



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

O Universo de Sentimentos e Experiências dos Usuários de Drogas em uma Comunidade Terapêutica

Marlem Mota Prata Oliveira

Brasília
Julho de 2018



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

O Universo de Sentimentos e Experiências dos Usuários de Drogas em uma Comunidade Terapêutica

Marlem Mota Prata Oliveira

Monografia apresentada à Faculdade Ciências da Educação e Saúde – FACES do Centro Universitário de Brasília como requisito básico para conclusão do curso de Psicologia e obtenção do grau de psicólogo.

Orientador: Prof. M.e Leonardo Cavalcante de Araújo Mello.

Brasília
Julho de 2018

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais pelo amor incondicional, incentivo e apoio. Em especial, à minha mãe que segurou as pontas no momento em que precisavam da minha presença quando eu precisei ficar ausente.

Agradeço aos meus irmãos, meus melhores amigos. Agradeço ao Mário Henrique por ser um cúmplice, um incentivador e um espelho para mim. Agradeço ao Marcos Venício Jr e a minha cunhada Natália Vasconcelos, por me presentear e me propiciarem dividir com vocês a responsabilidade pela nossa Maria Clara. Agradeço também por em momentos necessários suportarem a minha ausência, fazerem a minha parte e me propiciarem a dedicação que a academia exigia. Muito obrigado, eu tenho muito orgulho de vocês e da nossa relação.

Um agradecimento especial ao meu amor, companheiro, amigo, Daniel. Obrigada por estar ao meu lado e me incentivar a enfrentar mais uma graduação, em um curso que sempre sonhei, apoiando nos momentos difíceis, pelos lanches nas mãos, e pelas madrugadas de estudo nas quais me acompanhou ou abdicou de minha presença. Esta conquista também é sua.

A minha grande e amada família pela base sólida pautada no amor, caridade, companheirismo e respeito. Às minhas avós pelos ensinamentos, por sempre repassarem princípios basilares que nos fortalecem e nos mantêm unidos. Agradeço às minhas tias, pelo exemplo de mulheres fortes, guerreiras, que estão sempre prontas a escutarem, aconselharem e apoiarem em todos os momentos. Aos primos pelos diversos momentos de convivência e demonstração de afeto. Agradeço, ainda, aos meus padrinhos, Albenice e Enéas, que mesmo a distância torcem e rezam por mim.

Ao querido mestre Leonardo Mello, obrigada pelo apoio, compreensão e serenidade. Obrigada por fazer desse processo, que eu temia ser árduo, mas ao invés disso se transformou em um prazeroso processo de construção e transformação. Obrigada por me propiciar reflexões e momentos de grandes aprendizados através dos estágios e das supervisões.

Agradeço a todos os professores e funcionários do UNICEUB que me envolveram em um ambiente cativante, acolhedor e engrandecedor durante os cinco anos de convivência.

Agradeço a Carolina Oliveira, Juliana Freire, Kelly Barros e Raquel Monteiro pelos momentos compartilhados durante todo o curso, pelos momentos de estudos, pesquisas, aprendizados, superações, pelas risadas e pelo convívio que ultrapassou as barreiras de uma instituição e se estenderam para a vida.

Agradeço também a todos os profissionais dos setores de psicossocial da SUAP/DPDF da Defensoria Pública do DF e do NERUQ/TJDFT do Tribunal da Justiça do Distrito Federal e Territórios pelo acolhimento e pelo aprendizado oportunizado.

Por fim, agradeço à Melissa e à Ludmilla pela disponibilidade, acolhimento e aprendizados.

Resumo

Essa é uma pesquisa empírica, de caráter qualitativo, de tipo cartográfica, que tem como propósito buscar construir novos conhecimentos acerca do tema Drogas. O objetivo geral é investigar sentidos e significados de pessoas usuárias de drogas ilícitas sob a atuação institucional de uma comunidade terapêutica. A pesquisa teve como objetivos específicos: investigar os aspectos subjetivos do tratamento por parte dos usuários de uma comunidade terapêutica; conhecer como ocorre a adesão dos usuários aos programas; averiguar, na perspectiva dos usuários, quais os benefícios que os programas de prevenção e tratamento proporcionam e se estes se estendem para outros contextos, como: familiar e social; analisar se as estratégias utilizadas contemplam as especificidades de cada indivíduo e de cada droga. A pesquisa foi realizada com assistidos em processo de tratamento em uma comunidade terapêutica que têm como base o paradigma da abstinência. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: entrevista semiestruturada e diário de campo. As informações construídas foram submetidas à análise de conteúdo temática. O estudo dessa temática no âmbito da psicologia se justifica pela necessidade de aprofundar a discussão acerca dos comportamentos provenientes do uso abusivo de drogas, pois podem dar origem a problemas sociais e sofrimentos vivenciados pelos indivíduos. Entre os resultados obtidos se destacam os relatos e comportamentos que remetem à dependência da institucionalização e a desresponsabilização dos assistidos, bem como a identificação de práticas da comunidade terapêutica analisada as quais são questionadas pelo Conselho Federal de Psicologia.

Palavras chaves: Drogas, dispositivos, políticas públicas, cartografia.

Sumário

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Introdução.....	1
Fundamentação Teórica	3
Uma contextualização histórica sobre a relação do ser humano com as drogas.....	3
A política Antidrogas	8
A política de Redução de Danos	15
Metodologia	20
Cartografia.....	20
Método	22
Contexto.....	22
Participantes.....	24
Instrumentos e Materiais.....	25
Procedimentos.....	26
Procedimentos de Análise.....	28
Análise e Discussão.....	28
A adesão aos princípios da comunidade terapêutica.....	29
As diferentes perspectivas atribuídas ao uso de drogas ilícitas e à vivência dos assistidos de uma Comunidade Terapêutica.....	37

Tratamento e atividades desenvolvidas.....	48
As Comunidades Terapêuticas e suas principais características	62
Viés Religioso.....	64
Laborterapia	68
Revistas ao retornar à comunidade terapêutica.....	71
Considerações Finais.....	72
Referências Bibliográficas	77
Apêndice.....	85
Apêndice A.....	85
Apêndice B.....	87
Apêndice C.....	89
Anexos.....	90

Introdução

O combate às drogas denominadas como ilícitas atualmente tem grande repercussão nos meios de comunicação, sendo frequentemente retransmitidas inúmeras informações sobre a realização de operações de combate à produção, à venda e ao consumo.

Essas operações são baseadas na visão policlesca, que tem como principal objetivo o aprisionamento dos corpos para a manutenção da ordem social. Um exemplo significativo dessas operações foi a ocorrência na Cracolândia de São Paulo, em 2017, efetivada através de uma ação policlesca com várias medidas de legalidade questionável, como retiradas violentas de pessoas e demolições de edificações. Além disso, inúmeras pessoas sofreram agressões físicas e foram presas com a finalidade de avaliação e internação compulsória. Segundo a revista Carta Capital¹, a Prefeitura justificou que a internação compulsória seria necessária porque os usuários de drogas não têm controle de seus atos e deterioram o ambiente social, precisando de tratamento extremo (internação).

Contudo, para diversos profissionais que atuam junto aos órgãos de direitos humanos e saúde mental, o que ocorreu na realidade foi uma tentativa de higienização, sob o pretexto de promoção de uma ação urbanística, medicinal e social. Esse tipo de ação simboliza um retrocesso histórico frente à reforma psiquiátrica e às políticas de luta antimanicomial, pois é parte integrante de uma estratégia que sustenta uma atuação na qual as pessoas precisam ser reprimidas, tuteladas e aprisionadas.

Outros contrapontos a essas políticas públicas vigentes são oriundos de importantes organizações internacionais, como: a Comissão Global de Políticas sobre Drogas (reúne ex-presidentes de diversos países), a Comissão das Nações Unidas sobre Drogas Narcóticas

¹ Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2017/05/29/cracolandia-internacao-compulsoria-generica-e-outras-drogas/>

(CND) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)². Estas organizações têm promovido debates em todo o mundo no intuito de ampliar a conscientização da necessidade de uma reformulação das estratégias associadas às drogas.

Ao observar questões como essas, fui acometida de algumas inquietações, desencadeando o desejo de investigar esse tema tão polêmico e subjetivo que é o uso e abuso de drogas. Mas o que são drogas? Qual a etimologia dessa palavra? A partir de que momento essas drogas foram consideradas como substâncias passíveis de proibição? Por que algumas substâncias são consideradas drogas lícitas, enquanto outras são denominadas como ilícitas? Quais as leis e políticas públicas existentes? Essas políticas têm como base o policiamento ou o indivíduo? São questões como estas que pretendemos responder e conhecer os seus sentidos e significados.

A pesquisa empírica tem caráter qualitativo, do tipo cartográfica, com o propósito de construir novos conhecimentos acerca do tema Drogas. O objetivo geral foi investigar sentidos e significados de pessoas usuárias de drogas ilícitas que estão sob a atuação institucional de uma comunidade terapêutica.

Os objetivos específicos da pesquisa foram: investigar os aspectos subjetivos do tratamento por parte dos usuários de uma comunidade terapêutica; conhecer como ocorre a adesão dos usuários aos programas; averiguar, na perspectiva dos usuários, quais os benefícios que os programas de prevenção e tratamento proporcionam e se estes se estendem para outros contextos, como: familiar e social, e analisar se as estratégias utilizadas contemplam as especificidades de cada indivíduo e de cada droga.

A fundamentação teórica está dividida em quatro tópicos, os quais apresentam: uma contextualização histórica sobre a relação do ser humano com as drogas desde a antiguidade,

² Disponível em http://fileserv.idpc.net/library/UNGASS_Proceedings_PT.pdf

um panorama sobre a política antidrogas, a política de redução de danos e o sujeito e os processos subjetivos a partir de uma visão Foucaultiana.

A entrevista semiestruturada e o diário de campo foram os instrumentos utilizados para a coleta de dados. As entrevistas foram transcritas e apreciadas através da análise de conteúdo temática, subsidiando as discussões divididas em quatro categorias temáticas.

Na primeira categoria se encontra a análise sobre a subjetividade dos usuários na adesão ao tratamento e aos princípios da comunidade terapêutica. A segunda categoria trata das diferentes perspectivas atribuídas ao uso de drogas ilícitas, bem como a vivência dos assistidos de uma comunidade terapêutica. Na terceira categoria estão descritos como é realizado o tratamento e quais as atividades desenvolvidas. Na quarta e última categoria, estão descritas algumas atividades características das comunidades terapêuticas, consideradas práticas de violação dos direitos humanos de acordo com o relatório de inspeção elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (2011).

Durante todo o processo de pesquisa foi possível ter uma imersão em diferentes locais que trabalham com a temática do uso de substâncias psicoativas. As experiências obtidas subsidiaram as análises das entrevistas, observações e vivências realizadas na comunidade terapêutica. Entre os resultados obtidos se destacam os relatos e comportamentos que remetem à dependência da institucionalização e a desresponsabilização dos assistidos, bem como a identificação de práticas da comunidade terapêutica analisada as quais são questionadas pelo Conselho Federal de Psicologia (2011).

Fundamentação Teórica

Uma contextualização histórica sobre a relação do ser humano com as drogas.

O ser humano, ao longo de sua existência, em função da necessidade e curiosidade, foi descobrindo a possibilidade do consumo de diversos itens extraídos da natureza, nos quais se atraía pelos efeitos aromáticos, energéticos, revigorantes, termogênicos, etc. Além disso, a

partir do desenvolvimento de novas técnicas passou a provocar alterações nos ingredientes extraídos da natureza, seja pelo aquecimento (a partir da descoberta do fogo) ou pela fermentação. Assim, logo passou a consumir chás, vinhos, entre outros, produzidos a partir de uma vasta diversidade de ervas e plantas como: tabaco, maconha, papoula, cogumelos, cactos, ayahuasca, etc. Estes produtos começaram a ser utilizados inclusive em rituais e práticas religiosas, com a finalidade de atingir estados de meditação e êxtase. Além disso, passaram a ser utilizados por xamãs e boticários para a cura de dores físicas e psíquicas (Vargas, 2008).

A utilização de elementos de origem animal ou vegetal para alterações das condições físicas e psíquicas com fins terapêuticos, recreativos ou laborais remonta ao período Paleolítico (até cerca de 10.000 a.C.), conforme indicações rupestres. O mais antigo documento já encontrado que remete ao uso farmacêutico de substâncias, contendo receitas medicinais, data de 2100 a.C. O papiro de Ebers, escrito por volta de 1500 a.C., é considerado um dos mais importantes documentos da Farmácia, pois menciona várias alternativas de medicação para distintas doenças. O filósofo grego Hipócrates, considerado o pai da medicina, sistematizou os grupos de substâncias medicamentosas, dividindo em: narcóticos, febrífugos e purgantes. A evolução da formulação de substâncias contou com a participação dos alquimistas e posteriormente dos boticários, que surgiram no século X desempenhando atividades similares às que atualmente se dividem entre a medicina e a farmácia (Carneiro, 2010).

Ao longo do histórico de utilização desses produtos extraídos da natureza e seus derivados, o uso da expressão drogas foi sendo incorporado, porém, a princípio, de forma bem diferente da utilizada atualmente. No século XIV, a expressão era empregada para caracterizar mercadorias secas, ervas, e um conjunto de substâncias naturais utilizadas para fins alimentícios ou médicos. Era comum ocorrerem expedições para o Oriente em busca de especiarias como: pimenta, canela, cravo, noz moscada, gengibre, entre outras. Foi

exatamente em busca desses ingredientes, utilizando rotas marítimas alternativas, que desencadeou o descobrimento das Américas (Carneiro, 2014).

No século XVI, eram famosas as expedições que se destinavam ao sertão do Brasil, conhecidas como entradas e bandeiras, que buscavam as drogas do sertão, como eram denominados os seguintes produtos extrativistas: cacau, castanha-do-pará, guaraná, urucum, gorduras de peixe boi e ervas com propriedades curativas, entre outras especiarias brasileiras (Carneiro, 2014).

Somente em meados do século XIX o desenvolvimento técnico-científico permitiu aperfeiçoar os extratos produzidos pelos boticários. A partir do isolamento dos componentes químicos se originou a fabricação de substâncias sintéticas puras como: a morfina (1804), o iodo (1811), a insulina (iniciada em 1869), assim como de: codeína (1832), cocaína (1859) e heroína (1874). A produção realizada em laboratórios químicos dava início a uma nova era nas práticas médicas e nas possibilidades de tratamento, porém, ainda sem completa capacidade de comprovação quanto a sua eficiência e eficácia (Carneiro, 2014; Vargas, 2008).

Esse período marcou a difusão da revolução industrial e do modo de produção capitalista, quando ocorreu uma invasão farmacêutica e um crescimento das atividades biomédicas, iniciando, com isso, um processo de medicalização dos corpos e da vida. Também foi neste período que os hospitais começaram a surgir como instrumentos terapêuticos e de intervenção sobre a doença e os doentes (Illich, 1975).

O processo de aperfeiçoamento das substâncias medicamentosas ampliou as potencialidades, eficiência e uso, concomitantemente trouxe consigo efeitos colaterais. Por isso, esse progresso da medicalização é considerado por Illich (1975) como um processo Iatrogênico, pois, ao mesmo tempo em que trouxe uma evolução em termos de tratamentos médicos, aumentando as expectativas de vida, também proporcionou efeitos negativos. De acordo com ele, “a medicina produzia danos clínicos superiores aos seus benefícios”, pois se

configurava como uma ameaça à saúde e criava uma dependência pessoal dos indivíduos em relação aos médicos e os seus meios de tratamento.

Apesar de no século XVIII ter ocorrido uma tentativa de combater o consumo e a comercialização do ópio no governo chinês. Até o século XX, nenhuma droga era passível de controle e muito menos objeto de criminalização no resto do mundo. Porém, o crescimento do modelo biomédico, com o propósito de restringir o uso e o efeito de certas drogas, impulsionou em vários países a elaboração e a implementação de políticas repressivas, com o objetivo de criminalizar a produção, o tráfico e o uso de substâncias que não tinham finalidade terapêutica, passando a serem classificadas como ilícitas. E foi a partir deste período que a nomenclatura drogas passou a ter um duplo sentido: médico e jurídico (Vargas, 2008).

O início do século XX foi marcado por uma pressão por parte das igrejas e associações protestantes no sentido de cobrar ações mais eficazes e proibir as substâncias psicoativas, incluindo o álcool, considerado um problema à moral e aos bons costumes. Tal preocupação social deu origem ao movimento proibicionista, que tinha como fundamento o consumo restrito das drogas para uso médico, declarando ilegal qualquer outra forma de uso. Um dos mais famosos exemplos de política repressiva foi a Lei Seca norte-americana, vigente entre janeiro de 1920 (um ano após a edição) e dezembro de 1933, quando surgiu um mercado clandestino que permitiu a manutenção do uso do álcool. Diversas outras leis também tentaram coibir, combater ou controlar o uso de drogas, mas com efeitos questionáveis, pois o consumo sempre se manteve, talvez até fomentado e impulsionado, inclusive dando origem a uma nova modalidade de crime denominado de narcotráfico (Rodrigues, 2008).

Esse período inicial do século XX ficou marcado pela representatividade e difusão em vários países, inclusive no Brasil, do movimento denominado higienista, que apresentava como objetivo central a preconização de normas, procedimentos e hábitos com fins de

conservar e aprimorar a saúde coletiva e individual. Diante dessa conjuntura, ocorreram campanhas em prol da abstinência e proibição como medidas eficazes contra o alcoolismo, considerado um distúrbio degenerativo e hereditário; bem como contra o álcool, compreendido como uma substância que gera dependência (Gois Jr, 2007).

Na realidade, essa lógica se disseminou ainda mais no decorrer do século XX, motivando as ações políticas de combate aos entorpecentes e para o tratamento da toxicomania. Por exemplo, o cultivo e o uso da maconha foram proibidos nos EUA em 1937, sob a justificativa de que representava uma ameaça à vida e à ordem social. Adicionalmente, associaram substâncias estrangeiras como um risco ao zelo pela conservação do tecido social interno: a cannabis dos mexicanos, o gim dos irlandeses, a cocaína dos negros e o ópio dos chineses (Escohotado, 2002).

Essa visão das drogas pelas políticas proibicionistas como algo que pode gerar efeitos graves no organismo, propensão ao abuso e conseqüentemente à dependência, sugere a ausência de responsabilidade do sujeito no processo de tratamento, tornando-se meramente ator passivo dos procedimentos conduzidos integralmente por profissionais capacitados pelas ciências da saúde. Assim, é reforçado o discurso médico da cura, corroborando com o controle sobre os corpos, consonante com as análises de Foucault (1984).

Em apoio a essa visão, Rodrigues (2008) considera o proibicionismo como uma estratégia de Biopolítica, que institucionaliza o exercício do poder disciplinar sobre os indivíduos a partir das condutas profissionais. Como consequência, o controle biopolítico sobre as substâncias consideradas ilícitas promoveu o processo de medicalização e patologização, bem como passou a criminalizar qualquer forma de consumo fora da delimitação institucionalizada (Escohatado, 2002).

O proibicionismo afasta também a subjetividade envolvida nesse tema, pois de acordo com a classificação feita nos manuais de diagnósticos médicos, o uso de forma abusiva é

considerado como uma doença. Contudo, essa visão é problemática, pois atribui juízos de valor e consideram usuários aqueles que consomem substâncias psicoativas tanto lícitas como ilícitas, configurando-se como uma negação das singularidades do fenômeno humano. Assim, os usuários passaram a ser compreendidos como fora da normalidade subjetivada tanto pelos profissionais quanto pela cultura da população, por isso passaram a ser considerados como passíveis de sofrerem drásticas intervenções no seu dia-a-dia, seja coercitivamente, seja por um aparente paternalismo (Rodrigues, 2008, Ferreira & Traversini, 2013).

Da mesma maneira que é complexo definir historicamente a palavra droga, também é difícil definir as subjetividades que envolvem o vício, os hábitos e as compulsões na atualidade. Como forma de dar mais atenção a essas subjetividades individuais e tentar diminuir os julgamentos morais, os preconceitos e as intervenções realizadas com práticas de intolerância e discriminação, iniciou-se um movimento mais humanitário. Assim, as pessoas passam a ser acolhidas em seu ambiente natural, no qual paulatinamente seria proporcionada a esse indivíduo a oportunidade de desenvolver o autocuidado com a saúde e o bem-estar (Rodrigues, 2008).

A política Antidrogas

Carneiro (2010), em consonância com Foucault (1984), descreve que a política antidrogas se fundamenta na ótica sanitaria, baseada no poder do Estado de regulamentar a distribuição de drogas e a política de saúde pública, institucionalizados sob a competência exclusiva do saber médico científico.

Durante o século XX, em vários países foram publicados decretos, leis e regulamentos estabelecendo a limitação da produção, uso e comercialização de substâncias psicoativas, além de reforçar as estratégias de punição e repressão do Estado. No Brasil, por exemplo: o Código Penal de 1940 os tratou como crimes contra a saúde pública, regulamentado pelo

Decreto nº 3.114/1941, que criou a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e deu início à construção da regulação sobre o controle de drogas no Brasil (Morais, 2008).

Os anos 1960 são considerados um período importante para a difusão do modelo sanitário, justamente quando o termo drogas passou a ser utilizado como sinônimo de dependência. Em continuidade, nos anos 1970 a legislação brasileira relacionada a drogas passou a sofrer maior influência da medicina, reforçando a abordagem aos usuários dessas substâncias como doentes e infratores, carentes de serem salvos, recuperados e tratados. Sob essa perspectiva foram orientadas estratégias de controle do uso e contenção dos usuários em hospitais psiquiátricos e centros especializados de tratamento públicos ou filantrópicos (Karam, 2005).

Um exemplo é a lei nº 6.368/1976, conhecida como Lei dos Tóxicos, que dispôs sobre “medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinasse dependência física e psíquica”, estabelecendo como crime sujeito a sanções tanto a venda quanto manter para consumo pessoal. Posteriormente, essa lei foi alterada pela lei nº 11.343/2006, que apresenta o seguinte escopo: “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes...” (Lei nº 6.368/76; Lei nº 11.343/06).

Podemos então constatar que a política antidrogas foi instituída no Brasil a partir de dispositivos jurídicos que visavam a repressão ao uso indevido, à produção e ao tráfico ilícito de drogas. Somente a partir do Decreto nº 4.345/2002 é que foram instituídos avanços, com a inclusão da redução de danos sociais e à saúde. Contudo, a legislação continua majoritariamente pautada em pressupostos que prestigiam a alternativa da abstinência de forma soberana em detrimento à redução de danos. O modelo de abstinência foi definido a

partir da perspectiva de que o tratamento seria a única forma a ser considerada como viável para a resolução da problemática. Esse pressuposto se tornou uma base para o arcabouço da associação entre a saúde, a moral religiosa, a psiquiatria e a justiça (Souza, 2007).

A articulação entre saúde e justiça teve início na segunda metade do século XIX e início do século XX, simultaneamente às evoluções decorrentes da revolução industrial, quando uma parte da sociedade começou a pressionar os governos por resolução de problemas sociais surgidos desde então. Em decorrência dessa mobilização surgiram as primeiras leis proibicionistas e instituições de higienização, normatização e aprisionamento dos corpos: os hospícios. Para esses locais eram enviados os considerados loucos, sendo tal concepção posteriormente estendida para também recepcionarem aqueles que fugiam da norma e/ou apresentavam uma postura desviante, anormal, julgada restritiva ao convívio social (Foucault, 1984). Assim sendo, os usuários de drogas passaram a fazer parte de um jogo de poder: tutelados e encarcerados em um hospício, pela psiquiatria; ou nas penitenciárias, pela criminologia. Para Danziato e Max (2015), essas instituições contribuíram para a concepção do alcoolismo e da toxicomania como doenças individuais.

Ainda nesse contexto, surgiu em 1935 nos EUA o grupo Alcoólicos Anônimos (AA), que se espalhou pelo mundo baseado em princípios como “temperança”, “fraternidade” e “sobriedade”, servindo de inspiração a outras instituições como os Narcóticos Anônimos (NA) (Carneiro, 2010). O método do AA está fundamentado em Doze Passos e Doze Tradições, sujeitos a adaptações. O tratamento se baseia na abstinência completa e no intercâmbio de experiências entre os alcoolistas. Apesar de incorporar menções a Deus e ao Poder Superior, bem como muitas reuniões serem realizadas nas dependências de instituições religiosas, a Irmandade dos Alcoólicos Anônimos esclarece não estar associada a seitas ou religiões (Revista Vivência, 2011; citada por Fossi & Guareschi, 2015).

Em 1953, um grupo de participantes dos Alcoólicos Anônimos fundou a Comunidade Terapêutica Synanom, na Califórnia (EUA), onde poderiam morar juntos a fim de cooperarem para se manter em abstinência. A partir de então, outras comunidades terapêuticas surgiram, seguindo o mesmo modo de funcionamento. Mesmo que várias estejam associadas a ordens religiosas, ainda assim mantiveram a adoção das mesmas prerrogativas utilizadas desde os primeiros grupos AA: “temperança”, “fraternidade” e “sobriedade” (Fossi & Guareschi, 2015).

O estímulo ao comportamento de temperança surgiu como princípio fundamental de um movimento formulado nos EUA ao final do século XIX, subsidiando a ideologia capitalista norte-americana que defende o quão justo é o modelo econômico de livre concorrência. Apesar disso, vários problemas insistiam em incomodar a sociedade americana, como a pobreza, o crime, a violência e os insucessos financeiros pessoais. Então, antes que questionassem os princípios econômicos vigentes, o movimento de temperança se apresentou culpabilizando o consumo de álcool, condição posteriormente estendida para as demais substâncias psicoativas (Cotrim, 1995).

Já a sobriedade é um dos princípios do AA³, pois o autoconhecimento e o estado de consciência são fundamentais para a prática do programa, condições prejudicadas diante do estado de consumo de substâncias.

O princípio da fraternidade é fundamental para os procedimentos propostos pelo AA, pois se baseia na união e cooperação entre os homens, com base no respeito e igualdade de direitos.

³ Retirado de <http://www.aabr.com.br/ver.php?id=183&secao=16>

No Brasil, esse movimento estreou em 1968, com a criação da primeira comunidade terapêutica denominada Desafio Jovem, associada a um movimento religioso evangélico (Fossi & Guareschi, 2015). Atualmente, as comunidades terapêuticas em funcionamento no país são instituições privadas, na maioria originárias de movimentos religiosos, em que a lógica moral religiosa ocupa um espaço significativo dentre os instrumentos de tratamento, concomitantemente com os saberes e as práticas profissionais interdisciplinares. Por isso mesmo, em princípio não eram consideradas serviços de saúde, não integrando a rede de atenção à saúde para usuários de substâncias psicoativas, o que mudou apenas a partir da Resolução nº 101/2001-Anvisa. Não obstante, só puderam ser conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) como serviço de atenção da rede pública a partir de 2011. A inserção da comunidade terapêutica na rede de cuidados se dá através de um edital promovido pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça, órgão ao qual passam a ser conveniadas caso selecionadas (Fossi & Guareschi, 2015; Brasil 2001 -RDC 101/2001).

As Comunidades e Fazendas Terapêuticas são, portanto, institutos de assistência onde os participantes são mantidos residindo em comunidade, como alternativa ao modelo hospitalar, inicialmente para o tratamento de transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência do álcool. Posteriormente, expandiram a própria atuação para o tratamento de transtornos decorrentes do uso de outras drogas (Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidade, 2014).

O objetivo do tratamento é fornecer suporte e tratamento aos usuários de substâncias psicoativas, buscando promover mudanças no comportamento dos indivíduos e favorecer sua reinserção na sociedade. Para isso, alteram o meio onde os indivíduos vivem, retirando-os da situação em que acontece o consumo de drogas, mantendo-os em ambiente protegido, com suporte técnico e baseado na ética profissional (Fossi & Guareschi, 2015). De acordo com o

manual do CONAD, a convivência entre os pares, baseada em valores como: espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade, é considerada como o principal instrumento terapêutico capaz de resgatar a cidadania dessas pessoas, com fins de proporcionar a reabilitação física, psicológica e social (Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidade, 2014).

A Resolução nº 29/2011, emitida em 30 de junho de 2011 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as caracteriza como “instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (RDC nº 29). O regulamento estabelece requisitos para a atuação em regime de residência temporária, determinando a necessária disponibilização de um ambiente com boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, onde a convivência voluntária dos indivíduos entre pares se constitui no principal instrumento terapêutico, sendo o residente o maior responsável pela própria recuperação.

O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo (CONED) elaborou um Manual em 2014, com orientações para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas naquele estado, em consonância com a legislação e a regulamentação nacionais. Alguns princípios foram elencados como imprescindíveis para a constituição dessas instituições, como: participação voluntária, articulação com os recursos sociais e de saúde públicos, reprodução da realidade exterior em prol da reinserção e incentivo ao intercâmbio de experiências anteriores entre os residentes (Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidade, 2014; RDC 29/2011).

São caracterizadas por um ambiente estruturado e isolado geograficamente, onde residem indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas. Com o objetivo de reabilitação, o residente deve se comprometer com o programa de tratamento da instituição, que pode durar de 6 a 12 meses, incluindo atividades durante o transcorrer do dia, que podem

variar entre atividades laborais, terapêuticas e religiosas. As entidades estabelecem datas, normalmente uma vez por mês, para possíveis visitas de familiares, sendo que algumas exigem que os visitantes participem de algum grupo como o Amor Exigente⁴ (Conselho Federal de Psicologia, 2016).

De acordo com Souza, Machado e Bianco (2008), as comunidades terapêuticas dispõem de suporte e orientação técnica no intuito de proporcionar mudança na vida dos residentes, para que eles possam resgatar a própria identidade. O tratamento envolve a ajuda mútua no processo de recuperação e resgate da cidadania, a partir da abstinência e do aprendizado social decorrente da participação em múltiplas atividades esportivas, profissionalizantes, religiosas, cotidianas, etc. Foi diante desse contexto histórico que se desenvolveu o estigma dos usuários de drogas como pessoas perigosas ou doentes, que necessitam através do aprisionamento estar alijados do convívio social ao qual está habituado.

A breve discussão apresentada nos possibilita entender toda a dificuldade e resistência diante da política de redução de danos. No Brasil, assim como em outros países, a estratégia de redução de danos encontrou muita rejeição e dificuldade de ser implementada. Somente em 2002 a estratégia de redução de danos foi incluída na Política Nacional Antidrogas a partir do Decreto Presidencial nº 4.345/2002, que estabelece “objetivo e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e a saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas” (Decreto nº 4.345/2002).

De acordo com Souza (2007), as políticas públicas ainda são fortemente influenciadas pelo modelo de abstinência e repressão aos usuários, de forma moralista e policialesca, apesar

⁴ Amor Exigente é uma ONG que atua oferecendo “apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos e às pessoas com comportamentos inadequados”. Retirado de <https://amorexigente.org.br/quem-somos/>

da política oficial ser pautada nas estratégias de redução de danos. Contudo, para que a política de redução de danos tenha uma maior visibilidade e aceitação, faz-se necessário que ocorra uma mudança de paradigma que permita compreender as pessoas que usam drogas como cidadão de direitos, atuantes e capazes de participar direta ou indiretamente de ações e decisões essenciais da sociedade.

A política de Redução de Danos

A política de Redução de Danos, de acordo com Marlatt (1999), é um movimento internacional que começou na década de 80, em virtude de uma grande preocupação diante da disseminação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis. De modo geral, foi uma tentativa de reduzir a possibilidade de consequências danosas decorrentes de comportamentos de alto risco, para propiciar uma melhora no bem-estar físico e social, além de contribuir para uma integração social.

Ainda segundo Marlatt (1999), a Política de Redução de Danos foi constituída em contraponto às práticas tradicionais, que consideram a distribuição de drogas consideradas ilícitas como um crime passível de punição, juntamente com a necessidade de redução da oferta; enquanto o uso é considerado uma doença biológica demandante de tratamento, recuperação e abstinência. Apesar do reconhecimento dos pressupostos morais idealistas, a nova visão admite que a abstinência total é uma exigência elevada, podendo se tornar um impeditivo àqueles que buscam ajuda. A política de redução de danos percebe e aceita que comportamentos potencialmente prejudiciais sempre aconteceram e vão continuar acontecendo. Ao aceitar esse princípio como verdade, busca a melhor forma de manejo dos comportamentos diários, obtendo sua legitimidade através dos resultados práticos.

Portanto, ao invés de ficar tentando atingir o objetivo moralmente considerado ideal, concentram-se pragmaticamente em desenvolver alternativas que possam reduzir as

consequências negativas para a saúde do próprio usuário e para a sociedade em geral. Assim sendo, propõem a adoção de políticas públicas alicerçadas na defesa do dependente e promovidas a partir de ações de intervenção comunitária. Para isso, defendem que essas novas políticas públicas sejam elaboradas em uma abordagem de “baixo para cima”, com a participação ativa de pessoas envolvidas na recepção e oferta de serviços, em substituição a políticas de “cima para baixo”, que são produzidas apenas por autoridades políticas (Souza, 2007).

Com base nos princípios relatados acima, foram elaboradas e implementadas ações em vários países, começando pela Holanda. As ações consistiam em prescrição de medicamentos, como drogas substitutas, que ajudavam a controlar a síndrome de abstinência; bem como distribuição de: seringas, para evitar o compartilhamento; preservativos, para a prática do sexo seguro; materiais de apoio e reabilitação social; bem como dos próprios medicamentos prescritos (Marlatt, 1999).

Essas ações integraram uma revisão mundial da política antidrogas. Um dos objetivos da estratégia é mitigar o estigma da sociedade e dos profissionais de saúde para com os usuários que fazem uso prejudicial de drogas. Com isso, permitiríamos que estes possam se tornar pacientes ou clientes do serviço de saúde empoderados em suas decisões de como, onde e de que maneira serão tratados. Assim, minimizaria o poder/tutela dos prestadores de serviços de saúde, que no lugar de impor um tratamento normatizado e pautado pela lógica medicalizada, ainda comum na cultura atual, atuariam na promoção de mecanismos de apoio social adaptativos (Marlatt, 1999).

Como alternativa à proposição radical de abstinência ao uso de drogas, a prevenção pode ocorrer a partir da educação acerca dos direitos e deveres dos cidadãos, bem como dos possíveis danos decorrentes do uso das diversas substâncias. Para isso, a escola pode assumir um papel fundamental, contribuindo com uma melhor educação sobre as drogas, tanto lícitas

como ilícitas, aumentando a capacidade dos indivíduos de tomar decisões conscientes e responsáveis, para que mesmo em caso de uso esta ação possa ocorrer de forma mais segura (Acselrad, 2005).

Nessa perspectiva, de uma educação em prol da redução dos danos decorrentes do uso indevido, não é imposta a abstinência, nem o controle dos indivíduos, muito menos se trata de permissividade, mas de compreender a fragilidade dos indivíduos diante do desafio da convivência com a farta disponibilidade de psicotrópicos. Assim sendo, o objetivo fundamental perpassa por uma educação para a autonomia, capacitando o sujeito à reflexão e proteção de si mesmo e de sua comunidade. O enfoque deixa de ser a abstinência, a medicalização ou o controle policial indiscriminados, dissociando-se da automática correlação entre usuário e o comumente denominado como dependente ou doente. Ao invés disso, esforça-se em esclarecer os diferentes tipos de relação com as drogas e os riscos que o uso implica (Acselrad, 2005).

A atenção pedagógica se mobiliza para os riscos que envolvem o uso, desde as primeiras experimentações até quando a prática se converte em uma ação decorrente de dependência. Os educadores, considerando as particularidades, ajudam na demanda por tratamento junto às unidades especializadas, bem como mantêm o acompanhamento durante o tratamento (Acselrad, 2005).

Na medida em que passa a ser percebido que o consumo de drogas se encontra inserido na realidade social, aumenta a possibilidade de uma participação efetiva da comunidade na discussão, em especial no âmbito escolar, envolvendo educadores, alunos, pais, funcionários e comunidade circunvizinha à escola. Assim, torna-se factível a construção de um planejamento educacional baseado no diálogo e na orientação aos sujeitos, possibilitando uma adequada evolução dos jovens para uma vida adulta com autonomia (Acselrad, 2005).

A prática dominante, inclusive no Brasil, continua sendo a realização de campanhas que buscam coibir o consumo, baseadas nos slogans: “diga não às drogas”, “drogas, nem morto”, “drogas, tô fora”, “sou careta, mas sou feliz”. Ao invés disso, a educação sobre drogas, na perspectiva da redução de danos, não tem a pretensão de impedir que os indivíduos tenham suas experiências de uso, nem impõe o controle ou a interferência na vida privada. O que se propõe é o debate coletivo sobre as drogas, educando a partir de ações desenvolvidas para inspirar a reflexão, podendo até incluir como exemplo referências às leis que permitem ou criminalizam o uso de certas drogas e o histórico associado ao tema. A partir do reconhecimento de que a decisão de uso é pessoal, o objetivo é instigar uma consciência crítica acerca da responsabilidade consigo e com a comunidade, conscientizando quanto à possibilidade de transformação da realidade e contribuindo para isso se concretize (Acselrad, 2005).

Assim sendo, ao considerar a importância do sujeito vivenciar as oportunidades para livremente construir o próprio destino, o modelo de redução de danos apresenta convergência com a perspectiva Foucaultiana que será analisada a seguir.

O sujeito e os processos subjetivos a partir de uma visão Foucaultiana.

De acordo com Foucault (2004), podemos abordar a questão do sujeito a partir de três vertentes: o sujeito constituído por uma série de saberes (científicos ou não), como objeto de investigação a ser conhecido; sujeito constituído à luz da jurisdição através de práticas de poder, como um objeto a ser subjugado; e por fim, o sujeito constituído por si próprio, por meio das experiências de suas práticas, como objeto de autoconstituição.

Segundo Revel (2005), que lançou um livro sobre conceitos de Foucault, devemos pensar o sujeito como “um objeto historicamente constituído sobre a base de determinações que lhe são exteriores” (p.84). Ou seja, os seres humanos são coletivamente submetidos a um

processo gradativo, contínuo e subliminar denominado por subjetivação, que utiliza de dispositivos de saber constituídos por técnicas, estratégias e mecanismos de dominação, os quais lhes condicionam em torno de um “assujeitamento”. Assim sendo, como consequência direta decorre uma tentativa de objetivação, na qual os indivíduos são submetidos a um processo pretensamente objetivo que estabelece critérios de classificação, permitindo a diferenciação entre os comportamentos desviantes e o sujeito normatizado.

A relação entre esses processos de objetivação e subjetivação foi denominada por jogos de verdade, que são construções de verdades produzidas historicamente em cada sociedade. Para isso, são estabelecidos os discursos a serem acolhidos como verdadeiros, bem como os mecanismos e instâncias que serão aceitos pela sociedade como aptos a realizarem a distinção entre o falso e o verdadeiro. Assim, cada sociedade adota mecanismos, técnicas e procedimentos utilizados para obter e sancionar o seu próprio regime de verdade (Revel, 2005; Foucault, 1984).

São chamados de jogos da verdade por se constituírem em um conjunto de práticas que produzem lógicas específicas, aceitas socialmente como verdades legítimas. Assim, o foco se volta para compreender como o conhecimento pode estabelecer mecanismos coercitivos de poder, subsidiando as práticas discursivas e institucionais em uma dinâmica que se retroalimenta, efetivando-se como verdade constituída sobre técnicas de sujeição (Castanheira e Correia, 2012).

Contudo, só cabe falar em relações de poder caso, mesmo eventualmente sujeitado, ainda exista a possibilidade de liberdade de escolha de condutas e comportamentos. Do contrário, a inexistência de alternativas e a impossibilidade de resistência e reação tornaria inócua a própria configuração do poder. Nesse sentido, a despeito da possibilidade de subjugação do indivíduo a procedimentos do poder, passou-se a buscar práticas de auto

formação do sujeito, de modo que possa compreender as experiências decorrentes dos jogos de poder, e assim, escolher a maneira como pretende se portar (Castanheira e Correia, 2012).

Assim sendo, segundo Sousa Filho (2007), baseando-se na leitura foucaultiana de cuidado de si, o sujeito pode reconstruir o próprio destino a partir da liberdade de cuidar de si próprio, usufruindo as oportunidades para testar novas experiências e inventos, ainda que em oposição a um eventual poder limitador. Trata-se de experiências singulares e intransferíveis, que a despeito do livre arbítrio são vivenciadas em acordo com a base ética e moral do sujeito, definida por Sousa Filho (2007) e Revel (2005) como um código pessoal de conduta, constituindo sua própria verdade. Por conseguinte, em meio ao dilema entre as múltiplas alternativas de ação e o respeito aos códigos morais pessoais, as escolhas vivenciadas por cada pessoa possibilitam construir a si próprio não apenas como agente, mas como sujeito moral da ação.

Metodologia

Cartografia

Esta é uma pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo, que teve como objetivo conhecer e discorrer sobre a visão dos usuários de programas de prevenção e tratamento instituídos no âmbito das políticas públicas, na qual foi pesquisada uma instituição que tem como base o paradigma da abstinência.

Foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, que segundo Chizzotti (1995), se baseia na premissa de que há uma contínua relação entre o sujeito e o mundo real. O conhecimento não é estático e dissociado do sujeito-observador, pois as ações deste integram o processo de construção do conhecimento. Os objetos que compõem o mundo real e objetivo se vinculam à subjetividade do sujeito a partir das ações e entendimentos deste, ou seja, considerando os significados e os processos de significação que são atribuídos pelo sujeito. Conforme inclusive são destacados por Minayo (1993), “a pesquisa qualitativa responde a

questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (p. 21-22). Essas manifestações correspondem a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à instrumentalização.

Dentro da pesquisa qualitativa foi utilizado o método cartográfico, criado por Deleuze e Guattari, muito utilizado em pesquisas de campo, para o estudo da subjetividade, que se caracteriza como uma estratégia de investigação e intervenção na qual podemos analisar e descrever os caminhos, os campos de forças, as relações, estruturas e os princípios elaborados pelos dispositivos. Ou seja, nos permite observar diferentes diretrizes, construções e oposições que se desenvolvem no tempo e no espaço, possibilitando ao pesquisador realizar uma análise crítica da atualidade, e conseqüentemente produzir novas formas de enfrentamento aos modos de subjugação, objetificação e subjetificação que nos constitui enquanto indivíduos (Prado Filho e Teti, 2013).

De acordo com Barros e Kastrup (2009), por intermédio da técnica de Cartografia um observador busca destrinchar a rede de conexões com as quais se articula em diferentes níveis o objeto ou fenômeno em estudo, seguindo a pesquisa por sucessivas etapas continuamente interligadas, incluindo desde a coleta, a análise e discussão dos dados, até a formalização dos resultados.

Romagnoli (2009) diz que são fundamentais para o estudo cartográfico os acontecimentos identificados dentro do campo de pesquisa, a partir das relações, vivências e conexões diversas, podendo ou não romper com os sentidos estabelecidos e instituir novos. Ressalta ainda que o pesquisador tem um papel fundamental na produção de conhecimentos, pois ao invés de centrar-se nos próprios significados, influencia e é influenciado pelas “percepções, sensações e afetos” (p.170) decorrentes das experiências de campo.

É importante ressaltar que a pesquisa qualitativa incentiva os sujeitos a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito, possibilitando aflorar os aspectos subjetivos dos sujeitos e os incentiva a relatar, de forma implícita ou explícita, seus sentimentos sobre o assunto abordado.

Portanto, o método escolhido justifica-se por proporcionar mais familiaridade com o tema, permitindo um aprofundamento no fenômeno estudado e uma melhor visualização dos fatos e processos específicos.

Método

Contexto

A pesquisa foi desenvolvida numa comunidade terapêutica localizada na zona rural de Planaltina, no Distrito Federal. É uma comunidade terapêutica sem fins lucrativos, de caráter social, assistencial e educativo. A instituição foi fundada em 2006 e durante muitos anos, foi dirigida através de uma orientação estritamente religiosa. Porém, há 6 anos, novas formas de terapias vêm sendo implantadas a partir da incorporação de suporte profissional especializado. A instituição é regulamentada pelo Conselho Nacional de políticas sobre Drogas (CONAD), com fundamento no art. 19, inciso XII da Lei 11.342. Diante disso, do total de leitos na instituição, 78 são mantidos pelo governo, através de convênios com o Subsecretário de Políticas sobre Drogas (SUBAD) e com a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A comunidade terapêutica funciona diariamente, e tem atividades pré-definidas que são desenvolvidas de 06 às 22h.

A equipe profissional da comunidade terapêutica é formada por doze pessoas, sendo um presidente, um coordenador geral, um profissional de psicologia, duas estagiárias de psicologia, um chefe de cozinha, dois motoristas e quatro monitores que dividem as funções entre as atividades da lavanderia, farmácia, horta, transporte e acompanhamento da rotina dos

internos. A instituição também recebe apoio de voluntários, sendo que alguns deles são internos que já concluíram o plano terapêutico. A comunidade terapêutica não possui médicos em seu quadro de profissionais e por isso, os acompanhamentos que necessitam de intervenção médica são realizados em parceria através de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPS AD), além do postinho e hospitais mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura física da comunidade terapêutica é composta por um dormitório dividido em 12 quartos, cada um contando com 10 a 12 camas, um refeitório com capacidade para aproximadamente 140 pessoas, uma cozinha semi-industrial com despensa, uma lavadeira, uma bomboniere⁵, uma “academia”⁶, um campo de futebol, área para horta, espaços livres para momentos de lazer, farmácia, biblioteca, duas salas de aula e quatro escritórios.

De acordo com a entrevista realizada com a responsável técnica, a internação é prioritariamente voluntária, o que significa que as pessoas devem comparecer por espontânea vontade. O perfil dos internos atendidos é formado por pessoas do gênero masculino, dependentes químicos, com idades entre 18 e 60 anos.

A instituição não tem missão e valores organizacionais definidos, porém seu fundador afirma que tem como missão “oferecer oportunidades para que pessoas do gênero masculino em situação de dependência química tenham suas vidas transformadas”. A comunidade oferece um ambiente protegido e realiza terapias que têm como objetivo atingir os internos em sua completude, considerando fatores biológicos, psicológicos e sociais. Diante dessa atenção a diversos fatores, a instituição conta com um plano terapêutico (anexo) que organiza o tratamento em três fases que ocorrem num período de nove meses, podendo ser estendido

⁵ A bomboniere é como se chama na CT uma sala na qual disponibilizam balas e bombons para vender aos assistidos.

⁶ Academia é um espaço com instrumentos produzidos artesanalmente pelos assistidos para a prática de musculação.

por até doze meses. O programa tem como objetivo proporcionar a recuperação e a reintegração familiar e social, oportunizando ao acolhido condições de se tornar uma pessoa emancipada do vício, que internalize a mudança no estilo de vida.

A metodologia utilizada na instituição é constituída com base no tratamento psicossocial e espiritual (envolvendo cultos, leituras e estudos da bíblia), bem como na valorização do sujeito na sua individualidade e nas terapias em grupo, de acordo com os termos da resolução – RDC nº 29/2011 – Anvisa.

Como já foi citado anteriormente, o tratamento é dividido em três fases e cada fase tem duração de três meses. As fases são identificadas respectivamente por: 1ª - Desintoxicação e adesão ao tratamento; 2ª – Interiorização; 3ª - Reintegração familiar e social.

Apesar da comunidade terapêutica ser o principal campo de pesquisa, a investigação também contou com observações dos dois campos de estágio. O NERUQ (Núcleo de assessoramento a magistrados sobre drogas), vinculado ao TJDFT e a SUAP (subsecretaria de apoio psicossocial da Defensoria Pública do DF).

Participantes

A pesquisa se deu em confluência entre pesquisadora, profissional responsável técnica pela Comunidade Terapêutica e usuários dos serviços da instituição. A primeira etapa da pesquisa constituiu-se por uma observação participante da rotina e das atividades realizadas. Já a segunda parte foi constituída por entrevistas semiestruturadas com a responsável técnica da equipe e principalmente com os assistidos da instituição, escolhidos de acordo com o interesse próprio e disponibilidade. Na tabela a seguir é apresentada uma síntese das informações que ajudam identificar os participantes da entrevista. É importante ressaltar que os nomes são fictícios para respeitar o sigilo da identidade dos participantes.

Características dos participantes.

Participantes	Idade	Estado Civil	Filhos	Participação	Quanto tempo em tratamento	Quantas passagens por instituições	Quantas passagens na instituição
Pedro	21 anos	Solteiro	-	Conversa Informal	03 meses	02	02
Mateus	27 anos	Casado	02	Entrevista	06 meses	06	02
João	31 anos	Solteiro	-	Entrevista	02 meses	02	02
Tomé	36 anos	Casado	04	Entrevista	03 meses	02	02
Responsável Técnica	33 anos	Solteira	-	Entrevista	-	-	-

Instrumentos e Materiais

De acordo com Teixeira (2006), em uma pesquisa qualitativa o pesquisador busca aproximar as informações construídas no campo com a teoria, por intermédio da análise e interpretação dos fenômenos estudados. A inserção realizada na Comunidade terapêutica ocorreu inicialmente participando como observadora em atividades realizadas na instituição, posteriormente, realizando pesquisas nos cadastros de usuários.

Dando prosseguimento à pesquisa de campo, como forma de conhecer mais sobre o campo e o sujeito pesquisado, foram utilizadas algumas estratégias para a construção de informações, como: observação participante e entrevista individual semiestruturada.

A entrevista individual semiestruturada, uma das mais utilizadas em uma abordagem qualitativa, segundo Minayo (1993), caracteriza-se por perguntas abertas e fechadas que possibilitam ao entrevistado discorrer sobre o assunto sem se prender ao perguntado.

A observação participante, de acordo com Minayo (1993), é um procedimento no qual o pesquisador se insere no contexto a ser pesquisado, a fim de realizar uma pesquisa

científica. A inserção do participante nesse contexto produz modificações recíprocas e possibilita a vinculação dos fatos às suas representações, proporcionando um esclarecimento das regras, diretrizes e contradições vivenciadas diariamente no campo.

O principal instrumento de observação é o diário de campo, que nada mais é do que uma forma de registro, no qual são escritas todas as informações observadas e vivenciadas no contexto em que o pesquisador está inserido.

Segundo Neves (2006), o diário de campo é um instrumento no qual se registra diariamente as observações, as quais devem ser mais detalhadas quanto possível. É importante ter cuidado ao fazê-lo, devendo referenciá-lo de forma diferente para cada acontecimento, ou seja, com grafias e cores diferentes, de forma a identificar os acontecimentos, sentimentos e impressões ocorridos no momento em si, possibilitando assim uma detalhada análise do que foi observado.

Procedimentos

Inicialmente houve a inserção nos campos de estágio, os quais apesar de não serem o local central de pesquisa, forneceram experiências e informações que proporcionaram a esta pesquisadora observações de outros contextos relacionados à temática.

Na Subsecretaria de atividade psicossocial da Defensoria Pública do DF (SUAP/DPDF) foram realizados acolhimentos de familiares de pessoas envolvidas com o consumo de álcool e outras drogas. A maioria dos atendimentos eram voltados para orientação e solicitação de encaminhamentos para o núcleo da saúde da Defensoria Pública (Naj – Saúde), com o intuito de judicializar uma solicitação de internação compulsória.

Já no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) a experiência ocorreu em duas etapas. Primeiro, realizando o acolhimento de pessoas que haviam sido encaminhadas para a audiência de advertência em virtude de terem sido flagradas portando

substâncias ilícitas, na qual o juiz realiza orientações sobre o crime e propõe um acordo de transação penal com o jurisdicionado. Dando continuidade ao processo, o jurisdicionado é encaminhado para um atendimento psicossocial no Núcleo de Assessoramento aos magistrados sobre usuários de drogas (NERUQ). Nesse estágio do processo jurisdicional ocorria a segunda etapa da experiência, sendo realizados um atendimento individualizado e a aplicação do teste ASSIT⁷ para a escolha em conjunto com o jurisdicionado de qual o melhor encaminhamento, de acordo com a sua relação com a droga.

Os relatos sobre os dois campos estão apresentados de forma mais específica na parte de análise e discussão, mais especificamente na categoria de análise intitulada: As diferentes perspectivas atribuídas ao uso de drogas ilícitas e as vivências dos assistidos de uma Comunidade Terapêutica.

Durante a inserção na comunidade terapêutica inicialmente foi realizada uma observação participante para conhecer os ambientes e alguns dos assistidos, durante a participação deles em uma terapia de grupo e um grupo de missões, quando foram realizadas conversas informais com os assistidos. A observação participante foi realizada a partir de cinco visitas realizadas na comunidade, cada uma com duração de quatro horas.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com os assistidos participantes da pesquisa e com a responsável técnica da Comunidade. As entrevistas foram gravadas e transcritas. É importante ressaltar que os nomes dos entrevistados foram substituídos de forma a preservar o anonimato, bem como o nome da instituição foi omitido.

⁷ O ASSIT é um instrumento psicométrico validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que tem como objetivo realizar uma triagem para avaliar o nível de envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias.

Procedimentos de Análise

Para analisar as informações obtidas, utilizamos a análise de conteúdo oriunda das teorizações de Laurence Bardin. Para a autora, a análise de conteúdo é:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que não permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, citado por Minayo, 1993, p. 83).

Em termos de procedimentos de análise, adotamos a perspectiva da análise de conteúdo temática na qual, “o conceito central é o tema e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Bardin, citado por Minayo, 1993, p. 86 - 87).

Após a transcrição das entrevistas e análise das informações, foram construídas quatro categorias analíticas temáticas: 1) A adesão aos princípios da comunidade terapêutica; 2) As diferentes perspectivas atribuídas ao uso de drogas ilícitas e a vivência dos assistidos de uma comunidade terapêutica; 3) O tratamento e atividades desenvolvidas; 4) A comunidade terapêutica e suas principais características.

Análise e Discussão

Na presente pesquisa, a análise e discussão dos resultados foi organizada a partir das quatro categorias analíticas temáticas mencionadas anteriormente.

Nesta seção serão apresentados os recortes mais significativos da pesquisa, na visão da pesquisadora, sendo realizada uma articulação teórica com os diversos autores que abordam os assuntos tratados, possibilitando uma melhor compreensão do tema.

A adesão aos princípios da comunidade terapêutica

Diversos termos podem ser encontrados na literatura para conceituar adesão, sendo dois oriundos do idioma inglês: *compliance e adherence*. Enquanto *compliance* pode ser compreendido como obediência ou passividade da pessoa em relação ao tratamento; *adherence* pode ser entendido opostamente como liberdade de escolha da pessoa em seguir ou não quaisquer das recomendações recebidas (Faria, Rodrigues, Zanetti, Araújo e Damasceno, 2013).

A diversidade conceitual demonstra o nível de complexidade para se atingir o entendimento do fenômeno pessoal da adesão. Não bastasse a vastidão e os antagonismos conceituais, há uma multidimensionalidade de fatores que podem influenciar esse construto. Por conseguinte, é necessária uma ampla e complexa investigação, por parte dos profissionais de saúde, acerca dos múltiplos fatores que podem afetar o modo como ocorre ou não a adesão. Apesar da singularidade e subjetividade do fenômeno, é possível elencar algumas das potenciais fontes de interferência, por exemplo: idade, sexo, escolaridade, nível intelectual, renda familiar, fatores psicológicos, rotina diária, relações familiares, sociais e profissionais, acesso a medicamentos, relação com os profissionais e instituições de saúde, como acolhimento e confiança, frequência e duração dos atendimentos, custos do tratamento, efeitos adversos, estágio da doença e dos sintomas, nível de compreensão da doença e do tratamento (Faria et al., 2013).

Analisando a elucidação de Villas Boas, Foss, Freitas, Torres, Monteiro e Pace (2011), pode-se compreender que a adesão não esboça um comportamento específico, ao invés disso expressa um espectro comportamental formado a partir da variação do nível de aceitação, adoção, engajamento e efetiva realização, por parte do indivíduo, das múltiplas ações relacionadas ao tratamento. Além disso, é importante considerar que a adesão pode oscilar de

acordo com cada recurso e estágio terapêuticos, podendo ser maior em uma ação, menor em outra, ou até inexistir em desalinhamento com alguma orientação planejada para o tratamento.

Scaduto, Barbieri e Santos (2015) realizaram uma compilação de estudos acerca dos discursos proferidos por adolescentes sobre adesão ao tratamento de dependência química em uma instituição de saúde pública. Como exemplo, é citado o estudo de Silva et al, no qual observou-se que a adesão a um tratamento, por parte de dependentes adolescentes, pode sofrer influências de diversos fatores, alguns inclusive exógenos ao processo. A pesquisa elencou alguns possíveis fatores de interferência mencionados nos relatos: o meio social; a condição de vida familiar, inclusive financeira; a percepção do paciente sobre os esquemas de prescrição; os efeitos colaterais e sintomas. Por fim, assim como nos outros trabalhos mencionados anteriormente, também advertiu quanto à necessidade da equipe de saúde estar consciente dessa realidade, ajudando os pacientes a superarem as possíveis limitações.

Independentemente do modelo a ser adotado para o tratamento, redução de danos ou abstinência, a prévia consciência do indivíduo acerca da perda de controle e do uso de forma abusiva é um fator importante para a adesão ao tratamento. O relato de Mateus reforça a correlação positiva entre o nível de consciência da pessoa e a adesão:

Desta vez eu estou mais, assim, mais ciente do problema das drogas na minha vida, dessa vez que fiquei mais consciente do problema. Eu já estou com 27 anos e caramba, dessa vez eu quero resolver isto, não é. Das outras eu era bem novo e por outros motivos, como trabalho, relacionamentos, ansiedade que faziam com que eu sásse antes. Dessa vez, não. Dessa vez eu quis ir até o fim (Mateus).

Apesar de Mateus ter evoluído para um nível maior de conscientização em relação ao uso mais descontrolado, demonstra ainda uma certa dependência da institucionalização, como se atividades desenvolvidas durante o tratamento entre “muros”, mantendo-o afastado das

substâncias, fossem suficientes para mantê-lo afastado e em abstinência posteriormente à sua saída.

Tomé também realizou uma explanação a esse respeito:

Só depende de mim. Eu acho que até hoje eu não sustento ainda. Mas a pedra não me faz falta não. (...) Porque vai da pessoa, depende da pessoa e outra coisa, não tem cura. (...) Não tem cura para drogado (Tomé).

Neste relato podemos perceber um discurso antagônico. Apesar de externalizar que a mudança de comportamento em relação às substâncias só depende dele, por outro lado reproduz um discurso que pode ser compreendido como uma desresponsabilização pelo uso (sou drogado e, não tem cura, devo fugir da droga). Mesmo transparecendo a admissão de responsabilidade ao se posicionar como responsável pelo papel de evitar o uso; em contrapartida assume um discurso que pode suscitar a vitimização a partir da suposição de incapacidade de mudar a situação de drogado. Assim sendo, desconsiderar a possibilidade de cura da condição de drogado, como se fora uma doença incurável, é característica que pode causar desresponsabilização em casos de recaídas. A narrativa indica uma naturalização do processo iatrogênico, ou seja, um processo de adoecimento que lhe é imputado. Ao mesmo tempo, demonstra implicitamente o reconhecimento que ainda não possui estratégias para manter a abstinência fora da institucionalização, caracterizando um processo de dependência pessoal em relação à institucionalização (Illich, 1975, Silva, Ferri & Formigoni, 1995).

Esta dinâmica subentendida sobre a relação de dependência e a institucionalização para a manutenção da abstinência dificulta o desenvolvimento de autonomia por parte dos assistidos, seguindo a lógica medicalizada e conseqüentemente diminuindo o papel de responsabilização do sujeito.

No relato dos três entrevistados há em comum a afirmação de que já eram reincidentes no processo, e que estiveram institucionalizados por pelo menos dois períodos na comunidade:

Esta já é minha segunda internação, da outra vez só fiquei três meses, mas desta vez, pretendo ficar até o final (Tomé).

Esta já é minha sexta internação. É a minha segunda vez nessa comunidade. E esta é a única em que eu segui o programa terapêutico até o fim, nas outras eu sempre começava e não finalizava os tratamentos (Mateus).

Da primeira vez, fiquei aqui por 10 meses. Aí eu saí, porque eu queria voltar para minha casa, né. Curado, normal, como todas as outras pessoas. Só que eu me enganei, não era bem da forma que eu estava imaginando. Surgiu muitas coisas que me fizeram recair. (...) Dessa vez eu vim com o objetivo de ficar até o final. Também de ficar por aqui, de não voltar para minha cidade (João).

A proposta de redução de danos até pode possibilitar uma dependência nos usuários do serviço para com o acompanhamento dos profissionais, tanto quanto a proposta proibicionista e de abstinência. Contudo, é possível identificar evidências de que o tratamento realizado de forma institucionalizada pode produzir sofrimentos, dificuldades e outros adoecimentos, além de ser um fator de possível não adesão a um tratamento, como descrito nos relatos a seguir:

(...) Foram experiências ruins, que eu não tinha consciência da minha necessidade de ficar afastado de tudo para que eu pudesse obter uma melhora, ficava sempre muito ansioso, deprimido e sempre saía até mesmo antes de completar os três primeiros meses (Mateus).

Tomé também mencionou a dificuldade anteriormente experimentada principalmente para superar a fase inicial do tratamento, quando não conseguiu avançar para os estágios subsequentes:

Já passei aqui, só que eu só fiquei três meses. É muito ruim, é muito difícil (pausa).

(...) Mas depois fiquei uns dois ou três anos sem mexer com droga nenhuma. Aí, agora no dia 31 de dezembro é que eu caí de novo. Eu comecei a cheirar e não dei conta de parar (Tomé).

Contudo, mesmo fora do controle de instituições de saúde Tomé conseguiu passar alguns anos sem usar substâncias psicoativas, o que demonstra não ser primordial a tutela institucional para a superação dos problemas decorrentes do uso de drogas.

A dificuldade dos assistidos se manterem institucionalizados principalmente durante os três primeiros meses também foi referenciada na descrição da responsável técnica:

O desafio acho que na maioria das comunidades terapêuticas é eles passarem dos três meses. Porque com três meses, poucos conseguem. Tem muita rotatividade durante esses três primeiros meses, que são os noventa dias, né! Mas depois disso, muitos recaem, né! Então, assim, é muito grande a taxa de recaídas (Responsável técnica).

Na realidade, resta evidente que a maneira como ocorre o tratamento é um fator dificultador para a adesão, especialmente durante os três primeiros meses, período no qual ocorre maior evasão, devido à dificuldade de adaptação ao isolamento social e à abstinência total. Além disso, embora a pesquisa não tenha contemplado nenhuma pergunta exatamente sobre esta questão, obtive informações de que os encontros familiares são realizados num espaço multiuso, normalmente utilizado como refeitório ou para a realização de reuniões e cultos. Como este espaço não propicia o exercício de maiores intimidades, pude inferir que a abstinência total é inclusive sexual,

A distância entre os locais de residência dos assistidos e o local da instituição onde o tratamento é realizado, muitas vezes fora da territorialidade do assistido, ou seja, de modo contrário ao que preconiza a proposta de redução de danos realizada pelos CAPS, também foi observada como um potencial fator de interferência na adesão. Como alguns internos são de

locais distantes e até mesmo de outros estados, o período de isolamento e internação se torna um fator de sofrimento, podendo desencadear uma cronificação e outros adoecimentos nos assistidos. Mesmo durante o período de quatro a nove meses, quando eles têm a possibilidade de saídas terapêuticas e reinserção social, tendem a ficar reclusos devido à distância e à falta de recursos financeiros, impossibilitando o acesso às famílias. Esse obstáculo fica evidente na seguinte narrativa de João: “Não, ainda não (teve saída terapêutica), e nem sei como vai ser, por que como minha mãe mora longe... Se eu aguentar, vou ter que ficar aqui os nove meses sem sair” (João).

A família também é mais um fator extrínseco que pode influenciar na adesão. Tanto pode agir como um apoio que facilita a adesão, como pode ser um fator dificultador, conforme demonstram os relatos a seguir:

Eles já sabiam do problema e aconteceu de novo, então eles falaram, vamos dar um jeito nele mesmo. Senão ele vai morrer nesta história aí. É melhor a gente tentar dar um breque de vez nesta história, senão ele vai continuar com isso, e vamos ter que fazer de tudo para ele ir agora parar, senão ele não vai nunca. Das outras vezes, eles ficavam com pena de mim e quando eu solicitava eles me tiravam (Mateus).

Pela minha mulher eu já tinha ido embora, mas infelizmente eu não posso, eu tenho que ficar. (...) Porque ela não pensa. Porque se fosse uma pessoa que pensa, ela ia querer era que eu ficasse, né? É porque ela disse que está apertada, tá sem grana, mas Deus vai dar um jeito (Tomé).

A família também foi apontada pela responsável técnica como um possível fator dificultador da adesão, conforme segue:

Outro grande desafio é a família, muitas vezes a família não contribui para o tratamento, porque quando eles falam com as famílias, as famílias ficam trazendo os problemas, ficam dizendo que estão com dificuldade financeira, e aí eles acabam

ficando mais ansiosos e procurando sair a qualquer custo para atender as necessidades da família (...) Infelizmente, até nas reuniões de família, são poucas as que participam. Pelo número de acolhidos, são poucos mesmo os que vêm e participam todo mês (Responsável técnica).

Temos total consciência que estes são problemas reais que devem ser considerados, porém, também são apontados como fatores que influenciam diretamente na adesão.

A internação voluntária, assim como o nome sugere, significa que a pessoa solicita ou busca voluntariamente a sua internação. Fica formalmente caracterizada pela necessidade do paciente assinar uma declaração afirmando que optou pelo regime de tratamento de forma consciente, manifestando conhecer todos os direitos e deveres existentes na instituição (Lei nº 10.216, 2001).

De fato, a internação pode ser classificada como voluntária em decorrência da livre prontificação da pessoa na instituição, sem coação física ou condução coercitiva, sendo inclusive formalizada pela autônoma celebração do termo de consentimento. Contudo, as entrevistas de pelo menos dois dos assistidos demonstram que eles foram internados por uma forte influência psicológica dos familiares, atingindo quase uma imposição. Essa dinâmica pode ser verificada no seguinte relato de Mateus, sendo possível perceber a forte interferência familiar na decisão pessoal de iniciar o tratamento na comunidade terapêutica:

(...) A minha família quase que me obrigou a vir pra cá, senão eu ia... Ia acontecer o pior, assim, eu ia ficar separado... Meio que iam acontecer várias coisas ruins na minha vida. Eles meio que me foçaram a vir pra cá. Embora eu tenha vindo, assinado, mas praticamente fui forçado, por razões e situações da minha vida, né (Mateus).

Já no relato a seguir, Tomé demonstra ter sido protagonista da sua internação. Ele foi encaminhado para a pesquisa como um dos assistidos que estava tendo dificuldade de aderir

ao tratamento, mas pautando-se somente nos relatos dele, é possível interpretar o oposto, que seja uma pessoa comprometida.

Eu achei que era necessário. Porque eu trabalhava e gastava todo meu dinheiro com drogas. O que eu não gastava com drogas era só o dinheiro que eu pagava aluguel e só. Nem pensão para os meus filhos eu tava pagando. (...) Aí eu resolvi e vim. Porque era o melhor para mim e para eles eu ficar aqui (Tomé).

Na prática, estar numa comunidade por internação voluntária ou “involuntária” (termo aqui empregado para se referir a casos de coerção psicológica familiar), pode influenciar no nível de adesão (Lei nº 10.216, 2001).

Outro fator que pode interferir na adesão é a possibilidade de um envolvimento sentimental do assistido para com as pessoas que atuam na instituição, especialmente quando o auxílio e a atenção dispensados chegam a suscitar atração amorosa. Esse complexo aspecto da convivência humana foi descrito pela responsável técnica da seguinte forma:

(...) Eles confundem muito as coisas, mas é normal. (...) Eles idealizam. Eles acham que nós somos perfeitas. (...) É normal a gente ir fazer um atendimento com eles e eles começaram a idealizar alguma coisa, tipo: Nossa (ela) foi tão educada comigo, (ela) me compreendeu, (ela) me ajudou, (ela) me orientou. Cara essa mulher. Essa é a mulher que eu preciso na minha vida. Essa mulher é a mulher que eu preciso para solucionar meus problemas com drogas, com isso, com aquilo, entendeu! Isso é um ponto negativo, né! Que muitas vezes é ruim, é ruim para eles. Porque tem alguns que muitas vezes vão embora que desistem do tratamento quando começam a confundir as coisas, né! (O pronome ‘ela’ foi utilizado em substituição à citação do nome da profissional para preservação da identidade).

Portanto, os fatores identificados com maior potencial para influenciar o nível de adesão ao tratamento são: a maneira como ocorre o tratamento, se o assistido teve autonomia

na decisão da internação ou não, a distância da comunidade, a família e o envolvimento sentimental dos assistidos para com profissionais. Assim sendo, na sequência será apresentado um arcabouço das diferentes perspectivas de instituições que atuam nesse contexto e como os fatores de adesão influenciam diretamente nas vivências subjetivas apresentadas por assistidos de uma comunidade terapêutica.

As diferentes perspectivas atribuídas ao uso de drogas ilícitas e à vivência dos assistidos de uma Comunidade Terapêutica.

A utilização de substâncias psicoativas (legais ou ilegais) ocorre possivelmente a partir de diversas influências socioculturais, constituindo-se em uma prática cujos complexos significados somente podem ser devidamente analisados através de uma inserção mais direta e prolongada no campo a ser pesquisado. Em vista disso, foram primordiais para a obtenção de uma visão mais ampliada de todo o contexto que envolve o tema, tanto as inserções na comunidade terapêutica, bem como os estágios: no Núcleo de Assessoramento a Magistrados sobre Usuários de Drogas (NERUQ), vinculado ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT); e na Subsecretaria de Atividade Psicossocial (SUAP), da Defensoria Pública do DF. Adicionalmente, contribuíram as participações em grupos reflexivos realizados no Centro de Formação de Psicólogos do UNICEUB - CENFOR, contando com a participação de pessoas encaminhadas pelo NERUQ (para cumprimento de medida socioeducativa) e a coordenação de estudantes em processo de conclusão do curso de psicologia.

O NERUQ tem como objetivo prestar assessoria a magistrados no âmbito do cumprimento ao artigo 28, da Lei 11. 343/2006, voltado para “quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo para consumo pessoal, drogas” sem autorização legal, o qual será submetido às seguintes penas: “advertência sobre os efeitos das

drogas, prestação de serviços à Comunidade, e medida educativa de comparecimento à programa ou curso de educação” (Lei 11. 343/2006).

Apesar de terem ocorrido mudanças na Lei, atualmente o porte de drogas ilícitas, mesmo que para consumo próprio, ainda é uma contravenção penal. Assim sendo, as pessoas flagradas usando ou portando drogas ilícitas são conduzidas compulsoriamente a uma delegacia de polícia para a autuação e realização do termo circunstanciado, conforme relato dos jurisdicionados, a despeito da lei não impor a necessidade dessa condução à delegacia para autuação. Posteriormente, são encaminhados para participar de uma audiência de advertência, na qual o juiz realiza orientações sobre o crime e propõe um acordo de transação penal com o jurisdicionado. Aceitando esse acordo, o jurisdicionado passa por um acolhimento psicossocial realizado pelo NERUQ, que tem como objetivo assessorar os magistrados e contribuir com a individualização da pena. Para isso, é realizada uma triagem ou avaliação psicossocial, com “uma abordagem avaliativa por meio da análise do contexto psicossocial dos usuários encaminhados pelos Juizados, verificando fatores de risco e proteção relacionados ao uso e abuso de drogas” (Tribunal de Justiça Federal e Territórios, Portaria GPR n ° 2.498, atribuições no NERUQ, 2017). Esta avaliação é embasada pelos princípios teóricos da Intervenção Breve⁸ com o uso da Entrevista Motivacional.⁹

Durante a abordagem psicossocial é realizada a aplicação de um teste psicométrico chamado “ASSIST”, que auxilia na triagem do nível de envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias. O ASSIST é um instrumento validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem como objetivo avaliar: a frequência, os problemas relacionados ao uso das

⁸ A Intervenção Breve (IB) é uma técnica de abordagem terapêutica para usuários de drogas proposta por Sanchez-Craig em 1972, que tem como objetivo ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas.

⁹ A Entrevista Motivacional (EM) “é um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência.

substâncias nos últimos três meses, as preocupações a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, os prejuízos na execução de tarefas cotidianas, as malsucedidas tentativas de cessar ou reduzir o uso, e o sentimento de compulsão. A partir desta avaliação técnica é possível escolher, juntamente com o jurisdicionado, a instituição da Rede Social de apoio e tratamento que melhor se aplica ao usuário, local onde efetivamente ocorrerão as intervenções no intuito de promover a melhoria da qualidade de vida dos jurisdicionados (Tribunal de Justiça Federal e Territórios, Portaria GPR n ° 2.498, atribuições no NERUQ, 2017).

Os técnicos ficam responsáveis por acompanhar a participação dos jurisdicionados nas instituições da rede, o que inclui normalmente um encontro semanal durante pelo menos 5 semanas. Ao término, elaboram um relatório para o juiz, informando o adequado cumprimento ou não da medida. Em caso de êxito o juiz arquiva o caso e o jurisdicionado fica com a “ficha limpa”. Nos trechos do diário de campo apresentados a seguir são relatadas particularidades da participação dos usuários nas triagens realizadas pelo NERUQ, as subjetividades na Lei que são efetivadas principalmente em cidades satélites do DF, além de aspectos relacionados ao sofrimento dos familiares ao buscarem uma internação compulsória (Tribunal de Justiça Federal e Territórios, Portaria GPR n ° 2.498, atribuições no NERUQ, 2017).

Com a participação em triagens foi possível perceber que a maioria dos jurisdicionados chegam até a instituição com receio e resistências, imaginando que será proposto algum tipo de abstinência ou tratamento. Porém, após serem informados sobre: o teor da entrevista, o sigilo profissional e que o conteúdo da conversa não será parte do relatório, alguns quebram essas barreiras e sentem-se mais à vontade para relatarem especificidades da abordagem policial, do uso, etc. (Diário de Campo).

A partir dos relatos dos jurisdicionados nos atendimentos no NERUQ, observou-se que há um nível de subjetividade na Lei, deixando a cargo dos policiais avaliar e julgar se a quantidade apreendida é para uso próprio ou se pode ser caracterizada como venda/tráfico. Também foi perceptível que a maioria das atuações são realizadas em bairros periféricos e com pessoas de baixo poder aquisitivo (negros, pobres). Tal constatação surgiu a partir de informações obtidas dando conta que essas ações policiais são muito comuns em cidades satélites do Distrito Federal como: Brazlândia, Ceilândia e Sobradinho. Com isso, audiências realizadas em Ceilândia chegam a convocar cerca de 160 jurisdicionados. Já no fórum do Plano Piloto os usuários nem sequer são convocados para audiência, sendo os casos automaticamente arquivados (Diário de Campo).

Durante a inserção como estagiária na Subsecretaria de Atividade Psicossocial (SUAP) da Defensoria Pública do DF foi possível observar outros aspectos relacionados com o tema. Muitas pessoas procuram o apoio psicossocial da instituição demandando por internação compulsória de familiares usuários de drogas. São pessoas que chegam até os profissionais demonstrando um sofrimento intenso e uma grande preocupação com as consequências do uso abusivo por parte do familiar usuário. Os relatos incluem experiências com furtos dentro da própria casa para a manutenção do consumo, e até dívidas contraídas com traficantes sendo cobradas ao usuário ou à própria família (Diário de Campo).

Além disso, a SUAP/DPDF também realiza atendimento técnico aos assistidos encaminhados pelos Núcleos de Assistência Jurídica.

A equipe composta por psicólogos e assistentes sociais trabalha pautada na Lei 11.343/2006, orientando-se pelo modelo de redução de danos, ou seja, primando pelo modelo antimanicomial. O atendimento especializado é realizado com uma postura de construção

coletiva de estratégias de intervenção (prioritariamente extrajudiciais), a fim de promover respostas adequadas de acordo com as especificidades e complexidades de cada caso (Defensoria Pública do Distrito Federal, 2017).

Para isso, são realizados atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares e institucionais, articulação com a rede de proteção psicossocial e outros recursos, visando a garantia de direitos e o acesso às políticas públicas (Defensoria Pública do Distrito Federal, 2017).

O acolhimento das demandas pela SUAP/DPDF envolve a realização de articulações com os equipamentos de saúde e outros serviços públicos disponibilizados pelos diversos entes federados, promovendo um melhor entendimento da situação, o que inclui intervenções breves e conscientização das pessoas quanto às condições necessárias para adesão aos tratamentos (Defensoria Pública do Distrito Federal, 2017).

Após o acolhimento de demanda relacionada a uso abusivo de substâncias químicas, e prestadas as orientações preliminares, é realizado um encaminhamento para os centros de atenção especializados como Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do território onde o usuário reside, para que seja efetuado um acompanhamento deste e/ou dos familiares. Somente mediante uma avaliação da equipe e a emissão de um laudo médico circunstanciado e multidisciplinar do CAPS, é que a SUAP-DPDF poderá encaminhar o caso para a avaliação do Núcleo de Atendimento à Saúde (NAJ - Saúde) da Defensoria Pública do Distrito Federal, responsável pelo suporte jurídico. Então, a depender do resultado da avaliação é possível o início de uma ação jurídica e a obtenção de autorização para que se providencie uma internação compulsória. Pois, de acordo com a legislação atual, a internação compulsória¹⁰ “é determinada pelo Juiz levando em conta o laudo médico

¹⁰ Retirado de Cartilha Direito à Saúde Mental, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

especializado, as condições de segurança do estabelecimento, além da garantia de proteção do usuário, dos demais internados e dos funcionários” (Defensoria Pública do Distrito Federal, 2017).

Apesar de algumas evoluções na legislação brasileira no sentido da incorporação do modelo de redução de danos, o atual cenário sócio-político nacional tem imposto óbices como sucateamento dos CAPS e propostas legislativas que buscam priorizar o modelo de abstinência, conforme aplicado nas comunidades terapêuticas. Um exemplo é a resolução¹¹ aprovada pelo CONAD, que embora não tenha força de lei, destaca a abstinência como a única possibilidade eficaz de tratamento, desconsiderando toda a luta pela reforma psiquiátrica. Outro exemplo é o Projeto de Lei Complementar nº 37, que tramita no Senador Federal, cujo relator já declarou considerar infrutífero o modelo de redução de danos, por conseguinte propõe mudanças significativas na política nacional no que tange às drogas, inclusive defendendo internação involuntária para desintoxicação.

Existe um envolvimento pessoal de alguns políticos na aprovação de leis que prestigiem a manutenção das comunidades terapêuticas, notadamente entre os parlamentares que são mantenedores dessas instituições. Com a aprovação dessas leis as comunidades terapêuticas ampliarão as possibilidades de receber verbas públicas, até mesmo oriundas de emendas parlamentares¹².

O terceiro campo de observação ocorreu exatamente em uma comunidade terapêutica onde, por intermédio de entrevistas e observações, foi possível detectar alguns processos de subjetivação que se relacionam ao uso de drogas na internação nessas instituições. Nesse

¹¹ Retirado de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas>

¹² Retirado de <https://oglobo.globo.com/brasil/comunidades-terapeuticas-mantidas-por-parlamentares-podem-ganhar-verba-federal-8237104>

sentido, evidencio, aqui, alguns desses elementos, que tocam, em especial, aos aspectos sentimentais. As entrevistas evidenciaram que os sentimentos que mais se repetem foram: ansiedade, discriminação, frustração e gratidão.

- Ansiedade

De acordo com o Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos - DSM 5 (2014), a ansiedade é um estado psíquico muito próximo ao medo. Contudo, deve ser explicitado que o medo se caracteriza como uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida; enquanto a ansiedade é uma antecipação de ameaças futuras e costuma ter origens subjetivas.

Dois dos entrevistados relataram sentir-se ansiosos:

As maiores dificuldades (pausa). É você, consigo mesmo, né. A sua ansiedade, lidar com a ansiedade de ficar num lugar recluso, longe da família, longe de todos.

Entender que você precisa ficar longe de todos e de tudo. Por que é um monte de sentimentos que passam pela tua cabeça. Tipo: "você tem que sair, tem que cuidar da sua família. Você tem a sua autonomia, mas você tem que ficar ali e tal... (Mateus).

Eu me sinto ansioso, porque eu vou te falar eu não dou conta de ficar muito parado não. Aí quando não tem nada para fazer, eu fico meio que para lá e para cá, fico pensativo coço a cabeça. Acho que tinha que ter mais atividades para ocupar nosso tempo. (...) Eu sou muito ansioso para trabalhar (João).

Eu vou ficar por aqui, então eu fico ansioso para mim começar a trabalhar logo, entendeu? Isso é o que me deixa aflito, ansioso. Tem hora que eu fico até um pouquinho nervoso. Por causa disso, porque eu não dou conta de ficar parado. Não dou conta (João).

Na descrição dos dois assistidos podemos perceber que os aspectos que os levam a se sentirem ansiosos estão relacionados à reclusão por um longo período, em consequência a preocupação com a família e as finanças. Também podemos inferir que a instituição não

possui um quadro de atividades que contemplem e preencham a ociosidade manifestada pelos entrevistados.

- Discriminação

Para falarmos sobre este sentimento é importante definirmos a diferença entre estereótipo, preconceito e discriminação. De acordo com Pérez Nebra & Jesus (2011), “o estereótipo é uma atribuição de crenças que se faz a grupos ou pessoas (consciente ou inconsciente)” (p. 223). Para Myers (1995), o preconceito é “um julgamento preconcebido de grupo e seus membros individuais” (p. 247), enquanto a discriminação “é um comportamento negativo injustificado em relação a um grupo ou seus membros” (p. 248).

Realizamos uma distinção entre os conceitos, pois são frequentemente confundidos, como é possível observar na transcrição das entrevistas dos pesquisados, onde estes conceitos aparecem generalizados e identificados somente como discriminação. Como exemplo, o seguinte relato de Mateus:

A Droga é uma substância que discrimina muito. Por que o uso de drogas faz com que nós sejamos muito discriminados. Os usuários de drogas são muito discriminados, muito desacreditados. Acham que você não consegue mais dominar a si próprio. E te apontam, te discriminam e tudo que você faz, qualquer coisinha que você pise em falso é por culpa do uso. E tudo se tornava mais difícil ainda. (...) E logo pelo fato da droga ser o crack, né. Que é muito mal visto. Discrimina, mesmo (Mateus).

Quando o pesquisado fala sobre a substância, seu uso e como são vistos os usuários perante a sociedade, estamos falando de um julgamento, portanto um preconceito atribuído a usuários de drogas. Por outro lado, quando ele relata que as pessoas o apontavam aí sim podemos evidenciar uma discriminação, pois implicitamente indica a realização de ações e comportamentos, não apenas julgamentos pelo fato do uso.

No próximo trecho, quando questionado se então ele confirmava ter sido vítima de discriminação, Mateus responde que:

Pelo fato de usar crack, (é discriminado), sim. É tanto que eu usava escondido. Mas quando eles (família) descobriram que eu usava escondido, já foi num ponto que eles já disseram que eu precisava me internar. (...) Primeiro eu pensei que não (não me sentia discriminado). Mas, vi que você só afirmou o que eu tinha acabado de falar, então vi que sim, que me sentia discriminado. Por que era apontado como usuário pela minha família, minha esposa, e pela família da minha esposa (Mateus).

O comportamento também foi relatado por Tomé, quando fala assim:

Eu fui recebido bem (quando foi para casa durante a saída terapêutica), mas só que a família fica com pé atrás, devido você já ter usado. Então, ela não vai acreditar em você totalmente de cara. O certo mesmo é não acreditar. Porque quem usa é bicho cabuloso, mente que só a p**** (risos)(Tomé).

Diante do relato de Tomé, também podemos identificar que existe uma auto rotulação, pois verbalizou a seguinte frase: “A partir do momento que eu uso e não tenho controle, eu sou um drogado (...) Vou falar logo a palavra certa, porque a palavra certa é drogado. Não adianta falar palavra bonita. A palavra certa é drogado, né!” (Tomé).

Os preconceitos e as práticas discriminatórias, ao caracterizar circunstâncias como normais ou anormais, geram como consequência objetiva a consumação de tratamentos desiguais entre grupos sociais distintos. Assim transcorrendo, impõem uma consequência subjetiva, a partir do sofrimento psíquico para as pessoas que padecem desses males (Madureira e Branco, 2012).

- Frustração / Fracasso

De acordo com o Dicionário Michaelis¹³ a frustração é para a psicologia um estado ou uma condição observada quando o indivíduo se vê impedido por algum motivo de atingir a satisfação de uma necessidade. É uma resposta emocional a um sentimento de impotência, que surge quando não consegue alcançar desejos e expectativas.

Esse sentimento de fracasso é demonstrado por João quando relata sobre a sua recaída: Ah, me senti bem fracassado, né. Bem fracassado. O maior motivo mesmo é que eu saí da igreja de novo, né. E eu acredito muito que com a igreja, a gente não (pausa). Não é que não recaia, mas a gente fica mais firme. E esse fato de eu ter largado a igreja pesou bastante.

Apesar do sentimento de fracasso relatado por João, é possível evidenciar a importância dada à religião. Pois, segundo o seu relato, a religião está caracterizada como fonte de esperança no processo de recuperação e manutenção dos resultados.

As frustrações também podem ser um fator motivador para a recaída, como por exemplo, o rompimento de uma relação amorosa. Em conversa informal, Pedro relatou que recaiu após o rompimento com uma namorada, contudo afirmou que atualmente entende que a recaída não se deveu ao rompimento, mas por que estava fraco e esperando um motivo.

O sentimento de frustração também foi mencionado no relato de João, desta vez como um sinônimo para o sentimento de decepção e de vergonha:

Dessa vez, é a segunda vez que eu me interno sabe. Na primeira vez que eu passei aqui, eu ouvi e falei algumas vezes também, na hora que vinha (...) porque quando a

¹³ Michaelis - Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Acessado em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=Nz2V>

gente passa os 9 meses, você vê algumas pessoas indo e vindo, indo e vindo (pausa).
 Aí eu ouvi e falei isso também, não vou ser hipócrita não, eu falei também. Nossa,
 esse cara aqui de novo? O que esse cara tá fazendo aqui de novo? Eu, só vai ser essa
 vez e não volto mais aqui, não é! E depois que eu pisei aqui dentro, foi a primeira
 coisa que eu me lembrei, foi isso. Que eu falei isso e que eu escutava as pessoas
 falando isso.... Então, dessa vez.... eu não quero mais voltar não (João).

- Gratidão

Durante as entrevistas também foram captadas falas que descrevem um sentimento de gratidão. De acordo com Castro, Rava, Hoefelmann, Pietá e Freitas (2011), o sentimento de gratidão é um construto evasivo, porém após a realização de estudos experimentais, afirmam que a gratidão é um bem-estar subjetivo que propicia um aumento na resiliência, na saúde física e na qualidade de vida diária.

Em consonância ao exposto, podemos observar essa relação entre gratidão e bem-estar no relato de Mateus, quando afirma:

(...) Eles contribuíram muito para eu seja o que eu sou hoje, essa pessoa tranquila, querendo realmente sair desse mundo das drogas, mudei minha consciência, recuperando a minha família. E eu só tenho a agradecer essa casa, tudo que eles fizeram por mim. Eu dou parabéns pra eles, nota 10 (Mateus).

De acordo com Bono e McCullough (2006), citado por Castro et al. (2011), o sentimento de gratidão favorece o bem-estar psicológico das pessoas, contribuindo para que consigam reagir melhor mesmo diante das adversidades, em agradecimento às ajudas recebidas dos outros. Essa percepção da benevolência destinada ao outro foi captada a partir do seguinte discurso de João: “Eu falaria obrigado. Obrigado, porque graças a Deus todo mundo aqui me trata com respeito. Então só tenho que agradecer, porque eles me ajudaram e continuam me ajudando ainda. É isso”.

Depreende-se da pesquisa que em alguns casos, a depender do comprometimento do usuário, pode ser necessária uma maior intervenção, como uma desintoxicação para que posteriormente possam realizar um tratamento. Porém, um questionamento resulta da pesquisa, o qual precisa de maior reflexão das pessoas engajadas com o tema, antes de legitimarem procedimentos legais e normatizadores. Enfim, se essa intervenção deve ser realizada através do modelo implantado nas comunidades terapêuticas, nas quais os usuários permanecem em regime de internato por um período de pelo menos nove meses, circunscritos ao convívio com os demais residentes, sendo isolados e restringidos do contexto, da realidade e do convívio social com familiares e amigos. Para tal resposta é necessário analisar se a reclusão e a abstinência têm realmente uma efetividade ou se esse ambiente estéreo, ao invés de propiciar benefícios, como uma maior autonomia para o assistido, pode ao invés disso acarretar uma dependência. Pois, normalmente, quando estes assistidos retornam às suas atividades cotidianas é comum que ocorram recaídas, uma vez que fora deste ambiente estéreo, estão sujeitos a gatilhos e frustrações que podem promover a recaída. Diante disto, acredito que a política de redução de danos realizada pelas instituições como TJDFT, Defensoria Pública e os CAPS, que trabalham visando a construção da autonomia e do empoderamento dos assistidos, pode propiciar uma melhor adaptação para a reinserção no âmbito social, a partir de estratégias mais individualizadas e sem restrição de liberdade.

Tratamento e atividades desenvolvidas

Historicamente, as Comunidades terapêuticas foram sendo constituídas fundamentando-se em princípios cristãos, de tal modo que ainda hoje algumas se mantêm pautadas exclusivamente nestas concepções, defendendo que a dimensão espiritual é fundamental para a recuperação (Scaduto, Barbieri e Santos, 2015). Contudo, atualmente já

existem instituições que atuam de forma mista, visto que também incluem uma assistência psicossocial.

Segundo o programa terapêutico (anexo) e a entrevista realizada com a responsável técnica, atualmente além da base religiosa instituída na maioria das comunidades terapêuticas, a instituição pesquisada está embasada no modelo biopsicossocial.

(...) A gente se embasa mesmo no modelo psicossocial, né. Onde a gente vai trabalhar realmente a cidadania do indivíduo. O nosso tratamento é biopsicossocial e espiritual que a gente costuma dizer, né. Então a gente trabalha o Bio. O quê que a droga causou ali naquela pessoa. Quais são os fatores biológicos que levam a pessoa a usar. Além dos fatores psicológicos, emocionais, espirituais. Até mesmo a questão do ambiente, que a gente fala que tem vários fatores que levam a pessoa à dependência e o ambiente é um deles (Responsável técnica).

De acordo com Straub (2014), o modelo biopsicossocial “reconhece que a saúde e outros comportamentos são determinados pela interação entre mecanismos biológicos, processos psicológicos e influências socioculturais, ou seja, a saúde e a doença devem ser explicadas em relação a contextos múltiplos” (pp. 13).

A responsável técnica ressalta ainda que o programa terapêutico é embasado na psicologia comunitária:

O nosso programa terapêutico, ele é embasado em psicologia comunitária, né. A psicologia comunitária tem a ver com grupos. Que tipo de grupos a gente está trabalhando? E aí a gente vai se aprofundando um pouco mais, né. Por exemplo, tipo de grupo são dependentes químicos, usuários de álcool e outras drogas. Às vezes, só drogas, às vezes só o álcool. Então, a gente se embasa mais ou menos nessa questão da terapia comunitária (Responsável técnica).

Segundo Góis (1993), a psicologia comunitária se fundamenta em uma visão positiva da possibilidade de desenvolvimento humano e social. Com isso, proporciona mudanças a partir da realização das capacidades e responsabilidades individuais e comunitárias na condução das próprias vidas, sendo suficiente a concretização de certas condições de facilitação, não sendo necessário o ajustamento dos indivíduos a quaisquer ideologias. O processo busca ampliar a atuação social de cada indivíduo de maneira consciente e crítica acerca da realidade em sua volta, incluindo uma prática coletiva de cooperação e interpretação dos sentidos de maneira transformadora.

Apesar do programa terapêutico ser baseado em psicologia comunitária, conforme destacado no relato anterior da Responsável Técnica, o que se pode captar a partir das entrevistas com os assistidos é que as práticas desenvolvidas na instituição não têm efetivamente contribuído para a promoção da autonomia e do senso crítico. Na realidade, ao invés disso, as evidências transmitem um certo assujeitamento passivo às condições impostas. Como exemplo, quando um assistido expõe não ser obrigatória a participação em determinada atividade, ao mesmo tempo em que tenta explicar que tem de participar por ser o certo, por ser necessária a disciplina, ou por ter celebrado um termo de compromisso, transmite uma falta de consciência crítica com a incoerência da própria fala. Portanto, não é simplesmente a convivência em regime de comunidade terapêutica que caracteriza uma prática como psicologia comunitária.

Na entrevista, a responsável técnica também ressaltou que a Comunidade Terapêutica pesquisada não conta com corpo médico, por isso quando necessário, o tratamento também é realizado em parceria com instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) como por exemplo: os CAPS, o postinho e hospitais. Esta informação se confirma a partir da seguinte fala do Mateus, quando explicou em que consiste o tratamento:

Terapias de grupo, né para você refletir e pensar na sua vida. Nós também podemos ter o acompanhamento com o CAPS, né. Podemos pedir remédio no CAPS, só que isso é a parte. Se você quiser ir no CAPS pegar remédio eles levam. No meu caso, como eu já era do CAPS, eu tenho indicação do CAPS também. Faço uso de dois medicamentos. Isso aí é o psiquiatra que prescreve. Muitos aqui tomam medicamentos que são indicados pelo CAPS. Inclusive aqui tem vários grupos que vão ao CAPS para vir para a casa e aí ficam com o tratamento aliado ao CAPS, né. E aqui é isso, são terapias de grupo que vão te.... (pausa) vão falando sobre a problemática das drogas. Conscientizando sobre os malefícios dela na sua vida, pra você tomar uma consciência, pra você sair desse mundo, né. E outra coisa é você ficar longe delas, aqui você fica longe das drogas, você fica abstinência. E é importante este período que você fica longe da rua (Mateus).

Tomé também discorreu sobre o tratamento:

Eu faço acompanhamento no CAPS, com psiquiatra, mas ele passa remédio para dormir e dormir não adianta, não vai tirar a vontade de usar droga. Então, a gente só toma mesmo só para dormir, para esquecer um pouco. Mas não tira a vontade, porque não tem cura. O mais importante que tem aqui é Deus. Por que só Deus. Não tem cura (Tomé).

Diante de discursos como os anteriormente apresentados, que transparecem certa resignação ou mera reprodução, Fossi e Guareschi (2015) expuseram a seguinte percepção:

“A conformação de projetos terapêuticos para o tratamento pelo viés da disciplina, da espiritualidade e do trabalho operam sobre os sujeitos através de técnicas de cuidado de si, de práticas confessionais aliançadas com os saberes da psicologia e do cristianismo valendo-se do mecanismo da punição para conseguir as metas do tratamento”.

O programa terapêutico é dividido em três fases que têm em comum a realização de terapias de grupo, realizadas através de palestras motivacionais, rodas de conversa e dinâmicas de grupo.

A primeira fase, denominada de desintoxicação e adesão ao tratamento, tem duração de três meses, consistindo de atendimento individual admissional e palestras motivacionais. De acordo com o programa, as palestras motivacionais têm como objetivo “promover o equilíbrio espiritual e emocional do indivíduo”. Quando necessário, o tratamento também é realizado em conjunto com a assistência médica fornecida pela rede pública.

Tomé apresentou o seguinte entendimento acerca das palestras motivacionais: “Palestras Motivacionais? Hummm. Tem isso aqui? (Pesquisadora: Fui informada que tem todos os dias pela manhã e à noite). Ah! São os cultos. Por que pela manhã e à noite o que acontece são os cultos.”

Na percepção da pesquisadora ocorreram tentativas de dissimular a forte influência da religião na proposta terapêutica. Assim como no relato anteriormente apresentado por Tomé, também é possível inferir tal influência a partir da seguinte fala da responsável técnica:

(...) As palestras motivacionais, geralmente são feitas com os monitores, onde eles vão trazer geralmente algum tema relacionado para trabalhar com eles, com relação ao tratamento. Não é terapêutico, né! Mas assim, palestras mesmo. Como a maioria dos monitores são pessoas que passaram pelo processo, acho que é interessante eles compartilharem. Geralmente também é um pouco voltado para a questão da religião. A gente também deixa eles com livros, para eles saberem o que eles querem discutir naquelas palestras.

A segunda fase, denominada de interiorização, tem como princípio as terapias coletivas e individuais, que buscam proporcionar uma revisão dos hábitos anteriores com o intuito de promover mudanças no comportamento, conseqüentemente um novo estilo de vida.

A profissional responsável expôs que a principal técnica utilizada nas psicoterapias coletivas são as dinâmicas de grupo:

(...) As dinâmicas de grupos são trabalhadas para tratar essa questão da dependência química, e aí lá a gente vai trabalhar conceitos das substâncias, da doença, conceitos fundamentais, só que aí em cada fase nós vamos trabalhar alguns temas relacionados àquela fase em que ele está no tratamento. Entendeu?

João descreveu que seu tratamento era realizado somente na comunidade, demonstrando o predomínio da terapia de grupo:

O tratamento é feito só aqui mesmo, com as terapias. Acho que o importante é o distanciamento da rua e da facilidade de acesso às substâncias (...) A terapia de grupo é bacana, porque querendo ou não você vai usar ela lá fora, né. Porque lá fora você vai lidar com gente e com situações que são trabalhados aqui dentro também, né.

O tratamento desenvolvido nas Comunidades Terapêuticas adota a abstinência como princípio primordial, o que contempla vedação de acesso a substâncias, além de distanciamento da vida social fora dos muros, incluindo o afastamento de familiares, amigos e ambientes usuais. Essas premissas introjetadas pelos sujeitos, eximindo-os da própria responsabilidade, são contrárias à reforma clínica antimanicomial e à política de redução de danos, que prima exatamente pela cidadania, responsabilização, autonomia, interação do usuário com a cidade e fortalecimento do vínculo social.

Durante uma visita, fui convidada a participar de uma terapia de grupo. O grupo era composto por aproximadamente 15 homens, com idades variadas. Não sei até que ponto a minha presença influenciou o comportamento e o nível de participação deles, contudo suponho que alguns ficaram desconfiados e desconfortáveis.

Observei que alguns ficaram inquietos, balançavam a caneta, brincavam entre eles e desenhavam durante o processo, não demonstrando o mínimo envolvimento com a

atividade proposta. Dois dos participantes falaram sobre uma atividade que havia sido cancelada, que seria a ida ao cinema para assistirem o filme da história do Edir Macedo, ironizando sobre a questão da religiosidade inclusive com menção à relação financeira. Chamou a minha atenção o fato de alguns internos se dirigirem à estagiária de psicologia chamando-a de professora. Além disso, durante a terapia, quando solicitados a expressar o que tinham pensado ou refletido sobre as perguntas, eles também demandavam a ela que expusesse a própria opinião acerca de quais seriam as respostas certas, sendo prontamente copiadas por eles em anotações.

Diante disto, presumo não ter ficado claro para eles o que seria uma terapia de grupo e qual a sua finalidade. Embora a atividade proposta tivesse a função de fazê-los refletir e discutir em grupo sobre as subjetividades envolvidas, fiquei com a impressão de que alguns deles identificaram a atividade como uma aula, imaginando haver respostas certas e erradas para as questões apresentadas. Acredito que contribuiu para tal comportamento a maneira com que foi realizada a intervenção, em uma sala com a disposição das cadeiras em perfil escolar, utilizando o quadro branco para expor três questões nas quais eles teriam que pensar e responder (Diário de campo).

Quando questionada se é proporcionada à comunidade residente algum modo de atenção e tratamento mais individualizado, a responsável técnica confirmou:

Inclusive tá no programa terapêutico. Deixa eu abrir... Que geralmente tem alguns itens que a gente considera. Exemplo: o nível de gravidade de cada caso, o comprometimento físico e psicológico, situação social e familiar ilegal, né! Se eles estão com algum problema na justiça, motivação para se tratar, a gente costuma perguntar se é porque ele quis, ou se é a família que está querendo, o grau de consciência sobre o problema com as drogas, e a droga de eleição. Geralmente a gente pergunta que tipo de droga que ele usa? Quanto tempo? Como que ele conseguia usar

essa droga? Muitos trabalhando, com próprio dinheiro, outros através do roubo, através do crime, tráfico, etc. E a idade, porque a gente só atende casos a partir dos 18 anos. Então, estes são os critérios que geralmente a gente considera (Responsável técnica).

Apesar de afirmar que existe um atendimento mais individualizado, a responsável técnica fez a seguinte descrição quanto à frequência dessas ações:

Geralmente têm os atendimentos individuais que acontecem em todos os casos. É no acolhimento, assim que eles chegam na instituição. Quando eles completam 3 meses que vão ter saída terapêutica, né. E aí depois com 6 meses que é quando eles vão começar a trabalhar, eu faço atendimento com eles. E na terceira fase que é de seis meses a nove meses, a gente... Eu faço acompanhamento maior com eles, fazendo um planejamento de saída, onde são trabalhados vários temas, para eles planejarem realmente a saída deles da instituição (Responsável Técnica).

Além desses momentos, descreveu que são realizados acompanhamentos individuais de acordo com a demanda deles:

Eu não faço acompanhamento no caso, tipo uma sessão por semana, uma sessão a cada 15 dias, não. É de acordo com o que eles procuram e geralmente é voltado para uma terapia breve mesmo, rápida. (...) A gente não aprofunda muito aqui as coisas relacionadas por exemplo... A gente não busca um histórico deles. O histórico que a gente busca é com relação ao uso da substância. Então, a gente não aprofunda muito a infância, claro que muitos relatam e a gente vê que tem vários motivos ali de uma desestrutura familiar, enfim né. Mas a gente sempre faz o acompanhamento voltado para a dependência (Responsável Técnica).

A carência de uma maior ênfase no atendimento individualizado também foi sentida por Mateus, conforme expressado a seguir:

(...) São apenas 3 psicólogos. É difícil, mas talvez, aumentar o número de atendimentos individualizados, como eu estou tendo a oportunidade de conversar com você agora. É difícil, por que são poucos profissionais, mas se tivesse um atendimento mais pessoal, eu acho que melhoraria. Tem o atendimento em grupo, mas se fosse um atendimento mais individualizado seria melhor. Mas a dificuldade da casa é essa, né. São muitos internos e poucos profissionais. São mais de 100 pessoas, para três profissionais (psicólogos) apenas (Mateus).

A seguinte manifestação de Tomé também demonstra um desejo não correspondido por maior individualização no acompanhamento:

Fazer um plano terapêutico, mas individual, não só as terapias em grupo, mas a gente realmente entrar na questão mesmo, assim, da pessoa, do indivíduo, da história dele. Então, assim, são poucos os casos em que a gente sabe, tem muitos que gostam de compartilhar na terapia em grupo e é bom, né! Porque ajuda. Mas individual mesmo são poucos os casos que a gente acaba sabendo (Tomé).

Acredito que seria oportuno um acompanhamento mais individualizado, no intuito de compreender quais os fatores que predis põem aquele sujeito ao consumo. Com isso, poderiam ser desenvolvidos trabalhos específicos com cada pessoa, produzindo uma maior conscientização e autonomia para lidar com as frustrações, de modo a evitarem o subterfúgio do consumo de substâncias químicas sempre que vivenciarem um momento de dificuldade.

Durante a inserção no campo, foi realizada uma tentativa de conhecer melhor como era feita então a atenção individualizada, sendo solicitado acesso aos documentos de registro individuais. Após uma aparente resistência, foram apresentadas fichas de cadastro contendo dados sociodemográficos e um espaço destinado à evolução do assistido. Porém, as atualizações ocorriam apenas em cada

mudança de fase, ou seja, quando o assistido completa os três, seis e nove meses correspondentes às três fases. Além disso, nas observações realizadas, a descrição identificada é superficial, como exemplo o espaço disponível na ficha para a descrição de cada fase é de no máximo 8 linhas, restringindo-se apenas à informação de estar ou não havendo adesão por parte do assistido.

Segundo a estagiária, essas fichas ficam armazenadas em pastas colocadas num armário na sala da presidência, o que a princípio é coerente com a informação de que são pouco utilizadas para registros mais cotidianos acerca da evolução de cada assistido. Diante da persistente tentativa de identificação de algum documento que se prestasse a um acompanhamento mais detalhado e individualizado, a responsável técnica relatou que tem um caderno no qual descreve algumas informações como: quando solicitam um atendimento, quando solicitam saídas da comunidade, etc. Como não foi possível obter acesso a esse caderno, e considerando a imprecisão das informações acerca da real existência de algum registro contínuo e individualizado, me permitiu supor que não existe uma evolução que descreva o acompanhamento individual (Diário de Campo).

Contudo, de acordo com o art. 7º, inciso 1º da Resolução nº 29, emitida em 30 de junho de 2011 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os residentes das Comunidades Terapêuticas devem possuir ficha individual para registros periódicos dos atendimentos realizados, conforme segue: “Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas” (RDC, nº29, de 2011).

Segundo o programa terapêutico, além das terapias são desenvolvidas diversas atividades que corroboram para o tratamento como: musicoterapia, gameterapia, palestras

motivacionais, laborterapia, vídeoterapia, estudos dirigidos, almoços de reintegração familiar, oficina de aproveitamento de talentos (teatro, dança, trabalhos manuais), lazer em grupo e cursos profissionalizantes. Dentre essas, serão analisadas a seguir três atividades que foram destacadas pelos assistidos nas entrevistas, sendo outras atividades analisadas posteriormente quando da apresentação das demais categorias.

- Musicoterapia

A Federação Mundial de Musicoterapia¹⁴ descreve a musicoterapia da seguinte forma:

“Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento” (WFMT, 1996).

Uma atividade apresentada pela responsável técnica como musicoterapia foi a aula de violão, conforme segue:

Tem a musicoterapia, que é a aula de violão, voltada um pouco para terapia porque a gente trabalha músicas que tenham algum tema bacana para trabalhar com eles, né! É a estagiária de psicologia que dá aula e tem um acolhido também. Nós temos muitos talentos. (...) E a gente tenta reaproveitar os talentos (Responsável técnica).

¹⁴ Retirado de: <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>

Também foi observada a utilização da musicoterapia durante a terapia de grupo, quando foi utilizada uma música de caráter religioso, passando na sequência para uma etapa de interpretação da música. Por fim, os assistidos foram convidados a discorrer sobre os sentimentos e reflexões ocorridos durante a execução da música (Diário de Campo).

Apesar das atividades comporem o programa terapêutico, quando questionados, os assistidos não souberam identificar quais atividades faziam parte desse contexto de musicoterapia.

- Gameterapia

O programa terapêutico aborda a Gameterapia da seguinte forma:

“É utilizar os jogos como forma de reabilitação que serve para incentivar a atividade cerebral, capacidades como coordenação motora, agilidade, deslocamento, ajustes posturais, equilíbrio e força muscular como forma lúdica e interativa. Além dos aspectos lúdicos e dinâmicos, contribui na melhoria da motivação para o tratamento e redução da apatia e absenteísmo entre os acolhidos” (Anexo).

Muitos estudos defendem os benefícios psicológicos da prática regular de atividades físicas. Araújo, Mello e Leite (2007), legitimam a importância da prática regular de atividades físicas para aumentar a sensação de bem-estar e superar os efeitos nocivos do estresse, incluindo a produção de efeitos antidepressivos e ansiolíticos.

Mateus enfatizou os aspectos positivos da prática de esportes para o corpo e a mente:

Atividades de esportes, preenchem teu organismo, né. Por que você cria uma certa ansiedade pelo uso das drogas, então você vai tirar aquela ansiedade praticando um esporte, você vai cansar seu corpo. E isso diminui a ansiedade (...) Olha, é mais assim, em termos de jogos, né. Futebol, academia. São mais esses dois. Não tem um profissional. Veio um aluno de educação física que também estava fazendo uma

pesquisa para a monografia e ficou uns dias aqui com a gente. Ele veio em algumas terças feira e desenvolvia atividades, mas ele não veio mais.

Contudo, a responsável técnica esclareceu da seguinte forma os motivos e as formas planejadas para a inserção da gameterapia:

Foi uma tentativa que a gente fez de trabalhar com eles a questão dos jogos de videogame. A gente trazer o videogame, somente com aqueles jogos que eles movimentam o corpo, né! Igual tá escrito lá, né! Para que eles possam trabalhar a atividade mental, capacidade motora, agilidade, deslocamento, ajuste de postura, tudo isso porque eles vão perdendo com o tempo, alguns nem tiveram, né! Uma base uma referência. Aí a Gameterapia é nesse sentido. (...) Mas tem outros games terapia que a gente considera que são os jogos que eles fazem lá embaixo. Porque para eles é uma terapia. Muitos gostam de jogar bola, jogar sinuca, jogar dominó, xadrez. Tem muitos que gostam de jogar xadrez, e é um jogo bom, né! Aí, a questão da gente trabalhar realmente os movimentos deles.

Conforme já demonstra o relato anterior da Responsável Técnica, as atividades de gameterapia planejadas com a utilização de jogos de videogame não foram efetivadas. Tal entendimento se confirma com a seguinte fala do assistido, onde também é possível perceber uma compreensão restrita acerca da Gameterapia:

Gameterapia??? Game é jogos, né! Talvez, fosse as atividades desenvolvidas pelo professor, por que como eu já estou num período de saída, eu já estou ficando pouco tempo na casa, assim, estou ficando mais em casa. Então, você tem que ver. Talvez, seja uma coisa nova. E como game é jogo, pode ser também os jogos, né? Por que lá perto do alojamento tem o bilhar, sinuca, o totó, dominó. Todos esses jogos, será?

Tomé também demonstrou certa imprecisão na descrição das atividades correspondentes à gameterapia: “Gameterapia? Essa parte aí eu acho que não tem não, eu

acho que eu nunca participei não. Só se for os jogos né. Que tem lá embaixo, para quem gosta. Porque eu não gosto”.

Sendo assim, é possível presumir que há uma certa informalidade nas atividades desenvolvidas, bem como uma deficiência na comunicação entre profissionais e assistidos, pois estes não demonstram uma clara compreensão acerca das atividades, dos objetivos, dos benefícios, etc.

- Cursos:

A responsável técnica descreveu da seguinte forma os cursos disponibilizados para os assistidos:

Tem uns cursos profissionalizantes. Tem vários tipos de cursos, aí tem os cursos que a gente tem parceria com a SENAR (Serviço Nacional de Aprendizagem Rural), que são cursos mais voltados para área rural mesmo. Tem o curso de barbearia, onde três turmas já foram formadas, tem o curso de tecelagem manual onde eles aprendem a fazer touca de crochê, cachecol, tapete. O de tear e o de barbearia são fixos. Agora quando é parceria, é de acordo com a instituição. Tipo, eles vêm e falam. Vamos fazer tal curso. Aí o presidente diz: vai ter curso tal, vê aí quem tem interesse, aí a gente vai e encaminha eles para fazer, na maioria das vezes é feito aqui mesmo na Instituição.

De fato, os cursos representam uma oportunidade de: combater a ociosidade, aumentar a autoestima, profissionalização e uma possível reinserção no mercado de trabalho quando os assistidos estiverem desinstitucionalizados. Contudo, não são cursos que atendam a todos, em função de discrepâncias entre os conteúdos abordados e os interesses dos assistidos, conforme fica evidenciado no seguinte relato de Tomé:

É porquê... (pausa) deixa eu ver como eu vou explicar. É porque assim, eu trabalho com pintura, entende. E o meu foco é trabalhar com pintura, eu quero sair daqui e trabalhar com pintura, entendeu. Então para mim, esses cursos aí, como o de

cabeleireiro e o de missões, não tô rebaixando não. Também não estou dizendo que não é bom, mas eu não participo. Porque para mim o que eu quero é isso. É o que eu tenho certeza que eu vou dar conta de fazer. O que vai me manter lá fora, entendeu?

O relato corrobora com a percepção de ausência de um trabalho mais individualizado, no sentido de buscar conhecer os interesses de cada assistido para poder propiciar atividades compatíveis, favorecendo um maior engajamento de todos.

As Comunidades Terapêuticas e suas principais características

Para que as comunidades terapêuticas possam funcionar, elas devem cumprir diversas leis, normas e regulamentos estabelecidas por União, Estados, Municípios e Distrito Federal, cumprindo diversos cadastros e autorizações de instituições como: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, conselhos estaduais e municipais relacionados ao uso de drogas (os quais possuem nomes e siglas com variações, sendo mais comum CONED e COMAD), entre outros (Cartilha Ministério da Saúde, 2002 - Exigências mínimas para Funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas).

O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo (CONED) desenvolveu o “Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo”, com o intuito de orientar, promover e uniformizar as atividades a serem desenvolvidas nas comunidades terapêuticas, permitindo a integração dessas instituições à rede de saúde e buscando assim aumentar a eficácia, a humanização e a redução das consequências para a saúde das pessoas que demandem auxílio em função de transtornos pessoais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Assim sendo, o manual busca reforçar e detalhar as diretrizes estabelecidas pela resolução da Anvisa RDC nº 29/2011, que “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” (RDC nº 29/2011; Secretária da Justiça da Defesa – Manual do CONED, 2011).

De acordo com o manual, uma pesquisa de 2006 realizada em conjunto entre Universidade de Brasília (UNB) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), constatou que as comunidades terapêuticas foram responsáveis por 80% dos tratamentos das pessoas que demandaram assistência em função de problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Porém, foi detectado que essas instituições não seguiam as normas, nem mantinham as instalações de acordo com os padrões estabelecidos, identificando-se como principal motivo o desconhecimento. Como consequência, as comunidades não eram consideradas como entidades de referência para assistência à saúde da sociedade, de modo que não tinham acesso a financiamentos de programas governamentais (Secretária da Justiça da Defesa - Manual do CONED, 2011).

As comunidades terapêuticas são retratadas como entidades que historicamente nasceram com o intuito de substituir os hospitais psiquiátricos. Nas comunidades terapêuticas o dispositivo imprescindível para o tratamento é a prática da abstinência através da internação. Porém, a atuação dessas instituições é por vezes repleta de violações dos direitos humanos, assim como constatou o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo durante inspeções realizadas entre os anos de 2013 e 2015 nas comunidades terapêuticas que funcionavam naquele estado. Como resultado foi produzido um Dossiê em 2016, apresentando um mapeamento das violações dos direitos humanos encontradas (Fossi e Guareschi, 2015 e Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

Dentre as práticas e violações registradas nas fiscalizações às comunidades, foram elencadas algumas como: restrição ao uso de telefone e monitoramento de ligações telefônicas; monitoramento das saídas; restrições/rompimento de vínculos familiares e

sociais; laborterapia obrigatória; uso de mão de obra não remunerada de pessoas internadas para manutenção do espaço de clínica, inclusive em obras de construção e ampliação das instalações; desrespeito à escolha ou ausência de credo; obrigatoriedade em participar de atividades de espiritualidade e/ou voltadas a uma crença religiosa específica; sem acesso à educação (para adultos); vistoria/ revista vexatória (baculejo); privação sexual, etc (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

Dentre as violações descritas no manual, foi possível constatar durante a vivência de campo, assim como está demonstrado ao longo desse texto, que algumas são práticas instituídas dentro da comunidade terapêutica pesquisada.

Viés Religioso

Em função da relevância dada ao viés religioso em algumas comunidades terapêuticas é imprescindível considerarmos o disposto no manual do CONED acerca deste tema:

“Espiritualidade pode ser definida como estado psíquico que proporciona significado e propósito à vida das pessoas em face de um bem maior. É reconhecida como um fator de proteção que contribui para a saúde e qualidade de vida, favorecendo ao indivíduo o resgate da sua identidade e integração social. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades, portanto as comunidades terapêuticas devem respeitar as crenças e valores individuais, sem prejuízo da integração da pessoa ao plano de tratamento” (Secretária da Justiça da Defesa - Manual do CONED, 2011).

Uma das principais características das comunidades terapêuticas refere-se à adoção de princípios de cunho religioso e pela importância das práticas religiosas como estratégia de cura disponibilizada aos pacientes, sob o fundamento de que esse vínculo pode facilitar a recuperação e prevenir as recaídas.

A comunidade pesquisada também mantém vínculo com a religiosidade, mais especificamente com a religião evangélica, como é possível evidenciar no relato de Mateus.

(...) Huum. Já me incomodou essa atividade do culto. De eu ter que ir obrigado ao culto, até por que eu não sou da religião evangélica. Já me incomodou, mas eu respeito. Já que a casa é evangélica, eu tenho que respeitar. Não vou fazer uma guerra por isso, né. Eu tenho que respeitar.

A obrigatoriedade de participação nas práticas religiosas também foi reforçada por João, conforme segue: “É obrigatório. Todos têm que participar, mas acredito que seja importante. Pra você se conectar a Deus, né. Por que nessa hora você tem que se apegar em tudo. E Deus vai te salvar mesmo”

De acordo com Fossi e Guareschi (2015), um dos pilares para o tratamento em comunidade terapêutica é a religiosidade, incluindo-se entre as atividades desenvolvidas: os cultos, os cursos de missões, a leitura de bíblias, atividades reflexivas a partir de recursos audiovisuais religiosos, etc.

Durante a vivência de campo foi possível constatar que essas atividades de cunho religioso são exercidas rotineiramente na comunidade pesquisada, conforme se confirma no seguinte relato de João: “Os filmes são mais religiosos e outros que têm alguma mensagem para a gente tirar de lição de vida. Esses são os filmes que eles passam para a gente”.

A partir da seguinte descrição de Tomé também é possível depreender como são fundamentadas as atividades audiovisuais: “As psicólogas põe um filme evangélico, a gente assisti o filme e depois elas vão debater, o que que a gente achou do filme e entender. E ver se a gente realmente está prestando atenção e quer se libertar...”.

A experiência da pesquisadora nesta comunidade também corrobora com os relatos apresentados, pois durante as visitas foi visualizada a saída de assistidos que foram conduzidos a um cinema para assistirem à exibição do filme “Nada a perder”, cujo

enredo se baseia na história biográfica de Edir Macedo. Os assistidos receberam transporte e lanche fornecidos por uma igreja para a efetiva participação.

Em outra visita realizada, foi observado o desenvolvimento do curso de missões, que consistia no estudo profundo da bíblia, sendo possível depreender a partir das instruções repassadas que se trata de uma “formação de pregadores”. O curso foi ministrado por uma pastora, que enfatizava repetidamente a importância de saberem até os endereços dos capítulos e versículos, como algo que comprova a dedicação e o estudo do “pregador”. As atividades complementares propostas incluíram recomendações para que eles escrevessem as próprias interpretações acerca dos trechos bíblicos e exercitassem o desenvolvimento de sermões. Ao finalizar o curso, eles fizeram uma oração de agradecimento e pedidos. Apesar da pastora ter convidado um dos assistidos para fazer essa oração final, tão logo este deu início, cada um dos 15 assistidos começou a falar as suas próprias orações e pedidos em voz alta (Diário de Campo).

A pesquisa também identificou um vídeo¹⁵ publicado em 29 de outubro de 2016, disponível publicamente na rede mundial de computadores, gravado durante um evento de cunho religioso realizado em 28 de outubro de 2016 na mesma comunidade terapêutica pesquisada. O título, conforme publicado na web, cita o nome do Apóstolo e da instituição, bem como descreve que ele está ministrando. A descrição do vídeo, conforme publicado na internet, informa que o Apóstolo e a Apóstola, “em conjunto com a equipe de obreiros e o departamento de louvor do Ministério ministraram a palavra de Deus na casa de recuperação” (sendo aqui omitidos os nomes de ambos os “Apóstolos” e do “Ministério”). A sequência do texto descreve da seguinte forma o evento filmado: “Deus através do Espírito Santo operou

¹⁵ Optei por não revelar o título e o endereço do vídeo no intuito de preservar a identidade da instituição pesquisada.

grandemente na vida de mais de 120 dependentes químicos onde teve muitas almas que aceitaram ao Senhor Jesus Cristo como senhor e salvador das suas vidas”. Na filmagem é possível visualizar a presença de mais de 80 pessoas sentadas em forma de auditório, vários deles portando uma bíblia, os Apóstolos à frente ministrando uma pregação e uma banda musical posicionada ao lado (vídeo youtube).

Os subsídios disponibilizados a partir da pesquisa permitem inferir que não são respeitadas as crenças e valores individuais, pois mesmo não compartilhando da mesma religião os assistidos são obrigados, conforme os próprios relatos, a participar dos cultos realizados duas vezes ao dia, pela manhã e à noite.

É importante ressaltar a laicidade do nosso país, pois em conformidade com a Constituição Federal de 1988, no seu art. 5º, está estabelecido que é “inviolável a liberdade de consciência e de crença”, assegurando a proteção e respeito às manifestações religiosas. Por conseguinte, as entidades financiadas pelo poder público não deveriam tentar impor sua crença aos assistidos submetidos a este tratamento.

Esta particularidade das comunidades terapêuticas é tão notória que o CONAD realizou um esboço de uma normativa com o objetivo de regular a realização de práticas religiosas no tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Porém, a aprovação restou sobrestada, após divergências e óbices de muitas instituições e legisladores, especialmente os pertencentes à bancada religiosa. Esse movimento contrário à homologação da normativa, ao contar com a participação das comunidades terapêuticas, apenas reforça a percepção desenvolvida ao longo da pesquisa de que as comunidades terapêuticas, além de não respeitar as crenças individuais, buscam sobrepor os princípios religiosos da instituição às crenças dos assistidos.

Laborterapia

A Laborterapia é bastante difundida entre as comunidades terapêuticas, apesar da coexistência de opiniões favoráveis e desfavoráveis de diversos especialistas e instituições. Teve seu início nos modelos hospitalocêntrico e asilares, quando era visto como uma ferramenta de controle dos corpos. Com o advento da terapia ocupacional, foi desenvolvida uma visão científica e ampliada acerca da importância da prática de atividades como forma de intervenção em diversos campos: saúde, educação e esfera social (Barros; Ghirardi & Lopes, 2002).

Sendo assim, o manual do CONED (2014), passou a referendar a Laborterapia conceituada como: “é a execução de trabalhos com significados terapêuticos e/ou execução de tarefas que desenvolvam autonomia, organização e responsabilidades nas atividades da vida diária e prática”.

De acordo com o plano terapêutico da comunidade pesquisada, a laborterapia congrega “atividades direcionadas à organização, limpeza, e desenvolvimento do trabalho em equipe”. A composição das atividades integrantes da laborterapia foi mencionada da seguinte forma por Tomé:

Nós é que somos responsáveis pela limpeza dos dormitórios, então cada dormitório é dividido em grupos e cada grupo fica responsável por limpar no dia. Nós também somos responsáveis por fazer toda a manutenção e limpeza da casa, então, além da limpeza dos dormitórios, temos grupos para varrer a comunidade, grupos que trabalham na cozinha, na lavanderia, etc. Eles dizem que são atividades importantes.

Quanto à forma de divisão das atividades, João apresentou a seguinte descrição: “No papel lá explica qual o dia que é a limpeza, quem vai fazer a limpeza, quem vai ficar responsável pelo que, explica tudo no papel”.

Não ficou clara a obrigatoriedade do desenvolvimento das atividades, até por que segundo a profissional eles se prontificam a executá-las, porém há uma ambiguidade já que os assistidos apontam como sendo uma regra a ser seguida, conforme reforça a seguinte descrição de Tomé:

Tem que vir porque quando você entra ali por aquele portão, você assinou a ficha.

Então, você tá assinando uma coisa, que você sabe que vai ter que participar daquilo.

Se você assinou é porque você está concordando. Não é que é obrigado, mas é

obrigatório. De um jeito ou de outro, acaba sendo obrigado. Mas é o certo (Tomé).

Portanto, a laborterapia integra a estratégia de tratamento da comunidade, incluindo atividades como: manutenção da estrutura física da instituição, limpeza dos pertences pessoais, produção da alimentação, e limpeza dos utensílios culinários, etc. Assim sendo, corrobora com a visão apresentada pelo Conselho de Psicologia, que identifica a laborterapia como uma prática de controle da sociedade a partir do estabelecimento de regras que têm por base o estabelecimento da moral e da disciplinarização, tal qual realizada nos manicômios e prisões.

Corroborando com o ponto de vista do Conselho Federal de Psicologia (2016), o seguinte relato de João permite presumir que a laborterapia, da forma como está inserida na instituição, tanto possui a função de combater o ócio como de estabelecer ordem e disciplina, por conseguinte minorando a liberdade: “(...) Você conversando, pedindo autorização. Até pode ser que eles liberem, mas o certo é vir porque a mente vazia não dá certo. Não vai a nenhum lugar”. A função da laborterapia também é expressada por Tomé: “(...) Às vezes ficamos sem fazer nada e como tem as regras, é importante para a gente criar disciplina, né!”.

Na entrevista, a profissional responsável relatou que a instituição utiliza a laborterapia também como forma de aproveitar os talentos dos assistidos: “Na instituição nós temos muitos talentos. Tem pessoas muito talentosas. Aí quando tem alguma pessoa com algum tipo

de talento, seja relacionado a música, a teatro, alguma coisa. A gente tenta reaproveitar os talentos”. Na descrição de um dos assistidos, que demonstrou gosto e aptidão pela pintura (de acordo com trecho já transcrito neste trabalho), percebe-se que o aproveitamento dos “talentos” também é realizado através do trabalho: “(...) Não sei se você veio aqui antes, mas eu estava fazendo a reforma aqui na instituição, eu estava pintando aqui. Então, tem só uma semana que eu parei de pintar” (João).

É possível perceber que os internos mantêm um discurso que lhes é introjetado, no qual, estão sendo importantes para a instituição e desenvolvendo atividades que contribuem para o próprio tratamento. Apesar do potencial aspecto positivo da prática dessas atividades para a manutenção da autoestima, talvez até mesmo para o desenvolvimento de habilidades e talentos, cabe ressaltar como aspecto negativo que se trata efetivamente de um trabalho realizado sem que haja remuneração.

Para complementar, ao participar do ciclo de debates¹⁶ realizados em maio/2018, acerca de temas relacionados ao mês da saúde mental, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, a pesquisadora assistiu ao depoimento de uma pessoa atualmente acompanhada pelo CAPS, mas que já passou por diversas comunidades terapêuticas. O relato se referiu à laborterapia a partir de uma experiência vivenciada em uma comunidade terapêutica, onde havia uma obrigação de participação por parte do assistido, o qual em caso de negação era submetido à ingestão de um “danoninho” como sanção. Tal expressão de domínio comum naquela comunidade subentendia a administração de uma medicação com efeito tranquilizante (Ciclo de debates – CFP, 2018).

Apesar da legalidade da laborterapia, a adoção de mão-de-obra não remunerada fundamenta a divergência do Conselho Federal de Psicologia. Conforme mencionada no

¹⁶ Ciclo de debates: “A Psicologia no atendimento aos Dependentes Químicos”

“Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas”, o trabalho não deve ser reduzido à condição de tratamento, pois o trabalho é um direito fundamental e deste modo deve ser respeitado, do contrário caracteriza violação de direitos, assemelhando-se à condição de escravidão (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Revistas ao retornar à comunidade terapêutica.

A revista é mais um exemplo de prática realizada na instituição que também é questionável. Levando em consideração a proposta de abstinência, a revista tem uma razão de existir, já que adota a premissa dos usuários se absterem do uso da substância.

Ao ser questionado sobre a realização e a motivação das revistas, Mateus respondeu: “Passamos por revista sim, revistam as mochilas, as coisas para ver se você não está entrando com drogas”.

Não foi identificada nenhuma objeção à ação por parte dos assistidos, ao contrário percebe-se até certa conformação: “Eles olham. É o certo, tem que olhar mesmo. Eles olham tudo, os bolsos, as mochilas e só depois a gente é liberado” (Tomé).

Como justificativa para a realização das revistas, dentro do contexto da proposta de abstinência, foi relatado para a pesquisadora que um assistido saiu da comunidade e ao retornar tentou ingressar com drogas. Segundo a responsável técnica o comportamento é um ato grave e passível de ser punido com o desligamento do assistido. Relatou ainda que já aconteceu de entrarem na instituição com substâncias e várias pessoas recaírem juntas.

Apesar da responsável técnica assumir a realização de revistas, ao mesmo tempo reconhece que se trata de um ato que pode causar constrangimentos e mal estar aos que são submetidos:

Nem todos, depende. Geralmente quando a gente está desconfiando de alguma coisa, né! Então, assim, acontece de muitos entrarem aqui com objetos que não podem entrar

e com droga. E a gente não gosta de estar revistando o tempo todo porque é um pouco constrangedor. Mas acontece de revistar. Assim, **não é nem ‘revistar’, tem outra palavra que eu esqueci o nome que a gente costuma usar**, a gente vai dar uma olhada ali nas coisas quando eles chegam, né!

A frase “**não é nem ‘revistar’, tem outra palavra que eu esqueci o nome que a gente costuma usar...**” é um exemplo de algumas falas da profissional que evidenciam a tentativa do uso de subterfúgios ou “jogo de palavras” para ocultar, justificar ou amenizar algumas das práticas realizadas.

De acordo com o Relatório da 4ª inspeção Nacional de direitos humanos: em locais de internação para usuários de drogas a execução desse comportamento de revistas também é considerada uma violação dos direitos humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Considerações Finais

O objetivo principal deste trabalho foi conhecer os sentidos e significados de pessoas usuárias de drogas ilícitas, utilizando como campo de pesquisa uma comunidade terapêutica para investigar os aspectos subjetivos associados ao tratamento. As observações de campo e entrevistas realizadas permitiram atender os objetivos específicos de investigar os aspectos subjetivos do tratamento, conhecer como ocorre a adesão dos usuários aos programas, os benefícios que os programas de prevenção e tratamento proporcionam, por fim analisar se as estratégias utilizadas contemplam as especificidades de cada indivíduo e de cada droga.

Por outro lado, não foi possível realizar as investigações sob a perspectiva dos familiares. Além disso, surgiu o interesse em aspectos que não integravam os objetivos da pesquisa, servindo como opções de temas a serem pesquisados futuramente. Por exemplo, uma comparação entre os procedimentos das comunidades terapêuticas a partir de dados como o número de: assistidos que iniciam o processo, concluem as etapas, desistem ou

necessitam novamente de assistência da mesma ou de outras instituições. Outra possibilidade é averiguar como funciona a gestão financeira da instituição e o financiamento público.

O que se pôde perceber a partir da pesquisa é que, independentemente do modelo a ser adotado para o tratamento, redução de danos ou abstinência, a efetiva adesão voluntária do indivíduo é fundamental para que se consiga de fato ajudar essa pessoa a superar os problemas decorrentes do uso de drogas que a impeliram na busca por auxílio. Por sua vez, a adesão voluntária depende de uma prévia consciência pessoal acerca das possíveis consequências, da perda de controle e do uso de forma abusiva. Os dados colhidos evidenciaram, em congruência com a bibliografia, que tanto é maior o comprometimento e a adesão da pessoa com o tratamento quanto mais voluntária e autônoma estiver, ao contrário de quando se apresenta submetida a coerções psicológicas familiares.

As comunidades terapêuticas adotam diversos procedimentos que geram controvérsias, como por exemplo: laborterapia, revistas pessoais e de pertences, inserções compulsórias de práticas religiosas disfarçadas de musicoterapia, palestras motivacionais ou terapias de grupo, etc. Mesmo pressupondo que o objetivo maior das comunidades terapêuticas seja o de proporcionar uma melhor qualidade de vida para pessoas que se apresentam diante de um sofrimento tal a ponto de assumirem a necessidade de socorro, importa destacar que essas práticas contam com a reprovação de instituições especializadas, como o Conselho Federal de Psicologia.

Ademais, é questionável a própria imposição da abstinência completa como premissa primordial das Comunidades Terapêuticas. Conforme constatado na pesquisa, o processo de tratamento impõe uma ampla abstinência, incluindo a completa interrupção do consumo de substâncias psicoativas e o total afastamento do habitual convívio familiar e socioambiental (na primeira fase, realizada nos três primeiros meses), atingindo até mesmo limitações impeditivas ao exercício pleno da sexualidade.

Por conta desses fatores, os assistidos demonstraram muita dificuldade para completar sequer a primeira fase, quando é grande a evasão, sendo que alguns já incorreram nesse insucesso por mais de uma vez. A própria responsável técnica deixou claro serem poucos os que conseguem superar pelo menos esse estágio. Até o mesmo nos estágios subsequentes, quando se incorpora a possibilidade de saída da instituição com certa frequência, ainda assim a profissional declarou serem poucos os que concluem o processo, sendo muitos os casos de recaída. Inclusive, mesmo nessas fases vários continuam sofrendo da perda de convivência com a família, devido às limitações de deslocamento decorrentes da falta de recursos financeiros e a distância entre a residência familiar e a comunidade terapêutica.

Ademais, mesmo que concluam com êxito todas as etapas do processo, ainda assim isso não garante que as pessoas não incorram na mesma rotina anterior, voltando a experimentar os mesmos problemas decorrentes do uso de drogas. Para que isso não ocorra é fundamental a pessoa adquirir a capacidade de autonomamente enfrentar os desafios a que será submetida fora do ambiente das instituições que prestam atenção ao usuário de drogas. A relevância da autonomia individual fica evidente no histórico de vida das pessoas que, mesmo não submetidas ao controle de instituições de saúde, ainda assim conseguem permanecer longos períodos sem retomar o uso de substâncias psicoativas, conforme relato colhido na pesquisa.

Caso não consiga atingir a capacidade necessária de autonomia para conviver com os conflitos individuais e coletivos da modernidade, o indivíduo pode se tornar refém do universo institucional protegido, não atingindo a plena reinserção social. Esta dinâmica subentendida sobre a relação de dependência da institucionalização para a manutenção da abstinência dificulta o desenvolvimento de autonomia por parte dos assistidos. Um indicativo disso é a repetitiva busca de auxílio na Comunidade Terapêutica, demonstrando uma naturalização da lógica medicalizada decorrente do processo iatrogênico, ao assimilar uma

condição de adoecimento (que lhe é imputada) e ausência de capacidade para manter a abstinência fora da tutela institucional.

Nos discursos obtidos, de que “não há cura para drogado”, cabendo à pessoa evitar o consumo de substâncias psicoativas, pode até parecer estabelecer uma relação de responsabilidade entre a pessoa e a manutenção da própria saúde, mas sob outra perspectiva é possível identificar um certo antagonismo. Afinal, mais do que uma mera conformação, tais discursos podem servir como uma desresponsabilização do indivíduo em casos de recaídas, justificando a vitimização e ausência de culpa dada a condição rotulada como incurável. Essa condição pode retroalimentar a conjuntura de dependência da institucionalização, conforme apontam os discursos de assistidos que assumem a necessidade de se retirar do próprio ambiente familiar e socioambiental para conseguir superar as dificuldades vivenciadas com as drogas.

Alternativamente, a proposta de redução de danos até pode possibilitar uma dependência nos usuários do serviço para com o acompanhamento dos profissionais, tanto quanto a proposta proibicionista e de abstinência. Contudo, foi possível identificar evidências na pesquisa de que o tratamento realizado de forma institucionalizada, além de carecer de maior individualização, pode produzir sofrimentos como ansiedade, depressão e outros adoecimentos, que se constituem em potenciais influências para uma possível não adesão ao tratamento, o que se confirma pela elevada evasão.

Contudo, ao invés de uma reavaliação da efetividade dos procedimentos, à luz das evidências de ineficiências, o que se observa atualmente, especialmente de políticos e membros de movimentos religiosos, é uma intensa atuação em prol da ampliação das propostas de abstinência e de internação compulsória, pretensão que até certo ponto goza do apoio de parcela significativa da opinião pública.

Assim sendo, o que a pesquisa demonstra é a importância de uma ampla reflexão acerca dos procedimentos assistenciais associados às drogas, porém sem uma fundamentação meramente ideológica, ao invés disso é necessário avaliar sob uma perspectiva pragmática. Ou seja, por mais que algumas pessoas possam considerar a proposta de abstinência como um ideal desejado, na prática se demonstra um objetivo difícil de ser alcançado pela maioria dos usuários (pelo menos em determinados momentos de suas vidas). Sendo assim, o tratamento não se desenvolve plenamente para a maioria dos assistidos, em função da evasão. Então, é necessária uma alternativa viável, como o modelo de redução de danos, para os ajudar a enfrentar os próprios infortúnios, visando garantir uma condição de qualidade de vida mínima que mitigue riscos maiores, até atingirem um estágio pessoal que lhes permita efetivamente enfrentar o desafio de superar as limitações impostas pelas drogas.

Portanto, com este trabalho acadêmico, que aborda a temática das drogas sob a perspectiva da psicologia, a universidade novamente pode contribuir para fomentar o debate social, possibilitando ampliar o conhecimento e as condições para que a própria sociedade possa decidir por quais caminhos seguir quanto às políticas públicas relacionadas às drogas.

Referências Bibliográficas

- Acselrad, G. (2005). A Educação para a Autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. Acselrad, G. (org.), *Avessos do prazer: Drogas Aids e direitos humanos*. (pp. 183-212). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, S. R. C. , Mello, M. T. & Leite, J. R. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2), 164-171. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000027>
- Barros, D. D. , Ghirardi, M. I. G. & Lopes, R. E. (2002). Terapia Ocupacional Social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 13 (3), 95-103. Retirado de <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/13903/15721>
- Barros, P. L. & Kastrup, V. (2009). Cartografar é acompanhar processos. Em E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa – intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52 – 75). Porto Alegre: Sulina.
- Brasil (1976). Lei nº 6.368/76, de 21 de Outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm
- Brasil (2001). Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

- Brasil (2001). Resolução - RDC/Anvisa Nº 101, de 30 de Maio de 2001. Retirado de http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf
- Brasil (2002). Decreto n. 4.345, de 26 de Agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providencias. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm
- Brasil (2006). Lei nº 11. 343, de 23 de Agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75
- Brasil (2011). Resolução – RDC/Anvisa Nº 29, de 30 de Junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html
- Carneiro, H. (2010). Bebida, abstinência e temperança. Na história antiga e moderna. São Paulo: Editora Senac São Paulo.
- Carneiro, H. (2014). Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. Em W. F. Oliveira, & H. Carneiro (Org.), *Álcool e outras drogas da coerção à coesão*. (pp. 65-89). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública / UFSC.
- Castanheira, M. A. A. F. & Correia, A. (2012). A constituição do sujeito em Michael Foucault: práticas de sujeição e práticas de subjetivação. Retirado de <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-marcela-alves.pdf>

- Castro, F. M. P. , Rava, P. G. S. , Hoefelmann, T. B. , Pieta, M. A. M. & Freitas, L. B. L. (2011). Deve-se retribuir? Gratidão e dívida simbólica na infância. *Estudos de Psicologia*. 61 (1), 100-108. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000100010>
- Chizzotti, A. (1995). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas. Retirado de http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2016) Dossiê. Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias (os) de drogas do estado de São Paulo – Mapeamento das Violações dos Direitos Humanos. Retirado de http://fileserv.idpc.net/library/dossie_relatorio_crpsp.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2018). Ciclo de Debates: “A Psicologia no atendimento aos dependentes químicos”. Brasília.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Retirado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>
- Cotrin, C. B. (1995). Movimentos e discursos contra as drogas: O caso da sociedade norte-americana. *ABPAPAL*, 3 (17), 93-101.
- Danziato, L. & Max, R. (2015). Drogas, biopolítica e subjetividade: Interfaces entre psicanálise e genealogia. *Revista Subjetividades*, 15 (3), 417-427. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n3/10.pdf>

- Defensoria Pública do Distrito Federal (2017). Guia de Encaminhamento e atribuições da rede do Distrito Federal.
- Escohotado, A. (2002). *História General de Las Drogas*. Madri: Espasa.
- Faria, H. T. G. , Rodrigues, F. F. L. , Zanetti, M. L. , Araújo, M. F. M. & Damasceno, M. M. C. (2013). Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (3), 231-237. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005>
- Ferreira, M. S. & Traversini, C. S (2013). A análise Foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. *Educação & Realidade*, 38 (1), 207 – 226. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S2175-62362013000100012>
- Fossi, B. L. & Guareschi, F. M. N. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 15 (1), 94-115. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder*. In: Machado, Roberto (Org. Introdução e revisão técnica). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2004). A ética de si como prática da liberdade. In: *Ética, sexualidade e política*; por: Michael Foucault. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gois Jr, E. (2007). Movimento higienista e o processo civilizador: Apontamentos metodológicos. X Simpósio internacional processo civilizador. Campinas. Retirado de [http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais10/Artigos_PDF/Edival do Gois Jr.pdf](http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais10/Artigos_PDF/Edival%20do%20Gois%20Jr.pdf)
- Góis, C. W. L. (1993). Psicologia Comunitária. *Universitas Ciência da Saúde* 01(02), 277-297. Retirado de

<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/511/332>

- Illich, I. (1975). *A expropiação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Karam, L. M. (2005). Legislação Brasileira sobre Drogas: história recente – a criminalização da diferença. Acselrad, G. (org.), *Avessos do prazer: Drogas Aids e direitos humanos* (pp. 155-164). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Madureira, A. F. A. & Branco, A. U. (2012). As raízes histórico culturais e afetivas do preconceito e a construção de uma cultura democrática na escola. Em A.U. Branco & M.C.S. L. Oliveira (Orgs.), *Diversidade e cultura da paz na escola: contribuições da perspectiva sociocultural* (pp. 125-155). Porto Alegre: Mediação.
- Manual de publicação da APA (2012). American Psychological Association; trad. Daniel Bueno; Porto Alegre: Penso.
- Marlatt, A. G (1999). *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed.
- Minayo, M. C. S. (1993). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. Em M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis – RJ: Vozes.
- Morais, P. R. (2008). Rede socioassistencial de tratamentos aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas na região centro oeste (Brasil 2006 – 2007). (Monografia). Retirado de http://bdm.unb.br/bitstream/10483/762/1/2008_RozaniaPiresMorais.pdf
- Myers, D.G. (1995). *Psicologia Social*. México: McGraw-Hill. [Capítulo: Prejuicio: desagradado por los demás, pp 345 – 385].

- Neves, V. F. A. (2006). Pesquisa ação e etnografia: caminhos cruzados. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1 (1), 1-17. Retirado de https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/Pesquisa-Acao_e_Etnografia..._VFA_Neves.pdf
- Pérez-Nebra, A R. & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, estereótipo e discriminação. Em C.V. Torres & E. R. Neiva (Orgs.), *Psicologia Social: principais temas e vertentes* (pp. 219 – 237). Porto Alegre: ArtMed.
- Prado Filho, K. & Teti, M. M. (2013). A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbarói*, 38, 45-59. Retirado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2471/2743>
- Revel, J. (2005). *Michael Foucault: Conceitos essenciais*. Tradução M. R. Gregolin, N. Milanez & C. Piovesani. São Carlos: Claraluz.
- Rodrigues, T. (2008). Tráfico, guerra, proibição. Em W. F. Oliveira, & H. Carneiro (Org.), *Álcool e outras drogas da coerção à coesão*. (pp. 91-103). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública / UFSC.
- Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & sociedade*, 21 (2), 166-173. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003>
- Scaduto, A. A. , Barbieri, 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. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000792013>
- Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidade (2011). Manual das comunidades terapêuticas 2011: orientações para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo. SJDC/CONED. São Paulo.

- Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidade (2014). Manual das comunidades terapêuticas 2014: orientações para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo. SJDC/CONED. São Paulo.
- Silva, E. A. , Ferri, C. P. & Formigoni, M. L. O. S. (1995). Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: Um estudo preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44 (6), 311-315. Retirado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-311146>
- Sousa Filho, A. (2007). Foucault: O cuidado de si e a liberdade, ou a liberdade é uma agonística. Retirado de <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/foucault20o20cuidado20de20si20e20a20liberdade.pdf>
- Souza, E. M. , Machado, L. D & Bianco, M. F. (2008). O homem e o pós- estruturalismo foucaultiano: Implicações nos estudos organizacionais. *Organizações & Sociedade*, 15 (47), 71-86. Retirado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10983/7906>
- Souza, T. P. (2007). Redução de danos no Brasil: A clínica e a política em movimento. (Dissertação de mestrado) Retirado de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp039304.pdf>
- Straub, R.O. (2014). Psicologia da saúde. *Uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Atrmed.
- Teixeira, E. (2006). *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (2017), Portaria GPR nº 2.498, de 06 de Novembro de 2017. Dispõe sobre a estrutura organizacional do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios – TJDF, para reestruturar a

Coordenadoria Psicossocial Judiciária. Retirado de

<<https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-gpr/2017/portaria-gpr-2498-de-06-11-2017>>

Vargas, E. V. (2008). Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: Notas para uma genealogia das drogas. Em W. F. Oliveira, & H. Carneiro (Org.), *Álcool e outras drogas da coerção à coesão*. (pp. 41-63). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública / UFSC.

Villas Boas, L. C. G. , Foss, M. C. , Freitas, C. F. , Torres, H. C. , Monteiro, L. Z. & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes de mellitus. *Texto Contexto Enfrem*, 20 (2), 272-279. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>

Apêndice

Apêndice A



Centro Universitário de Brasília

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O universo de Sentimentos e Experiências dos Usuários de Drogas em uma comunidade terapêutica

Instituição dos(as) pesquisadores(as): UniCeub, Brasília.

Pesquisador(a) responsável: Leonardo Cavalcante de A. Mello

Pesquisador(a) assistente: Marlem Mota Prata Oliveira

Olá! Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “O universo de sentimentos e experiências dos usuários de drogas numa comunidade terapêutica”, realizada pelo curso de Psicologia do Uniceub. Sua participação é importante para ajudar a compreender melhor as vivências, os sentidos e significados do uso de drogas, além das políticas públicas instituídas nestas instituições. Sua participação é voluntária. A pesquisa será feita a partir de observação participante realizada pelo pesquisador, e também, a partir de entrevistas semiestruturada entre você e o pesquisador. Os únicos riscos existentes se referem à possibilidade de você entrar em contato com alguma emoção. Caso isso aconteça, nossa equipe está preparada para te acolher e fornecer a melhor ajuda possível. Os benefícios podem ser vários, como: você poderá conhecer melhor alguns aspectos do serviço do qual é usuário, além de poder entrar em contato com afetos e emoções suas que podem te ajudar a enxergar o mundo de forma diferente. Não se preocupe, pois tudo que você disser será mantido em segredo. As únicas pessoas que entrarão em contato com o que você disse será a equipe pesquisadora. E qualquer dúvida pode ser esclarecida a qualquer momento durante toda a pesquisa. Vamos participar?

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Participante

Prof. Ms. Leonardo Cavalcante de Araújo Mello
celular 98270-7822 /telefone institucional 3966-1200

Marlem Mota Prata Oliveira
celular 98185 - 4732 e/ou email mmprata15@hotmail.com

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: UniCeub.

Bloco: /Nº: /Complemento: SEPN 707/709 – Campos UniCeub – Asa Norte – Brasília – DF – 70790-075

Telefones p/contato: 3966 - 1200

Contato de urgência: Marlem Mota Prata Oliveira

Telefone: 98185 -4732.

Apêndice B

Entrevista semiestruturada para a equipe profissional

1. Quais são suas atribuições na Comunidade?
2. Que conhecimentos teóricos, e práticos, você considera importante para sua atuação?
3. O que você mais gosta de fazer? Por quê?
4. Em que sentido é positivo trabalhar com usuários dependentes de substâncias químicas?
5. O que você menos gosta de fazer? Por quê?
6. Em que sentido é desafiador trabalhar com os “usuários”?
7. O que você descreveria como ponto positivo do seu trabalho?
8. O que você descreveria como ponto negativo? Por quê?
9. O que você acha que poderia melhorar no serviço prestado? O que você sugeriria que pudesse desencadear essa mudança?
10. Descreva uma situação de intervenção que considerou exitosa. O que contribuiu para isso?
11. Descreva uma situação de intervenção que considerou fracassada. O que contribuiu para isso?
12. Existe um critério e uma atenção para o tipo de tratamento que cada um precisa?
13. Você poderia falar um pouco sobre o grupo com os familiares? Tem algum tema a ser desenvolvido? Em média quantos recebem essas visitas?
14. Em caso de alguma intercorrência médica ou odontológica, como é realizada? Vocês cobram algum valor por isso?
15. Algum interno tem comorbidades psiquiátricas associada? Recebe atendimento diferenciado? Tem acompanhamento psiquiátrico frequente?
16. Quanto a medicação? Ela é paga pelos familiares, recebida através do SUS?
17. Hoje a clínica tem quantos internos? Quantos usuários vocês têm pelo SUS? E quantos são particulares? Qual a média de idade?
18. Como se dá a internação por ordem judicial?
19. Os usuários têm fichas de acompanhamento individual? Eles possuem indicação ou laudo médico para internação?

20. Quais as atividades desenvolvidas? Descreva um pouco como funciona a musicoterapia (como ela promove o autoconhecimento?) e a Gameterapia (Como funciona? Tem algum jogo ou conjunto de atividades específicas? Você participa desse processo?)
21. Existe monitoramento de correspondências, visitas e telefonemas?
22. Recebem algum tipo de revista para que não entrem com substâncias químicas?
23. Como são escolhidos os usuários que vão participar das atividades de laborterapia?
24. Existem critérios para alta, evasão (fuga), desistência, desligamento?
25. Foi falado que vocês realizam um plano para a reinserção ao final do tratamento, vocês têm algum projeto ou documento escrito de como é realizado operacionalmente?
26. Existe algum plano/acompanhamento pós internação? Como é realizado?
27. Escutei na terapia que tem um interno em que a família não quer ter contato e que teoricamente a pessoa permanecia na instituição por um longo período?
28. Em caso de alguma intercorrência médica ou odontológica, como é atendida? Vocês cobram algum valor por isso?
29. Alguém tem comorbidade psiquiátrica associada? Recebe atendimento diferenciado? Tem acompanhamento psiquiátrico frequente?
30. Recebem algum tipo de revista para que não entrem com substâncias químicas?
31. Quanto à clínica, vocês contam com quantos profissionais? Qual a capacidade total? Número de internos financiados pelo governo? Natureza jurídica, mantenedora e financiamentos?

Apêndice C

Entrevista semiestruturada para os assistidos.

- 01- Faça uma descrição sobre você.
- 02- Quais as atividades que você desenvolve cotidianamente?
- 03- Descreva a sua família.
- 04- Como você chegou a essa instituição? O que aconteceu?
- 05- Há quanto tempo você participa deste programa/tratamento?
- 06- Que tipo de prevenção/tratamento é feito?
- 07- Qual a sua opinião sobre as atividades desenvolvidas?
- 08- Como funciona a Gameterapia?
- 09- Como que você avalia o atendimento que recebe na instituição?
- 10- Qual é o comportamento da família em relação ao uso de drogas?
- 11- Você recebe apoio da família para o tratamento? Exemplifique.
- 12- Você acha que o tratamento traz benefícios? Quais?
- 13- Caso o participante tenha respondido negativamente à questão anterior, por que você acha que não traz benefícios?
- 14- O que poderia ser feito para melhorar?
- 15- De que forma é realizado o tratamento? É realizado interna ou externamente?
- 16- Qual é a duração do mesmo?
- 17- Quais as dificuldades encontradas para a manutenção do tratamento?
- 18- Qual o amparo físico, social e psicológico que vocês e seus familiares, recebem durante o tratamento/internação?
- 19- Quais são as suas expectativas após o tratamento?

Anexos

Programa Terapêutico

O Atendimento:

O programa terapêutico desenvolvido na Comunidade Terapêutica é composto de metodologias que valorizam o desenvolvimento humano individual e em grupo e objetiva conduzir o acolhido a desenvolver mecanismos que o conscientize da própria dependência, relacionando sua vivência e problemáticas ao uso e abuso de substâncias psicoativas, embasada no modelo psicossocial e terá a finalidade de resgatar a cidadania dos acolhidos através de reabilitação física, emocional, espiritual e social.

Na Terapia Individual:

O tratamento busca orientar e promover o equilíbrio espiritual através de uma visão holística do ser humano, assim como, os aspectos psicossociais do acolhido, relacionando os aspectos que levaram o uso de substâncias psicoativas, percepção e manifestações psicossomáticas. A partir da identificação, procura valorizar a sua importância como ser humano, seu protagonismo na recuperação, fomentando a capacidade individual de superação e enfrentamento da dependência. Concomitantemente, a metodologia busca identificar e explorar as habilidades, dons artísticos pessoais e profissionais.

Um dos importantes instrumentos utilizados no atendimento individual é o atendimento psicológico (intervenção breve) feito pela psicóloga assim como as técnicas de terapias que auxiliam no tratamento e no desenvolvimento de novos comportamentos diante da vida. A equipe diretiva da instituição também faz o acompanhamento da evolução dos acolhidos.

Na terapia de grupo

O trabalho com grupos busca a integração e o fortalecimento dos laços entre os acolhidos através de atividades de videoterapias, palestras motivacionais, laborterapia, estudos dirigidos, cursos profissionalizantes, assim como as técnicas de

psicoterapias de grupos que auxiliam no resgate da autoestima e as competências dos indivíduos objetivando compartilhamento de sentimentos e ampliação da consciência sobre os problemas enfrentados e a busca de soluções, assim como o desenvolvimento de novos comportamentos em relação a uma vida equilibrada.

Programa de Grupo:

- **Musicoterapia** - Os acolhidos têm acesso a aulas de violão, uma vez por semana, juntamente com atividades terapêuticas que utilizam a música como recurso didático e instrumento reflexivo com intuito de promover autoconhecimento, desenvolver potencialidades, convivência em grupo, liberdade de expressão, crescimento pessoal e melhorar a autoestima.
- **Gameterapia** – jogos como forma de reabilitação que serve para incentivar a atividade cerebral, capacidades como coordenação motora, agilidade, deslocamento, ajustes posturais, equilíbrio e força muscular como forma lúdica e interativa. Além dos aspectos lúdicos e dinâmicos, contribui na melhoria da motivação para o tratamento e redução da apatia e absenteísmo entre os acolhidos.
- **Psicoterapia de grupo**- reuniões com os acolhidos que promove reflexão e prevenção a recaídas.
- **Almoços de integração/Reunião Familiar**- Nos domingos, os acolhidos almoçam com seus familiares, com o objetivo de integrar e envolver as famílias dos acolhidos na recuperação, assim como no segundo domingo de cada mês a psicóloga realiza uma palestra em grupo com as famílias dos acolhidos.
- **Dinâmicas de grupo**- visam fomentar mudanças significativas em relação a convivência dentro e fora da instituição, assim como promover uma reintegração familiar e social de maneira saudável.
- **Palestras motivacionais**- tem por objetivo promover o equilíbrio espiritual e emocional do acolhido.
- **Laborterapia** - atividades direcionadas a organização, limpeza, e desenvolvimento do trabalho em equipe.
- **Estudos dirigidos** - desenvolvimentos de temas que orientam e fomentam reflexão sobre um novo estilo de vida.

- **Atividades individuais** – relaciona-se a atendimento psicológico individual e terapias individuais que promovem o autoconhecimento e mudanças de comportamento através da escrita e alguns exercícios de relaxamento para auxiliar no autodomínio, autoafirmação, autoconhecimento.
- **Videoterapia** - atividade desenvolvida para aprimorar autopercepções, desenvolver a autoconfiança, valorizar a identidade pessoal, treinar novos hábitos, realizar as próprias interpretações e modificações do comportamento.
- **Oficina de aproveitamento de talentos (teatro, dança, trabalhos manuais)** - visa integrar os acolhidos em atividades desenvolvidas por talentos dos mesmos, de forma a romper a barreira da inibição ou negação de um comportamento e melhorar o autoconceito. As oficinas são realizadas com supervisão dos parceiros da comunidade.
- **Lazer em grupo** - Os acolhidos participam de atividades internas direcionadas à interação e diversão do grupo.
- **Cursos profissionalizantes** - visa através de parcerias promover o aprendizado e desenvolvimento de uma profissão possibilitando uma reinserção social mais consistente e duradoura.

O programa em grupo visa que ao final do tratamento o acolhido desenvolva a capacidade de autonomia de sua própria vida. Evitando comportamento associados ao consumo de SPA, e a plena capacidade de retomar sua vida nos aspectos familiares, profissionais, espirituais e o próprio exercício da cidadania.

A Duração

O programa terapêutico que desenvolvemos na comunidade tem duração de nove meses podendo ser estendido até doze meses para recuperação e reintegração familiar e social. Nosso propósito é possibilitar ao acolhido, condições de se tornar uma pessoa emancipada do vício, que internalize a mudança no estilo de vida. Para tal trabalhamos considerando os seguintes itens:

- Nível de gravidade de cada caso.
- Comprometimento físico e psicológico.
- Situação social, familiar e legal.

- Motivação para se tratar.
- Grau de consciência sobre o problema com drogas.
- Droga de eleição, tempo de uso, via de uso.
- Idade

Como nosso lema é tratar as pessoas como seres únicos, com peculiaridades individuais próprias, que trazem consigo histórias e vivências pessoais, ao receber o residente levamos em consideração as seguintes questões:

- Quem será atendido?
- Seu histórico familiar e social.
- Como individualizar o problema sem isolar?
- Que técnica podem auxiliar na elevação e motivação de estima do acolhido?
- O que é preciso para atender os objetivos a curto, médio e longos prazos?

Metodologia

A metodologia utilizada na Comunidade é fundamentada no tratamento espiritual e psicossocial, na valorização do sujeito como ser único e nas terapias em grupo, nos termos da resolução - RDC nº 29/2011-ANVISA.

O programa tem duração de nove meses podendo se estender até doze meses, dividido em três fases:

1ª Fase – Desintoxicação e Adesão ao tratamento.

A primeira fase do tratamento é destinada a desintoxicação e adesão ao tratamento, e tem duração de três meses. Nesta fase o acolhido se encontra muito debilitado em decorrência do uso e abuso de substâncias psicoativas necessitando de assistência médica, psiquiátrica e social fornecida pela rede pública de Saúde, assim como atendimento psicológico feito na comunidade para adesão ao tratamento.

2ª Fase - Interiorização.

A segunda fase do tratamento é destinada a terapias que proporcione uma revisão de hábitos e costumes ligados a dependência no intuito de promover mudanças significativas disponibilizando um novo estilo de vida. Esta fase tem

duração de três meses e compreendem mais intensamente as terapias em grupo e individuais.

3ª Fase - Reintegração Familiar e Social.

A Comunidade usa o trabalho como importante instrumento educativo e terapêutico. Na terceira fase, são exploradas as habilidades profissionais dos acolhidos, oportunizando através de cursos, oficinas de trabalho, etc.

Também nesta fase, se trabalha a reinserção familiar, através da reconstrução dos laços rúpidos e da reaproximação do acolhido ao ambiente familiar.

A proposta para finalização desta fase é que o acolhido esteja integrado a sua família, mesmo que haja indicação para residir em outro local pelos riscos de recaída que por ventura houver no ambiente e que esteja engajado em alguma atividade profissional que garanta o seu sustento. Esta fase tem duração de três meses, sendo realizados encontros com os familiares com a psicóloga e com os acolhidos para promover a reintegração e também cursos profissionalizantes e outras atividades para promover a reinserção social.

Para desenvolver de maneira satisfatória a metodologia de desintoxicação, adesão ao tratamento, interiorização, reintegração familiar e social a comunidade, possui uma equipe permanente de monitores, coordenador, diretor, psicóloga, duas estagiárias de psicologia e também apoio da rede pública de saúde e cursos oferecidos pelo governo, contamos também com voluntários de diversas áreas do conhecimento que auxiliam na realização de atividades complementares ao plano terapêutico, bem como ex-acolhidos, que tiveram sucesso no tratamento e se disponibilizaram a ajudar.

Referências Bibliográficas

Campos, R.H.F. (2003) "Psicologia Social Comunitária da Solidariedade à Autonomia". In: Lane, S.T.M; Sawaia, B; Freitas, M.F.Q e (orgs). Petrópolis – RJ; Ed. Vozes, 9ª Edição.

Fleury, J.H; Marra; M.M. (2005) "Intervenções Grupais na saúde". São Paulo – SP Ed. Agora

Fé na Prevenção: prevenção de uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. Orgs: Maria Lucia Oliveira de S. F.; Paulina do Carmo A. V Duarte. Brasília-DF Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

Figli, E.N.B. (2007) "Dinâmica de grupo manual teórico e prático". Ed. Roca 1ª Edição.

***(Foram omitidas todas as referências ao nome da instituição)**