas que vem sendo o dispositivo privilegiado pelo Estado brasileiro para a continuidade do extermínio da população negra (Rodrigues & Silva, 2021). Este dispositivo só é possível através da perspectiva proibicionista implementada a partir do século XX (Carneiro, 2019) e regida por mecanismos estatais e paraestatais que contribuem com a moralização do uso de SPA, a noção de doença e de internamento necessário para o cuidado, assim como, para a política de combate a produção e venda de algumas destas SPA (claramente, de acordo

com o perfil racial e social de quem a consome e/ou vende). Essa é uma das funções sociais da droga no mercado capitalista (Del Orno, 1990).

Importante salientar que na questão envolvendo a moral do uso de SPA, governos de extrema direita e centro-esquerda, como os que governaram o Brasil no período após a ditadura civil-militar, diferem pouco. Foi em um governo de centro-esquerda que se iniciou o financiamento público e incentivo a tais estabelecimentos, assim como sua inclusão na rede de atenção psicossocial. Para isso, a produção do discurso sobre uma “epidemia do crack” foi fundamental. A complacência do governo federal com os efeitos de tal discurso foi marcante para termos tal realidade atualmente. Através do programa “Crack é possível vencer” (2011), o financiamento público para comunidades ditas terapêuticas e compra de armamentos e equipamentos para polícias militares e guardas municipais foi exorbitante. Além disso, às vésperas da Copa do Mundo de 2014 e dos Jogos Olímpicos de 2016, realizados no país, o discurso de “epidemia do crack” possibilitou o aumento progressivo de recursos públicos a estes estabelecimentos e uma dupla intervenção como política de governos estaduais e municipais: 1) a internação compulsória, em comunidades ditas terapêuticas, de grupos populacionais identificados como população em situação de rua e

usuária de crack; 2) a partir da retirada forçada de tais grupos de parte das cidades, se possibilitou um processo de revitalização destas áreas a partir de iniciativas público-privadas, ocasionando uma especulação imobiliária sem precedentes, concretizando o processo de gentrificação no qual a população pobre foi expulsa destas áreas tornadas ativo no mercado financeiro (Rodrigues & Silva, 2021).

Porém, a dissertação de Marcelo Oliveira observa um diagrama de forças presente nesta disputa pelos modelos de atenção ao uso de SPA no país, através do mapeamento de uma espécie de relação de poder que ocorre na micropolítica das relações cotidianas, locais, fragmentadas. O autor não perde de vista tal noção de poder ao detalhar os efeitos subjetivos que ocorrem naqueles/as que passam pela experiência do acolhimento (acolhimento?) nestas organizações.

O autor cita Goffman e seu estudo sobre as instituições totais para descrever alguns destes efeitos subjetivos que ocorrem nos internos, tais como o processo de despersonalização. Esse processo abrupto de desterritorialização de todos os signos que nos constituem como somos, promovido nestas organizações a partir de práticas como o trabalho obrigatório entendido como uma espécie de terapia (tratamento moral?), da doutrinação religiosa,

abstinência forçada, controle do tempo e das correspondências com o mundo exterior, constituem um processo de produção subjetiva. Esta é a faceta produtora do poder, algo crucial para Foucault. O poder não reprime simplesmente, ele produz (Foucault, 2006). A disciplina rigorosa no interior destes estabelecimentos tem como efeito a produção de subjetividades. O poder produz individualidades (Machado, 2006). E no caso específico destes estabelecimentos, a produção de subjetividades produzidas são de individualidades nas quais os sujeitos se entendem como pecadores (culpados), ou doentes, ou criminosos ou tudo isso ao mesmo tempo. Um determinado modo de viver vai se constituindo a partir daí.

A dissertação de Marcelo nos ajuda a compreender o duplo funcionamento desta tecnologia de poder concentrado em torno destes estabelecimentos e que, ao mesmo tempo, tais estabelecimentos produzem e exercem. Estudar estes estabelecimentos disciplinares e correccionais nos ajuda a perceber que herdaram uma função social histórica que era incumbência dos manicômios (ainda existentes). Nos ajuda a compreender também a proximidade programática cada vez mais atual entre as religiões fundamentalistas (principalmente o neopentecostalismo) e o poder psiquiátrico (Foucault, 2006b) na gestão da diferença (Cortês, 2017) e da população tornada excedente pela lógica do capital e sua moral

neoliberal. Ou seja, o neoliberalismo não é somente uma corrente econômica e uma forma de administração do Estado. É uma forma de gestão da vida social como um todo e de produção de subjetividades a partir da égide neoliberal (Safatle, 2020).

Antes de terminar esse breve postácio, gostaria de sublinhar dois elementos que julgo essenciais. O primeiro diz respeito a um importante dado da realidade. Em 2017, o Ministério Público Federal, o Conselho Nacional de Psicologia e o Comitê Nacional de Combate e Prevenção a Tortura realizaram uma série de inspeções em Comunidades Terapêuticas em todo o território nacional. Das trinta e quatro comunidades inspecionadas, foi averiguado violação aos direitos humanos em todas. Desde violação de correspondências a práticas sistemáticas de tortura.

Esse cenário tende a piorar, pois com o processo de contrarreforma psiquiátrica ocorrido no país entre 2016 e 2022, a rede de atenção psicossocial se deteriorou o que ocasionou a precarização da assistência aos casos de sofrimento psíquico em um período de pandemia de Covid-19 e as consequências das medidas sanitárias necessárias para seu enfrentamento contribuindo para o aumento de sofrimento psíquico da população. Com isso, o que encontramos hoje, e já havia sido constatado nas vistorias ocorridas

em 2017, são pessoas em sofrimento psíquico grave “internadas” nestas ditas comunidades, em uma clara violação à Lei 10.216/2001.

Apesar das inúmeras evidências das violações ocorridas em tais estabelecimentos, além da inadequação técnica ao que se propõem realizar, sem evidência científica qualquer, o financiamento público destas organizações não para de aumentar. O que diminuiu, em contrapartida, são os mecanismos públicos de controle para estas organizações. O atual governo estabeleceu a política de incentivo a estas organizações e a diminuição dos órgãos de controle. Temos aí um campo de luta no qual a dissertação de Marcelo Oliveira, com certeza, contribuirá para fortalecer.

Um outro elemento é a importância deste produto técnico. As falas reproduzidas pelo autor no produto técnico com relatos de pessoas que ficaram “acolhidas” nestes estabelecimentos servem, como menciona Foucault (2010), para transformar experiência individual em saber coletivo. Em saber político.

Falas-poesias. Falas-denúncias. Discursos que mobilizam, que nos interpelam. Falas que demonstram que mesmo que a pretensão seja de produção de subjetividades dóceis e crentes nestes estabelecimentos, esse caminho não é linear e haverá sempre resistências, pois, uma das sentenças foucaultianas é de que onde há poder, há resistência. Essas falas são a corporificação de vidas que não

se curvaram às mais insólitas e, por vezes, imperceptíveis formas de violência. Discursos que demonstram que há algo que não consegue ser capturado, mesmo em instituições que pretendem ser totais. Marcelo nos possibilita perceber que, no meio de todo esse processo de captura e controle, algo se cria. Poesia. Vida. Onde muitos só enfatizam doença, consegue difundir a saúde destas vidas, vidas que exclamam pela urgência de outros modos de cuidado, mais singulares, menos tutelares. Vidas, agora, não mais enclausuradas. Vidas fazendo poesia. A poesia construindo essas vidas. Saúde.

Um produto acadêmico a partir do qual se interpela a própria academia. Falas que demonstram que não cabem no texto escrito pelo autor e que também não cabem aqui. Já vazaram. Ganharão vida. Que consigam contribuir para a construção de outras vidas para si mesmos e para nós todos.

Referências Bibliográficas

CARNEIRO, H. *Drogas: A História do Proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura*; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal. *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*. Brasília; 2017.

CÓRTEZ. M. *Diabo e a Fluoxetina*. Pentecostalismo e psiquiatria na gestão da diferença. Curitiba: Appris editora, 2017.

DELEUZE, G.; FOUCAULT, M. *Os Intelectuais e o Poder*. In: *Microfísica do Poder*. MACHADO, R. (org.). Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2006.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: ed. Martins Fontes, 2006b.

_____. *Ditos e Escritos*. Vol. 4. *Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2010.

HART, C. *Um preço muito alto*. Rio de Janeiro: ed. Zahar, 2014.

LANCETTI, A. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

MACHADO, R. *Introdução: Por uma genealogia do poder*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. MACHADO, R. (org.). Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2006.

OLMO, R.D. *A Face Oculta da Droga*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1990.

RODRIGUES, R.C.; SILVA, C.M. *Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira*. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200484 <https://doi.org/10.1590/Interface.200484>

SAFATLE, V. *A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e neoliberalismo como economia moral*. In: SAFATLE, V.; JÚNIO, N.S.; DUNKER, C. (Org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **“Efeitos subjetivos da experiência de internação em instituições de longa permanência para pessoas que fazem uso problemático de álcool e/ou outras drogas”.**

CAEE N° _____

Nome do(a) Pesquisador(a) responsável: Suely Aires Pontes (UFBA)

Demais pesquisadores da equipe: Marcelo Souza Oliveira (mestrando)

Nome do participante da pesquisa: _____

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que pretende investigar os efeitos pessoais da experiência de internação em instituições voltadas para pessoas que usam drogas. Além disso, pretende-se entender as consequências da internação para os laços sociais da pessoa (relações de amizade, família, trabalho, religião, entre outros). Será construído ainda um guia de direitos e acesso ao cuidado para pessoas que usam drogas.

Destaca-se que sua participação é importante para alcançar os objetivos da pesquisa, mas você deve aceitar participar apenas por sua livre escolha. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE é o documento onde deve constar o detalhamento dos direitos, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios associados à escolha de participar de uma pesquisa. É formulado e apresentado pelo pesquisador. A decisão de assinar e concordar em participar da pesquisa é sua (como participante de pesquisa). O registro do consentimento se dá pela assinatura do TCLE.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada por meio de entrevistas individuais, com um roteiro (questões/perguntas) feito anteriormente. Cada participante poderá responder de forma aberta às perguntas feitas pelo pesquisador, ou ainda, recusar a responder caso não queira, ou não se sinta à vontade. A entrevista não terá limite de duração, podendo ser interrompida (parada) a qualquer momento pelo/a participante. Se aceitar participar da pesquisa, sua fala será registrada em um aparelho *smartphone*, com função de gravador portátil, mas somente após seu consentimento..

Os cuidados adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguramos a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos participantes. Para garantir seu sigilo pessoal serão criados pseudônimos (nomes falsos no lugar do seu nome verdadeiro). Apenas os pesquisadores/as saberão a identidade dos participantes. As entrevistas ocorrerão em local que garanta a sua privacidade, com isolamento acústico adequado. O local deverá garantir o cumprimento dos protocolos de segurança em relação aos riscos de potencial contágio pela Covid-19. Desse modo, o espaço deverá permitir: circulação de ar; manutenção da distância de um metro e meio entre participante e pesquisador; higiene das mãos com álcool gel antes, durante e depois da entrevista; higienização dos objetos utilizados, quais sejam: limpeza do gravador de áudio com álcool isopropílico 70%; limpeza com álcool etílico do(s) lápis e do classificador contendo as folhas de papel; utilização, pelo pesquisador e pelo/a participante, dos equipamentos individuais de proteção (EPIs) – máscara PFF2/N95, *Face shield* e luvas descartáveis. Caso a instituição não forneça os equipamentos citados para sua proteção, estes serão providenciados pelo pesquisador. O sigilo do material empírico (aquilo que for registrado a partir das suas falas) irá considerar sua privacidade, vulnerabilidade e dignidade.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo podem ocorrer riscos mínimos no que se refere à dimensão física, psíquica, social ou cultural, como em qualquer pesquisa que envolva seres humanos. Medidas serão adotadas, a fim de evitar danos ou atenuar seus efeitos. Caso haja alguma demonstração de desconforto ou maior mobilização emocional a entrevista será interrompida imediatamente e será feito acolhimento e ofertado suporte emocional. Será realizada ainda orientação de encaminhamento para outros pontos da rede de cuidado, caso se mostre necessário. Caso sinta algum desconforto físico ou psicológico você poderá desistir da pesquisa, a qualquer momento.

Na entrevista serão respeitados os preceitos éticos de não exposição de todas as pessoas envolvidas, garantindo dessa forma o sigilo das informações. Como mencionado, os participantes serão identificados apenas através de pseudônimos (nomes falsos). As informações coletadas (registradas) serão de acesso apenas aos/as pesquisadores garantindo que os resultados obtidos serão divulgados para fins científicos e aos participantes e instituição envolvida. Com a realização da pesquisa os colaboradores serão beneficiados com a produção de um guia de direitos e de acesso ao cuidado, direcionado a pessoas que usam drogas. Indiretamente, haverá o benefício de contribuição para o processo de qualificação das políticas públicas para pessoas em uso problemático de drogas.

Garantias éticas: No tocante ao ressarcimento/compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, quaisquer despesas, como alimentação ou transporte será ressarcida pelo pesquisador, e efetuada indenização por possíveis custos gerados. O ressarcimento será feito em espécie (dinheiro). Haverá ainda assistência integral e gratuita através dos encaminhamentos necessários à rede de assistência.

Todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente os/as pesquisadores terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados. Os dados serão guardados em meio digital por, no mínimo 05 (cinco) anos, em local sigiloso, protegido por senha que apenas os pesquisadores saberão.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com os/as pesquisadores. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com os/as pesquisadores do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Este documento foi elaborado em duas vias (duas cópias) de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas, uma das quais ficará com o(a) senhor(a) e a outra com os/as pesquisadores.

Após estes esclarecimentos, convidamos você para participar da pesquisa de forma livre, pedindo seu consentimento.

Obs: Assine esse termo apenas após resolvidas quaisquer dúvidas.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Impressão do dedo polegar, caso não saiba assinar



Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Pesquisador Responsável:

Suely Aires Pontes (orientadora) – Endereço: Rua Aristides Novis, 197 – Estrada de São Lázaro – Salvador- BA. CEP 40.210-730. E-mail: suely.aires@ufba.br. Tel: (71) 98181.0759

Demais pesquisadores da equipe de pesquisa:

Marcelo Souza Oliveira (mestrando) – Rua Cleriston Andrade, 526 – São João CEP. 46.880-000 – Itaberaba/BA – E-mail: oliveira.ufrb@gmail.com - Tel. (74) 98834-6021.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT - UFBA)

Instituto Multidisciplinar em Saúde – Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58 - Bairro Candeias | CEP: 45.029-094. Fone: 55 77 34292720 | Vitória da Conquista - BA | Brasil. E-mail: cepims@ufba.br

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde - UFBA é um Colegiado Interdisciplinar independente que visa à análise, julgamento e acompanhamento de projetos de pesquisa e extensão em que haja o envolvimento de seres humanos. Criado com o intuito de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, e também, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos garantindo os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, privacidade e confidencialidade.

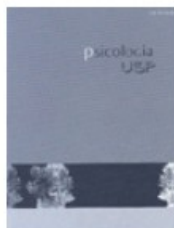
Apêndice C - Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Idade atual:	Sexo:	Raça/Etnia:
Estado civil:	Ocupação atual:	
Renda:	Tempo no CAPS:	
Religião/espiritualidade:		

1. Poderia falar um pouco sobre sua experiência quando esteve internado(a)?
 - 1.1 Como foi sua entrada na instituição?
2. Como era o funcionamento do local?
 - 2.1 Havia espaços para realização de grupos? Como eram esses espaços?
 - 2.2 Havia atendimentos individuais? Com quais profissionais?
3. Como eram as relações dentro da instituição (com profissionais, familiares e outros usuários do serviço)?
- 4 - O que te fez sair da internação?
 - 4.1 Quando saiu da instituição, como estavam as relações com família e amigos?
- 5 - Sente que mudou algo em você enquanto estava internado? E depois que saiu?
- 6 – Para finalizar, gostaria que falasse um pouco sobre o que você sugere como forma de cuidado para alguém que usa drogas.

ANEXOS

Anexo A - Comprovante Submissão Revista Psicologia USP



Comunidades Terapêuticas: uma revisão crítica de literatura

Journal:	Psicologia USP
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Review Article
Keyword:	COMUNIDADE TERAPÊUTICA, TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

SCHOLARONE™
Manuscripts

11/09/2023, 22:07

ScholarOne Manuscripts

☰ Psicologia USP

🏠 Início

✍ Autor

Confirmação da submissão

🖨 imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Psicologia USP

ID do manuscrito
PUSP-2023-0143

Título
Comunidades Terapêuticas: uma revisão crítica de literatura

Autores
Oliveira, MARCELO
Pontes, Suely

Data da submissão
11-set-2023

Anexo B - Comprovante Submissão Revista Memorandum: Memória e História em Psicologia

[MMHP] Agradecimento pela submissão > Caixa de entrada x



Adriano Roberto Afonso do Nascimento nascimentopsi72@gmail.com por fafich.ufmg.br
para mim ▾

01:27 (há 4 minutos) ☆ ↶ ⋮

Marcelo:

Obrigado por submeter o manuscrito, "Comunidades Terapêuticas e Neoliberalismo: considerações sobre a política de drogas na atualidade" ao periódico Memorandum: Memória e História em Psicologia. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/authorDashboard/submission/48964>

Usuário: marcelooliveira

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Submissões

Fila 1 Arquivos Ajuda

Minhas Submissões Designadas Filtros Nova Submissão

48964	Souza Oliveira et al. Comunidades Terapêuticas e Neoliberalismo: considerações sobre a política de drogas na at...	Submissão	Visualizar	▾
-------	--	-----------	------------	---

Anexo C – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multi disciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Suely Aires Pontes e Marcelo Souza Oliveira** do projeto de pesquisa intitulado **“Efeitos subjetivos da experiência de internação em instituições de longa permanência para pessoas que fazem uso problemático de álcool e/ou outras drogas”** a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Vitória da Conquista - BA, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto

Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.

