

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

**KLINDIA RAMOS BARCELOS**

**POR DENTRO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: AS VOZES DOS  
EGRESSOS**

VITÓRIA – ES  
2019

KLINDIA RAMOS BARCELOS

**POR DENTRO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: AS VOZES DOS  
EGRESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Área de concentração: Políticas de saúde, processos sociais e desenvolvimento local

Linha de pesquisa: Políticas de saúde, integralidade e processos sociais

VITÓRIA – ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

B242p Barcelos, Klindia Ramos.  
Por dentro das comunidades terapêuticas : as vozes dos egressos / Klindia Ramos Barcelos. - 2019.  
158 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Saúde mental. 2. Drogas ilícitas. 3. Políticas Públicas. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.20981

---

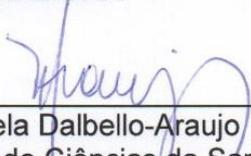
**KLINDIA RAMOS BARCELOS**

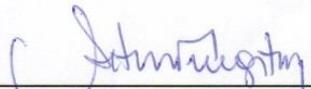
**POR DENTRO DAS COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS: AS VOZES DOS EGRESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de maio de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Maristela Dalbello-Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Orientadora**

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Silvia Moreira Trugilho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Membro Titular Interno**

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Kallen Dettmann Wandekoken  
Universidade Federal do Espírito Santo  
**Membro Titular Externo**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por toda fidelidade, cuidado, amor e por ter desenhado para mim caminhos tão bonitos e jamais imagináveis.

À minha família, por todo apoio e amor, especialmente ao meu esposo Jhones, por me lembrar, nos momentos de desânimo, que eu conseguiria finalizar o meu propósito. Obrigada por ter acolhido minhas angústias e inseguranças durante a execução desta pesquisa e por embarcar comigo nas longas viagens até Vitória.

Agradeço imensamente a minha querida orientadora, por ter me acolhido e me acompanhado com tanto carinho e paciência. Obrigada por todo incentivo, experiências e conhecimentos compartilhados. Obrigada por acreditar em mim, quando nem eu mesma acreditava. Sou imensamente grata a você por ter potencializado meu crescimento enquanto pesquisadora e pessoa.

Às Professoras Doutoras Silvia Moreira Trugilho e Kallen Dettmann Wandekokem, pelas contribuições tão valiosas para a construção deste trabalho.

À querida Giovanna Bardi, por ter contribuído ricamente com a ampliação das discussões da temática aqui abordada. Obrigada pelo conhecimento compartilhado!

Aos sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa e que a mim confiaram suas histórias, e sem os quais não seria possível a realização deste estudo.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, gratidão pelas experiências compartilhadas ao longo de cada encontro.

À Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy-ES, pelo financiamento por meio do Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico no Município de Presidente Kennedy – PRODES/PK.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste Mestrado.

## RESUMO

Atualmente, o uso de álcool e outras drogas constituem-se como um grave problema social e de saúde pública. Diante disto, como uma modalidade de intervenção sobre tal questão, foram criadas as Comunidades Terapêuticas (CTs), que são entendidas como instituições que prestam serviços a usuários de álcool e outras drogas, em situação de convivência entre pares, num modelo residencial, tendo como premissa a abstinência total do uso de drogas. Desde 1990, verifica-se aumento considerável na procura pelos serviços ofertados por estas instituições entre usuários de drogas, e, por conseguinte, o ápice da expansão destas instituições em solo brasileiro. Ademais, desde 2011 estas passaram a compor a rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde, passando a sofrer com diversas críticas por parte dos militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste sentido, a aludida pesquisa, buscou investigar como acontece a abordagem aos usuários de drogas no interior das CTs, segundo perspectiva dos próprios egressos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que para coleta de dados valeu-se de entrevistas semiestruturadas com dez sujeitos. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados apontam que a internação nas CTs visava algo distante da perspectiva de tratamento, pois nestes locais o objetivo não é tratar a dependência química, mas sim reeducar seus usuários, o que implica numa mudança de vida, de hábitos e sentimentos. Para tanto estas instituições ancoram seu trabalho em quatro pilares: disciplina, trabalho, convivência e religiosidade. Os participantes descreveram estes espaços como um local de privação de liberdade, dos meios de comunicação e do convívio social, até mesmo com familiares, ficando patente que objetivo é promover a total segregação e isolamento do interno com mundo externo, e não apenas a ruptura deste com a substância que o levou a ingressar no serviço. Os dados desta pesquisa ainda desvelam que a abordagem utilizada por estes serviços não gera resultados duradouros na vida de seus usuários, visto que a reincidência ao uso de drogas após a internação configura-se como evento recorrente na vida destes egressos.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Saúde Mental. Drogas.

## ABSTRACT

Currently, the use of alcohol and other drugs is a serious social and public health problem. Given this, as a modality of intervention on this issue, Therapeutic Communities (TCs) were created, which are understood as institutions that provide services to users of alcohol and other drugs, in a situation of peer living, in a residential model, having as premise total abstinence from drug use. Since 1990, there has been a considerable increase in demand for the services offered by these institutions among drug users, and therefore the apex of the expansion of these institutions in Brazilian soil. In addition, since 2011 they have been part of the Mental Health network of the Unified Health System, and have suffered from various criticisms from the Brazilian Psychiatric Reform militants. In this sense, the aforementioned research sought to investigate how the approach to drug users occurs within the TCs, from the perspective of the egresses themselves. This is a qualitative approach research that used semi-structured interviews with ten subjects for data collection. The collected data were submitted to content analysis. The results indicate that hospitalization in TCs aimed at something far from the perspective of treatment, because in these places the goal is not to treat drug addiction, but to re-educate its users, which implies a change in life, habits and feelings. To this end, these institutions anchor their work on four pillars: discipline, work, coexistence and religiosity. The participants described these spaces as a place of deprivation of liberty, the media and social life, even with relatives, and it is clear that the objective is to promote total segregation and isolation of the internal from the external world, and not just the rupture of this space with the substance that led him to join the service. The data from this research also reveal that the approach used by these services does not generate lasting results in the lives of their users, since the recurrence of drug use after hospitalization is a recurring event in the lives of these egresses.

**Keywords:** Public Policy. Mental Health. Drug.

## LISTA DE SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| AA      | Alcoólicos Anônimos   |
| ABP     | Associação Brasileira de Psiquiatria  |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva   |
| ABRASME | Associação Brasileira de Saúde Mental   |
| AMENT   | Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental                              |
| ANVISA  | Agência Nacional de Vigilância Sanitária  |
| CFESS   | Conselho Federal de Serviço Social  |
| CFM     | Conselho Federal de Medicina  |
| CFP     | Conselho Federal de Psicologia  |
| CIT     | Comissão Intergestores Tripartite   |
| COFEN   | Conselho Federal de Enfermagem  |
| CONAD   | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas   |
| CONFEN  | Conselho Federal de Entorpecentes   |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial  |
| CAPSad  | CAPSad Álcool e Drogas  |
| CTs     | Comunidades Terapêuticas  |
| CVV     | Centro de Valorização da Vida   |
| EMESCAM | Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia                                       |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família   |
| EUA     | Estados Unidos da América   |
| FEBRACT | Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas  |
| IPEA    | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  |
| MDS     | Ministério do Desenvolvimento Social  |
| MTSM    | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental   |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família  |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde  |
| ONU     | Organização das Nações Unidas   |
| PACS    | Programa de Agentes Comunitários de Saúde   |
| PAIUAD  | Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas                               |
| PEAD    | Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e<br>Prevenção em Álcool e outras Drogas |
| PFDC    | Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão  |

|        |   |
|--------|---|
| PNAD   | Política Nacional Sobre Drogas                      |
| RAPS   | Rede de Atenção Psicossocial                        |
| RDC    | Resolução da Diretoria Colegiada                    |
| SENAD  | Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas       |
| SISNAD | Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas |
| SRT    | Serviços Residenciais Terapêuticos                  |
| SUAS   | Sistema Único de Assistência Social                 |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                              |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido          |
| UNODC  | Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes  |
| USB    | Unidades Básicas de Saúde                           |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>APRESENTAÇÃO</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>2</b>     | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | <b>15</b> |
| 2.1          | CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA ‘DROGAS’.....   | 15        |
| 2.2          | AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DROGAS NO ÂMBITO BRASILEIRO: DA<br>SEGURANÇA À SAÚDE PÚBLICA.....    | 20        |
| <b>2.2.1</b> | <b>A proposta de cuidado aos usuários de álcool e outras na perspectiva<br/>da PAIUAD</b> ..... | <b>51</b> |
| 2.3          | AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....  | 53        |
| <b>3</b>     | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>60</b> |
| 3.1          | OBJETIVO GERAL.....   | 60        |
| 3.2          | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 60        |
| <b>4</b>     | <b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | <b>61</b> |
| <b>5</b>     | <b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....   | <b>65</b> |
| 5.1          | CAMINHOS PERCORRIDOS.....   | 65        |
| <b>5.1.1</b> | <b>As motivações para busca da abordagem oferecida pelas<br/>Comunidades Terapêuticas</b> ..... | <b>65</b> |
| 5.1.1.1      | As experiências precedentes as Comunidades Terapêuticas.....                                    | 69        |
| 5.1.1.1.1    | As experiências no tratamento oferecido pelo CAPSad Álcool e Drogas.....                        | 70        |
| 5.1.1.1.2    | As experiências no tratamento oferecido por clínicas de reabilitação.....                       | 75        |
| 5.1.1.1.3    | As experiências nos grupos de autoajuda.....  | 76        |
| 5.2          | A ABORDAGEM UTILIZADA PELAS COMUNIDADES<br>TERAPÊUTICAS.....                                    | 78        |
| <b>5.2.1</b> | <b>As privações vivenciadas nas Comunidades Terapêuticas</b> .....                              | <b>81</b> |
| <b>5.2.2</b> | <b>Para a reeducação, a disciplina, o trabalho, a convivência e a<br/>espiritualidade</b> ..... | <b>87</b> |
| 5.2.2.1      | A disciplina que opera nas Comunidades Terapêuticas.....  | 88        |
| 5.2.2.2      | Para combater a ociosidade e devolver a rotina: um cardápio de<br>atividades.....               | 92        |
| 5.2.2.3      | A convivência nas Comunidades Terapêuticas.....   | 97        |
| 5.2.2.4      | A espiritualidade como um eufemismo para a religiosidade.....                                   | 99        |
| 5.3          | A VIDA DEPOIS DA INTERNAÇÃO.....  | 109       |

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>5.3.1</b> | <b>Reincidência x manutenção da abstinência.....</b>   | <b>109</b> |
| <b>5.3.2</b> | <b>A participação nos grupos de autoajuda como mecanismo de<br/>enfrentamento na recaída.....</b>                          | <b>122</b> |
| <b>5.4</b>   | <b>ENTRE O PREVISTO NA LEI Nº 10.216/2001 E NA PAIUAD, E O VIVIDO<br/>PELOS EGRESSOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....</b> | <b>122</b> |
| <b>5.4.1</b> | <b>O descumprimento da Lei nº 10.216/2001 pelas Comunidades<br/>Terapêuticas.....</b>                                      | <b>123</b> |
| <b>5.4.2</b> | <b>O descumprimento da PAIUAD pelas Comunidades Terapêuticas....</b>   | <b>126</b> |
| <b>6</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>129</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>133</b> |
|              | <b>APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA DIRIGIDAS AOS<br/>EGRESSOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....</b>                 | <b>154</b> |
|              | <b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO.....</b>  | <b>155</b> |
|              | <b>ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>  | <b>157</b> |

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa está adstrita ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que teve por objetivo investigar como acontece a abordagem aos usuários de drogas no interior das Comunidades Terapêuticas (CTs), segundo perspectiva dos próprios egressos.

O interesse por desenvolver esta pesquisa dá-se pela experiência vivenciada enquanto estagiária do curso de Psicologia, no segundo semestre de 2015, em uma CT. Na época, não tinha um pensamento estruturado acerca desse serviço; contudo, havia certo incômodo, que era advindo da forma como os internos daquela comunidade eram percebidos e tratados. Havia naquele contexto, a predominância da concepção da dependência química enquanto uma entidade do mal e um problema de ordem espiritual, que só poderia ser eliminado por meio da evangelização e do apego do indivíduo aos preceitos religiosos que lhes eram transmitidos. Existia, naquele espaço, a delimitação da abstinência total como condição para permanência na instituição.

A partir de tal vivência, comecei a aproximar-me do campo das políticas públicas destinadas aos usuários de álcool e outras drogas. Aprofundei-me acerca do serviço oferecido por CTs e almejei compreender sua forma de organização e a metodologia.

Desse modo, sob influência da experiência acima descrita, emergiu a seguinte questão norteadora, para a realização desta pesquisa: “Como acontece a abordagem aos usuários de drogas no interior das Comunidades Terapêuticas segundo perspectiva dos próprios egressos?”

Tendo a inquietação acima como fio, tornou-se possível desvelar as contradições que permeiam essa modalidade de serviço, avaliar os sentidos que esse tipo de abordagem tem para os usuários, analisar a forma como esta estratégia incide sobre estes sujeitos e, assim, captar elementos importantes para analisarmos de forma crítica o quanto o serviço oferecido se aproxima ou se distancia do que prevê a Lei

10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), posto que estes documentos abrangem as principais diretrizes norteadoras para se pensar em atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001a; 2003). Acreditamos, ainda, que os resultados desta pesquisa oferecem subsídios para proposição, implementação e avaliação de políticas públicas de assistência aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito da União, Estado e Município.

Para melhor compreensão do leitor, esta dissertação foi organizada da seguinte forma: após esta apresentação, discorreremos sobre diferentes concepções teóricas acerca da terminologia 'drogas' e, ainda, contextualizamos sobre a forma como a questão do uso de drogas se apresentava antes das últimas décadas do Século XIX, e como esta se mostra na sociedade atual. Valemo-nos deste segundo capítulo para delimitar o histórico das políticas públicas que surgiram como resposta a expansão do uso de drogas, os problemas advindos desta expansão, e ainda como se deu a inserção e o fortalecimento das CTs em território brasileiro. Lançamos luz acerca dos dois grandes paradigmas que atualmente reverberam na forma de abordar a questão, a saber: o Paradigma da Redução de Danos e o Paradigma Proibicionista. Ainda neste capítulo, propomos a discussão acerca da modalidade de serviço oferecido pelas CTs, discorreremos sobre as diretrizes básicas que norteiam estas instituições em território brasileiro, e ainda apresentamos algumas críticas que pairam sobre esta modalidade de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

No terceiro e quarto capítulos, respectivamente, delimitamos os objetivos desta pesquisa e o percurso metodológico que seguimos com vistas a alcançar tais objetivos.

Já no quinto capítulo, apresentamos as discussões desencadeadas a partir dos resultados da pesquisa, que se inicia com a contextualização sobre quem são os sujeitos partícipes deste estudo. Em seguida, o leitor irá se deparar com a análise sobre as motivações apresentadas pelos entrevistados para buscar o serviço oferecido pelas CTs pesquisadas, e sobre os caminhos que foram percorridos por estes sujeitos até chegar ao serviço oferecido por estas instituições. Posteriormente, delimitamos a forma como acontece a abordagem aos usuários de drogas no interior

das CTs estudadas, de acordo com os extratos das entrevistas realizadas. Apresentamos ainda, como estava a vida dos entrevistados no momento das entrevistas, após a alta da internação. Lançamos luz também sobre os descumprimentos por parte das CTs com as previsões constantes na Lei 10.216/2001 e na PAIUAD; e encerra-se a dissertação com a apresentação das considerações e reflexões finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA 'DROGAS'

Haja vista que as CTs são espaços que oferecem serviços de atenção a indivíduos com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, necessário se faz refletirmos acerca da temática 'drogas'.

Ao discutir sobre a questão das drogas nos dias atuais, necessariamente, direcionamo-nos a um desafio a ser enfrentado por pais, educadores, legisladores, profissionais da saúde, gerenciadores de políticas públicas, enfim, pela sociedade como um todo (DIEHL, 2011).

Preliminarmente, importa refletir que a palavra 'drogas' remete a um termo extremamente polissêmico, complexo e ambíguo, de tal modo que – até mesmo no domínio das ciências biomédicas – não existe um consenso entre os especialistas a respeito do significado preciso desse termo (SIMÕES, 2008). Não obstante, no intento de realizar uma explanação sobre esse termo, apresentaremos ao leitor algumas concepções teóricas que foram suscitadas por diferentes autores no que concerne ao tema.

Fiore (2012, p. 10) utiliza o termo 'drogas' para designar um conjunto de substâncias que – uma vez administrada ou consumida por um indivíduo – altera uma ou mais de suas funções. Este “[...] pode se referir tanto a seu sentido farmacológico, muito mais amplo, quanto a um conjunto bem mais restrito, ainda que flexível, de substâncias psicoativas, notadamente, as ilícitas”.

Boiteux (2017) emprega o termo 'drogas' para se referir a substâncias que agem no Sistema Nervoso Central e que, depois de receber um julgamento de valor perante a elaboração de uma norma que proíbe seu uso, pode ser qualificada como lícita ou ilícita.

Já Simões (2008) apresenta o conceito de 'drogas' a partir de duas linguagens – técnica e comum. Em uma linguagem mais técnica, o termo 'drogas' é utilizado para indicar, de forma ampla, qualquer substância que – quando comparada ao “alimento” – não tem o potencial de provocar no organismo renovação e conservação, mas que

diferentemente desses efeitos – mesmo quando absorvidas em quantidades pequenas, ocasionam no organismo reações somáticas e/ou psíquicas em graus variáveis. Em contrapartida, na linguagem mais comum, ou seja, no vocabulário cotidiano, o termo é utilizado para fazer alusão às substâncias psicoativas ilícitas – cocaína, maconha, crack, ecstasy, LSD, heroína etc. O uso dessas substâncias é entendido, impreterivelmente, como abusivo, e por isso alvo da gestão de controle e proibição.

Carneiro (2017), por sua vez, ao refletir sobre o uso de drogas, pontua que estas exercem a função de excitar os sentidos humanos, ampliar o seu conjunto de sensações, refinarem os seus prazeres, aumentar as culturas de cuidados de si e amenizar as dores daqueles que fazem uso delas.

Sabemos que, na contemporaneidade, impera no imaginário social, a palavra ‘drogas’, a partir de um viés negativo, em razão desta ser associada majoritariamente às substâncias denominadas como ‘drogas ilícitas’, o que corrobora para que os usuários dessas substâncias sejam vislumbrados sob uma ótica negativa, estereotipada, discriminativa e preconceituosa (MELO; MACIEL, 2016). Diante disso, faz-se necessária a reflexão de que, para além das drogas ilícitas, existem as drogas psicoativas lícitas, dentre as quais se encontram aquelas que são alvos das prescrições médicas, como por exemplo, os ansiolíticos e os antidepressivos. Há, também, alguns produtos que oficialmente não possuem fins médicos, que são comercializados de forma legal e que, em suas fórmulas, contém propriedades psicoativas, como por exemplo: as bebidas estimulantes (chá, café e energéticos); as bebidas alcoólicas, o tabaco, os solventes e demais inalantes, que são utilizados em larga escala, principalmente por jovens, como o éter, a cola e a benzina. Assim, é concludente que todas as drogas psicoativas aqui mencionadas carregam consigo enorme potencial de dano, seja ele fisiológico ou mental. Ou seja, ambos os grupos de drogas psicoativas – as que estão de forma livre disponíveis no mercado, as controladas e as que são totalmente ilegais – são altamente perigosas (FIORE, 2012).

Especialmente, acerca do álcool e de outras drogas, elencamos que as discussões sobre este tema, no âmbito atual, comumente são ancoradas em discursos moralistas, criminalistas e punitivistas, na qual não há espaço para o desenvolvimento de uma

análise crítica, acarretando, assim, um efeito danoso para o sujeito e para a sociedade. Nesta concepção simplista, a droga é vista como a “metáfora do mal”. É a ela atribuída um sentido negativo, fomentado em âmbitos que não são problematizados (FEFFERMANN; FIGUEIREDO; ADORNO, 2017).

Sabe-se que – em virtude do debate alarmante e conservador que o tema recebeu neste século, por parte da mídia – leva-nos a pensar que o uso de drogas nunca existiu e que é algo apenas do século presente. Entretanto, o uso de substâncias psicoativas perpassa a História da humanidade, visto ser uma prática das quais suas origens reportam-se a tempos mais remotos (FERREIRA; MARTINI, 2001; SIMÕES, 2008; PRATTA; SANTOS, 2009; MELO; MACIEL, 2016). Trata-se, então, de um fenômeno universal e milenar, uma vez que o ser humano, pela sua própria essência, tem buscado, ao longo dos tempos, formas para elevar seu prazer e reduzir o sofrimento, na qual as drogas se constituem como meio para isso.

Insta realçar que, a princípio, o uso das drogas estava circunscrito a um uso socialmente delimitado. Os fumos mágicos, os óleos medicinais, os chás que eram utilizados de maneira controlada, por intermédio de normas sociais e ritos, seus usos possuíam caráter curativo, ritualístico e, muitas vezes, místico (MARTINS; CORRÊA, 2004).

É apropriado enfatizar, ainda, que, no contexto do uso acima descrito, os costumes e hábitos de cada sociedade eram os fatores que orientavam o uso de drogas em contextos de cerimônias coletivas, festas e rituais. Usualmente, esse consumo se restringia a grupos pequenos, diferentemente da conjuntura atual, na qual se verifica o uso vertiginoso de drogas em qualquer circunstância, e por indivíduos de distintos grupos e realidades sociais (PRATTA; SANTOS, 2009).

Melo e Maciel (2016) refletem que o uso de drogas nem sempre foi concebido como potencializador de problemas, visto que, até as últimas décadas do século XIX, as drogas que eram consumidas usualmente pela sociedade, eram naturais, e que, por serem assim, ocasionavam menores taxas de dependência do que as atuais drogas fabricadas sinteticamente.

Deste modo, a partir das últimas décadas do século XIX e início do século XX, o papel histórico das drogas, no contexto do comércio mundial, ganha visibilidade e importância crescente, passando a ser orientado demasiadamente pela lógica capitalista, ao se tornar o principal ramo deste comércio, gerando lucros e, conseqüentemente, ocasionando a industrialização e a massificação destas (CARNEIRO, 2002; MELO; MACIEL, 2016).

Carneiro (2002), Monteiro (2012) e Santos (2013), ao refletirem sobre a nova roupagem que o uso das drogas recebera com o advento do capitalismo, fundamentados na teoria marxista, partem do entendimento das drogas enquanto mercadoria<sup>1</sup>, produzidas pelos seres humanos para satisfação de suas “necessidades”. Para Carneiro (2002), com o surgimento do capitalismo, foram propagadas necessidades que ainda não existiam, que, por conseguinte influenciou na expansão do uso de drogas (CARNEIRO, 2002).

As novas necessidades difundidas pelo capitalismo representam formas de aprimoramento da cultura humana ou meramente uma promoção de “falsas necessidades”, necessidades ‘imaginárias’, fetichistas, insufladas pelos recursos da publicidade e do marketing (CARNEIRO, 2002, p. 126).

Santos e Soares (2013) discutem que o termo ‘necessidades’, nesse contexto, deve ser empregado para designar a certo mal-estar universal, que transita pela vida em sociedade atual, ocasionando relações alienadas e compulsivas do sujeito com os seus objetos de consumo, como mercadorias.

Assim, foram disseminadas, no bojo do surgimento das novas “necessidades”, naquela época que foram propagadas, certas drogas encobertas pela legalidade (as drogas lícitas: o álcool, o tabaco e os produtos farmacêuticos) e de outras drogas consideradas ilícitas que eram e ainda são comercializadas de forma clandestina, atuando como grande fonte de geração de elevados lucros para os seus comerciantes (CARNEIRO, 2002).

---

<sup>1</sup> A mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia. Não importa a maneira como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou indiretamente, como meio de produção (MARX, 1988, p. 42).

Nessa perspectiva, Coggiola (1996, p. 45) assinala que

O tráfico de drogas foi sempre um negócio capitalista, por ser organizado como uma empresa estimulada pelo lucro. Na medida em que a sua mercadoria é a autodestruição da pessoa, o consumo expressa a desmoralização de setores inteiros da sociedade.

Pontua-se que essa expansão mercadológica das drogas propiciou grandes consequências no contexto da saúde individual e coletiva, levando a questão das drogas a ser concebida como um problema social e de saúde pública nos últimos anos do Século XIX e a primeira metade do século XX (RODRIGUES, 2004; FIORE, 2004; 2007; MACHADO, 2011).

A proporção dessa questão “[...] encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo [de drogas] e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam” (BRASIL, 2003, p. 5).

É inegável o fato de que o transtorno da dependência química propicia um imenso impacto social, econômico e para a saúde. Nesse sentido, Souza e Kantorski (2007) elucidam que os agravos sociais decorrentes, especialmente do uso abusivo do álcool e de outras drogas, se desdobram nos aspectos externos (agressão, violência, mortes, perdas afetivas, problemas familiares) e no contexto das políticas públicas de saúde (resultantes de internações, atendimentos de emergência etc.).

No contexto da saúde pública, torna-se importante destacar os dados apresentados pelo relatório mundial sobre drogas de 2015 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). Este estimou que um total de 246 milhões de pessoas (o que corresponde a mais de 5% da população mundial), com idade entre 15 e 64 anos, tenha utilizado drogas ilícitas em 2013. Destes, cerca de 27 milhões de indivíduos fazem uso problemático de drogas (UNODC, 2015).

Cabe pontuar, também, os achados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Relatório Global sobre Álcool e Saúde, que menciona que o álcool corresponde a 5,9% de todas as mortes no mundo, estando atrelada a mais de 200 tipos de patologias, situando-a enquanto um desafio para a saúde pública (WHO, 2014).

Nessa lógica, Fiore (2008) afirma que a incorporação do uso de drogas como problema social, foi demarcado por três vertentes discursivas, que juntas influenciaram na elaboração e propagação dos discursos acerca do tema: da criminalização; da medicalização e da moralização. Acerca destes três, podemos suscitar que estes são o pano de fundo da produção e divulgação dos discursos sobre drogas que são fomentados nos dias atuais.

Feffermann, Figueiredo e Adorno (2017) compreendem que o uso do álcool e outras drogas (sobretudo o uso problemático), a criminalização, os interesses políticos reforçados pelos meios midiáticos, ocasionam um efeito devastador capaz de gerar o encarceramento em massa, a criminalização de zonas populacionais mais empobrecidas e elevar o índice de homicídios.

No que tange aos elementos relativos à saúde, de forma geral, atualmente o enfrentamento ao uso de drogas ainda está ligado às práticas higienistas, baseadas no pressuposto do confinamento dos usuários dessas substâncias como uma medida necessária, produzindo, assim, a estigmatização desses sujeitos. Ainda é predominante a concepção do uso de drogas enquanto problema intrínseco ao indivíduo, que ao ser alicerçado em teorias majoritariamente biomédicas não abarcam as questões sociais imbricadas no uso das drogas e, nem tão pouco, a autonomia dos usuários (FEFFERMANN; FIGUEIREDO; ADORNO, 2017).

Torna-se apropriado elencar que, ao falarmos sobre drogas, estamos discutindo acerca de uma questão que traz consigo uma configuração polissêmica, que se materializa no tempo e no espaço, estando vinculada estreitamente com questões concernentes à vida em sociedade, o que inviabiliza a análise de tal questão de forma descolada dos aspectos políticos, econômicos, psicológicos, biológicos e sócio-históricos que a perpassam (FIORE, 2004; WOERNER, 2015; MELO; MACIEL, 2016).

Nessa sequência, sublinhamos que as drogas fazem parte da engrenagem social, que é atravessada por grandes transformações culturais, sociais, políticas, econômicas, dentre tantas outras. Assim, a partir desse entendimento, podemos compreender o uso de drogas como resultante da alienação histórico-social, econômica e política presentes em nossa sociedade (PRATTA; SANTOS, 2009).

Admitimos, então, a questão do uso de drogas enquanto fenômeno social. Sobre isto, Minayo (2003) afirma que,

As drogas não são apenas um conjunto de substâncias naturais ou sintetizadas, nem fenômenos bons ou maus produzidos de uma vez por todas: são criações dos seres humanos em sociedade, produtos sociais (MINAYO, 2003, p. 18).

Destarte, parafraseando Minayo (2003), interpretamos que o fenômeno das drogas, como se vive nos dias atuais, é mais uma das expressões da questão social, que levam as pessoas a utilizarem as substâncias psicoativas para se esquivar de seus problemas, em especial, de problemas de ordens sócio-estruturais e culturais muito intensos, assim como de tensões existenciais, dentre as quais podem ser citadas a miséria, o desemprego, os conflitos geracionais, as guerras intrínsecas e extrínsecas aos sujeitos, as mudanças rápidas na cultura, dentre diversas outras expressões da questão social.

Assim, muitos indivíduos fazem uso das drogas, como uma estratégia para tentar dar conta das tensões, desafios e angústias que esse viver em uma sociedade moderna lhe propicia (GUIMARÃES *et al.*, 2009). A sociedade está marcada pelo imediatismo, pelas fortes exigências da lógica excessiva do capitalismo, permeada pelas transformações abruptas no que tange às relações estabelecidas na família.

Diante das reflexões acima, suscitamos que os sujeitos utilizam as substâncias psicoativas a fim de tentar encarar o mal-estar experienciado na vivência em sociedade. Além disso, existem estudos que apontam que alguns sujeitos utilizam as drogas por curiosidade, por diversão e, ainda, para ocupação do tempo ocioso (PRATTA; SANTOS, 2006; VASTERS; PILLON, 2011).

Nessa lógica, Simões (2008) afirma que a existência e o uso de drogas na sociedade abarcam questões extremamente complexas de sofrimento e prazer, de liberdade e disciplina, de transcendência e conhecimento, de sociabilidade e crime, de devoção e aventura, de comércio e guerra, de moralidade e violência.

Filho (2012) parte do pressuposto de que

Cada humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito; são os humanos que fazem as drogas ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias (FILHO, 2012, p. 20).

Carneiro (2002; 2017) também concebe as drogas como algo inerente à condição humana, entendendo-as como necessidades humanas e sociais, que desde os tempos mais arcaicos estão presentes como elemento indispensável dos ritos de sociabilidade, da devoção, do consolo, da cura e do prazer. Razão pela qual as drogas receberam o caráter divino em diversas sociedades. As drogas compõem o repertório de técnicas criadas pelos seres humanos para intervir em sua própria subjetividade, em seu estado de humor, de satisfação, de atenção, de relaxamento.

Para Passos e Souza (2011, p. 155), “nas sociedades de consumo, os produtos são intangíveis, como uma “sensação de bem-estar”, um “estilo de vida”, uma “identidade pré-fabricada”. Nesse cenário social, as estratégias do marketing expressas notadamente pelos meios de comunicação investem, especialmente, na formação de sujeitos desejanter, objetivando, assim, movimentar a economia. E é dentro desse âmbito que as drogas passam a fazer parte da rede de produção de subjetividade consumista.

Desse modo, ao longo desta seção, tornou-se possível apresentar diferentes concepções acerca da terminologia ‘drogas’ e, ainda, contextualizar sobre a forma como a questão do uso de drogas se materializava antes das últimas décadas do Século XIX e como ela está posta na contemporaneidade. Tornou-se viável circunscrever acerca de sua expansão, evidenciando os possíveis fatores que corroboraram para que o uso de drogas viesse a se tornar uma grave questão social e de saúde pública. Em face do exposto, na próxima seção discutimos sobre as políticas públicas que surgiram para tratar dessa questão.

## 2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DROGAS NO ÂMBITO BRASILEIRO: DA SEGURANÇA À SAÚDE PÚBLICA

Diante da expansão do uso de drogas, as estratégias socioculturais, que antes regulavam o uso destas, passam a não mais obter êxito, exigindo então a intervenção

reguladora do Estado, por meio da elaboração e implementação de políticas públicas. A partir do momento que o uso de drogas foi se modificando e se expandindo na sociedade, essa questão passou a ser concebida como um problema social e de saúde pública e, por conseguinte, começou a ser objeto das políticas públicas, as quais são de responsabilidade da União, Estado e Municípios (NASCIMENTO, 2006; ALVES, 2009; TRAD, 2009).

A História das ações do governo que incidiram sobre a temática droga data o início do século XX. Tal fato é dado notadamente à eclosão do uso de drogas. Contudo, naquela época, as ações voltadas para essa problemática, ainda eram tímidas. Foi nesse período que se deu o surgimento das primeiras intervenções do governo brasileiro sobre a questão das drogas, sobretudo as drogas ilícitas. Esse surgimento foi demarcado pela elaboração de um arcabouço jurídico institucional elaborado com a finalidade de controlar o uso e o comércio de drogas, e, conseqüentemente, conservar a segurança e a saúde pública dos brasileiros. Tal arcabouço era constituído por diversas Leis e Decretos que tencionavam tratar o uso e o comércio das drogas no país sob o prisma da proibição e da criminalização de seu uso, ao prever penalizações que eram determinantes na exclusão dos usuários da sociedade, trancafiando-os em sanatórios e prisões e, a partir de 1970, em hospitais psiquiátricos (MACHADO; MIRANDA, 2007; ALVES, 2009).

Acerca do período histórico acima retratado, este era marcado pela ínfima relação da saúde pública com a questão das drogas. Sobre isso, no documento intitulado “Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção”, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado em 2007, encontra-se situado que a saúde pública brasileira não vinha dando a devida importância ao problema da prevenção e tratamento dos transtornos ligados ao consumo de álcool e outras drogas. Por efeito desse descaso, gerou-se historicamente um hiato na política pública de saúde, admitindo que a questão nada tivesse implicação com a saúde, mas sim nas instituições da justiça, segurança pública e associações religiosas, por exemplo. Em razão da questão de as drogas serem relegadas a segundo plano pela saúde pública, teve-se a propagação em todo o país de possíveis “alternativas de atenção”, baseadas nos modelos de enclausuramentos, segregação, com metodologias de tratamento majoritariamente

medicamentosas, de cunhos religiosos e disciplinares, cujo único objetivo era levar o indivíduo a alcançar a abstinência do uso de drogas (BRASIL, 2007a).

Dessa forma, a partir do momento em que o uso de drogas começou a ser entendido enquanto problemática social e de saúde pública, emerge-se dois grandes destacáveis posicionamentos políticos atinentes ao uso indevido de drogas: o primeiro refere-se à elaboração de políticas alicerçadas nos pressupostos da segurança pública e da justiça, que visavam reprimir a prática do narcotráfico e a oferta de drogas; e, o segundo diz respeito à construção de políticas fundamentadas no escopo da saúde pública, construídas com o intento de reprimir a demanda e reduzir os danos associados ao uso de drogas, sem necessariamente proibir o seu consumo (ALVES, 2009; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

É com o advento dos dois posicionamentos acima descritos, que consolidou os dois paradigmas que atualmente reverberam na forma de tratar os usuários de álcool e outras drogas, a saber: o paradigma Proibicionista, expresso, mormente por meio da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD); e o da Redução de Danos, materializado, sobretudo por meio da PAIUAD. Dada a relevância desta última para futura análise dos dados, discorreremos sobre esta com maior riqueza de detalhes na seção 2.2.1 (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2003). Enquanto o primeiro visa reduzir a oferta e a demanda de drogas, valendo-se da repressão e da criminalização no que tange a produção, tráfico, porte e consumo das substâncias qualificadas como ilícitas, o segundo tem como elemento fulcral a concepção que não é necessário coibir o uso das drogas. Ao invés disso, torna-se imprescindível elaborar e implementar políticas e programas direcionados a minimizar os danos à saúde, além dos prejuízos sociais e econômicos intimamente ligados ao consumo de álcool e outras drogas (ALVES, 2009).

O segundo paradigma advém do reconhecimento de que, mesmo diante de todo aparato jurídico que fundamenta o primeiro paradigma, as drogas continuavam a existir, evidenciando, assim, a premência por parte do Estado de utilização de outra metodologia de controle social, capaz de promover o autocuidado, prevenir e reduzir os danos, preceitos estes altamente inexplorados pelo proibicionismo (FIORE, 2012).

O paradigma da Redução de Danos nasce em oposição ao modelo que concebe uso de drogas como uma patologia, e que, portanto, a abstinência assume caráter central ao ser vista como único recurso de tratamento (QUEIROZ, 2007).

Por conseguinte, as ações norteadas pela Redução de Danos, situam-se enquanto expressiva atuação do sistema de saúde pública atual. Este paradigma refere-se ao conjunto de ações estratégicas de saúde pública que visam reduzir e/ou prevenir as negativas consequências prejudiciais ligadas ao uso de drogas. Tal abordagem é apropriada para indivíduos que – em uma determinada circunstância e momento – não desejam ou não conseguem parar com o consumo de drogas. Trata-se, então, de um recurso alternativo às abordagens que impõe exclusivamente a meta da abstinência de drogas. Essa alternativa é a conduta mais equânime e a resposta mais pragmática para a problemática do uso de drogas, visto que as drogas são parte integrante da conjuntura social, variando apenas em seu aspecto lícito ou ilícito, em virtude das variações de cada contexto e período histórico. Deste modo, admite-se ser mais adequado reduzir os riscos do que tentar exterminá-los por completo, visto ser esta redução totalmente viável ao remeter-nos a cada sujeito de forma singular e não de uma concepção coletiva (FONSECA; BASTOS, 2005).

Sobre a terminologia ‘proibicionismo’, elucidamos que este surgiu no contexto da expansão da comercialização das drogas ilícitas, que data o início do século XX, para fazer referência ao arcabouço legislativo nacional, elaborado com base nos tratados internacionais que visavam proibir a produção, comércio e consumo de algumas drogas (CARNEIRO, 2002; 2017; FIORE, 2012; RODRIGUES, 2017).

Nessa direção, Carneiro (2017), discorre que

Proibir é criminalizar, criar um dispositivo repressivo e prender, julgar e encarcerar pessoas que praticam uma conduta voluntária, considerada por muitas como uma forma de medicação, um lazer ou relaxamento, que fazem parte de suas formas de viver (CARNEIRO, 2017, p. 28).

Fiore (2012), ao analisar o paradigma proibicionista, afirma que esse é constituído por duas premissas essenciais. A primeira reflete que o consumo de drogas se configura enquanto uma prática desnecessária e danosa, o que impõe a necessidade de sua proibição, por parte do Estado, partindo do entendimento de que é em razão das consequências advindas do consumo de drogas. Consequências essas que se

desdobram nos planos: individual, por exemplo, a intoxicação acidental e o surgimento de transtornos mentais; e coletivo, a violência e o rompimento de laços familiares. Isso faz com que esse consumo se torne completamente desnecessário e que, por ser assim, compete ao Estado proibi-las. A segunda premissa aponta que a forma ideal do Estado combater as drogas é criminalizando sua circulação e seu consumo, na qual em virtude da legitimidade concedida pela primeira premissa, que ao Estado é dado o dever de agir de duas formas: impedindo a produção e o comércio de tais substâncias e coibindo seus consumidores.

Rodrigues (2017) analisa que o paradigma proibicionista foi instituído com o objetivo de eliminar práticas e hábitos sociais, por vezes já arraigadas nos repertórios culturais da humanidade, tornando-se um dispositivo capaz de fomentar o preconceito, aumentar estigmas, formar indivíduos “desviantes”, controlá-los por meio da prisão, do enclausuramento em contextos que passam a serem locais privilegiados para o mercado de drogas e, em muitos casos, para exterminá-los durante as frequentes guerras contra o narcotráfico como, por exemplo, nos guetos e favelas. Todavia, é inegável que esse paradigma tenha ganhado forças e que impera até nos dias de hoje, por efeito da concepção que é predominante na sociedade de que é impossível aceitar ou conviver com os usuários de drogas, ou seja, é sob essa intolerância que se ancora o proibicionismo ainda na contemporaneidade.

Karam (2007, p. 184) considera que esse paradigma exprime, em sua própria nomenclatura, “a tendência expansionista do poder punitivo que se consolida paralelamente às notáveis mudanças registradas no mundo a partir das últimas décadas do século XX”.

Nesse momento, recorreremos à crítica tecida por Machado (2011) quando afirma que o proibicionismo – além de ser responsável pela violência que atravessa os mercados ilegais de drogas – também atua como empecilho para que, no âmbito da saúde pública, os usuários dessas substâncias possam ter acesso a um tratamento adequado.

Já no tocante ao segundo paradigma – o da Redução de Danos –, destacamos que sua formulação demonstrou que a ilegalidade de determinados tipos de drogas se estruturava como uma utopia que, por efeito de sua procura, acarretava mais violência

e dor do que os efeitos propriamente ditos que almejavam erradicar. As práticas ancoradas neste paradigma surgiam em um contexto ainda demarcado pela supremacia do pensamento repressivo materializado nas legislações nacionais e nos tratados internacionais que discutiam a fundo as ideias repressivas e militarizadas que permeavam o combate ao tráfico de drogas, conforme atesta a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, popularmente, conhecida como Convenção de Viena, que, na ocasião, veio consagrar o modelo dos Estados Unidos intitulado de “guerra às drogas”, como um modelo a ser copiado por todo o globo (RODRIGUES, 2017).

Para Passos e Souza (2011),

A lógica de guerra às drogas busca combater a produção da substância, dividindo os países entre produtores, exportadores e consumidores, reprimindo a oferta dos países produtores, a procura dos países consumidores e a exportação nas fronteiras, portos e aeroportos. Tal estratégia se baseia numa lógica geográfica e desloca para os países periféricos a fonte causadora dos problemas gerados pelo tráfico de drogas. Tal estratégia bélica e econômica não inclui como problema a ser enfrentado a produção de subjetividade consumista que movimentava o mercado internacional de drogas e que caminha de mãos dadas ao processo de transnacionalização da economia de mercado (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 155).

No que concerne ao modelo de “guerras às drogas”, podemos notar que essa guerra não é contra as substâncias classificadas enquanto ‘drogas ilícitas’, como alude o título do modelo. Mas sim, contra os usuários que delas fazem uso, isso ao potencializar efeitos nefastos na existência desses indivíduos.

Realçamos que o posicionamento repressivo assumido pelo Estado brasileiro para enfrentar a questão das drogas, expresso pelo modelo de “guerras às drogas”, recebera influência da forma como a questão estava sendo tratada nos movimentos e decisões internacionais. Naquele momento histórico, os Estados Unidos adotavam esse modelo, em razão do crescimento da indústria de bebidas alcoólicas e consequente consumo dessa substância no país. Por isso, suas ações foram incorporadas nas políticas públicas sobre drogas no mundo (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Sobre a Redução de Danos, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) evidenciam que este paradigma se opõe frontalmente às ideias de repressão e de criminalização do

uso de drogas ilícitas e, em oposição a estas, tal paradigma concebe o indivíduo enquanto sujeito biopsicossocial, que experimenta desejos, vivencia dificuldades, possui interesses singulares e que traz consigo questões para além do uso de drogas.

Fonseca e Bastos (2005) apontam que as ações norteadas pela Redução de Danos, situam-se enquanto expressiva atuação do sistema de saúde pública atual. Para ambos os autores, este paradigma refere-se ao conjunto de ações estratégicas de saúde pública que visam reduzir e/ou prevenir as negativas consequências ligadas ao uso de drogas. Tal abordagem é apropriada para indivíduos que – em uma determinada circunstância e momento – não desejam ou não conseguem parar com o consumo de drogas. Trata-se, então, de um recurso alternativo às abordagens que impõe exclusivamente a meta da abstinência de drogas. Essa alternativa é a conduta mais equânime e a resposta mais pragmática para a problemática do uso de drogas, visto que as drogas são parte integrante da conjuntura social, variando apenas em seu aspecto lícito ou ilícito, em virtude das variações de cada contexto e período histórico. Deste modo, é mais adequado reduzir os riscos do que tentar exterminá-los por completo, na qual esta redução é totalmente viável quanto estamos falando de cada sujeito de forma singular e não de uma concepção coletiva.

Assim, após refletirmos sobre os dois paradigmas que norteiam as políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, apresentaremos de forma cronológica os principais marcos que culminaram nas ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas em solo brasileiro, ações estas que transitaram e ainda transitam pelo campo da justiça e da saúde.

Inicialmente, nos referiremos aos achados situados na pesquisa de Machado e Miranda (2007) para tecermos sobre estes principais marcos. Tendo este objetivo como ponto de partida, destacamos o acontecimento datado no ano de 1911, que foi a adesão do Brasil à Convenção Haia, que propôs o primeiro tratado internacional para controlar a venda do ópio, da morfina, da heroína e da cocaína (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Já em 1924, por meio do Decreto 4.294, o Código Penal Brasileiro passa a prever pena de prisão para os indivíduos que comercializarem o ópio e seus derivados, bem como a cocaína. Com o advento deste Decreto, os usuários que embriagados viessem

a causar práticas nocivas a ele mesmo, ao próximo ou à ordem pública, passam a ser penalizados ao serem internados compulsoriamente (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A partir da década de 1970, a legislação brasileira acerca da temática aqui discutida, passou a receber influência também da Medicina, visto que este campo do saber passou a cooperar com o debate, contribuindo com subsídios técnicos e científicos a fim de oferecer legitimidade ao controle do uso de drogas. Nesse momento da história, os usuários de drogas passaram a ser intitulados como criminosos e/ou doentes que, por serem assim, fazia-se necessária à proposição e implementação de dispositivos assistenciais com a finalidade de salvar, recuperar, tratar e punir. Tais dispositivos se materializavam inicialmente por meio dos hospitais psiquiátricos e, mais tarde, por centros especializados de tratamentos públicos ou filantrópicos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Na sequência, chamamos a atenção do leitor para promulgação da Lei 5.726 de 1971, que evidenciou a influência da ordem médica ancorada na psiquiatria e que incorporou modificações consideráveis no que diz respeito ao entendimento do uso de drogas que permeava o contexto da justiça penal (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 1976, é aprovada e publicada a Lei 6.368, que reafirma a inclinação de tratar o uso e dependência de drogas no âmbito médico-psiquiátrico, que foi constatada na Lei promulgada em 1971. Já como fruto da publicação da Lei 5.726 de 1971, foram feitas diversas alterações no que diz respeito às propostas assistenciais que ratificaram que a medicalização era uma prática necessária para “tratar” os usuários de drogas. Dentre as principais mudanças resultantes na promulgação desta Lei, destacam-se as seguintes: a modificação da nomenclatura ‘viciado’ por ‘dependente de drogas’; a proposta da construção de espaços públicos especializados para tratar os dependentes de drogas; a proposição de tratamento na modalidade hospitalar e extra-hospitalar; e, por último, a proposta de tratamento e não mais da internação de forma compulsória. Ressaltamos que a promulgação desta Lei foi considerada como um grande avanço para o campo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, visto que foi a partir dela que surgiram os primeiros espaços de tratamento em território brasileiro, que eram ligados direta ou indiretamente ao poder público, na qual alguns destes centros de tratamento eram religiosos. Esta lei contribuiu, ainda,

para que o aparato jurídico e institucional instituído para controlar o uso e comercialização de drogas viesse a se consolidar e ampliar. Tal contribuição se deu por intermédio da formação de espaços institucionais importantes no domínio da saúde e da justiça – implantação dos centros de tratamento, do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Representação de Entorpecentes<sup>2</sup> (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O CONFEN foi instituído e regulamentado em 1980. Era um órgão que normatizava os assuntos e ações relacionadas à temática droga, que eram programadas pelo governo. Em sua composição, havia representantes de diversos ministérios: Saúde, Justiça, Educação e Cultura, Fazenda, Previdência e Assistência Social e Relações Exteriores. Embora o campo de atuação desse conselho situasse, sobretudo, nas ações de repressão ao uso e comércio de drogas, este influenciou diretamente para a formulação de ações de saúde, exclusivamente voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, e que viria ter como elemento fulcral a concepção de Redução de Danos. Como marco da atuação do CONFEN, também importa destacar que este contribuiu para que as CTs se aproximassem do meio acadêmico e do poder público buscando financiamento, isto ao oferecer legitimidade a essa modalidade de tratamento e ao contribuir para que fossem elaboradas normas mínimas para regulamentar o funcionamento desse tipo de serviço (MACHADO; MIRANDA, 2007). Em síntese – sobre os reflexos do surgimento do CONFEN no âmbito da União, Estados e Municípios –, para a discussão do tema drogas no Brasil, Garcia, Leal e Abreu (2008) consideram que estas instâncias cooperaram para que, no Brasil, fossem conduzidas iniciativas fundamentadas no biônimo abstinência-repressão, na qual este ainda é predominante nos dias atuais.

Já em 1998, por meio do Decreto 2.632, de 19 de junho 1998<sup>3</sup>, foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que tinha como parte integrante os seguintes órgãos:

---

<sup>2</sup> O CONFEN foi extinto em 1998, por meio da Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho, e substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) por meio da Medida Provisória 1689-6. Já o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi modificado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), instituído por meio do Decreto nº. 2.632 de 19 de junho de 1998, que foi substituído por intermédio do Decreto 3.696, de 21 de dezembro de 2000, e este último que também foi revogado pelo Decreto nº 5.912, de 2006 (MACHADO; MIRANDA, 2007).

<sup>3</sup> Este Decreto foi revogado por meio do Decreto nº 3.696/2000, e, mais tarde, este segundo foi revogado pelo Decreto nº 5.912/2006, estando este último em vigor.

I - o **Conselho Nacional Antidrogas [CONAD]**, como órgão normativo; II - a Casa Militar da Presidência da República, como órgão central; III - a **Secretaria Nacional Antidrogas [SENAD]**, da Casa Militar da Presidência da República, como executivo; IV - o Ministério da Saúde; V - o Conselho Nacional de Educação; VI - a Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda; VII - o Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça; VIII - o Ministério da Previdência e Assistência Social; IX - os órgãos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que exercem atividades antidrogas e de recuperação de dependentes, mediante ajustes específicos (BRASIL, 1998, n. p. Grifo nosso).

Garcia, Leal e Abreu (2008), ao refletirem sobre os fatores que influenciaram para a criação da SENAD, destacam a pressão que o Brasil vinha sofrendo por parte da Organização dos Estados Americanos e a adesão brasileira aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda. Nesse sentido, o ato de instituir a SENAD evidenciou uma tática política do governo brasileiro com o intuito de demonstrar para a comunidade internacional que o Brasil estava tendo como prioridade o combate às drogas.

Salientamos que – como forma de propiciar assistência à saúde aos usuários de álcool e outras drogas –, a SENAD focalizou a sua atenção no sentido de possibilitar melhorias nos serviços oferecidos pelas CTs, e de buscar financiamento público para estas instituições, que partem de estratégias ideológicas que muito se aproximam do paradigma repressivo ao uso de drogas, contrariando frontalmente os ideais propostos pelo SUS (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Pontuamos que, a partir do Decreto nº 7.426 de 7 de janeiro de 2011, a CONAD e a SENAD – que até então eram órgãos ligados ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República – foram transferidos para o Ministério da Justiça. Além desta alteração, houve também modificação quanto à nomenclatura de ambos os órgãos, na qual a sigla SENAD passou a ser utilizada para se referir a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, e a sigla CONAD para designar ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, retirando de ambos o prefixo “antidrogas” (BRASIL, 2011a).

Acerca do anteriormente exposto, Wandekoken e Dalbello-Araújo (2015) reconhecem que a transferência da SENAD para a coordenação do Ministério da Justiça proporcionou avanços a partir do fortalecimento de suas ações. Entretanto, esta transferência foi um pouco errônea, visto que o ato de vincular uma secretaria que tem a incumbência de desenvolver ações preventivas a um órgão fortemente corporativo,

como a Polícia Federal, acaba por extinguir o caráter social e comunitário da política antidrogas – que será discutida mais adiante –, cedendo espaço para que se instaure uma política sob o prisma da militarização e da repressão.

Na continuidade, damos ênfase ao marco ocorrido no mês de abril de 2001, no qual houve a promulgação da Lei 10.216 considerada como a base da Reforma Psiquiátrica Brasileira e que, embora não contemplasse de forma específica a questão dos usuários de álcool e outras drogas, mais tarde se tornou o escopo central da PAIUAD, ao propor um novo modelo de atenção à saúde de usuários portadores de algum transtorno mental, modelo este que parte da compreensão de que o tratamento destes usuários deve se dar, especialmente, nos serviços comunitários de saúde mental, e de que a internação, em qualquer de suas modalidades, só pode ser sugerida quando todos os outros recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001a).

Considerando a relevância dessa Lei para a discussão suscitada neste trabalho, torna-se importante sublinhar os seguintes pontos:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001a, n. p.).

Ainda no ano de 2001, sob a influência da atuação da SENAD, em 30 de maio, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 de 30 de maio de 2001, que visou regulamentar o funcionamento das CTs, que, até então, funcionavam sem qualquer normatização (BRASIL, 2001b). Elencamos que, foi após a publicação dessa resolução, que as CTs começaram uma briga acirrada pela busca de financiamento público. Entretanto, alguns setores do Ministério da Saúde se demonstravam resistentes a concederem legitimidade a uma modalidade de serviço que não estava pautado nos elementos técnicos e ideológicas que são inerentes ao âmbito da saúde. Havia, nesse contexto, um embate de posicionamento, no sentido de que, se de um lado existia por parte de alguns setores do Ministério da Saúde e da SENAD a pressão para que as CTs passassem a receber financiamento do SUS, por outro, também, havia a pressão de outros setores do Ministério da Saúde exigindo o contrário. Dentre estes, a Coordenação de Saúde Mental, que se posicionava defendendo que a

problemática do álcool e outras drogas deveria ser tema fomentado exclusivamente pelo SUS (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Essas diferenças – aparentemente de ordem técnica, sobre modelos e dispositivos assistenciais a serem adotados no país – revelavam também um debate político-ideológico, ainda que pouco explícito, entre as diferentes concepções existentes. Tratava-se de adotar uma política coerente com o discurso antidrogas ou de inaugurar uma outra proposta política focada na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Prevaleceu, no Ministério da Saúde, a posição daqueles que defendiam a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 816-817).

Em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria Nº 336, que regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, no item 4.5 do Art. 4º, instituiu a modalidade de CAPSad Álcool e Drogas (CAPSad II), concebido como um serviço exclusivamente voltado a oferecer atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, destinado a município com população superior 70.000 pessoas (BRASIL, 2002b).

Esta modalidade de CAPS visa prestar atendimento à população por área de abrangência, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, visando prestar serviços a partir da perspectiva de Redução de Danos, dispondo de atendimentos na modalidade intensiva, assegurando atenção e acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas, atuando, junto aos usuários e seus familiares, os fatores de proteção no que se refere ao uso e dependência de substâncias psicoativas, promovendo a reinserção social dos usuários e propiciando cuidados aos familiares dos usuários dos serviços (BRASIL, 2003).

Ainda em 2002, foi publicada a Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002, que criou, no âmbito do SUS, o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. Este programa deveria ser articulado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios e dispôs, em seu Art. 3º, a criação de uma modalidade de CAPS que tivesse como público alvo pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002c). Dentre os objetivos do programa, destacam-se:

I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas; II - Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial; III - Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002c, n. p.).

Continuando no ano de 2002, como marco, tem-se, por meio da SENAD, a publicação do Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que instituiu a “Política Nacional Antidrogas”, propondo objetivos e diretrizes com o intuito de provocar o desenvolvimento de estratégias de prevenção, de tratamento, de recuperação e de reinserção social, de repressão ao tráfico, de redução de danos sociais e à saúde; impulsionando estudos, avaliações e pesquisas que abordem sobre o uso indevido de drogas. Dentre os pressupostos básicos desta política, chamamos atenção do leitor para o seguinte: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2002a, n. p.).

Sobre esse pressuposto, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) analisam que a delimitação deste suscita duas problematizações. A primeira diz respeito ao anseio de se ter uma sociedade sem que tenha como parte constituinte o uso de drogas ilícitas, que constituiu-se como um anseio irrealizável. Já a segunda alude ao fato de que este pressuposto almeja uma sociedade livre do uso indevido de drogas lícitas, que na visão das autoras, também, é uma ideia utópica e que se contrapõe ao que é reforçado pelos meios midiáticos, nos quais o uso e algumas das substâncias incluídas nesta classe de drogas é amplamente reforçado como uma prática usual nas atividades cotidianas e festivas, o que propicia elevados lucros para as indústrias fabricantes.

Teixeira *et al.* (2017) reflete que o prefixo “antidrogas” encontrado no título do documento acima citado, designa um posicionamento proibicionista, que busca por uma sociedade que não tenha o uso de drogas ilícitas e o uso indevido de drogas lícitas como parte integrante, mesmo já apontando para as ações de redução de demanda e danos, tendo em vista os determinantes sociais de saúde.

Garcia, Leal e Abreu (2008) por sua vez, entendem que esta política se centraliza majoritariamente na droga que deveria ser enfrentada. Esta centralidade é

evidenciada por meio da nomenclatura ‘política antidrogas’, que expressa que a luta que deve ser travada é contra as drogas, não existindo lugar para que o sujeito que utilizam estas drogas seja alvo dos debates sobre a temática.

Já em 14 de outubro de 2004, entra em vigor a Portaria nº 2.197 que redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no contexto do SUS, com vista a cumprir com as determinações constantes na Lei 10.216/01 e a considerar as diretrizes previstas na PAIUAD, defendendo que as ações de cunho preventivas, educativas e reabilitadoras, voltadas a indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas (bem como seus familiares), devem ocorrer na comunidade. O Art. 1º desta portaria instituiu, no âmbito do SUS, o “Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2004). Conforme situado no Art. 2º, os componentes cruciais deste programa são:

I - Componente da atenção básica; II - componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; III - componente da atenção hospitalar de referência; e IV - componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2004, n. p.).

Nos Art. 3º e 4º, incisos III e V, respectivamente, prevê que é necessária à adesão da lógica de redução de danos, como estratégia, a fim de lograr êxito nas ações que serão desenvolvidas nas unidades mencionadas no Art. 2º. Já no Art. 5, inciso VII, afirma que se faz necessário “evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004, n. p.).

Já no ano de 2005, ocorreu a publicação da Portaria nº 1.028, de 01 de julho de 2005, publicada pelo Ministério da Saúde, que visou determinar que as ações com vistas à redução de danos sociais e à saúde – resultante do uso de produtos, substâncias ou drogas capazes de causar a dependência – fossem reguladas pela referida portaria. Este documento definiu em seu Art. 3º que as ações de redução de danos social e à saúde abarcassem uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde destacadas a seguir: “I - informação, educação e aconselhamento; II - assistência social e à saúde; e III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS

e Hepatites” (BRASIL, 2005a, n. p.). No Art. 7º, estabelece que as ações relativas ao consumo de bebidas alcoólicas sejam incorporadas nas estratégias de redução de danos, considerando os agravos associados a esta substância, na população geral. Já o Art. 9º visa:

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. § 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2005a, n. p.).

Ainda no ano de 2005, por intermédio da Resolução GSIPR/CH/CONAD nº 3, de 27 de outubro, houve a substituição do prefixo “anti”, situado na anterior Política Nacional Sobre Drogas, publicada em 2002, para prefixo “sobre”. Destacamos que a nova versão da política publicada em 2005 ressalta com maior afinco o paradigma da Redução de Danos enquanto diretriz, e a noção de qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2005b).

Na concepção de Garcia, Leal e Abreu (2008), essa mudança advém da realização de fóruns regionais e nacionais que contavam com a participação de representantes da comunidade científica e da sociedade civil, fóruns estes que eram conduzidos pela SENAD.

Em 2006, foi decretada e sancionada a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), antes conhecido como Sistema Nacional Antidrogas, ficando esta denominada como Lei de Drogas. Este documento, também, prescreveu medidas visando à prevenção, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas. Estabeleceu ainda normativas com vistas à repressão, à produção não autorizada e ao tráfico de drogas ilícitas, fez distinção entre usuário e traficante e enfatizou as ações de prevenção, tratamento e reinserção social (BRASIL, 2006).

No ano de 2007, por meio do Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, publicado pela Presidência da República, foi aprovada a “Política Nacional sobre o Álcool”, dispondo medidas para minimizar o uso indevido de álcool e sua ligação com a violência e a

criminalidade (BRASIL, 2007b). Conforme elencado no Item 01 que contempla o objetivo desta política,

1. A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2007b, n. p.).

Dentre as diretrizes situadas neste Decreto, é necessário destacarmos algumas destas:

4. Utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo; 5 - considerar como conceito de redução de danos, para efeitos desta Política, o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool; 6 - ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); [...] 7. Estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos (BRASIL, 2007, n. p.).

Já ano de 2009, foi publicada por meio do Ministério da Saúde a Portaria nº 1.190 de 04 de junho que “Instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010)” e definiu suas diretrizes gerais, ações e metas. A finalidade desse plano foi a de ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção da questão do álcool e outras drogas no SUS, diversificar as ações voltadas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos ligados ao consumo prejudicial de drogas e fomentar respostas Intersectoriais efetivas – que considere o contexto cultural, os direitos humanos – às especificidades clínica do álcool e outras drogas e que enfrente, de forma sustentável, a situação de vulnerabilidade e de exclusão social dos indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas. Dentre os eixos de intervenção elencados nesse plano, está a ampliação do acesso ao tratamento por meio dos CAPSad, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), objetivando garantir a cobertura ambulatorial plena nos municípios prioritários, ampliar os leitos de atenção em saúde mental e do atendimento pela rede de Urgência e Emergência, expandir as ações de

saúde mental na atenção básica, articular de forma efetiva a rede de saúde com a rede de suporte social e o fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, tais como as que são ofertadas pelos consultórios de rua (BRASIL, 2009a, n. p.).

Ainda no ano de 2009, no dia 27 de novembro, por meio da Lei nº 12.101, foi instituída a Lei que dispôs sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regulou os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Insta pontuar o que prevê o Art. 1º:

Art. 1º A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nesta Lei (BRASIL, 2009b, n. p.).

Até 2013, a Lei nº 12.101/2009 não abarcava as CTs como instituições que poderiam ser certificadas. Contudo, por meio da inclusão do Art. 7º- A, através da Lei nº 12.868/2013, as CTs tornaram-se passíveis de serem certificadas (BRASIL, 2013).

Dando continuidade ao percussor histórico aqui delimitado, no ano de 2010, realçamos como marco a publicação do Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, e cria o seu Comitê Gestor.

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira (BRASIL, 2010a, n. p. ).

Andrade (2011), ao refletir sobre o advento deste plano, pontua que ele foi instituído num momento marcado pelo pânico social no que tange ao uso de crack, bem como de enorme fragilidade e deficiência de ações comunitárias voltadas aos usuários de drogas. Nessa direção, ele aponta que a proposição de hospitais, centros médicos especializados e de CTs para os usuários de drogas, recomendados pelos que se posicionam contrários à Reforma Psiquiátrica, particularmente ao dispositivo CAPS, encontra eco no imaginário social, que anseia por soluções ágeis, expressas por meio do internamento desses usuários, distanciando-os de seu convívio social e os afastando do envolvimento em práticas marginalizadas e ilegais. Deste modo, a internação desses usuários nas modalidades de serviços preconizados pelo Decreto acima “[...] vai, portanto, na direção contrária à da subjetivação das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos” (ANDRADE, 2011, p. 4669).

Em 20 de Setembro de 2010, foi publicada a Portaria Nº 2.841<sup>4</sup> que visou instituir, no contexto do SUS, o CAPS AD 24 horas (CAPS AD III) com vista às ações contempladas no Decreto nº 7.179/2010. Esta portaria define essa modalidade de CAPS enquanto estabelecimento voltado a propiciar atenção integral e contínua a indivíduos acometidos de transtornos decorrentes do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, que deveria funcionar durante 24 horas por dia, nos feriados e nos fins de semana (BRASIL, 2010b).

Posteriormente a publicação do Decreto nº 7.179/2010, com a proposta de ampliar a rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas que era uma meta situada no Decreto supracitado, o Ministro Chefe do Gabinete Institucional da Presidência da República, por intermédio da SENAD e do Ministério da Saúde torna público Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS, que designou apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento para usuários de crack e outras drogas em CTS (BRASIL, 2010c).

Fossi e Guareschi (2015), ao analisarem as implicações da publicação do Edital acima mencionado, trazem uma problematização imprescindível que se materializa no

---

<sup>4</sup> Esta portaria foi revogada pela Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2010b).

contexto das políticas públicas. Sabe-se que tanto o Ministério da Saúde quanto o Ministério da Justiça debruçam-se sobre a questão das drogas, entretanto, inicialmente, em óticas diferentes. Se por um lado o Ministério da Saúde sugere a Redução de Danos como diretriz para nortear a política de álcool e outras drogas no Brasil, por meio da PAIUAD, o Ministério da Justiça, por meio da SENAD, privilegia ações que privilegiam a internação, até mesmo a de longa duração, em CTs, partindo da ideia da abstinência como um ideal a ser alcançado. Diante disto, nota-se que a partir desse edital, surge um campo de tensão entre os estudiosos da área, visto que duas perspectivas, inteiramente diferentes, começam a se articular para operacionalizar a política de drogas. Conforme consta no Item 4.2 do edital em questão, o recurso que financiaria as CTs seria proveniente do Ministério da Saúde, que preconiza a Redução de Danos como diretriz para o tratamento e que, por ser assim, deveria legislar, justamente, numa perspectiva oposta à da SENAD.

Sobre o contexto que se deu à publicação do Decreto nº 7.179/2010, Zanotto (2016) assinala que o ano de 2010 foi o ano em que se teve o ápice da visibilidade do uso do crack, o que propiciou o fomento de discussões acerca do tema, sobretudo nos meios midiáticos, mas também em estudos científicos e na atenção e assistência à saúde expressas em planos elaborados pelo Governo Federal. Em face deste ápice, a questão passou a ser tratada, mais por parte da mídia, em virtude de ter instaurado o consumo de drogas e o agrupamento de usuários em espaços públicos, denominados popularmente como 'cracolândias'. Sublinhamos que a mídia apresentava a questão de forma amedrontadora, o que, por conseguinte, alimentavam, no imaginário social, os possíveis 'males' que os usuários poderiam experimentar e também gerar aos outros.

Assim, resta claro que a forma como a mídia estava tratando a questão, ressoou no fomento de um modelo de atenção que reproduz a exclusão social, que se coloca enquanto práticas higienistas que buscam provocar o isolamento e o distanciamento dos usuários da sociedade, destoando dos ideais propostos pela Reforma Psiquiátrica. Diante disso, entendemos que esse pânico social corroborou para inserção das CTs no âmbito do SUS e contribuiu para que, a partir de 2011, o Governo viesse adotar um plano governamental com o objetivo de "enfrentar" o crack, investindo considerável recurso financeiro para atender a demanda ao clamor da

sociedade que cobrava medidas para dar conta desta questão (ANDRADE, 2011; FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Após a divulgação do plano de enfrentamento, foi publicada a Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011<sup>5</sup>, elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que definiu CTs como:

Instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares (BRASIL, 2011b, n. p.).

Ainda em 2011, ocorreu a publicação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a “[...] Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. A partir dessa publicação, a Redução Danos passou a ser uma prática a ser executada pelos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2011c, n. p.).

Após isso, destacamos a publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e incluiu as CTs como componentes da rede, conforme consta no Artigo 9º, inciso II:

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com (i) a atenção básica - que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários - e com (ii) o Centro de Atenção Psicossocial que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011d, n. p.).

Conforme assinala Machado e Miranda (2007), desde a década de 1980, já existia um movimento que objetivava inserir as CTs no âmbito do SUS. Por esse motivo, acredita-

---

<sup>5</sup> Nova regulamentação das Comunidades Terapêuticas que revogou e substituiu a RDC nº 101/2001, que normatizava o funcionamento de instituições denominadas como “Comunidades Terapêuticas”.

se que – para os defensores dessa modalidade de serviço – esta inserção foi considerada enquanto um marco histórico, que abriu caminho para que esse tipo de trabalho viesse a se expandir ainda mais em território brasileiro, ao receber recursos do Governo.

Impende ressaltar que, em virtude das CTs se constituírem enquanto escopo deste trabalho, o capítulo três deste trabalho, dedica-se a um maior aprofundamento sobre esse tipo de serviço.

Mais tarde, foi publicada a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que objetivou redefinir o CAPS AD 24 horas (CAPS AD III) e os seus respectivos incentivos financeiros. A partir dessa nova redefinição, o CAPS AD 24 horas passa a ser um espaço de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares que se encontram em situações de crise e maior gravidade – recaídas, abstinência, ameaças de morte –, ficando com a incumbência de propiciar a inserção, proteção e suporte para os usuários que estão em processo de reabilitação psicossocial, mantendo a articulação com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para que seja feito o acompanhamento compartilhado de casos, quando se fizer necessário (BRASIL, 2012a).

Em seguida, ocorreu a publicação da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que instituiu incentivo financeiro de custeio designado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, com o intuito de custear os Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CTs no contexto da RAPS. Ressaltamos o que consta no inciso 1º do Art. 2º, onde consta que o número de residentes da CT que irá pleitear o incentivo, não pode ser superior a 30 (trinta). Já no Art. 4º, encontra-se delimitado que, para receber o incentivo financeiro, o ente interessado deverá integrar Região de saúde que conte com componentes da RAPS (BRASIL, 2012b).

Já em abril de 2014, foi publicada a Lei nº 12.961 que alterou a Lei 11.343/2016, dispondo acerca da destruição de drogas apreendidas. Ao analisar as mudanças ocorridas com o advento dessa lei, notamos que estas se deram apenas nos aspectos pertinentes ao paradigma proibicionista e que nada foi acrescentado no sentido de privilegiar as ações de atenção à saúde dos usuários de drogas ilícitas, numa perspectiva maior da redução de danos (BRASIL, 2014a).

Ao final de 2014, por meio da portaria nº 2.840 de dezembro, foi criado o “Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, no contexto do SUS. O componente das estratégias de desinstitucionalização da RAPS é formado por ações que objetivam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por intermédio de estratégias substitutivas, visando assegurar os seus direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, almejando-se sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2014b).

Art. 3º O Programa de Desinstitucionalização tem como objetivos: I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS. Parágrafo único. Para fins desta Portaria, considera-se a internação de longa permanência de que trata o inciso I do "caput" aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta (BRASIL, 2014b, n. p.).

Em 2015, ocorreu a publicação da Resolução CONAD nº 01, de 19 de agosto de 2015<sup>6</sup>, que regulamentou no contexto do SISNAD as entidades concebidas como CTs. Essa resolução denomina as CTs enquanto estabelecimentos de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social e não como estabelecimento de saúde; elenca que as CTs tratam-se de entidades que realizam o acolhimento dos usuários de forma voluntária, no qual esse acolhimento não pode exceder o limite de 12 (doze) meses no período de 24 (vinte e quatro) meses. Dentre as atividades que compõem o programa de acolhimento, encontram-se como atividades terapêuticas, as de cunho recreativo e aquelas que propiciam o desenvolvimento da espiritualidade (BRASIL, 2015).

---

<sup>6</sup> Em liminar do dia 4 de agosto de 2016, a 2ª Vara Federal de São Paulo decidiu que as comunidades terapêuticas não podem ser regulamentadas pelo Ministério da Justiça, órgão que abriga o CONAD, suspendendo este documento. Isso porque os assuntos relacionados ao uso de drogas são de saúde, e uma portaria da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) já trata das instituições de tratamento de dependentes e usuários que buscam tratamento (CONJUR, 2018, n. p.). Contudo, após um longo período de suspensão, em 20 de março de 2018, esta resolução voltou a vigorar (CONFENACT, 2018, n. p.).

Relativo ao ano 2016, lançamos luz sobre a publicação da Portaria Nº 834 de 26 de abril, que redefiniu os procedimentos relacionados à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. Dentre os artigos situados nessa portaria, enfatizamos dois, por se tratarem especificamente acerca das CTs:

Art. 2º Para efeito desta Portaria consideram-se entidades beneficentes de assistência social na área de saúde aquelas que atuem diretamente na atenção à saúde.

[...]

Art. 8º As instituições reconhecidas nos termos da legislação como serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas que prestem ao SUS serviços de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa poderão ser certificadas, desde que: I - sejam qualificadas como entidades de saúde; e II - comprovem a prestação de serviços de que trata o "caput", por meio de declaração do gestor do SUS (BRASIL, 2016, n. p.).

Ressaltamos, ainda, o marco ocorrido no ano de 2017, mais especificamente no dia 14 de dezembro do referido ano, no qual, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi aprovada Resolução nº 32, mais tarde convertida na Portaria nº 3.588 do Ministério da Saúde, que propõe mudanças na Política de Saúde Mental vigente, reforçando as internações em hospitais psiquiátricos, reajustando os valores das diárias das internações, e preconizando a criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais e, assim, apoiando novas ações para fortalecer e legitimar os serviços oferecidos pelas CTs (BRASIL, 2017a; 2017b).

Sublinhamos que, antes mesmo da aprovação da resolução acima, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) já havia divulgado uma nota pública, intitulada "Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo" (CFESS, 2017, n. p.).

Nesta nota, encontram-se delimitados três eixos de mudanças oriundas da resolução em questão e que revelam os descaminhos e retrocessos que a Política de Saúde Mental irá sofrer: em primeiro lugar, "A criação da rede de ambulatório de saúde mental – Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT) ", ou seja, será concebido um serviço que seja intermediário entre o CAPS e a atenção básica. Para o CFESS, essa alteração reflete uma ruptura da lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental, visto que revela o propósito do governo em voltar a um modelo de assistência já conhecido notadamente pela

segregação e falta de assistência aos usuários; em segundo, “O incentivo ao aumento dos hospitais psiquiátricos mediante alteração da lógica de financiamento da política de saúde mental”. Na análise do CFESS, esse incentivo visa mais uma vez investir em serviços e hospitais psiquiátricos, fomentando a ideia da internação como recurso terapêutico, criando novos serviços psiquiátricos, sobretudo no que diz respeito a demandas pertinentes ao campo do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ainda neste eixo, outro retrocesso identificado pelo CFESS refere-se à proposta que delimita que os recursos provenientes do fechamento de leitos psiquiátricos não irão ser destinados para a rubrica onde se encontra os serviços substitutivos, o que implica em dizer que os recursos imprescindíveis para que sejam ampliados e mantidos os serviços serão congelados, o que, por conseguinte, fere diretamente a proposta da Lei 10.216/2001 e o Art. 11º inciso 2º da Portaria 3.088/2011, na qual consta que

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011d, n. p.).

Como terceiro ponto, “A inclusão das Comunidades Terapêuticas como serviços de saúde”: Tal inclusão das CTs como serviços de saúde, modifica a lógica da Reforma Psiquiátrica, ao incluir uma modalidade de serviço que não propicia o desenvolvimento da autonomia dos usuários, mas que, ao contrário disso, mostra-se enquanto serviço que produz isolamento e segregação de seus usuários (CFESS, 2017, n. p.).

Já Amarante, um dos grandes militantes do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em entrevista transmitida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp – Fiocruz), no mês de dezembro de 2017, discute sobre a proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, abaixo um trecho da entrevista:

A proposta dessa política agora atual é o retorno ao modelo manicomial de reabrir, de voltar a financiar e a estabelecer convênios com hospitais psiquiátricos privados. Então, você vê, claramente, que a proposta da política ela é de uma demanda dos seguimentos dos setores dos serviços privados, [...] uma demanda de determinados setores conservadores da psiquiátrica. Eu não posso nem dizer conservadores, mas mercantilistas que querem [...] o seu interesse acima do interesse da saúde pública. Não se trata de outra política de saúde pública que a atual Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas está propondo. Ela está propondo uma política de mercado. Ela está preocupada com a questão do mercado. Por esse motivo, a proposta de retorno aos hospitais psiquiátricos e a proposta de ampliação das Comunidades Terapêuticas, [...] que são uma modalidade de internação muito híbrida, não são instituições de saúde, embora constem no rol de dispositivos elencados na Rede de Atenção Psicossocial, na RAPS. E que eu, particularmente, em nome da ABRASME [...] (Associação Brasileira de Saúde Mental), da qual eu era presidente na época, e também da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), nós nos posicionamos contrariamente, porque não são instituições de saúde, apesar de usar um termo muito caro, muito importante para a saúde, e para a saúde mental que é a Comunidade Terapêutica que foi uma estratégia de transformação dos espaços instrucionais asilares, para a sua superação de voltar a dar protagonismo aos sujeitos ali internados, não apenas os internados, mas também os internados entre aspas que são os profissionais que acabam sofrendo também um certo tipo de isolamento de segregação e de práticas totalitárias. Então, a Comunidade Terapêutica, ela foi uma estratégia muito importante, um dispositivo de transição para o modelo comunitário territorial de atenção psicossocial. Mas, isso que se chamam de Comunidades Terapêuticas aqui no Brasil, no momento, são instituições fechadas, centradas fundamentalmente na internação involuntária e compulsória, e sistema de tratamento muito violento de constrangimento físico e moral, [...] de constrangimento, inclusive, religioso [...], as pessoas são [...] instadas a aceitar determinadas concepções de vida, religiosas e etc. E são instituições que não são submetidas ao controle das demais instituições sanitárias, como vigilância sanitária, vigilância nutricional, vigilância epidemiológica. Então elas utilizam de recursos da RAPS, assim como do Ministério da Justiça e de Emendas Parlamentares, muitas vezes, de contribuições dos familiares, [...] São instituições que tem várias denúncias [...]. Então essa política que está sendo implementada é claramente um retrocesso, no sentido dos direitos humanos, da cidadania e da concepção de saúde. Não se trata de outra visão de saúde, como eles pretendem argumentar, se trata de uma visão de mercado, de interesses de grupos e seguimentos muito específicos. Está se procurando impor na Política Nacional de Saúde Mental. [...] Nós da produção de conhecimento e de práticas, [...] no campo da saúde e da saúde mental, temos como responsabilidade, compromisso, a argumentar cientificamente, também, sobre a importância dessa discussão, [...] demonstrando como esse modelo que está sendo implantado não atende a uma demanda científica, e sim a uma demanda de mercado (AMARANTE, 2018, n. p.).

Após a aprovação da resolução, identificamos que houve ainda a manifestação de quatro representativos órgãos e entidades, a saber: do Conselho Federal de Psicologia (CFP); do Conselho Federal de Medicina (CFM); do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME); da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (CFP, 2017; CFM, 2017; COFEN, 2017; ABRASME, 2018).

Em síntese, podemos afirmar que o CFESS, CFP, COFEN e a ABRASME se posicionaram contra as mudanças contidas na resolução, por entenderem que estas se revelam enquanto um retrocesso a Reforma Psiquiátrica, que fomentará práticas asilares, excludentes e arcaicas tão reprovadas pelo movimento da Reforma (CFESS, 2017; CFP, 2017; COFEN, 2017; ABRASME, 2018).

A PFDC, por meio do documento intitulado “Nota pública PFDC acerca da proposta de alteração da política nacional de saúde mental”, também se contrapôs às mudanças contidas na nova política, considerando “ [...] inconstitucional qualquer política que limite a inclusão de pessoas com transtorno mental, como a proposta pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, 2017b, n. p.). Acerca da inclusão das CTs enquanto espaços de saúde, a PFDC adverte que:

A prática nas comunidades terapêuticas não garante abordagem intersetorial e baseia-se em restrições à vontade e aos direitos dos usuários, e acaba por apenas retirar o usuário do convívio com a família e comunidade, sem abordar as causas dos problemas e garantir sua reinserção social. Não há qualquer evidência que o mero aumento de vagas em comunidade terapêutica tenha qualquer resultado na atenção aos indivíduos que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, sem que haja estratégias para a abordagem intersetorial e o aumento dos serviços de saúde inseridos em comunidade. O que pretende a política é justamente gastar os escassos recursos na manutenção de hospitais psiquiátricos e na expansão de comunidades terapêuticas uma cifra muitas vezes maior que em novos serviços na comunidade, o que contraria a lei e as evidências científicas, que apontam para a necessidade de serviços com abordagem intersetorial e inseridos na comunidade (BRASIL, 2017b, p. 2).

Ao analisar os documentos pelos quais o CFM e a ABP se manifestam sobre a questão, nota-se que ambas concebem as mudanças como necessárias para melhorar o tratamento dos indivíduos que apresentam algum transtorno mental e dependência de uso de álcool e outras drogas, bem como de seus familiares (CFM, 2017; ABP, 2017).

Posterior à aprovação das novas diretrizes para a Política de Saúde Mental, foi publicada a Portaria Interministerial Nº 2, de 21 de dezembro de 2017, que visou instituir o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, que em seu Art. 6º apresenta que

Art. 6º Sem prejuízo das ações voltadas à prevenção, formação e pesquisa no âmbito da política nacional sobre álcool e da política nacional sobre drogas, o Comitê priorizará as ações de cuidado e reinserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas.

§ 1º Para fins desta Portaria, consideram-se comunidades terapêuticas as entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (BRASIL, 2017c, n. p.).

Já no dia 22 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde divulgou uma matéria no site oficial do Governo Federal<sup>7</sup>, dizendo que irá investir, no ano de 2018, R\$ 320.000.000,00 (trezentos e vinte milhões), visando a ampliação e qualificação da saúde mental, os investimentos anunciados são a liberação de recursos para serem investidos em 27 obras de CAPS e unidades de acolhimento em 18 cidades, incentivo para 56 novos CAPS, 57 leitos, 06 unidades de acolhimento e 25 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Para estas modalidades de serviços serão repassados em torno de R\$ 70.000.000, 00 (setenta milhões), por ano, de custeio. Tratam de unidades que já estão em funcionamento, mas que, contudo, não recebem qualquer contrapartida do Ministério da Saúde; Serão investidos R\$ 15.000.000, 00 (quinze milhões) ao ano, para fortalecer as ações de cuidado de base comunitária, por meio de 100 novas equipes de saúde mental multiprofissionais para realizarem atendimento ambulatoriais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes de Saúde da Família. Serão alocados, inicialmente, R\$ 18.000.000,00 (dezoito milhões) para a criação de cinco unidades de um novo modelo de CAPS, denominado como CAPS AD IV, que serão construídos em regiões denominadas como cracolândias. Também serão habilitados, neste ano, 200 SRT, que irão requerer um investimento de R\$ 50.000.000, 00 (cinquenta milhões). As diárias dos hospitais psiquiátricos serão atualizadas, visto que, segundo Ministério da Saúde, estão defasadas há nove anos. Para o Ministério da Saúde, essa atualização se faz necessária, a fim de garantir assistência adequada aos usuários do SUS; serão ampliadas as vagas em CTs de 5 mil para 20 mil; serão investidos R\$ 2.000.000, 00 (dois milhões) para programas de prevenção ao suicídio

---

<sup>7</sup> Matéria oficial online intitulada “Ministério da saúde destina R\$ 320 milhões para ampliar e qualificar a saúde mental. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42231-ministerio-da-saude-destina-r-320-milhoes-para-ampliar-e-qualificar-a-saude-mental>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

em seis cidades prioritárias; R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) para investir na estruturação da equipe técnica dos Centro de Valorização da Vida (CVV) e, por último, R\$ 3.500.000.000, 00 (três milhões e quinhentos mil reais), que serão voltados para os projetos destinados aos jovens de prevenção de uso de álcool e outras drogas, visando aprimorar e aperfeiçoar o desenvolvimento de três programas (Elos, Tamo Junto e Famílias Fortes) (BRASIL, 2017d).

Ao analisar os dados acima, identificamos que o Ministério da Saúde irá investir mais nos hospitais psiquiátricos e nas CTs do que nos serviços de base comunitária e territorial, como por exemplo, os CAPS, que se colocam enquanto modelo de serviço consonante com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Esse expressivo investimento dá legitimidade a esse tipo de serviço e contribui para o seu fortalecimento no contexto das políticas públicas.

A ABRAMES (2018) elaborou o boletim de saúde mental nº 1, intitulado como “CRÔNICAS DA RESISTÊNCIA em tempos de reconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas”, posicionando-se, no auge dos fatos ocorridos ao final do ano de 2017, entendendo que a aprovação das novas diretrizes, desconfigura a política vigente, “[...] colocando novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios) e na ampliação do financiamento e na legitimação das Comunidades Terapêuticas” (ABRAMES, 2018, p. 5).

Já no mês de março de 2018, por meio da Resolução CONAD nº 01/2018, foi aprovado o documento que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD. Essa resolução também se configura enquanto regressão dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, ao situar a abstinência como o único recurso de tratamento, ao fortalecer a metodologia de trabalho das CTs, ao enfraquecer os serviços de base comunitária, ao reforçar o paradigma proibicionista e ao fomentar uma conduta aversiva da sociedade lidar com os sujeitos que estão envolvidos no uso de drogas (BRASIL, 2018a).

Na esteira destes retrocessos, chamamos a atenção do leitor para as informações publicadas no Edital de Credenciamento nº 001/2018 da União, por meio do Ministério da Justiça e da SENAD, em articulação com o Comitê Gestor Interministerial, formado pelo Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social

(MDS) e pelo Ministério do Trabalho, que foi publicado no mês de abril do ano de 2018. Tal documento visa credenciar instituições privadas sem fins lucrativos, que acolhem de forma voluntária, numa modalidade residencial, indivíduos acometidos por transtornos provenientes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a saber: as CTs. Das vagas previstas no Edital, 45, 56% serão destinadas aos usuários que compõem a região sudeste do Brasil, isso por considerar que a maior prevalência do consumo de drogas se dá nesta região. Ainda, encontra-se delimitado nesse documento, que cada indivíduo acometido por transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas poderá ser acolhido pelas instituições credenciadas por até 12 (doze) meses (BRASIL, 2018b).

Os valores referentes à prestação dos serviços de acolhimento serão: a) R\$ 1.172,88 (um mil cento e setenta e dois reais e oitenta e oito centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adulto; b) R\$ 1.596,44 (um mil quinhentos e noventa e seis reais e quarenta e quatro centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adolescente; c) R\$1.528,02 (um mil quinhentos e vinte e oito reais e dois centavos), por mês, por serviços de acolhimento de mãe nutriz, acompanhada do lactente (BRASIL, 2018b, p. 3).

Sobre o Edital supramencionado, embora não aborde sobre montante que será investido, informações publicadas no site oficial do Ministério da Justiça, apontam que haverá um investimento de R\$ 87.000.000,00 (oitenta e sete milhões de reais), que serão destinados para o custeio do acolhimento de 20 mil indivíduos acometidos por transtornos desencadeados por uso, abuso ou dependência de drogas. Necessário se faz pontuar que, desse montante, R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais) serão repassados pelo Ministério da Saúde<sup>8</sup>

Os dados acima, nos impulsionam a recorreremos às indagações provocadas por Lima e Tavares (2012):

Como tornar as comunidades terapêuticas rede complementar no SUS, quando não temos uma rede territorial pública implantada? Como incluí-las como complementar se sua concepção de uso de drogas e de cuidado apresenta ancoragem ética distinta à redução de danos? Qual o risco dessa decisão ratificar que assistir usuários de drogas somente deva se dar sob internação? (TAVARES, 2012, p. 19).

---

<sup>8</sup> Matéria oficial online intitulada “Parceria entre ministérios vai destinar R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas”. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2018/04/parceria-entre-ministerios-vai-destinar-r-87-milhoes-para-comunidades-terapeuticas/comunidade-terapeutica.jpg/view>>. Acesso em: 02 maio 2018.

Por último, destacamos a Nota Técnica nº 11/2019, que aborda as novas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, no dia 04 de fevereiro do corrente ano. A publicação deste documento não foi vista com bons olhos por diversos conselhos profissionais e associações da área de saúde mental, como o CFP e a ABRASCO, que consideram as novas diretrizes postas neste documento como grave retrocesso para a Reforma Psiquiátrica consolidada por meio da Lei 10.216/2001, já que além de legitimar a proposta de atenção oferecida pelas CTs quando propõe a ampliação de leitos nestes serviços, ainda incluem na RAPS os hospitais psiquiátricos como mais um dos pontos de atenção, se destoando da lógica de desinstitucionalização preconizada pela lei da Reforma Psiquiátrica, uma vez que incentiva a institucionalização dos usuários desta política em serviços que os privam de liberdade (BRASIL, 2019; CFP, 2019; ABRASCO, 2019).

Diante da análise de todo o processo acima historiado no que se refere às ações do governo direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, esta possibilita-nos afirmar que de 2002 até 2010 a atenção à saúde para esses usuários era fortemente influenciada pelo paradigma da Redução de Danos, conforme prevê a PAIUAD. Até esta década, os princípios, tão defendidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda eram incorporados em larga escala nas ações de saúde. Contudo, a partir de 2011, ou seja, dez anos após a promulgação da Lei 10.216/2001 e, após tantos avanços neste âmbito, iniciam-se os retrocessos, por meio de Leis, Portarias, Resoluções regidas demasiadamente pela égide da abstinência total enquanto meta, contrapondo-se às estratégias de Redução de Danos e evidenciando predominância do paradigma proibicionista (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2003).

Notamos, ainda, a tendência de “tratar” os usuários de álcool e outras drogas pelo viés da internação, na qual transvestida, sobretudo, pelo modelo das CTs atuais, há um retorno dos velhos modos de “cuidar” dos usuários de álcool e outras drogas, modos que são encobertos pelo discurso do cuidado, da atenção à saúde, mas que, em sua essência, configuram-se enquanto abordagens segregadoras, excludentes,

que não privilegiam a autonomia dos usuários, ao impor a abstinência total como um ideal de vida a ser alcançado por seus usuários<sup>9</sup>.

Na esteira desse pensamento, suscitamos que tal tendência pode estar intimamente atrelada ao fato de que, no contexto geral, os usuários de drogas, sobretudo das ilícitas, continuam vinculados a aspectos pejorativos, e vistos como sujeitos que devem ser escondidos e isolados, na qual a proposta de “tratamento” oferecida pelas CTs é tida como um recurso para isso (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Outro fator que entendemos que pode corroborar para a predominância da tendência de “tratar” os usuários de drogas pelo viés da internação, diz respeito a escassa concepção do uso de drogas enquanto questão de ordem biopsicossocial. Sobre isso, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) apontam que, em território brasileiro, a problemática do uso de substâncias psicoativas é, na maioria das vezes, concebida como uma questão de polícia apenas, e não de saúde. O que corrobora para que a abordagem biopsicossocial seja tratada de forma tímida nas discussões que permeiam tal problemática, no qual, em especial, o aspecto social imbricado diretamente na questão do uso de drogas, e que é um grave problema, em muitos casos não é contemplado quando a questão é sobre drogas. Assim, tratar a questão do uso de drogas sob o prisma da repressão não é suficiente para dar conta das diversas nuances que perpassam a questão, tornando-se necessária a adoção de uma abordagem mais ampla no que tange à prevenção, ao tratamento, à reinserção social e à Redução de Danos associados a esse uso.

### **2.2.1 A proposta de cuidado aos usuários de álcool e outras na perspectiva da PAIUAD**

Uma das premissas da PAIUAD é o seu posicionamento contrário a lógica operante do Paradigma Proibicionista, por legitimar a política de Redução de Danos como diretriz eficaz no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, já que nesta a defesa da vida é o objetivo crucial, e não a abstinência, visto que o cuidado ao usuário,

---

<sup>9</sup> Os termos “tratar” e “cuidar” encontram-se entre aspas por hipotetizarmos que o que ocorre no interior das CTs é o inverso disto.

inevitavelmente, implica em lidar com as peculiaridades de cada um, e com as diversas possibilidades e escolhas que são feitas por estes sujeitos (BRASIL, 2003).

Norteadas por esta lógica de cuidado, a PAIUAD delimita que a atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção com vistas a prevenção, reabilitação psicossocial e reinserção social do usuário na família, comunidade e trabalho, dando preferência para os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como por exemplo, os CAPSad. Nesta, a Redução de Danos é vista como exitosa porque dispõe de uma abordagem de cuidado que estimula a participação, engajamento, autonomia e protagonismo do paciente, porque se aparta das perspectivas de cunho repressivo, e se aproxima do comprometimento com a defesa e a proliferação da vida (BRASIL, 2003; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de **methodos**, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando (BRASIL, 2003, p. 10. Grifo do original).

Além disso, a PAIUAD considera as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas que atravessam a questão do uso de drogas, e propõe uma assistência integral ao usuário, por meio da adoção de uma abordagem intersetorial, ou seja, integrada não somente com os demais serviços de saúde, mas também com outros serviços públicos, dentre os quais podemos citar: os serviços de educação, esporte, cultura, lazer, assistência social e de desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Cumprido pontuar que a publicação dessa política representou o preenchimento do hiato que, até então, existia em relação às políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois até a publicação dessa não havia nenhuma política específica para esses usuários. Assim, foi por meio dessa política que o SUS se posicionou como responsável pela atenção a esses usuários, reafirmando a questão do uso de álcool e outras drogas como um problema grave de saúde pública e reconhecendo a premência de “superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS e buscando subsidiar a construção coletiva de seu

enfrentamento” (BRASIL, 2003, p. 6). Sua criação foi estreitamente alicerçada nas discussões acerca das mudanças do modelo de atenção em saúde, mudanças estas que se opõe aos pressupostos de caráter proibicionistas e repressivos que perpassam o uso de álcool e outras drogas (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015).

Como proposta norteadora dessa política tem-se ainda as diretrizes da Lei 10.216/01, na qual devem ser desenvolvidas práticas de cuidados aos usuários e seus familiares, que visem a terapêutica, a prevenção, a reabilitação e a educação em saúde, devendo estas práticas ser sempre orientadas pela noção de território, a fim de valorizar a convivência e reinserção social dos usuários, reforçando que as linhas de cuidados a estes, devem necessariamente ser baseadas em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, articuladas à rede assistencial em saúde mental e ao meio cultural (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2003; ECKHARDT; RAUPP, 2017).

Além disso, a PAIUAD vem trazendo uma nova perspectiva acerca dos indivíduos que usam drogas, concebendo estes sujeitos para além do uso, vislumbrando-os enquanto sujeitos de direitos, singulares em suas características, desejos e necessidades, e que precisam ser resgatados do ponto de vista da saúde. Por efeito desta concepção, esta política se distancia dos discursos moralistas, legalistas e excludentes, e propõe a necessidade de adoção de estratégias capazes de desconstruir a visão predominante na sociedade, de que todo indivíduo que usa drogas é um doente, marginal e perigoso, que precisa ser enclausurado (BRASIL, 2003).

### 2.3 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

De Leon (2003) aponta que, inicialmente, o termo “Comunidade Terapêutica” foi criado na Inglaterra, ao longo da década de 1940. A primeira CT brasileira nasceu em Goiânia, em 1968, e recebeu o nome de “Desafio Jovem”. Já a segunda a ser fundada, em solo brasileiro, foi a “Comunidade Terapêutica Senhor Jesus”, nascida em 1978 na cidade de Campinas, ambas oriundas de movimentos religiosos (FRACASSO, 2008).

Madalena e Sartes (2018) expõem que a partir de 1990 verifica-se aumento considerável na procura por tratamento entre usuários de drogas. Paralelo a isso, neste mesmo ano, constatou-se o ápice da expansão das CTs em solo brasileiro,

indicando que este serviço passou a ser mais procurado por estes usuários (ALVES, 2009).

Estas instituições surgiram em razão de duas questões: a primeira diz respeito ao espaço deixado pelas políticas públicas no que tange a problemática do uso de álcool e outras drogas, visto que, até 2003, não existia nenhuma política pública de saúde específica para os usuários de álcool e outras drogas; a segunda alude ao fato de que este espaço foi gradativamente preenchido por distintas confissões religiosas, com o propósito de evangelizar, mas de também dar respostas ao clamor por tratamento que se intensificava a medida que o uso de drogas ganhava cada vez maior proporção (COSTA, 2009; BRASIL, 2003).

Nessa direção, elencamos que, atualmente, as CTs brasileiras são regulamentadas pela Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011 – elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – e, desde a publicação da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, passaram a compor a RAPS, podendo ser financiadas pelo SUS (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011d).

As CTs propõem um serviço residencial fundamentado na concepção de que – quando não é possível gerar mudanças no usuário de drogas – torna-se necessário mudar a sua condição, seu contexto e retirá-lo do ambiente onde o consumo se dá, para que sua personalidade seja transformada com vistas a sua posterior reinserção social. Esta transformação do usuário é incentivada por meio de um processo terapêutico que perpassa por intervenções pessoais e sociais, que o concede atribuições, responsabilidades e direitos, em um contexto livre das drogas que se constitui como um campo fértil para o desenvolvimento de novos valores, como solidariedade, honestidade, responsabilidade, amor e espiritualidade (SABINO; CAZENAVE, 2005).

Estas instituições, geralmente, possuem três linhas mestras de atuação: científica, (nesta as intervenções terapêuticas são realizadas por médicos, psicólogos, assistentes sociais e voluntários de diversos campos do saber científico); espiritual (emprega a religiosidade e o apoio de egressos como instrumento terapêuticos); e, mista que unifica as duas linhas mencionadas anteriormente (SABINO; CAZENAVE, 2005).

Souza *et al.* (2016) destacam que o programa terapêutico das CTs visa a recuperação integral do usuário, que engloba, a reabilitação física e psicológica e sua reinserção social por meio da reconstrução de três áreas principais de sua vida: casa, trabalho e rede social; o resgate de sua cidadania e autoestima; e, o desenvolvimento de habilidades para viver, aprender e aperfeiçoar sua convivência no meio social. Para tanto, utilizam como recurso a convivência comunitária, a laborterapia, as atividades religiosas e espirituais, os programas culturais, e ainda o desenvolvimento de atividades profissionalizantes capazes de oferecer ao sujeito o preparado para após a alta ser inserido no mercado de trabalho.

De acordo com o código de ética da FEBRACT<sup>10</sup>, os princípios fundamentais que devem nortear estas CTs, são:

1. O Trabalho nas Comunidades Terapêuticas deve ser baseado no respeito à dignidade da pessoa humana; 2. A permanência na Comunidade Terapêutica deve ser voluntária e decidida após o interno ser informado sobre a orientação seguida e as normas em vigor; 3. Nas Comunidades Terapêuticas deve ser assegurado, a todos que dela participam, um ambiente livre de drogas, sexo e violência (FEBRACT, 2017, n. p.).

Ribeiro e Minayo (2015) apresentam que nas CTs brasileiras há a preponderância do pressuposto de que a recuperação e a reabilitação dos usuários só podem ocorrer por meio da evangelização e da conversão religiosa. Embora cada CT possua suas especificidades, existem algumas diretrizes básicas que são comuns em todas as CTs brasileiras: as CTs são constituídas por um sistema bem estruturado que define limites, horários, regras que delimitam, de forma clara e rigorosa, as responsabilidades de cada interno. Normalmente, são construídas na zona rural, fundamentadas em normas restritas e na disciplina, dentre as quais podemos citar o distanciamento dos internos da comunidade, a laborterapia, o trabalho em grupo e, ainda, abstinência total do uso de drogas, como requisito para permanência no serviço.

Cabe assinalar que, desde 2011 – quando as CTs passaram a compor a rede do SUS e a receber recursos deste sistema de saúde – essa modalidade de serviço

---

<sup>10</sup> A FEBRACT é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, e de Utilidade Pública Municipal (Decreto nº 7.739/93), Certificado Entidades de Fins Filantrópicos nº 28996.02649/95-00, está cadastrada na SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, e é filiada às Federações Mundial e Latino Americana de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT, 2017).

vem recebendo diversas críticas, bem como denúncias e fiscalizações rigorosas, como por exemplo, a realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que culminou na publicação do “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”, que detectou diversas práticas que estavam em dissonância com o que preconiza o movimento da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicominal no Brasil. Dentre essas práticas, destacam-se a falta de respeito à cidadania dos usuários, e práticas que desvelaram indícios de violação de direitos humanos (CFP, 2011; BRASIL, 2011d).

Destaca-se, também, a “Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate”, na qual o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) se posiciona contra a regulamentação das CTs enquanto espaços de saúde para tratamento de indivíduos em uso abusivo de drogas, por entender que esse tratamento deve ficar a cargo do SUS, por intermédio dos CAPSad, dos consultórios de rua, dos hospitais gerais, em consonância com o que foi deliberado na IV Conferência de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, sobretudo, na Lei Nº 10.216/2001 (CFESS, 2014).

Na esteira das críticas que pairam sobre estes serviços, lançamos luz sobre as constatações apresentadas no último Relatório da Inspeção Nacional em CTs realizada em 2017, que apresentou que nestes nesses espaços há privação de liberdade, claras características asilares e de segregação, violação de direitos, rompimento de laços sociais e o emprego de uma abordagem que não privilegia a singularidade do interno, uma vez que não dispõem de um projeto terapêutico para cada indivíduo, conforme exigido pela Portaria nº 3.088/2011 (CFP, 2018).

Ribeiro e Minayo (2015) também tecem algumas críticas sobre abordagem utilizada por estas instituições, dentre as quais podemos destacar a manutenção do distanciamento do sujeito da comunidade, que faz com que haja o rompimento deste, com os vínculos sociais, empregatícios, educacionais e de saúde, o processo de recuperação não contempla o confronto do indivíduo com as drogas, visto que a CT oferece a este um “contexto seguro” e distante do meio em que o consumo de drogas se dava, a exploração do trabalho encoberta pelo discurso da laborterapia enquanto recurso terapêutico, a ênfase demasiadamente religiosa e, ainda, as

diversas dissonâncias entre o delimitado pelas políticas públicas e o praticado pelas CTs.

Melo e Corradi-Webster (2016) refletem que os serviços oferecidos pelas CTs têm como propósito viabilizar a “cura” do interno, na qual que esta somente pode ser alcançada com a abstinência total das drogas, revelando-se enquanto propósito diametralmente oposto com o que prevê a PAIUAD. Apesar dessa disparidade, Silva (2016, p. 17) assinala que, nos dias atuais, as CTS são as instituições que oferecem maior quantitativo de leitos para internação, “tanto se considerado o número absoluto de vagas quanto se considerarmos o alcance da rede dentro do território nacional”.

Ante ao exposto, pontuamos que as instituições governamentais, ao realizarem a compra por leitos em comunidades terapêuticas, estão terceirizando a função de cuidar do usuário, deixando de investir recursos na ampliação dos serviços de saúde substitutivos que poderiam e deveriam ser implantados no território. Muitos municípios não estruturam serviços de saúde mental, estabelecendo convênios com comunidades terapêuticas para “tratar” destes usuários.

Na esteira desse pensamento, Pacheco e Scisleski (2013) apresentam uma contradição expressa num campo de tensionamento entre as CTs e os Serviços Substitutivos à internação. Tal contradição se materializa de forma que se de um lado é notório o apelo e o sensacionalismo por parte da mídia levantando a bandeira a favor do encaminhamento de pessoas que fazem uso de drogas às CTs – sobretudo por meio da internação compulsória –, por outro lado, ao refletir sobre os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica, percebe-se o surgimento de um modelo de internação que reproduz diversas práticas totalmente contraditórias à criação de serviços substitutivos de internação, que atuam mantendo a lógica manicomial por meio de dispositivos que impendem o transitar de indivíduos considerados como perigosos pela sociedade e que precisam imediatamente ser segregados, o que é o caso, então, dos sujeitos envolvidos no uso de drogas. Ou seja, muito se fala acerca de encaminhamento às CTs, e pouco se discute sobre a ausência de implementação de serviços substitutivos em quantidade suficiente para tratar efetivamente esses sujeitos.

Diante dessas contradições, Pitta (2011) defende a ideia de que o modelo das CTs apenas enclausura o problema, diante da inexistência de uma intervenção mais efetiva e eficaz por parte do Estado.

Impende pontuar, ainda, o estudo realizado por Leal, Santos e Jesus (2016), que revelou que no Estado do Espírito Santo (contexto em que se insere esta pesquisa) o tratamento de usuários de drogas tem sido realizado majoritariamente por meio do isolamento destes sujeitos em instituições privadas, a saber, as clínicas ou CTs, revelando uma marcante dissonância com as previsões defendidas pela Reforma Psiquiátrica.

Realçamos, também, o conjunto de dados e achados situados no documento intitulado “Nota Técnica Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras”, fruto de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA<sup>11</sup>) que foi solicitada pela SENAD no ano de 2014. Nesse documento consta que, em território brasileiro, existem 1963 CTs, das quais 42 destas estão localizadas no Estado do Espírito Santo (IPEA, 2017).

No que diz respeito as fontes de financiamento das quinhentas e dez CTs pesquisadas, 10% são financiadas pelo governo Municipal, 27,80% são financiadas pelo governo Estadual, e 24,10% são financiadas pelo governo Federal (IPEA, 2017).

Pouco mais de 50% da amostra respondeu a todas as questões sobre as fontes de financiamento. No que se refere ao financiamento público, é possível estimar que 8% das CTs que responderam a estas questões recebem financiamento dos governos federal, estadual e municipal, e que 56% recebem de, pelo menos, duas esferas de governo. Assim, observa-se uma sobreposição de financiamentos públicos, sendo a mais comum, a sobreposição de financiamentos municipais e estaduais (35%) (IPEA, 2017, p. 30).

De acordo com a pesquisa acima, as CTs brasileiras são sustentadas por um tripé, a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade, na qual constata-se que a espiritualidade e a laborterapia são os métodos mais utilizados por estas instituições, representando

---

<sup>11</sup> A pesquisa sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras foi desenvolvida por duas frentes de investigação: uma quantitativa, por meio de um *survey* junto a quinhentas CTs; e outra qualitativa, por meio de estudos etnográficos em dez unidades. O *survey* gerou informações representativas do universo destas entidades, enquanto o trabalho de campo etnográfico permitiu análises e interpretações sobre o cotidiano das CTs, suas rotinas e seus internos (IPEA, 2017, p. 11).

95%, 60% e 92,90%, respectivamente. Já sobre a disciplina não foi apresentado dado numérico sobre esta (IPEA, 2017).

Em face de todo o exposto, resta claro a premência por pesquisas que almejem conhecer sobre a abordagem oferecida por este serviço.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar como acontece a abordagem para usuários de drogas no interior das Comunidades Terapêuticas segundo perspectiva dos próprios egressos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 – Analisar o caminho que foi percorrido pelo egresso até chegar ao serviço oferecido pelas Comunidades Terapêuticas;
- 2 – Conhecer as motivações que levaram os egressos a buscarem a abordagem oferecida pelas Comunidades Terapêuticas;
- 3 – Avaliar como os sujeitos se encontram após a saída da internação;
- 4 – Analisar os dados coletados à luz das disposições apontadas na Lei nº 10.216/2001 e na Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas do Ministério da Saúde.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, considerando que esta pesquisa adotou como elemento de análise as perspectivas que os próprios egressos das CTs investigadas têm sobre a abordagem utilizada por estes serviços, ou seja, tomamos como objeto de análise aspectos subjetivos imbricados na experiência destes indivíduos.

Entendemos que a pesquisa qualitativa é capaz de dar respostas para questões peculiares. No campo das Ciências Sociais, este tipo de abordagem busca

[...] desvelar um nível de realidade que não é capaz de ser revelada por meio de representações numéricas, por isso trabalha com um universo de significados [...] que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 22).

A abordagem em pauta, não busca contar opiniões ou pessoas, mas sim, explorar os aspectos envolvidos nas diferentes relações, aspirações, motivações, opiniões, crenças, representações e percepções no que concerne ao assunto em questão, ou seja, os aspectos advindos da compreensão que os indivíduos possuem acerca da forma como vivem, constroem a si próprios, pensam, vivenciam e vislumbram suas experiências, especificamente aquela proveniente da internação em uma CT.

Nesse sentido, a opção pela pesquisa qualitativa foi a mais apropriada, pois visamos investigar grupos e segmentos bem delimitados e focalizados, almejando explorar as histórias sociais a partir das perspectivas dos sujeitos, buscando diferentes pontos de vista (MINAYO, 1994; 2013; GASKELL, 2002).

Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas face a face, baseadas em um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), contendo perguntas abertas. Tais perguntas funcionaram como “[...] um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir” (GASKELL, 2002, p. 71).

Realçamos que as entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado e obtidas por pouquíssimas perguntas são também denominadas por Gaskell (2002, p. 78) como entrevistas em profundidade, largamente utilizada na área das Ciências Sociais, sobretudo quando o objetivo da pesquisa é “explorar em profundidade o mundo da vida do indivíduo”.

Trata-se de um processo social baseado na interação e na conversação, no qual as palavras são o primordial meio de troca de ideias e de significados, que propicia a exploração e desenvolvimento de múltiplas realidades e percepções. “Deste modo, a entrevista é uma tarefa comum, uma partilha e uma negociação de realidades. Ela é uma conversação um a um, uma interação díade” (GASKELL, 2002, p. 72). Em face desta compreensão, torna-se oportuno dizer que é a partir desta interação díade, que o pesquisador é tomado por novas perspectivas ou pontos de vista acerca do seu objeto de análise, o que poderá possibilitar a desconstrução ou a modificação das perspectivas deste, no tocante ao seu próprio objeto de estudo (GASKELL, 2002).

Neste sentido, participaram desta interação, o quantitativo de dez sujeitos, todos homens, maiores de 18 anos, participantes de grupos autoajuda ligados à mesma rede de CTs, que representaram as perspectivas do conjunto de egressos destas instituições. Ressaltamos que a escolha por ter como sujeitos da pesquisa egressos das referidas CTs deu-se em virtude de estas comporem a maior rede de CTs do país, conforme assinala Galindo, Moura e Pimentel-Méllo (2017).

Os participantes são egressos da rede de CTs que, segundo informações disponibilizadas no site institucional, adota um programa de recuperação que possui duração de doze meses, fundamentado num tripé que engloba o trabalho, a espiritualidade e a convivência, visando aumentar a autoestima de seus usuários, resgatar a sua dignidade, e lhes oferecer um novo estilo de vida, por meio da vivência do evangelho. Com a conclusão do processo pedagógico, o usuário é considerado habilitado para receber alta da internação e assim retomar sóbrio para a sociedade. Nesta ocasião, lhe é apresentada a necessidade de participação no grupo de autoajuda mais próximo de onde reside para que possam manter sua sobriedade. Estes grupos de autoajuda acontecem uma vez por semana, com a proposta de oferecer alimento espiritual para os jovens que foram recuperados da dependência química nas CTs. Os grupos são dirigidos por coordenadores voluntários. Segundo as premissas expressas no site, trata-se de um espaço dedicado para o mergulho na espiritualidade, para o compartilhamento de vivências relacionadas ao evangelho, para o aconselhamento mútuo, para rezar o terço, para cantar e estimular o clima de família. Os participantes desta pesquisa foram abordados e convidados a participar da entrevista após a realização destes encontros de autoajuda.

Vale salientar que, antes da coleta dos dados, os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e seu objetivo e, na ocasião foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice B), na qual os membros que consentiram participar da pesquisa assinaram o TCLE.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para que pudessem ser submetidas a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Esta autora define essa metodologia de análise como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Tal modelo de análise compreende três fases imprescindíveis, a saber, a fase da pré-análise, a da exploração do material e a de tratamento dos resultados da pesquisa. A partir destas diretrizes propostas por Bardin (2011), a primeira fase, consistiu na transcrição na íntegra das entrevistas. Após isto, estas foram impressas e submetidas a diversas leituras, de forma a possibilitar maior aproximação do pesquisador com os dados ali situados.

Na segunda fase, foi realizada a seleção dos conteúdos das entrevistas que posteriormente seriam objeto de análise. Esta etapa se deu por meio do uso de um sistema de cores<sup>12</sup>, que permitiu a codificação dos conteúdos das entrevistas que tinham correlação com os objetivos *a priori* delimitados, viabilizando a adaptação dos conteúdos aos objetivos da pesquisa, e facilitando o processo de categorização dos resultados.

A partir disso, confeccionamos uma planilha no programa *Excel* 2007, na qual os conteúdos outrora selecionados foram recortados das entrevistas, classificados e agrupados em suas respectivas categorias, a fim de contribuir na interpretação dos conteúdos subjacentes relacionados aos discursos dos entrevistados. Por meio desta categorização foi possível eleger os seguintes eixos de análises: as motivações para

---

<sup>12</sup> Foram escolhidas quatro cores e cada cor representou um objetivo da pesquisa (rosa – objetivo geral; amarelo- objetivo específico um; verde- objetivo específico dois; e, laranja- objetivo específico três). Após esta escolha, os conteúdos referentes a cada objetivo foram selecionados, possibilitando assim, o posterior agrupamento de categorias de análises das entrevistas.

busca da abordagem oferecida pelas CTs; os caminhos percorridos: as experiências precedentes as CTs; a abordagem utilizada pelas CTs; a vida depois da internação; e, o previsto na Lei nº 10.216/2001 e na PAIUAD, e o vivido pelos egressos das CTs.

Já na terceira etapa, com base nos resultados obtidos e agrupados, buscamos interpretar e dar significados a estes, a luz dos marcos teóricos existentes que discutem a temática em questão. Para tanto, foi realizada a busca por artigos científicos, dissertações, teses e livros que retratassem acerca da abordagem oferecida pelas CTs. Buscou-se ainda, documentos oficiais, que abarcaram leis, decretos, resoluções, portarias e políticas direcionadas a problemática do uso de álcool e outras drogas. Os resultados oriundos desta análise serão apresentados na seção 5.

Por último, ressaltamos que esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, ficando registrada sob o número 86616218.4.0000.5065, recebendo posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – CEP/EMESCAM. Nesta direção, para cumprir com uma das diretrizes éticas que envolvem a pesquisa com os seres humanos (garantia de anonimato dos participantes), os sujeitos envolvidos nesta pesquisa, serão identificados com a letra ‘E’, seguida de números, conforme a sequência das entrevistas realizadas.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram entrevistados dez homens, com idade entre 29 a 71 anos, os quais passaram pela internação de forma voluntária nas CTs elencadas por eles. Nove destes cumpriram os doze meses de internação previstos na metodologia utilizada por estas instituições, e um se desligou quando completou seis meses de internação. Outro dado importante refere-se ao fato de que houve participantes com históricos de reinternações nas CTs, passando por esses serviços por diversas vezes para retomarem ao estado de sobriedade.

### 5.1 CAMINHOS PERCORRIDOS

#### 5.1.1 As motivações para busca da abordagem oferecida pelas Comunidades Terapêuticas

Discorreremos nesta categoria sobre as motivações que levaram os entrevistados desta pesquisa a buscarem a abordagem oferecida pelas CTs. Verificamos que as motivações que impulsionaram os entrevistados a buscarem o método ofertado pelas CTs, estavam intimamente associadas a fatores externos e internos aos sujeitos partícipes deste estudo.

No que se refere aos fatores que levaram os sujeitos a buscar as CTs, destacamos a participação da família, que assumiu um papel fundamental e em alguns casos, decisivos para a procura por estas instituições, uma vez que foi em virtude das pressões familiares que incidiram sobre os entrevistados, que a internação surgiu como uma condição para a manutenção dos laços familiares.

Busquei me tratar porque estava numa vida de muito sofrimento, da minha esposa principalmente, muito sofrimento para ela. Eu que estava causando, eu era a doença na vida dela. Teve um dia que eu saí e extrapolei, e minha esposa falou “Não tem jeito não, você tem que se tratar para continuar no meio da sua família, da nossa família”. Isso aí foi o que me deu mais impulso para ir, se ela não tivesse falado nada, de repente eu nem iria (ENTREVISTADO 6).

A partir do discurso acima, nota-se ao grau de influência que a família exerceu quanto à busca pelo serviço ofertado pelas CTs. Em muitos casos, o desejo pela internação não partiu do indivíduo, mas sim de pessoas que faziam parte do seu convívio, dele partiu apenas aceitação da condição em face da pressão familiar.

Este achado converge com os resultados da pesquisa desenvolvida por Seleglim *et al.* (2015), que apresentou a família como a principal motivadora para a busca pela internação por usuários de crack em CT, posto que muitas vezes, o ambiente familiar do usuário é marcado por violência, brigas e discussões que frequentemente se manifestam em função do uso de drogas.

Sobre isso, Pacheco e Scisleski (2013) reiteram que o contexto familiar do usuário de drogas é permeado por muitos problemas de ordem social, física, psicológica, financeira, e ainda legal. Estes, por sua vez, geram nos familiares profunda angústia e desespero, levando-os a recorrerem os serviços oferecidos por CTs mesmo sem qualquer conhecimento prévio do tipo de método que será ofertado ao usuário.

Destacamos ainda a pesquisa conduzida por Gomes *et al.* (2015), que analisaram as motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas, também constataram elevado grau de influência familiar na busca pela recuperação de usuários de drogas, visto que o destas substâncias acarreta o rompimento ou a fragilização dos vínculos familiares, e diante disso a internação emerge como instrumento para que estes vínculos sejam resgatados ou mantidos.

Sobre isso, Ferreira *et al.* (2015) elucidam que quando o sujeito ingressa nestes serviços apenas em função de influências externas, como por exemplo, a pressão de familiares, este enfrentará dificuldade de aderir ao método que lhe será ofertado, pois não irá se sentir propriamente motivado.

Já no que concerne aos fatores internos, tem-se o reconhecimento por partes dos sujeitos desta pesquisa, das consequências prejudiciais advindas do uso de drogas, compreendidas como capazes de levá-los a uma situação pior, e que por isso, foram destacadas como um fator preponderante para a procura pelas CTs.

As expressões “chegar ao abismo” e “estar no fundo do poço” foram empregadas pelos entrevistados para aludir a um modo de vida que estes estavam imersos, modo este marcado pela fragilização dos vínculos afetivos, pela vivência enquanto morador de rua, pela deterioração do patrimônio financeiro, pela criminalidade (roubo e prisão), pelo afastamento do mercado de trabalho e pela perda da dignidade e caráter.

Então eu cheguei ao abismo, tive vários problemas, tudo na minha vida desandou. Aí o dinheiro que eu fazia era para a minha bebida, para a minha farra, para a minha “gandaia”, foi aí que comecei a desandar. Separei da minha esposa, perdi o amor das minhas filhas, vendi tudo que eu tinha para sustentar o meu vício, fui detido, fui para rua. Um dia eu parei e vi que eu estava me afundando mais, depois disso e eu me dei à opção para procurar tratamento, para resgatar o amor das minhas filhas (ENTREVISTADO 2).

Quando você chega ao crack, você chega no fundo do poço. Eu cheguei nesse fundo do poço porque a minha doença, por eu ser um dependente químico, interferiu na minha vida, passei por diversas coisas. Eu tinha um relacionamento de oito anos, e muitas vezes eu trocava a minha mulher pela droga, aí eu vi que talvez para eu tentar salvar o meu relacionamento, talvez uma internação fosse o mais correto, porque eu precisava de um lugar fechado, onde eu não tivesse acesso à droga, e até então eu nunca tinha achado esse lugar (ENTREVISTADO 3).

Nos últimos dois anos eu dilacerei muito o meu patrimônio familiar, financeiro, eu tinha um emprego, perdi muita coisa na vida. E nesse decorrer desses dois anos, meu casamento foi se acabando, minha dignidade, meu caráter, tudo foi se acabando pelo consumo da droga. E até chegar a um ponto, de eu buscar uma ajuda. Eu precisava me recuperar, assim, foi uma coisa minha, pessoal, que eu precisava. A vontade para me internar partiu de mim, não foi da minha esposa, não foi de ninguém, eu que busquei uma ajuda mesmo porque eu estava em um estado realmente de rua, uma das piores coisas que se pode imaginar é o estado de rua, está no fundo do poço. Eu roubava as pessoas para conseguir drogas. Tudo se transformava em droga, não era em dinheiro, era em cocaína, era crack (ENTREVISTADO 5).

A partir destas falas, ressaltamos que muito embora a busca pelas CTs por estes indivíduos tenha se dado em decorrência da motivação pessoal dos entrevistados tendo, portanto, uma origem interna, verificamos que esta motivação também esteve entrelaçada com fatores externos, como por exemplo, a necessidade de se submeter a internação para reconstruir os vínculos familiares, se fazendo necessário, portanto, um ambiente fechado que inviabilizasse o acesso do sujeito às drogas.

Sobre isso, Almeida *et al.* (2018) indicam ser comum o desejo dos usuários de drogas por um contexto fechado capaz de os apartarem das drogas, visto que muitos desejam alcançar a abstinência, mas em virtude do fácil acesso as substâncias que circundam seu núcleo social, não conseguem manter-se abstinentes, e por esta razão optam por serviços que ofertam uma abordagem em locais que os mantenha distante do uso de drogas, como é o caso das CTs.

Chamamos atenção ainda para a pesquisa de Eckhardt e Raupp (2017), que com o intento de mapear os itinerários terapêuticos de usuários de drogas na Região Sul do Brasil, identificaram ser comum entre usuários a necessidade de motivações externas para que possam perceber a necessidade de procurarem ajuda.

Os achados desta pesquisa também se mostram consonantes com o estudo de Melo (2016), que assinala que a internação de usuários de drogas em CTs se dá em fases bem específicas de suas vidas, permeadas por situações de vulnerabilidade não são somente físicas, mas também morais, tais como a situação de rua, debilidade física e o rompimento de vínculos familiares. Estas situações os levam a compreensão de que estão no fundo poço em virtude do uso problemático de drogas. Ante a este panorama vivido por estes usuários, o desejo pela internação em CT é desencadeado, por ser vista como a solução para mudança do quadro de consequências emergentes pelo uso de drogas.

A ideia de Medeiros (2014) vai de encontro com os autores acima, na qual aponta que usualmente o indivíduo se sente motivado a buscar ajuda quando passa a considerar o uso de drogas como um problema, que desencadeia efeitos nefastos nas esferas sociais, afetivas, físicas, laborais e emocionais de sua vida, acarretando desconforto, sofrimento, sentimento de baixa autoestima, não somente para si, mas também para todos aqueles que o cerca. Diante disto, o sujeito visualiza a internação como um amparo para “livrar-se” destes sintomas que geram incômodos, e não da droga que utiliza.

O estudo de Seleglim *et al.* (2015) vem reforçar que a percepção dos usuários de drogas sobre as consequências do uso de destas substâncias é demasiadamente um dos primeiros eventos que os motivam a cessarem com o uso de drogas, e a procurarem as CTs.

Destarte, Ruiz e Marques (2015) e Almeida *et al.* (2018) advertem que a voluntariedade e o desejo pessoal do usuário para o tratamento são fatores que contribuem para que a abordagem que será proposta seja exitosa, dado que o sucesso na terapêutica proposta depende fundamentalmente do querer de cada usuário, uma vez que nos casos em que a internação acontece contra a vontade do mesmo, constata-se altas taxas de reincidências ao uso, que contribuem para que se instaure um círculo vicioso de internações.

#### 5.1.1.1 As experiências precedentes as Comunidades Terapêuticas

Neste eixo de discussão, analisamos os caminhos trilhados pelos egressos entrevistados até chegar ao serviço oferecido pelas CTs.

Para tanto, torna-se pertinente dialogar com Eckhardt e Raupp (2017), que compreendem a análise da trajetória percorrida por usuários de álcool e outras drogas na busca por ajuda para livrar-se da droga, enquanto estratégia indispensável, sobretudo, para o campo das políticas públicas de saúde, posto que esta é capaz de proporcionar o conhecimento e o mapeamento dos serviços que ofertam metodologias de atenção para este público.

Na concepção destas autoras, quando o indivíduo a ter compreensão das consequências advindas do seu padrão de uso de drogas e, por conseguinte, decide buscar ajuda para cessar com o vício, este encontra dificuldades para escolher ou ser encaminhado para o tipo de atenção mais apropriada às suas necessidades e escolhas peculiares. Tal fato decorre, especialmente, da escassez de vagas na rede pública, que, restringe as opções de escolhas do usuário, levando-o a recorrer ao serviço que lhe é mais acessível (ECKHARDT; RAUPP, 2017).

Nesta pesquisa, percebemos que antes de ingressarem nas CTs os participantes transitaram pelos dispositivos CAPSad; por clínicas de reabilitação; e ainda, pelos grupos de autoajuda ligados às CTs estudadas. Destacamos que os serviços oferecidos pelo CAPSad e pelas clínicas foram, respectivamente, os menos procurados pelos egressos entrevistados. Em contrapartida verificamos a preponderância dos grupos de autoajuda como o primeiro recurso mais procurado pelos entrevistados, e como o responsável pelos encaminhamentos destes para as CTs.

À luz destas, torna-se pertinente dar visibilidade aos resultados da pesquisa desenvolvida por Marques e Mângia (2013), Eckhardt e Raupp (2017), que verificaram que quando o usuário de drogas decide realizar o tratamento para dependência química, percorre vários caminhos distintos e de forma simultânea recorre a diferentes serviços, tais como: CAPSad; Hospitais Gerais, clínicas particulares, e diversas

modalidades de grupos voltados a dependentes químicos, na qual o dispositivo CAPs comumente é o primeiro serviço procurado (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

Diante disto, nota-se que os resultados apresentados nesta categoria, mostram-se em dissonância com os achados das pesquisas desenvolvidas pelos autores acima citados, considerando que os indivíduos entrevistados, não relataram ter transitado por diferentes serviços em um mesmo período, e apontaram para os grupos de autoajuda como o serviço inicial mais procurado.

#### *5.1.1.1.1 As experiências no tratamento oferecido pelo CAPSad Álcool e Drogas*

No tocante as vivências no dispositivo CAPSad, os entrevistados relataram que o tratamento neste serviço se dava por meio do uso de medicamentos, na qual a abstinência total do uso de drogas não era uma obrigatoriedade na terapêutica.

As falas abaixo, sugerem a não adesão dos entrevistados ao tratamento oferecido pelo CAPSad, e exprime o posicionamento contrário dos participantes da pesquisa, a lógica de cuidado predominante neste espaço, a saber, a Redução de Danos. Nota-se que, muito embora estes não tenham feito menção de forma clara a esta política, seus enunciados trazem uma das estratégias propostas por esta política, quando relatam o incentivo concedido pela profissional do serviço para a substituição de drogas mais “danosas” por outras menos “danosas”. Contudo, os egressos pesquisados, mostraram-se contrários a esta abordagem, por conceberem que a reabilitação da dependência química, necessariamente implica na abstinência total de todos os tipos de drogas.

Antes, eu tinha começado a fazer um tratamento no órgão da prefeitura para tratar pessoas como eu (CAPSad), com remédio e tudo. Não era remédio para ficar lesado não, era justamente para ficar atento para as coisas. Mas era outra coisa, eu estava mentindo para eles e mentindo para mim. Eu voltava para casa e no caminho tomava duas, três cervejas, foi quando falei que não ia fazer mais, não estava adiantando de nada. Mas eu que estava fazendo a coisa não adiantar, fiquei pouco tempo frequentando (ENTREVISTA 6).

Passei pelo CAPS, fazendo um tratamento com três remédios. Lá a Psicóloga falava que eu não precisava parar de usar de uma vez, todas as drogas que eu usava, ela dizia: “para você parar de fumar maconha, não precisa parar de fumar cigarro agora, você tem que ir fumando cigarro aos poucos”. Assim, eu entendo o lado dela, da psiquiatria, mas eu penso assim hoje, quando eu parava de fumar maconha, eu passava para cocaína, quando eu parava com a cocaína, passava para a bebida, quando saía da bebida, ia para cigarro. Eu não conseguia ficar sem uma das quatro drogas que eu usava durante muitos meses, ficava no máximo dois, três meses. Então eu acho assim, se você quer realmente parar, você tem que parar com tudo de vez, não sei se é isso. Só sei que o CAPS foi me maquiando, e por isso eu não continuei indo (ENTREVISTADO 9).

Nesta sequência, Ferreira *et al.* (2015) baseados no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), remete a definição do termo ‘adesão’ como o nível em que o comportamento de um indivíduo (tomar uma medicação prescrita pelo médico, seguir as orientações nutricionais e/ou ainda promover alterações no estilo de vida) está em consonância com as recomendações combinadas com o profissional de saúde.

Voltando-nos, especificamente, para a falta de adesão de usuários ao tratamento oferecido pelo dispositivo CAPSad, está intimamente associada ao sucesso da terapêutica proposta, a redução de doenças e agravos, a diminuição dos sinais e sintomas, a remissão do transtorno, a prevenção de lapsos de recaídas (interrupção da abstinência) e a reinserção social. Para estes autores, é consenso na literatura a prevalência do baixo índice de adesão no tratamento, por dependentes químicos, posto que muitos iniciam o tratamento, mas poucos conseguem dar continuidade. Tal constatação decorre do fato de que, após dar início ao tratamento, a manutenção deste torna-se um processo difícil de alcançar, visto que conforme os usuários vão vivenciando certas dificuldades, como o lapso e a recaída, poucos conseguem manterem-se abstinentes e aderir ao tratamento. Acrescido a isso, muitos usuários do CAPSad possuem a equivocada compreensão de que apenas o uso das medicações é suficiente para possibilitar sua reabilitação, e por isso acabam por não aderir todas atividades que são propostas pelo tratamento (FERREIRA *et al.*, 2015).

No CAPSad os medicamentos psicotrópicos são prescritos pelos médicos com vistas a oferecer ao usuário um suporte ao longo dos períodos difíceis que ocorrem no decorrer do tratamento, os quais desencadeiam uma multiplicidade de sentimentos, como por exemplo, medo e ansiedade (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

Carvalho e Dimenstein (2017) destacam ser comum entre os usuários destes serviços, a ocorrência de inúmeras recaídas ao uso de drogas e ainda de constantes abandonos durante o tratamento, o que por sua vez justifica a adoção de estratégias de atenção capazes de reduzir os danos sociais e a saúde provenientes do uso problemático de drogas, já que apenas uma pequena parcela da população assistida alcança a abstinência.

A Redução de Danos constitui-se enquanto diretriz para o desenvolvimento de todas as atividades desenvolvidas neste dispositivo de saúde. Esta política não possui ênfase na aprovação ou não do uso de drogas, visto que as suas ações não estão alicerçadas em questões morais. Contrapondo-se a estas questões, nessa o indivíduo usuário de substâncias seja ela lícita ou ilícita é concebido como um ser humano que deve ter os seus direitos respeitados e, sobretudo a sua decisão pela manutenção do consumo de drogas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

A política de Redução de Danos mostra-se como estratégia exitosa na prevenção tratamento e redução dos agravos gerados pelo uso de drogas, posto que contribui para melhoria das condições de vida, saúde e sobrevivência dos usuários de álcool e outras drogas, mantendo-os inseridos na rede de atenção à saúde e de assistência social, reduzindo os processos de marginalização comumente vivenciados por estes, oferecendo oportunidades de inclusão social, e as condições para repensarem acerca das relações que estabelecem com o uso de drogas, e assim vislumbrar a existência de novos horizontes possíveis, para que estas relações sejam modificadas (GOMES; VECCHIA, 2018).

Cumprir pontuar que, conforme aponta Silva (2018), no CAPSad a abstinência não é o foco majoritário da proposta de atenção, mas se for desejada pelo usuário, esta possível de ser alcançada, por meio do estímulo do desenvolvimento de um processo de autoconhecimento, incentivado por profissionais que dispõem de uma escuta qualificada, e destituída de dogmas e preconceitos.

Lopes e Gonçalves (2018) por sua vez assinalam que a Redução de Danos corresponde a uma política relativamente incipiente no âmbito das políticas públicas, e que por ser assim, ainda é predominante a concepção de que esta incentiva a manutenção do uso e da dependência de drogas, por não ter a abstinência como meta

à ser alcançado pelo usuário. Esta errônea compreensão transita pelo imaginário social, sob influência dos discursos disseminados pelos meios de comunicação, pela justiça, e por iniciativas religiosas como, por exemplo, as CTs, que colocam a abstinência total do uso de drogas como critério para ingresso e permanência nos serviços oferecidos por elas. Deste modo, sugerimos que a percepção que os entrevistados revelaram sobre a Redução de Danos, pode ter tido como plano de fundo tais discursos.

Sobre isso, Gomes *et al.* (2015) apontam que muitos usuários do CAPSad desejam livrar-se totalmente do uso de drogas. Entretanto, indivíduos que já vivenciaram experiências em outras modalidades de tratamento das quais impõem a abstinência total como exigência, veem estas como ineficazes, e apostam o CAPSad como caminho capaz de propiciar a sua reabilitação de forma gradativa, ao ter como diretriz de cuidado a Redução de Danos.

Cumpramos realçar, ainda, a pesquisa de Carvalho, Liotti e Lenzi (2015), que ao buscar compreender como se dá o processo de tratamento a partir da ótica de usuários do CAPSad e dos Alcoólicos Anônimos (AA), verificou ser a Redução de Danos ferramenta de motivação para usuários do CAPSad, em razão de não impor a abstinência total do uso de drogas, vista por muitos usuários como inalcançável e não desejável. Estes autores ainda destacam que as principais dificuldades vivenciadas pelos usuários destes serviços em seu processo de recuperação estão atreladas aos seus estados emocionais negativos experienciados, dos quais são permeados por sentimentos que geram desconforto, tais como sentimento de raiva, frustração, depressão, ansiedade e tédio. Soma-se a estes sentimentos, o sofrimento causado pelo preconceito, estigmatização, segregação e marginalização que sofrem estes usuários.

Ressalta-se ainda que, de forma diametralmente oposta à concepção dos sujeitos desta pesquisa, os estudos de Carvalho e Dimenstein (2017) verificaram receptividade à Redução de Danos por usuários de drogas de um CAPSad no enfrentamento das dificuldades e riscos advindos do uso abusivo de drogas, na qual estes destacaram os efeitos positivos dessa proposta de atenção, sobretudo no que tange a adesão ao tratamento e recaídas, percebida pelos entrevistados como uma vivência inevitável,

entretanto, dado que o objetivo do tratamento visa a Redução de Danos e não a abstinência, a recidiva não é percebida como tão trágica.

Sobre a permanência no tratamento oferecido pelo CAPSad, Monteiro *et al.* (2011), a partir da análise documental de 227 prontuários de usuários de um CAPSad da região sul do município de Teresina- PI, verificou que 129 destes, ou seja 56,8% interromperam o tratamento, e 98 permaneceram por mais de três meses no tratamento, representando 43,1% da amostra.

Já no que tange aos serviços que possuem a abstinência total do uso de drogas como meta, como é o caso das CTs, verifica-se que a taxa de evasão da internação gira em média de 70 % (SOUZA; NUNES; SANTOS, 2018).

Diante dos números acima apresentados, constata-se que a taxa de abandono no serviço que exige a abstinência total (a CT), mostra-se superior quando comparada com a porcentagem de evasão no tratamento orientado pela Redução de Danos e que, portanto, não exige a abstinência total (o CAPSad).

Torna-se necessário sublinhar que de acordo com Gomes e Vecchia (2018), existe uma lacuna na literatura por avaliações científicas capazes de mensurar os resultados, abrangência e eficácia das ações desenvolvidas pela política de Redução de Danos. Mas, contudo, é inegável que esta se mostra como menos custosa e mais eficiente na abordagem aos usuários de álcool e outras drogas, se comparada com as abordagens tradicionais.

Na esteira desta discussão é preciso elencar ainda que por vezes os usuários do CAPSad desqualificam a proposta de tratamento do CAPSad porque são conduzidos socialmente a perceberem de forma dogmática a abstinência total e a reclusão como a única saída para romper com a drogadição.

Ademais, torna-se imprescindível elencar que, em 2003, por meio da publicação da PAIUAD, o Ministério da Saúde já havia apontado para a efetividade das ações norteadas pela lógica da Redução de Danos, como a principal estratégia para promover a defesa da vida por meio da minimização dos agravos advindos do uso de drogas (que se constitui como objetivo crucial), e não a abstinência, por entender que

o cuidado ao usuário, inevitavelmente, implica em lidar com as peculiaridades de cada um, e com as diversas possibilidades e escolhas que são feitas por estes sujeitos (BRASIL, 2003).

#### 5.1.1.1.2 *As experiências no tratamento oferecido por clínicas de reabilitação*

Já sobre as experiências nas clínicas de reabilitação, os entrevistados descreveram estas como um local fechado, que impossibilita o acesso ao mundo externo, isso por intermédio de cerca elétrica. Pontua-se que nestas a droga era acessível ao interno, mesmo que de forma velada.

Fiz o teste lá e não gostei, porque tinha cerca elétrica e eu não sou bandido (ENTREVISTA 2).

As internações na clínica, não resolvia nada. Eu mesmo dentro da clínica, o pessoal ia sair na rua para comprar cigarro para mim, e eu mandava trazer uma garrafinha de cachaça para mim, escondido, e trazia para dentro a clínica (ENTREVISTA 4).

As clínicas de reabilitação, muito embora tenham a mesma finalidade das CTs e por isso são confundidas com estas instituições, estas se diferem desta última, por serem direcionadas para um público que detém maior poder aquisitivo, por utilizarem terapêuticas entendidas como científicas, e por disporem de recursos próprios do campo da medicina e da psicologia, tais como medicamentos e terapias (MONTEIRO, 2012).

Na perspectiva de Ferreira *et al.* (2012), a finalidade do tratamento nas clínicas de reabilitação é desintoxicação do usuário, visto que todo tratamento é orientado para a manutenção da abstinência. Para tanto, é necessário que o indivíduo seja afastado do seu convívio social, para que assim possa aderir ao tratamento, usualmente percebido por seus usuários como um desafio, e que por ser assim possui índices elevados de abandono.

Holanda (2016) problematiza a abordagem utilizada por estas clínicas, discutindo que nestas instituições, predomina-se a perspectiva carcerária e opressora, por este motivo emprega-se o uso de mecanismos utilizados pelo sistema prisional, pois se entende que os indivíduos que ali estão são perigosos e imprevisíveis, e que por serem assim precisam ser presos. Contudo, mesmo operando a partir deste prisma,

é predominante até mesmo entre profissionais da saúde pública, a ideia de que o tratamento oferecido por este serviço de internação fechado e de longa permanência é a única estratégia para tratar de usuários de álcool e outras drogas. A preponderância desta concepção está demasiadamente atrelada às teses difundidas, sobretudo pelos meios midiáticos, que exprimem interpretações e crenças de que a internação destes indivíduos é indispensável para possibilitar a sua reorganização ou “recuperação”, e é neste discurso que estas clínicas de reabilitação se ancoram.

#### *5.1.1.1.3 As experiências nos grupos de autoajuda*

Após análise de conteúdo das falas abaixo, das quais retratam esta categoria, tornou-se possível perceber a atuação dos grupos de autoajuda enquanto a principal via de acesso do indivíduo ao serviço oferecido pelas CTs citadas pelos egressos. Estes dados revelam que estes grupos, além de oferecer suporte para o egresso após a alta da internação, também atuam como dispositivo gerador da internação de usuários de drogas nas CTs, visto que os entrevistados relataram que ao buscarem ajuda pela internet e ajuda de amigos, foram conduzidos à participação nos grupos, e ao ingressarem nestes foram encaminhados para a internação nas CTs investigadas.

Procurei na internet, uma casa de recuperação. Quando eu digitei no Google “casa de recuperação” conheci a comunidade [...]. Então na mesma hora eu mandei um e-mail para a comunidade contando a minha história, que eu precisava de recuperação, precisava de uma ajuda e com coisa de 10 minutos, eles me responderam. Nesse momento eu estava em drogadição na minha casa, e eles me responderam “olha, procura o grupo tal, endereço tal, telefone da pessoa que é responsável, vai à reunião tal dia”. Eu vim na reunião quarta-feira, vim usando droga, porque eu já não conseguia parar, mas, mesmo assim, eu vim. Então foi a porta aberta no escuro, foi quando eu vi a comunidade pela internet e fui para grupo, e depois fui parar na comunidade (ENTREVISTADO 5).

Meu amigo me levou no grupo, fui a umas duas, três reuniões, e escrevi minha carta para ir para a comunidade, e fui para lá. Tem que escrever uma carta para ir (ENTREVISTADO 10).

Em face do exposto, verificamos que no estudo aqui delineado, a porta de entrada para as CTs não foram os CAPS (conforme previsto no Artigo 6º, inciso IV da Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS e incluiu as CTs como um dos pontos de atenção), mas sim os grupos de autoajuda (BRASIL, 2011d).

Os achados desta pesquisa evidenciam ainda que a internação foi adotada por grande parte dos entrevistados como primeiro recurso para o tratamento da drogadição, e não

como o último, diante da insuficiência de todos os recursos extra-hospitalares, já que o Artigo 4<sup>a</sup> da Lei 10.216/2011 admite a internação como via possível de cuidado, desde que os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes (BRASIL, 2001a).

Ademais, visto que os grupos de autoajuda são compostos também por pessoas que passaram pela internação nas CTs citadas pelos entrevistados, acreditamos que as experiências compartilhadas por estes egressos, tenham exercido elevado grau de influência quanto a decisão pela internação entre os entrevistados.

Aqui, o seu testemunho de vida é importante para mostrar para as pessoas que estão passando por aquela situação, para as famílias que estão destruídas. Mostrar que é possível a mudança (ENTREVISTADO 1).

Neste sentido, Galvez *et al.* (2010) destacam que a atuação destes grupos transcende o auxílio da manutenção da abstinência após alta das CTs, visto que também visa preparar os indivíduos que os frequentam, para o processo de internação. Tais autores apontam para a existência de casos em que os participantes destes, somente por meio das reuniões, conseguem alcançar e manter a sobriedade, dispensando a internação como possibilidade de intervenção.

Rigotto e Gomes (2002) reconhecem que os grupos de autoajuda são núcleos apropriados para inserção de usuários de drogas, visto serem um contexto ideal para que os problemas relacionados à abstinência sejam abordados, com vistas a propiciar novos mecanismos de enfrentamento aos seus membros e novas possibilidades existência, por meio das experiências que ali são compartilhadas.

Silva, Borrego e Figlie (2011) também comentam sobre importância da formação de grupos na modalidade aqui discutida, pois compreendem que muitas vezes, quando o sujeito deseja cessar com um uso de drogas, este não encontra em sua rede social, os recursos necessários que o auxiliem neste processo, sentindo-se solitário e isolado, podendo, portanto, encontrar no grupo os meios dos quais necessita para enfrentar suas questões pessoais.

Já a pesquisa conduzida por Silva, Guimarães e Salles (2014) ratifica que esta modalidade de grupo é capaz de oferecer ao usuário de drogas apoio emocional, informação, orientação, alívio dos sentimentos de solidão, diminuição do isolamento

social, partilha de experiências e sentimentos e evocar uma atitude reflexiva nos integrantes.

Barbosa, Silva e Neto (2018) por sua vez acrescentam que estes grupos viabilizam ao usuário novas experiências, que são capazes de modificar seus comportamentos e percepções e atuar como fonte de motivação para o tratamento.

Cabe ressaltar que os grupos de autoajuda muito embora não sejam oficialmente parte da rede de atenção, por não terem sido estruturados pelo Estado, mas sim pela sociedade civil, possuem grande abrangência e importância para o campo da drogadição, dado o seu potencial para viabilizar apoio, acolhimento, respeito, troca de experiências, e encorajamento para o processo de reabilitação de indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas (LIMA; BRAGA, 2012).

## 5.2 A ABORDAGEM UTILIZADA PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Essa categoria visa apresentar as percepções demonstradas pelos entrevistados quanto ao objetivo da abordagem proposta pelas CTs descritas pelos egressos.

Ao serem inquiridos sobre a abordagem a eles direcionada, estes demonstraram que a internação nas CTs visava algo distante da perspectiva de “tratamento”, pois nestes locais o objetivo não é tratar a dependência química, mas sim reeducar seus usuários, o que implica numa mudança de vida, de hábitos e sentimentos, na qual todas as atividades propostas nas CTs têm como objetivo final esta reeducação.

O intuito da comunidade não é curar de drogas, O que ela te oferece, o que ela quer para você uma vida nova. O que é o princípio da comunidade é viver uma vida nova. Por que droga ela não entra, então você não vai usar, mas o que você precisa entender é que lá você vai precisar viver uma vida nova. Uma mudança de vida, de hábitos, de costumes, de acabar com o seu egoísmo, de suprir o egoísmo que você tem dentro de você, sua arrogância, sua prepotência, que são drogas muito maiores do que as drogas de cocaína, crack. O que a gente não faz aqui fora é o que fazemos lá dentro, tem que reaprender. É uma reeducação, isso é vida nova, é mudança de hábito, de costume, pegar na mão igual criança e começar tudo de novo. É assim que tem que ser (ENTREVISTADO 5)

Na comunidade eles trabalham com um processo de reeducação, então todas as atividades são para isso (ENTREVISTADO 7).

Lá não é para parar de usar droga, mas para mudar de vida, mudar seus hábitos (ENTREVISTADO 10).

Esta percepção revelada pelos sujeitos partícipes deste estudo fica patente nos estudos de Sabino e Cazenave (2005), Fracasso (2011), Damas (2013), Fossi e Guaresh (2015), Carvalho e Dimenstein (2017) que citam que os métodos das CTs visam à modificação do estilo de vida, da personalidade, do caráter, e dos valores dos internos. Para tanto, os usuários são incentivados para transformar sua maneira de agir, pensar e sentir (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016).

Nessa lógica, necessário se faz destacar o resultado da pesquisa de Raupp e Sapiro (2008) que ao analisar como ocorre a abordagem ofertada por uma CT, apurou que esta não era orientada apenas para conduzir o residente a abstinência de drogas, mas que transcendia este objetivo, ao adotar a reeducação e a transformação de seus usuários, como método de intervenção.

Em consonância com Raupp e Sapiro (2008), as autoras Pacheco e Scisleski (2013) também advertem que a abordagem nas CTs vai além da proposta de abstinência, ao ditar a necessidade de uma reforma subjetiva de seus internos.

Sobre isso, Natalino (2018) aponta que a finalidade última das CTs é de inculcar no usuário, uma nova identidade, produzindo novos sujeitos que correspondam ao modelo moral preestabelecido por estes serviços, ou seja, o de indivíduos disciplinados, produtivos e tementes a Deus. Para tanto, o caminho para essa nova vida é o mesmo para todos os internos: renunciar ao mundo externo, ou seja, renunciar à vida pregressa em sua totalidade, e adotar as ideologias que ali são preconizadas. Espera-se com isto administrar a reinvenção do **eu** do interno, o que restringe o seu leque de possibilidades de reconstrução de vínculos com a sociedade civil e fortalece ainda mais a sua dependência ao universo moral e disciplinar fomentado por estes serviços.

Santos (2018, 2016) elenca que a proposta da reeducação em CTs é sustentada pela percepção que estes serviços possuem acerca do usuário de drogas. Nestes programas estes indivíduos são concebidos como alguém sem controle de seus impulsos, incapaz de postergar suas satisfações e que visualizam a realidade de forma disfuncional. Tais usuários são reconhecidos como doentes e moralmente fracos, e a dependência química vista como persistente e incurável. Nestas, admite-se que os estilos de vida dos sujeitos, não são condizentes com os códigos de normas

morais e sociais que regem a vida em sociedade, visto que ao se envolverem com o uso de drogas, estes usuários geram conflitos familiares, tornam-se manipuladores, irresponsáveis, alienados de suas razões e vontades e muitas vezes criminosos por se envolverem em roubos. Em face desta leitura, a necessidade de reeducá-los e reformá-los moralmente é urgente, para que sejam devolvidos para a sociedade com uma nova identidade, forjada a partir do código moral que orienta estes serviços.

Ademais, os usuários de álcool e outras drogas são compreendidos por estes serviços a partir de uma ótica moral que trata o uso de drogas de forma descolada do contexto social em que o sujeito vive, atribuindo à dependência química uma conotação de pecado ou de doença incurável, ou seja, como um problema peculiar ao sujeito e que, por ser assim, só pode ser vencido por ele mesmo (LOECK, 2018).

Todo o exposto acima suscita em nós o seguinte questionamento: Quais subjetividades são produzidas por esta reeducação nas CTs?

Neste contexto, cabe destacar que Assis, Barreiros e Conceição (2013) descrevem que os serviços voltados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas, que entendem ser necessária a mudança e transformação de seus indivíduos para devolvê-los o estado de saúde perdido em virtude pelo uso de drogas, estado este, necessário para voltar a viver em sociedade, constitui-se enquanto prática de anulação dos sujeitos desejantes, que bloqueia o processo de construção de subjetividades livres e autônomas.

Ribeiro e Minayo (2015) assinalam que a metodologia utilizada pelas CTs propõe a reabilitação e recuperação de usuários de drogas para a vida em sociedade, ou seja, para viver conforme os modos de vida padronizados pelo meio social do interno. Nestas instituições, o problema da dependência química é visto sob um prisma estritamente individual, por isso, prevalece a ideia de que os usuários precisam ser transformados e reeducados.

Raupp e Sapiro (2008) discorrem que nas CTs a subjetividade de cada interno não é reconhecida e valorizada, posto que todos devam adaptar-se às verdades que ali são preestabelecidas, e assim são moldados pelas premissas da instituição.

Deste modo, as discussões propostas pelos pesquisadores acima nos conduzem a ideia de que a reeducação nas CTs objetiva exclusivamente forjar novas subjetividades padronizadas para corresponderem às exigências legitimadas pela sociedade, revelando-se enquanto artifício para promover a despersonalização do sujeito, anular sua subjetividade, singularidades e desejos. Verifica-se ainda ser esta, uma abordagem culpabilizante por tratar a questão do uso de drogas sob a ótica individual, desconsiderando, assim, os aspectos históricos, sociais, políticos e econômicos inerentes a esta problemática.

Ante ao exposto, corroboramos com Medeiros (2014) quando aponta que o uso de drogas não pode ser analisado de maneira descolada da conjura sociocultural em que o indivíduo está inserido, pois é neste ambiente que o sujeito consegue desenvolver as potencialidades para conduzir a sua vida, e assim construir seus próprios territórios existenciais. Assim, sugerimos que esta proposta pode estar longe de atuar como recurso capaz de aumentar a autoestima do usuário, podendo as CTs estudadas estar fracassando neste objetivo.

Ademais, suscitamos que, ao ter a reeducação dos residentes como objetivo da abordagem, estas CTs podem estar se distanciando do real objetivo a qual se propõe estes serviços: possibilitar a reabilitação física e psicológica, e ainda a reinserção social do interno numa perspectiva de reconstrução de vínculos familiares, de trabalho e social, isso por meio da adoção de recursos capazes de ampliar a autonomia do sujeito, resgatar sua autoestima e potencializar o desenvolvimento de habilidades necessárias para o retorno a sociedade (SOUZA *et al.*, 2016).

### **5.2.1 As privações vivenciadas nas Comunidades Terapêuticas**

Nesta categoria desejamos lançar luz sobre a percepção evidenciada pelos entrevistados sobre as CTs. Com este intento, verificamos, a partir das falas dos sujeitos desta pesquisa, ser predominante a percepção das CTs como espaço de privação de liberdade, dos meios de comunicação e do convívio social, até mesmo com familiares (já que as visitas são parcas), ficando patente que objetivo é promover a total segregação e isolamento do interno com mundo externo, e não apenas a ruptura deste com a substância que o levou a ingressar no serviço.

Os sujeitos desta pesquisa evidenciam que estas privações vivenciadas nas CTs ao longo do processo de internação que possui duração de doze meses, muito se aproximam daquelas que ocorrem nas prisões, por isso, constitui-se como uma realidade chocante para qualquer pessoa que ali passa. Ademais, estas vivências de confinamento, além de serem apontadas como geradora do sentimento de saudade da família, também foi anunciada como experiência que resulta em estresse emocional e psicológico.

Lá você fica internado. Igual, eu nunca estive internado, e de repente você se vê preso, fora de casa. Não é uma cadeia, mas você fica privado de várias coisas. Televisão, rádio você não tem, celular não pode usar, sua família fica longe (ENTREVISTADO 3).

Na comunidade, a gente tem que ficar três meses sem ver a nossa família. E ficar esses três meses longe da família é um choque. O tratamento todo é um choque. É uma realidade que choca qualquer um. É um choque você se ver privado de tudo, praia, televisão, tudo (ENTREVISTADO 5).

Lá é um espaço onde a gente fica preso, confinado em um lugar. Essa situação de confinamento me deixou estressado psicologicamente e emocionalmente, cheguei ao meu limite e quando completei seis meses sai. Tipo assim, eu não consigo ficar preso em um lugar. E também eu sentia saudades da minha família, porque ficamos afastados de familiares, porque só pode ter visita, quando completa três meses, e aí a nossa família vai uma vez por mês só (ENTREVISTADO 7).

Posto isto, importa elencar que, muito embora existam os discursos propagados pelos defensores das CTs de que os serviços oferecidos por estes espaços, não podem ser comparados com os arcaicos manicômios, uma vez que a condição para o ingresso nestas instituições é a voluntariedade por parte do usuário para se submeter ao método que será utilizado pelo serviço, na qual não é imposta a obrigatoriedade de permanência, mesmo que concebam que o sujeito só se torna apto para retornar a sociedade somente após o término dos doze meses do processo pedagógico imposto, os extratos das entrevistas acima delimitados, nos oferecem sustentação para analisarmos as CTs como um local de privação de liberdade, como um espaço fechado que reedita o sistema de isolamento, segregação, sequestro e confinamento predominante nos antigos manicômios e leprosários.

Esta análise se mostra consonante com as pesquisas de Pacheco e Scisleski (2013), Fossi e Guareschi (2015), Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), Ribeiro e Minayo (2015), Ferrazza *et al.* (2017), Galindo, Moura, Pimentél-Méllo (2017), e ainda com o apresentado no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas- 2017,

que constatou ser frequente nas CTs práticas de privação de liberdade que violam o direito de ir e vir do usuário, que colocam proibições quanto ao uso dos meios de comunicação, e distanciam os internos de seus familiares (CFP, 2018).

Este direito de ir e vir é violado nas instituições por um período de doze meses, e denunciam o descumprimento do previsto na Portaria nº 3.088/2011, já que no Artigo 6º, inciso IV deste documento encontra-se posto que a abordagem a ser oferecida por estes serviços deverá possuir duração de até nove meses (BRASIL, 2011d).

Sobre as privações de acesso aos meios de comunicação e de contato com a família antes dos três meses de internação, verificamos que essas exigências se contrapõem às diretrizes previstas na Portaria 131/2012, que em seu Art. 6º, nos incisos I, II, III e IV, assegura que ao longo do processo de internação o residente deverá ter os seus direitos como cidadãos respeitados, garantidos e promovidos, recebendo um tratamento condizente com as suas necessidades, com vistas à construção de sua autonomia e reinserção social, tendo acesso a todos os meios de comunicação disponíveis, e contato contínuo com seus familiares, desde o início da internação (BRASIL, 2012b).

Na esteira desta discussão, cumpre evidenciar a pesquisa divulgada pelo IPEA (2017), que buscou traçar o perfil das CTs brasileiras, e que também revelou que o distanciamento de usuários do contexto social constitui-se enquanto objetivo prioritário do método oferecido por CTs. Este isolamento se materializa por meio do afastamento dos residentes de suas relações sociais, e ainda pela privação dos meios de comunicação e de visitas. Contudo, tais restrições são tidas por estes serviços como imprescindíveis para a criação da rotina interna das CTs, e para promoção da ruptura espacial e temporal do usuário com o mundo externo, compreendidas como indispensáveis para o alcance da abstinência.

Fossi e Guareschi (2015) analisam as privações de liberdade vivenciadas por residentes das CTs como reedição do modelo manicomial, por retomar a concepção de “cuidado” predominante na Idade Média, em que o tratamento para indivíduos ditos como loucos deveria ocorrer, exclusivamente, por meio da exclusão destes sujeitos em espaços ‘protegidos’, com a imposição de regras de horário em seu cotidiano. Desta forma, constata-se que, as CTs reproduzem este modelo, todavia, diferente da

época da Idade Média, estas se fundamentam na justificativa da dependência química como doença, que resulta em riscos para a sociedade e para a família do usuário, dado que o sujeito, ao portar esta doença, não mais consegue ter o controle dos seus instintos, tornando-se, portanto, perigoso e incontrolável, necessitando ser confinado.

Destacamos que esta forma de “tratar” os usuários de drogas por meio do isolamento é influenciada pela imagem que é reproduzida pela mídia no que tange a estes usuários, imagem esta que reforça no imaginário social a concepção destes usuários como potencialmente perigosos, e que por isso precisam ser interditados em espaços distantes do meio social (ANDRADE, 2011).

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), por sua vez, também propõem que esta lógica de intervenção presente nas CTs está entrelaçada com a concepção pejorativa que ainda predomina no imaginário social acerca do usuário de drogas, sobretudo as ilícitas, como sujeito criminoso, que deve ser escondido e isolado.

Para tanto, tem-se os serviços oferecidos pelas CTs, que reproduzem as mesmas práticas higienistas adotadas no início do século XX, alicerçadas no paradigma proibicionista no que tange ao uso de drogas, das quais reforçam a ideia de que o isolamento e a internação prolongada destes usuários constituem-se como medida eficaz na abordagem direcionada a estes sujeitos, mesmo diante dos diversos questionamentos quanto a sua eficácia (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

No que concerne a essa perspectiva de atenção a usuário de drogas, Ferrazza *et al.* (2017) reiteram que esta exprime a lógica da sequestração, segregação e enclausuramento, ao apartar o usuário de seu meio social e familiar, mantendo-o em condições de sequestro.

Ante ao exposto, notamos larga proximidade destes serviços, com as instituições denominadas por Goffman (1987) como “instituições totais”, em razão do seu caráter fechado e total, expresso por meio das privações e restrições do interno com o mundo externo, ou seja, com o mundo que existe além das porteirosas que delimitam as fronteiras nas CTs.

Uma instituição total é conceituada por Goffman (1987) como um espaço de residência e de trabalho, que afasta por um período expressivo da sociedade mais ampla, indivíduos que vivem situações semelhantes, levando-os a viver uma vida formalmente administrada e fechada, marcada pela rotina diária, juntamente com um grupo de pessoas que trazem consigo o mesmo *status* institucional que ele, neste caso, o de dependente químico. Nestas, todos os elementos constitutivos da vida dos indivíduos ocorrem em um mesmo local, já que são cerceados da vida comunitária e familiar que se desenrola fora destas instituições.

Ainda segundo Goffman (1987), estas instituições podem ser vistas como estufas para mudar pessoas, das quais lançam mão de estratégias que rebaixam, degradam, desmoralizam, profanam e mortificam o 'eu' do interno, para assim, padronizar sua nova identidade.

Goffman (1987) delimita a existência de cinco tipos de instituições totais: 1) aquelas criadas para cuidar de pessoas consideradas como incapazes e não perigosas, como por exemplo, as casas destinadas a cuidar de cegos, velhos, órfãos e indigentes; 2) aquelas fundadas para tratar de indivíduos concebidos como incapazes de cuidar de si, visto como perigoso para a sociedade, mesmo que seja sem intencionalidade (manicômios e leprosários); 3) aquelas criadas para assegurar a proteção da comunidade contra os perigos intencionais, na qual o bem-estar dos internos não é contemplado (cadeias, campos de prisioneiros de guerra e de concentração); 4) aquelas constituídas para que os internos possam realizar atividades bem delimitadas (quartéis, colônias, escolas, navios e grandes mansões; e 5) aquelas criadas para servir como refúgio do mundo e ambiente de instrução religiosa (mosteiros, conventos e outros claustros).

Neste sentido, a rede de CTs pesquisada é configurada enquanto instituição total, por ser idealizada para oferecer uma metodologia de intervenção aos usuários de drogas, entendidos como sujeitos impossibilitados de cuidar de si, que oferece elevado grau de perigo para todos que estão a sua volta, razão pela qual precisam ser enclausurados e apartados do seu convívio social, e alocados em espaços protegidos, que fixam a obrigatoriedade de realização de atividades diárias, e a adesão dos preceitos religiosos que ali são propagados, sob a égide de tratamento, como veremos

a seguir. Portanto, resta claro que as CTs investigadas possuem similitudes com todas as cinco modalidades de instituições totais anteriormente descritas.

Sobre o distanciamento do usuário com o mundo externo às CTs, Ribeiro e Minayo (2015) apontam que este acarreta efeitos nefastos na vida dos usuários destes serviços, como, por exemplo, a perda dos vínculos educacionais, sociais, de saúde e emprego. Ademais, em virtude de o usuário ficar afastado em um 'contexto seguro' ausente de drogas, a recuperação inviabiliza confrontação deste com as drogas, o que, por conseguinte dificulta o processo de reabilitação.

Goffman (1987) também discute sobre as consequências que recaem sobre os sujeitos que são limitados do acesso ao mundo externo, do movimento livre e a vida comunitária, ao ingressarem nas instituições totais. Dentre estas consequências, também está a ruptura dos laços sociais, familiares, e ainda a perda de papéis sociais que eram desempenhados pelo interno antes da internação.

Muito embora alguns dos papéis perdidos em razão da internação possam ser recuperados após o retorno ao mundo externo, existem perdas irre recuperáveis, tais como o tempo que não foi investido na carreira educacional ou profissional, no relacionamento amoroso, e na criação dos filhos. Alguns papéis legais também podem ser perdidos como consequência da barreira que o distanciou do mundo externo, como exemplo a perda temporária dos direitos de dispor de dinheiro e assinar um cheque, de se manifestar em oposição a um processo de adoção ou divórcio, de exercer a sua cidadania por meio do voto. Por isso, é comum entre os internos, a prevalência do sentimento de que o tempo passado nestas instituições foi perdido, sobretudo em virtude das perdas sociais resultantes do processo de internação e frequentemente pela inexistência de possibilidade de dentro destes serviços adquirir coisas que possam ser transferidas para a vida externa (GOFFMAN, 1987).

Sobre o exposto assim, Amarante (2017) ratifica a ideia de que nas instituições fechadas, nas quais privilegiam o isolamento e o tempo não pode ser relativizado, e que por isso histórias de vida e projetos dos residentes podem ser anulados.

No que tange às perdas advindas do processo de internação, os sujeitos deste estudo demonstraram terem sofrido com perdas afetivas e materiais, manifestando que após

saírem das CTs foram tomados pelo desejo de ter de volta tudo que foi perdido em função do processo de internação, para recuperarem o tempo perdido ao longo da recuperação.

Quando você tem alta, muitas vezes, você quer aquilo tudo de volta. Igual no meu caso, a primeira vez que internei, eu queria tudo de volta. O que eu fiquei sem eu quis de volta. Eu perdi um relacionamento de oito anos e uma casa, que passou, que deixei para trás quando fui internado. Não foi fácil não. Sonhos, planos, eu tive que matar um sonho de ser pai por causada internação, eu mato até hoje. E às vezes eu me frustro muito, sabe? Muitas das vezes eu olho para trás e vejo que se talvez eu não tivesse me afastado, talvez eu tivesse as minhas coisas ainda (ENTREVISTADO 3).

Antes da internação eu tinha muitas obrigações, eu tinha meu emprego (ENTREVISTADO 6)

Quando a gente sai, sai querendo abraçar o mundo para recuperar tudo, recuperar o tempo perdido (ENTREVISTADO 7).

Cabe salientar que, para além das perdas, que deixam marcas que jamais serão esquecidas pelo sujeito, o processo de isolamento gerado pela internação pode evocar no usuário, após a alta e a confrontação com a sociedade civil, o processo denominado por Goffman (1987) como “desculturamento”, que é inaptidão temporária que o usuário poderá vivenciar para enfrentar alguns elementos de sua vida cotidiana.

Santana, Pereira e Alves (2017) também discutem que um dos prejuízos da internação na vida do indivíduo é o desculturamento, que consiste na perda do manejo para a vida em sociedade, que torna o sujeito, por um determinado tempo, inapto para enfrentar e transpor os desafios que a vida diária e o convívio social lhe impõem.

Ante ao exposto, Sabino e Cazenave (2005) suscitam a necessidade de pesquisas que busquem investigar se o isolamento de usuários de drogas em CT, não pode resultar após alta, numa recaída proveniente de uma falta de adaptação social, devido às privações vivenciadas ao longo da internação, privações estas que não foram só de drogas, mas também do convívio social.

### **5.2.2 Para a reeducação, a disciplina, o trabalho, a convivência e a espiritualidade**

Segundo pesquisa desenvolvida pelo IPEA (2017), de modo geral, todas as CTs brasileiras fundamentam-se no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade.

Contudo, de acordo com informações disponibilizadas no site instrucional da rede de CTs analisadas, o método oferecido por estas baseia-se no tripé trabalho, convivência e espiritualidade.

Neste sentido, nota-se a partir dos discursos abaixo, que os egressos entrevistados têm bem fixado em suas mentes este tripé.

Você tem a norma da casa: trabalho, convivência, espiritualidade (ENTREVISTADO 3).

A comunidade, ela vive em um tripé: trabalho, convivência e espiritualidade (ENTREVISTADO 5).

A metodologia da comunidade é trabalho, convivência e espiritualidade (ENTREVISTADO 8).

Entretanto, apesar de tais sujeitos terem afirmado ser o trabalho, a convivência e a espiritualidade os pilares que sustentam as CTs, a forma como descreveram a metodologia a eles aplicada, leva-nos a compreensão de que a disciplina também se constitui como um dos pilares que sustentam a rede de CTs analisada, e que as experiências das quais estes sujeitos denominam como espiritualidade, mais se aproximam de religiosidade, como veremos a diante.

#### 5.2.2.1 A disciplina que opera nas Comunidades Terapêuticas

A partir dos achados desta pesquisa, constatamos que a disciplina nas CTs estudadas opera por meio da imposição de normas e regras bem rígidas, e ainda pela punição que poderá incidir sobre o interno caso este venha descumprir ou buscar compreender as justificativas para seguir estas regras e normas.

Os internos são disciplinados quando são coagidos a cumprir com todas as regras e horários, quando compulsoriamente realizam todas as atividades programadas, e quando são levados a orientar a sua vida diária não a partir do seu ponto de vista, de sua vontade subjetiva, mas sim, do que é ditado pelas CTs, uma vez que existe uma pretensa liberdade.

Na comunidade você é livre lá para fazer o que quiser. Tem as normas de lá, se você não seguir as normas direito, você é... Eles te eliminam, né? Para você não ficar lá. Só que não tem nada obrigatório que você tem que fazer, não. Você tem uma função lá, por exemplo, minha função era trabalhar na horta. Então comecei a trabalhar na horta. Mas, se eu não fizesse, eu poderia ser mandado embora (ENTREVISTADO 4).

Lá tem hora para acordar, hora para almoçar, hora para dormir, hora para tudo. E tudo que o adicto precisa é regra, nós somos avessos às regras, e lá você passa a ter regras de novo (ENTREVISTADO 5).

Lá tem um regime. Um regime, não vou dizer quartel. Tem um regime, vamos dizer de exército. Lá nós temos hora para levantar, horário de trabalho, horário para o terço. E se não fizer isso, toma uma penalidade, como por exemplo, ficar fora no esporte. E lá tem horário para se cumprir (ENTREVISTADO 6).

Na comunidade tinha que acordar cedo, 6h00 da manhã, fazer os momentos de oração, aí 8h00 já tinha que estar trabalhando, então voltava rotina, coisas que o adicto vai perdendo, né? Só que essa rotina, me deixava estressado psicologicamente. [...]. Lá é muito grande, mas, ao mesmo tempo, em que você está na casa de cima, você não pode ir à casa de baixo, é um processo em que eles trabalham de reeducação. Eu questionava, por que eu não posso isso? Porque não posso passar da cerca? Por que não posso ir à outra casa? Eu era muito questionador, tudo queria saber por que, para quê. Queria entender o processo para aceitar a recuperação. Aí isso gerava atrito com os coordenadores, porque eles pensavam: "pow, o cara questiona demais", aí eles me deixavam uma semana na horta, para eu parar de questionar, isso me estressava um pouco. A gente não podia ultrapassar esses limites da fazenda, tinha regras, tinha que obedecer. Você tem limites lá dentro que você tem que obedecer, coisa que aqui fora você não precisa obedecer aos limites e lá dentro você aprende isso (ENTREVISTADO 7).

É uma punição que a gente tem. Por exemplo, se você chega atrasado, tem os horários, tem as rotinas, se você não vai de acordo com essa rotina, você leva uma punição, que varia, uma semana sem lazer, um mês, depende. Depende da punição, você deixa de ter uma regalia, como ler um livro ou praticar esporte (ENTREVISTADO 8).

Diversos autores apontam a disciplina como uma das bases que sustentam o método utilizado pelas CTs (Pacheco; Scisleski, 2013; Fossi; Guareschi, 2015; Ribeiro; Minayo, 2015; Ferrazza *et al.*, 2017; Galindo; Moura; Pimentél-Méllo, 2017).

De acordo com a pesquisa desenvolvida pelo IPEA (2017) a disciplina que opera nas CTs brasileiras pode ser analisada a luz de dois eixos: práticas que são permitidas ao interno e as sanções que podem ser aplicadas ao mesmo, caso haja o descumprimento de alguma norma.

Nas CTs estudadas, as práticas permitidas são: recebimento de visitas após o terceiro mês de internação, praticar esportes, ler livros e cumprir com tudo que lhe é

designado. Já as sanções, se referem à suspensão de participação em atividades esportivas e de fazer leituras de livros.

Souza, Nunes e Santos (2018) discutem que nestas instituições a disciplina é utilizada como recurso indispensável para reorganizar os comportamentos dos residentes, fomentarem a adesão destes sujeitos aos hábitos considerados por estes serviços como adequados, a fim de levá-los a romper com sua vida pregressa, e projetar uma vida superior, condizente com as disciplinas da sociedade moderna. Esta disciplina pode ser percebida, por exemplo, nas estratégias adotadas pelas CTs para administrar o tempo dos internos, tais como a imposição de uma rotina marcada pela obrigatoriedade de cumprimento de diversas atividades diárias que devem ser realizadas no horário e prazo preestabelecido, já que estes precisam se sujeitar ao ritmo da instituição, e por meio da imposição de adesão por parte do sujeito a certos valores como, por exemplo, a abstinência total, o zelo ao trabalho e a Deus.

Fossi e Guareschi (2015) reforçam que o método ofertado pelas CTs está assentado substancialmente nas técnicas de disciplinamento e ideologias religiosas, das quais são utilizadas para incutir no sujeito uma nova personalidade. Esta disciplina se dá, por exemplo, pela exigência de cumprimento com os rigorosos horários, compromissos e tarefas estipuladas por estas aos seus internos.

Esta disciplina que se mostra tão arraigada nos dispositivos de internações, visa obter o controle contínuo e absoluto sobre os sujeitos, por meio de recursos disciplinares bem precisos, tais como o controle de posturas, de atividades e tempo, entendidos como imprescindíveis para adestrar estes indivíduos, na qual punição revela-se como imperioso instrumento para repressão a fim de que os internos se sujeitem à disciplina imposta (AMARANTE, 2017).

Para Pacheco e Scisleski (2013) a disciplina nas CTs é empregada como recurso para dominação dos impulsos dos internos, haja vista que nestes espaços a compreensão que se tem é de que o usuário de drogas se constitui enquanto sujeito avesso às regras e normas, e por isso não se enquadram nos padrões ditados socialmente. Assim, torna-se urgente que estes sujeitos sejam disciplinados por meio do cumprimento de horários rigorosos, atividades e compromissos, a fim de se tornarem aptos para retomarem a vida em sociedade.

Conforme enunciados dos entrevistados, é comum estes se perceberem enquanto sujeitos que possuem aversão às regras e normas, e que por se verem assim, entendem serem as regras e normas necessárias para a sua reeducação.

Em face disto, chamamos atenção do leitor para o que diz Goffman (1987): para este teórico, o processo de vida experienciado pelo sujeito em uma instituição total, o leva a modificar a imagem que tinha de si antes da internação, e, por conseguinte construir uma imagem que reflita as filosofias da instituição. Além disso, é comum nas instituições totais que o interno sofra com a “lavagem de cérebro”, que corresponde ao processo de aceitação de um modelo de conduta preconizado pelos dirigentes das CTs como o melhor para si.

Este modelo é norteado por meio das regras da casa, que se refere a um conjunto relativamente explícito e formal de prescrições e proibições, que especificam a inflexível rotina diária do interno, e visam atender aos objetivos oficiais da instituição e normatizar as condutas dos internos (GOFFMAN, 1987).

Sobre estas regras, como podemos depreender da fala do entrevistado E7, as justificativas para estas serem seguidas, não cabe ao interno saber, mas apenas cumpri-las sem questionar, ou seja, lhe resta apenas “dançar conforme a música”.

E em contraste com o contexto rígido que é as instituições totais, ao interno é oferecido alguns privilégios que poderão ser desfrutados pelos residentes, caso seja obediente no cumprimento das regras impostas, que conforme relatado pelos entrevistados deste estudo, nas CTs estes privilégios consistem na participação no esporte e na leitura de livros. Em contrapartida, como consequência da desobediência a estas regras, os residentes são submetidos a castigos, como por exemplo, a retirada temporária ou permanente dos privilégios. Tanto os castigos, quanto os privilégios, entendidos por Goffman (1987), como peculiares às instituições totais.

Há nestas instituições um processo de controle social sobre os internos, permeado por práticas institucionalizadas. Cabe a estes respeitar os regulamentos e julgamentos de seus superiores, obedecendo às ações padronizadas. Necessário se faz pontuar que, ainda que embora este processo de controle social seja parte integrante de nossa

sociedade, nestas instituições este assume um caráter limitador, por não privilegiarem a autonomia dos internos (GOFFMAN, 1987).

Ao disciplinar e controlar a vida diária dos internos por meio das rotinas, estas instituições desmistificam a ideia do sujeito adulto capaz de fazer escolhas adultas, de ter autonomia e liberdade de ação. Nestas, não se tem espaço para as escolhas pessoais, pois as mesmas precisam ser anuladas em face das obrigações específicas instituídas pelas instituições. Deste modo, o interno precisa renunciar a sua vontade, na qual escolhas simples, como a hora de levantar pela manhã e horário para almoçar, tornam-se problemáticas (GOFFMAN, 1987).

Por último, oportuno se faz também recorreremos à reflexão proposta por Foucault (2008) sobre este dispositivo de controle. Para este teórico, a disciplina visa, sobretudo, a fabricação de corpos dóceis, ou seja, corpos submissos, exercitados, de fáceis adestramentos, que possam ser produtivos e úteis.

Deste modo, podemos dizer que a disciplina proposta pelas CTs, visa à produção de corpos dóceis, adestrados para se submetem ao ideal de intervenção proposto por estes serviços, a fim de serem transformados segundo as prerrogativas moralizantes e normatizantes que operam nestes espaços (FOSSI; GUARESCHI, 2015; RIBEIRO; MINAYO, 2015).

#### 5.2.2.2 Para combater a ociosidade e devolver a rotina: um cardápio de atividades

Nesta categoria, buscaremos apresentar os significados atribuídos pelos entrevistados ao trabalho desenvolvido nas CTs pesquisadas. Os enunciados destes sujeitos evidenciaram que o trabalho é visto por alguns como penoso, cansativo, como castigo resultante do uso de drogas, mas, necessário para trazer a ocupação da mente ao longo do tempo de internação, e devolver a rotina perdida em função da vida de drogadição.

O exercício do trabalho corresponde a oito horas diárias, e está voltado para a manutenção das CTs. Por isso, atividades como cozinhar, proporcionar a harmonia<sup>13</sup>,

---

<sup>13</sup> O termo “harmonia da Fazenda” é utilizado pelos egressos para se referir à limpeza das CTs.

cuidar da horta, tirar leite e fazer artesanatos são desenvolvidas pelos internos dos serviços.

O trabalho era a nossa terapia. Você sempre estava naquela terapia com a sua mente ocupada no trabalho (ENTREVISTADO 2).

Você passa por diversas coisas lá, é uma fazenda, você toma conta de tudo lá. Lá eu trabalhava como um burro de carga, de graça, e pagava ainda para ficar internado<sup>14</sup>. Não é fácil (ENTREVISTADO 3).

O trabalho, cada semana você está em um setor, você não pode ficar um ano sem fazer nada, então uma hora você está na padaria, outra semana você está na cozinha, outra na harmonia da fazenda, na horta, tirando leite (ENTREVISTADO 5).

Dependendo da coisa que a gente faz, a gente cansa. Lá a gente pega na inchada, lá tem horta, padaria, lá o próprio interno tem a harmonia de lá, para deixar impecável, limpinho para as visitas (ENTREVISTADO 6).

O trabalho lá me ajudou muito, me deu a rotina diária que eu não tinha mais, porque a medida que você vai entrando nesse mundo das drogas, você vai ficando uma pessoa preguiçosa, você vai perdendo aquela rotina de acordar cedo para trabalhar, de ter disposição para fazer as coisas. Então voltava a rotina, coisas que o adicto vai perdendo, né? Porque quando estamos em uso das drogas dá aquela depressão, aquela preguiça, tipo assim “não vou trabalhar hoje porque estou na bady”, por exemplo, isso geralmente mora com quem está adicto (ENTREVISTADO 8).

Lá trabalha muito, são oito horas por dia. Mas, eu gosto do trabalho, essa é a parte boa, aprendi a tirar leite, fazer pão, biscoitos, bolo, artesanato, terço, comida para 20, 30 pessoas. Até os meninos brincam, eu já brinquei também, “olha onde eu vim parar” com a enxada na mão naquele sol quente. “Está vendo, vai usar droga, olha onde você vem parar” (ENTREVISTADO 10).

Segundo pesquisa divulgada pelo IPEA (2017), o trabalho, também denominado como laborterapia, representa 92,90% dos recursos empregados por CTs brasileiras. A preponderância do trabalho como terapia, deve-se, a crença de que este é capaz de gerar nos residente autodisciplina e autocontrole, vistos pelos dirigentes destes espaços, como disposições ausentes nos usuários de álcool e outras drogas, e fundamentais para garantir o sucesso na vida social, após a internação.

Cumpramos elencar que, a concepção do trabalho enquanto recurso terapêutico data o século XVIII sob influência da teoria do Tratamento Moral, desenvolvida por Pinel, teoria esta que defendia a ideia de que a internação e o isolamento dos portadores de transtornos mentais constituíam-se enquanto melhor medida para dar conta dos

---

<sup>14</sup> De acordo com os entrevistados o valor mensal pago pela internação é de um salário mínimo.

problemas causados por estes sujeitos, como por exemplo, as atitudes antissociais. Na concepção de Pinel, para assegurar a manutenção da saúde destes indivíduos, era necessário a adoção de atividades mecânicas que deveriam ser rigorosamente executadas pelos mesmos (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Amarante (2017) reforça a ideia de que o trabalho neste período histórico era visto como a linha mestra do tratamento moral, pois se entendia que a disciplina do trabalho trazia consigo remédios morais, que tinham grande potencial para devolver ao indivíduo o interesse real pelo mundo objetivo, retirando do sujeito considerado alienado, apático e indolente a experiência de vida inerte provocada pela doença, que se constituía como o meio para a cura.

Nesta época, o trabalho exercia apenas uma função corretiva, disciplinadora e alienante, no qual era empregado como meio para a organização e manutenção do contexto asilar, e assim, contrapondo-se a ociosidade. Este recurso era visto por Pinel como terapêutico por supostamente ser capaz de devolver ao sujeito a racionalidade perdida, reorganizar seus comportamentos e restabelecer-lhe costumes saudáveis (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Não obstante, a valorização do trabalho neste período visava muito mais atender aos anseios da nova sociedade capitalista (que rejeitava a ociosidade e supervalorizava a produtividade), do que tratar o sofrimento psiquiátrico do paciente. Este panorama somente foi modificado a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propôs a substituição do modelo de tratamento asilar por uma rede de atenção psicossocial de base territorial, na qual o trabalho passou a ser utilizado pelos serviços substitutivos, como instrumento para reinserção social dos pacientes assistidos pela política de saúde mental (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Entretanto, os achados desta pesquisa anunciam que, por meio das CTs, nota-se se na atualidade o retorno da concepção do trabalho que era predominante no Século XVIII, e que buscou a Reforma Psiquiátrica abolir.

Nesta lógica, Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), enfatizam que muitas são as críticas a este recurso metodológico largamente utilizado pelas CTs. Tais críticas estão sustentadas, especialmente, no entendimento de que a finalidade máxima do trabalho

desenvolvido pelos internos destes serviços consiste apenas na manutenção do funcionamento da própria CT, não abarcando, portanto, qualquer finalidade terapêutica capaz de contribuir para a reinserção social do usuário.

Fossi e Guareschi (2015) e Ferrazza *et al.* (2017) também esclarecem que o trabalho nas CTs visa-se manter o funcionamento destas instituições, e acrescentam que por meio das atividades de manutenção da estrutura física, espera-se resgatar no residente o gosto e o sentido para o trabalho.

Para Melo (2016), o trabalho proposto pelas CTs não é capaz de oferecer instrumentos de cidadania ou autonomia ao interno, ao contrário disto, desempenha uma função moral disciplinadora, que visa aprisionar, normatizar os internos segundo os padrões exigidos por estas instituições, e assim limitar suas diversas possibilidades de vida, mortificar suas trajetórias e peculiaridades, incutindo-lhes uma nova identidade corrigida, que traduz as premissas destes espaços.

Santos (2018), por sua vez, ratifica que este trabalho é proposto com vistas ao disciplinamento dos internos para o universo do trabalho, que é concebido como condição imprescindível para a ressocialização e a adequação social dos indivíduos em uso abusivo de drogas.

Para Melo (2016), nas CTs, este disciplinamento não é possível, em função da questão de o uso de drogas ser tratada sob um prisma individual, sem abarcar as questões sociais imbricadas na problemática. Por ser assim, esta forma de cuidado apenas mantém o interno distante do mercado de trabalho, sem ao menos oferecê-lo os aparatos necessários para que, ao retornar para a sociedade, possa ingressar no mercado de trabalho, e ser inserido socialmente.

Souza *et al.* (2016) destacam que a abordagem empregada pelas CTs deve ser capaz de possibilitar a reinserção social do sujeito, por meio da reconstrução de três áreas principais da vida do indivíduo: casa, trabalho e rede social. Dito isso, interessa-nos aqui discutir sobre a necessidade destas instituições disporem de práticas e projetos capazes de oferecer aos internos as condições necessárias para que, após alta da internação, o indivíduo possa ser reinserido ou inserido no mercado de trabalho. Dentre estas práticas se encontram disponibilização aos internos de oficinas

profissionalizantes, no lugar das práticas laborterápicas, para que a partir de novos projetos de trabalho, a capacidade e a autonomia do usuário sejam incentivadas.

Cabe dialogar com os autores Shimoguiiri e Costa-Rosa (2017), que discutem sobre o uso de atividades como recurso terapêutico. Para estes pesquisadores, o trabalho é terapêutico, e pode tornar-se instrumento de reinserção social quando as atividades propostas estão entrelaçadas com todos os processos de vida do usuário, estão coadunadas com as singularidades e motivações de cada indivíduo, valorizam o protagonismo, a autonomia e a potência inventiva de cada ser humano, oportuniza ao sujeito a vivência e exploração de suas potencialidades, permite ao indivíduo materializar em seu fazer aspectos subjetivos de sua personalidade, e assim, anunciar quem ele é, e quando no processo de trabalho o indivíduo faz-se a si mesmo, e assim cria novos modos de existência.

Deste modo, considerando que o exercício do trabalho nas CTs estudadas constitui-se como mais uma das tantas tarefas obrigatórias e engessadas, problematizamos se de fato este recurso, da forma como é empregado pelas CTs estudadas, pode ser capaz de devolver a autoestima e criatividade do interno, já que é este o objetivo a qual se propõem. Indagamos ainda se estes processos de trabalho trazem consigo qualquer finalidade terapêutica, no sentido de trazer contribuições para a posterior reinserção social do interno.

Na esteira destes questionamentos, os resultados da inspeção divulgada pelo CFP (2018), sustentam a concepção que temos de que as atividades desenvolvidas pelos internos nestes espaços, não possui a conotação terapêutica. Longe disso, mostra-se como forma de exploração, visando aumentar os lucros do serviço ao substituir a contratação de profissionais pela utilização da mão de obra dos internos, dos quais trabalham de forma gratuita, muitas vezes forçados, em condições precárias e sem nenhuma garantia trabalhista. Nestes espaços, o trabalho é utilizado como instrumento de disciplina e punição, que não privilegia a expressão individual, não contribui para o processo de reinserção do usuário por não facilitar o desenvolvimento de potencialidade ou de qualificação profissional.

Assim, as CTs, apoiadas na falácia de que o trabalho é necessário para combater os efeitos nocivos da desocupação e da ociosidade, e para introduzir no interno a ordem

e o ajustamento, constata-se que a obrigatoriedade e submissão dos usuários a este método de cuidado são situadas nestes serviços como mais umas das tantas formas utilizadas para promover a disciplina e moralização dos usuários de drogas, conceituados como improdutivos, imorais e desajustados, assim como ocorria no século XVIII (época em que era predominante o tratamento moral para os indivíduos concebidos pela sociedade como desviantes) (FERRAZZA *et al.*, 2017).

### 5.2.2.3 A convivência nas Comunidades Terapêuticas

Sobre este pilar que sustenta as CTs pesquisadas, os entrevistados trouxeram em seus discursos a importância de conviver com pessoas que passam por problemas semelhantes, pois esta semelhança os auxiliam no processo de internação.

Entretanto, o fato de ter que conviver em um mesmo espaço com um número expressivo de pessoas desconhecidas e que trazem distintos modos de vida, foi percebida certo de grau estranheza por alguns dos sujeitos.

Tem a convivência com os colegas que tem as experiências deles, então ali você tem uma pessoa que entende também, que passou pela mesma coisa que você, para estar te ajudando (ENTREVISTADO 2).

Lá você convive com gente de tudo quanto é lugar. Você acha que você é doido? Tem um na frente que é mais doido que você. E às vezes você está numa casa com 15, 20 homens, é estranho você dormir no mesmo lugar que um monte de gente (ENTREVISTADO 3).

O tripé da convivência é difícil, porque você tem que conviver com duas, três pessoas em um quarto, usando o mesmo banheiro, acordando juntos, um gosta de conversar, o outro isso, o outro aquilo (ENTREVISTADO 9).

Sobre a convivência você se depara com gente que você nunca viu, dorme no quarto com gente que você nunca viu na vida e tem que acostumar (ENTREVISTADO 10).

Os achados aqui citados dialogam com os resultados da pesquisa desenvolvida por Barreto (2011) que verificou ser a convivência grande dificuldade para os internos das CTs estudadas, uma vez que conviver com pessoas diferentes, de distintas culturas, de diversas faixas etárias, que portam hábitos e costumes divergentes, pode ser um dos percalços a ser enfrentado por estes indivíduos no decorrer da internação.

Contudo, este eixo da abordagem tem o seu aporte na Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 da ANVISA que define que o principal recurso terapêutico que deve ser utilizado pelas CTs deverá ser a convivência entre os pares (BRASIL, 2011b).

Nestes serviços, a convivência entre os usuários de drogas, é potencializada por meio das práticas e rotinas terapêuticas determinadas por estas instituições, para que a vivência grupal entre os indivíduos supostamente acometidos por uma mesma patologia possa atuar como instrumento terapêutico (IPEA, 2017; LOECK, 2018).

Cabe realçar que a convivência é um dos pilares que sustentam as instituições totais, visto que nestas, todos internos, independente da faixa etária, raça ou etnia, são alocados num mesmo espaço, mesmo que não seja algo desejável para estes, não havendo, portanto, espaço para vida reservada (GOFFMAN, 1987).

Entretanto, mesmo por vezes indesejável pelos usuários, esta é fomentada nas CTs para que o interno crie uma rede de ajuda mútua, a fim de conseguir resgatar sua cidadania e encontrar novas possibilidades de recuperação física, psicológica e social (FRACASSO, 2008).

A convivência entre os pares é tida pelas CTs como um estímulo para o compartilhamento de histórias de vidas, partindo da premissa de que um interno, ao compartilhar suas vivências singulares e os sofrimentos advindos destas experiências, este está oferecendo aos demais aprendizagem, estímulo, apoio mútuo e reorientação individual para viver uma vida apartada do uso de drogas (IPEA, 2017).

Para Raupp e Sapiro (2008) esta convivência, possui potencial socializante e terapêutico, por ser capaz de viabilizar ao residente a prática de um tipo de sociabilidade distante do uso de drogas, de incentivar o interesse por atividades e relações sociais que até então haviam sido esquecidas em função do uso de drogas e de encorajar o interno a estabelecer novas formas de interação social.

Torna-se necessário apontar a pesquisa conduzida por Silva, Guimarães e Salles (2014), que revelou ser a troca de experiências com outros dependentes químicos nas CTs um elemento importante para eficácia do método empregado.

Krüger (2015), por sua vez, ao discutir os benefícios desta convivência nas CTs, sinaliza que esta pode auxiliar o interno no desenvolvimento do perfil e da capacidade profissional, ao contribuir para o desenvolvimento de suas aptidões de melhor julgamento, percepção e compreensão de sua vida e da realidade que o cerca.

Cabe dar visibilidade também à pesquisa desenvolvida por Carvalho, Liotti e Lenzi (2015), que corroborando com os resultados deste estudo, verificou que a convivência de usuários de drogas em grupos constitui-se como um fator reforçador da abordagem, posto que as experiências compartilhadas entre os integrantes são parecidas, resultando na percepção por parte destes de que eles não estão isolados em seus problemas.

Sobre esta convivência nas CTs, Natalino (2018, p. 55) enfatiza que um indivíduo, ao escutar sobre a “[...] dos outros, por vezes vestidos com as mesmas vestes, igualmente despojados das múltiplas identidades que articulam no mundo civil, descobrem-se menos sós em sua condição”.

Contudo, esta convivência também pode ser geradora de conflitos, brigas e intrigas, podendo, portanto, ser prazerosa, mas também desafiadora (RAUPP; SAPIRO, 2008). Sobre isso, os autores Júnior e Cruz (2017) em sua pesquisa acerca dos problemas interpessoais em CTs, atestam que a convivência entre usuários de drogas nestes contextos, pode ser tanto positiva como negativa. Positiva quando age como fonte de motivação e de crescimento ao longo da internação. E, negativa quando desencadeia dificuldades de adaptação, medo, insegurança, variações emocionais, mudança de foco, ocasionando prejuízos para o processo de adesão e manutenção do usuário a abordagem a ele ofertada.

#### 5.2.2.4 A espiritualidade como um eufemismo para a religiosidade

Na concepção dos entrevistados, o pilar espiritualidade se materializa nas CTs estudadas, por meio da prática da reza do terço, da participação nas missas, e da leitura e vivência da palavra do dia<sup>15</sup>. Para estes sujeitos, a vivência destas práticas, são fontes de força para a suposta “cura” da dependência química, e configuram-se

---

<sup>15</sup>Nas CTs em todas as manhãs tem-se a leitura do evangelho do dia. Diante desta leitura, cabe ao interno extrair uma motivação espiritual para viver.

enquanto meio para que possam aceitar as regras das CTs, anular suas vontades e corrigir comportamentos vistos como inadequados.

Lá a gente tinha uma espiritualidade muito boa, a gente rezava, e tinha a missa. É um lugar assim, que você se sente em casa, é um lugar de Deus (ENTREVISTADO 1).

O tratamento é muita oração, porque você levanta de manhã, tem que rezar o terço, e você tem uma palavra do dia que você lê todo dia, e vive ela (ENTREVISTADO 4).

A espiritualidade que é muito alta na Fazenda, muito grande, fortalece muito a gente. Tem os padres, pessoas que estão ali para ajudar a gente. Isso oferece para gente uma vida nova de entender que as coisas não são como eu quero, e que eu preciso aceitar as coisas para ter uma vida nova. Ah, por que não tem televisão? Por que não tem rádio? Por que essa luz é assim? É um tanto de "por que", não tem mais porque, morre a sua vontade, faz o que tem que ser feito. É para acordar 7 horas da manhã, é para dormir 14 horas da tarde. Aceita, é só isso. As coisas não são do jeito que eu quero, como eu quero. Então essa mudança que a fazenda faz na gente, é aceitar as coisas (ENTREVISTADO 5).

O terceiro tripé da fazenda é espiritualidade, que é o que ajudava mais, que dava mais força. Eu sei que você está mais focada na droga, mas o que me curou da droga, foi o evangelho. Não foi a convivência, não foi o trabalho, mas a espiritualidade, porque Jesus falava comigo a cada momento que eu fazia alguma coisa de errado na fazenda (pegar uma bala, guardar coisas que não podiam), aí vinha uma palavra de vida e falava comigo, eu via que estava errado e tentava não permanecer no mesmo erro. Tentava pedir desculpa, e chegar nos meus responsáveis para falar que eu tinha errado e que poderiam me punir, se for o caso. Através da palavra diária, Deus falava muito comigo, através de coisas que eu fazia ou deixava de fazer. Eu sentia que quando eu saía um pouquinho do caminho da fazenda (por mais que seja um lugar que não tem drogas, mas assim, tem regras), quando eu saía um pouquinho daquelas regras, Deus vinha e falava comigo uma palavra de vida diária ou através do padre, aí eu entendia que a minha dificuldade não era sair, ir à boca de fumo e cheirar. A minha dificuldade era ouvir um não, não aceitar o que falavam ouvir ordens, então eu tinha muitas outras dificuldades que me faziam levar até as drogas (ENTREVISTADO 9).

À luz destes discursos, cumpre mencionar sobre os dados publicados pelo IPEA (2017), que demonstram que espiritualidade representa 95,6% dos métodos e práticas empregadas pelas CTs brasileiras na intervenção à drogadição. Todavia, a espiritualidade incentivada por estes serviços, comumente está atrelada a confissões religiosas, utilizadas como meio para promover a fé dos usuários em um ser ou instância superior (divina), visando transformar suas vidas, objetivando enquadrá-los moralmente amenizar suas dores e sofrimentos, e os auxiliar na superação da drogadição.

Neste sentido, os discursos professados pelos entrevistados deste estudo, suscitam em nós a seguinte indagação: o que se denomina enquanto vivência da ‘espiritualidade’ nas CTs analisadas, não se refere à religiosidade?

A fim de buscar resposta para o questionamento acima, urge a necessidade de elucidação acerca dos termos ‘espiritualidade’, ‘religião’ e ‘religiosidade’, pois muito embora usualmente estes sejam empregados como sinônimo trata-se de conceitos distintos, como veremos a seguir.

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceu a importância da dimensão espiritual na qualidade de vida dos indivíduos, por entender tratar-se de um conjunto de emoções e convicções que conduz o ser humano a questões como o significado e o sentido da vida, podendo estar ou não atrelada a uma crença ou prática religiosa (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Koenig (2012), um dos grandes especialistas que trata a questão da espiritualidade no âmbito da saúde, conceitua o termo ‘espiritualidade’ como a busca inerente de cada ser humano pelo significado e o propósito definitivo de sua vida, podendo os caminhos para este fim serem os mais variados, quer seja por meio da religião, na experiência com figura divina, na relação com a transcendência, na vivência com os outros seres humanos, por meio da arte, da música e da natureza. A espiritualidade corresponde a um elemento da experiência humana complexa e multidimensional, uma vez que engloba aspectos cognitivos (busca de significado, propósito e da verdade da vida), experienciais emocionais (sentimentos de esperança, conforto, suporte, conexão e paz interior), e aspectos comportamentais (a forma como o indivíduo externa as suas crenças espirituais individuais, e o seu estado espiritual interno).

Já Vasconcelos (2017), outro renomado pesquisador sobre o tema na área da saúde, define o termo como a experiência pessoal da transcendência<sup>16</sup>, viabilizada por intermédio de práticas que não necessariamente são religiosas como, por exemplo, as práticas de relaxamento, as técnicas de meditação, danças, e contemplação da natureza, fortemente consideradas como meio para se alcançar espiritualidade. Para

---

<sup>16</sup>Refere-se a um elã vital, uma vitalidade surpreendentemente dinâmica presente em todo ser humano que, no entanto, pode estar entorpecida por situações particulares” (VASCONCELOS, 2017, p. 32).

este autor, a transcendência corresponde à busca e atração do indivíduo pelo infinito, é a dimensão de abertura e força que o possibilita ir além dos limites e proibições que a vida lhe impõe.

A espiritualidade refere-se à dimensão humana abrangente. É um estado de conexão do indivíduo com sua subjetividade, ou seja, com suas dinâmicas interiores, com o universo e com os outros que estão ao seu redor. Diante das grandes barreiras internas (psicológicas) e externas (culturais e políticas) que muitas vezes limitam os indivíduos de terem esta conexão, a espiritualidade torna-se um valioso instrumento para proporcionar esta ligação. Este contato dá sentido à sua vida, e o leva a uma dimensão que vai além da realidade concreta, vista como normal na vida humana. Não obstante, por mais que seja uma experiência individual, esta tem significativo valor social, podendo ser considerada como recurso para promoção da saúde, em virtude do seu potencial para criar uma atitude reflexiva no ser humano sobre quem ele é, capaz de levá-lo a releitura da realidade, podendo conduzi-lo a modificação da percepção que ele tem a respeito da vida, dando a ela novos significados e contornos, e potencializando novos modos de ser e estar no mundo (VASCONCELOS, 2017).

No que concerne ao termo 'religião', Vasconcelos (2017) o empregou para designar uma organização institucional e doutrinária de determinado modo de experiência religiosa, que tem por objetivo levar os indivíduos a vivenciarem a sua espiritualidade, a partir do sistema de rituais, símbolos, ensinamentos e de doutrinas que exprimem os ideais preconizados por esta organização. Entende-se a religião a partir da crença em uma realidade metafísica ou sobrenatural, que conduz o indivíduo à salvação.

Sobre isso, Koenig (2012) comenta que a religião, com o seu sistema estruturado de crenças, rituais, práticas e símbolos, visa promover a comunicação ou aproximação dos seres humanos em culturas ocidentais, com o sagrado e o divino. Já em culturas orientais, com a Verdade Absoluta, com a Realidade ou com Nirvana. Este sistema está alicerçado em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que discorrem acerca do significado e propósito do indivíduo no mundo e o seu lugar neste mundo, suas responsabilidades com os outros e com a natureza, a ainda sobre a vida após a morte. Este sistema geralmente dispõe de um código moral de conduta que deve ser aderido por seus membros.

Torna-se oportuno apontar que, da mesma forma que a religião pode fortalecer a espiritualidade, de igual modo ela pode atrapalhar o desenvolvimento desta, quando não expressa e cultiva a transcendência, mas ao contrário, acaba por substituí-la por suas estruturas formais, autoritárias e dogmáticas, muitas vezes coadunadas com o poder político e econômico vigente, que impõem o cumprimento de normas e de submissão às hierarquias religiosas, que frequentemente instituem uma forma padronizada do indivíduo vivenciar a sua espiritualidade, o que, por conseguinte, inviabiliza o autoconhecimento que só pode ser alcançado pelo indivíduo quando lhe é dada a liberdade para buscar o próprio caminho que o levará a esta dimensão (VASCONCELOS, 2017).

Por último, sobre a terminologia 'religiosidade', Vasconcelos (2017, p. 45) aponta que esta experiência é revelada quando a "espiritualidade assume a transcendência como divino, por revelar a presença de um Outro na alma humana". Aqui, a experiência da transcendência deixa de ser proveniente de forças intrínsecas do indivíduo, e passa a ter como fonte uma realidade externa a ela: Deus. Portanto, o **eu** profundo torna-se o local de conexão com outra realidade que, por ser fascinante e misteriosa, pode ser considerada como divina.

Esta religiosidade não necessariamente está condicionada à vivência de uma religião específica, uma vez que existem pessoas que não se conectam com uma comunidade religiosa em particular, como recurso importante para se conectar com o divino, não aceitam nenhum dos sistemas de práticas, ritos, e doutrinas que formam esta comunidade. Contudo, estas pessoas, incorporam em suas vivências pessoais alguns elementos ritualísticos e doutrinários de distintas religiões, vivendo uma religiosidade orientada por diferentes vieses religiosos, não se apegando, portanto, a uma religião específica (VASCONCELOS, 2017).

Em síntese, a espiritualidade refere-se à experiência intrínseca do indivíduo com a sua subjetividade, com o universo e com os outros, vivência esta influenciada por seus próprios valores e características. Implica na busca pessoal do ser humano pela compreensão de questões imbricadas em sua vida, não estando necessariamente condicionada a práticas religiosas.

Desta forma, tendo como elemento fulcral as conceituações acima descritas, ousamos dizer que o que os egressos entrevistados denominam enquanto espiritualidade, fala muito mais de religiosidade, do que de espiritualidade, o que evidencia que a espiritualidade nas CTs se constitui como um eufemismo da religiosidade presente nestes serviços.

Essa nossa percepção ganhou força ao constatararmos ser a oração a principal base do método ofertado por muitas CTs, sendo utilizada para levar os residentes destas instituições a construir valores religiosos, que precisam ser incorporados pelos mesmos para que possam ser modificados, e assim recuperados de seu vício (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Damacena *et al.* (2017) também oferecem legitimidade para a nossa percepção acima delimitada, quando chamam a atenção para o fato de que, por mais que as CTs adotem uma postura majoritariamente proselitista (ao utilizar a conversão dos internos como parâmetro de avaliação da metodologia empregada), não podemos cair na armadilha de confundir o conceito de espiritualidade, enquanto elemento constitutivo da dimensão humana, com a ideia de religião, no sentido de uma organização institucional orientada por doutrinas.

Elencamos que o fato das CTs analisadas terem como cerne de sua abordagem a religiosidade, já era de se esperar, haja vista que em razão do espaço deixado pelas políticas públicas no que tange a problemática do uso de álcool e outras drogas, até 2003 não existia nenhuma política pública de saúde específica para os usuários de drogas, o que cedeu espaço para que gradativamente este vácuo fosse preenchido pelas CTs orientadas por distintas confissões religiosas, que já atuavam com o propósito de evangelizar estes usuários (COSTA, 2009).

Cabe ainda destacar os achados da pesquisa desenvolvida por Souza *et al.* (2016), que ao avaliar 43 CTs sediadas no estado de Goiás, apurou que 53.5% destas instituições declararam possuir uma orientação religiosa em suas propostas de atenção.

Nota-se que as experiências enunciadas pelos sujeitos egressos das CTs explicitam os rituais propostos pelo catolicismo (religião em que se baseiam as CTs estudadas),

e exprimem seu objetivo, que é reeducar seus usuários por meio da vivência do evangelho.

Valendo-se dos sistemas de crença oriundo do catolicismo, as CTs analisadas buscam moldar seus internos segundo os preceitos desta religião, para que um novo homem nasça e o velho homem seja exterminado, ou seja, é preciso que a personalidade pregressa seja anulada para dar vazão para uma nova personalidade consonante com os modos de vida desejados por estas instituições.

Eu sempre fui viciado em questão de sexo, em questão assim, de mulher. E lá a gente vive a castidade de um ano, e é difícil para uma pessoa jovem. Isso para mim foi muito difícil de lidar, mas eu me apeguei em Deus e tal e conseguir passar por isso (ENTREVISTADO 1).

A gente aprende que existe um homem velho e o homem novo. O homem velho não pode nascer, eu tenho que deixar o homem novo nascer todos os dias (ENTREVISTADO 5).

Morria muito da minha vontade, que na fazenda ensina também, você morrer do seu próprio eu, morrer de si. Tipo assim, a pessoa fez uma coisa que você não gostou e você tem que aprender a ficar na sua, morrer do próprio eu, se você não falar daquilo, você vai ficar tranquilo, não vai fazer nada e deixar, fazer a vontade de Deus (ENTREVISTADO 10)

Esta constatação se revela consonante com o estudo de Fossi e Guareschi (2015) que indicam que os rituais religiosos, comuns em grande parte das CTs, são utilizados como meio para levar o indivíduo à renúncia de si<sup>17</sup> e abnegação de suas próprias vontades, entendidas como meio para promover a cura” da drogadição.

Dessa forma, nota-se que nas CTs os internos não só devem renunciar ao uso de drogas, mas também a si mesmo, o que é algo mais abrangente. Conduzida pelos os ideais religiosos, estas instituições abordam a fé cristã como recurso para cura da drogadição, e propõe que para encontrar a salvação o indivíduo precisa abster-se de si (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

---

<sup>17</sup> “Foucault (2004) fala sobre a **renúncia de si** como um dispositivo proposto pelo Cristianismo, que se caracteriza como uma nova concepção de subjetividade e de experiência ética. A renúncia de si concerne a uma direção de consciência voltada para a salvação, que está calcada na obediência e na abdicação completa da vontade, de maneira que “não haja outra vontade senão a de não ter vontade” (FOUCAULT, 2004, p. 181). De acordo com o filósofo francês, o Cristianismo inaugurou a renúncia de si como um paradoxo, em que conhecer a si mesmo constitui uma via para renunciar às vontades do sujeito” (PACHECO; SCISLESKI, 2013, p. 167. Grifo nosso).

Insta elucidar que, o discurso comum nas CTs de que o indivíduo precisa vivenciar os rituais religiosos para receber a cura de seu vício, configura-se enquanto uma falácia, já que nestes mesmos espaços a dependência química é vista como doença incurável (BARRETO, 2011; SILVA, 2014; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; SANTOS, 2017; 2018).

Neste momento, cabe apontar o estudo de Oliveira e Junges (2012), que salienta que uso da prática religiosa no campo da saúde mental pode ser vista como positiva, mas também como negativa. Positiva, quando atua como potência de vida, quando oferece ao sujeito um ambiente coletivo que contribui para o seu processo de organização, gerando sentimento de pertencimento, e facilitando o compartilhar de experiências. Negativa, quando se baseia excessivamente em dogmas, e no cumprimento de normas institucionais que culpabilizam o indivíduo, e atrapalham o seu processo de autonomia.

Na concepção de Damacena *et al.* (2017) a inserção das CTs no contexto teológico, pode ser capaz de levar à institucionalização de um mercado religioso com o único propósito de ofertar bens de salvação.

Já Silva (2014), baseada nos preceitos da psicologia moderna, também apresenta que a intersecção das vertentes religiosas na recuperação de usuários de álcool e outras drogas como problemática, dado o caráter demasiadamente ideológico destas correntes, a religiosidade pode ocasionar a “troca de dependência”, na qual o indivíduo substitui as drogas por uma crença religiosa, podendo torna-se um fanático religioso.

Para Guimarães e Bento (2007) o fanatismo religioso, como uma das consequências do emprego da religiosidade na intervenção a dependência química, se instaura quando o indivíduo consegue manter a abstinência, ao canalizar todas as suas energias em uma crença religiosa que preconiza o seu modo de viver e pensar.

Raupp e Sapiro (2008) refletem que as CTs impõem a moral cristã como eixo central de sua abordagem de atenção, a fim de converter seus usuários às ideologias religiosas que ali são advogadas, o que as configuram como uma forma doutrinação, e não como uma resposta que atenda às necessidades de seus usuários, o que por

sua vez dificulta o desenvolvimento de suas singularidades e potencialidades, e conseqüentemente dos aportes necessários para que, após retornar para a sociedade, possam fazer outras escolhas de vida e, assim, não retornar para as mesmas condições de vida que desencadeou a internação, alcançando portanto uma recuperação duradoura.

Sobre a questão aqui discutida, Medeiros (2014) aponta que nas CTs o uso de drogas é tido como doença, maldição, castigo e um mau espiritual provocado pela interrupção abrupta do sujeito com os códigos socialmente aceitos. A partir desta leitura, o caminho para cura, consiste no mergulho na religiosidade, na conversão religiosa, pois se acredita que por meio dos rituais religiosos, os internos irão torna-se humildes para obedecer e aceitar as ordens que lhe são impostas. Entretanto, esta cura só é possível quando o residente reconhece seu próprio erro (desobediência ou desvio), reflete e se arrepende de seus atos, desvios e pecados. Além disso, os rituais religiosos são utilizados por estas instituições como meio para levar o sujeito a uma condição de fragilidade emocional, vulnerabilidade e humilhação, entendidas nestes espaços como condição indispensável para que se possa educar e normatizar seus internos, inculcando-lhes comportamentos que julgam ser corretos e, por isso, desejáveis, já que ao se sentir fragilizado emocionalmente, vulnerável e humilhado, o residente se reconhece como incapaz de cuidar de si, e por efeito, entrega o governo de sua vida aos coordenadores<sup>18</sup> das CTs, o que torna possível educá-los e normatizá-los de acordo com o código de verdades da instituição.

Fossi e Guareschi (2015) também consideram o uso da abordagem religiosa nas CTs problemática, pois se constitui como meio para recuperar moralmente e tornar produtivos os indivíduos que ali se encontram. Para tanto, práticas rotineiras de leituras bíblicas e orações são utilizadas, praticas estas que advogam serem as causas da dependência química uma questão do sujeito, e não um problema de ordem biopsicossocial.

Carvalho e Dimenstein (2017) discutem que a moral religiosa em que fundamenta a metodologia de atenção oferecida pelas CTs, incide sobre o usuário de forma

---

<sup>18</sup>Nas CTs estudadas estes coordenadores geralmente são residentes que estão no último mês de internação, dos quais trabalham de forma voluntária para manter a rotina destas, e dos quais não precisam ter formação técnica e/ou acadêmica para ocuparem o cargo (CARVALHO, 2014).

prejudicial, dado seu potencial para ampliar os efeitos negativos de futuras reincidências, uma vez que seguem uma vertente religiosa que concebe a abstinência como salvação e saúde, e as recaídas como doença e perdição, que é inaceitável e fortemente condenada, contribuindo para que o sujeito após reincidir venha se esconder ou não desejar buscar ajuda.

Loeck (2018) discorre que nas CTs está presente uma concepção hegemônica do uso de drogas como doença, pecado, e falha moral, na qual o uso das práticas religiosas é colocado como indispensável na abordagem, já que propiciam a conversão religiosa e moral do indivíduo.

Sobre isso, Bolzan e Hoff (2018) questionam se estas respeitam a religião de cada indivíduo, problematizam o porquê de a oração ser a prática regular, e ainda se a mesma não se constitui como um meio para garantir a proliferação e propagação de meios de atenção como esta.

Na análise do CFP (2018), muito embora seja comum o uso destas práticas nas CTs, estas se mostram enquanto violações de direitos, ao exigir dos sujeitos privados de liberdade a participação em atividades orientadas por certos preceitos religiosos, mesmo que não compartilhem da crença que ali é professada, ou ainda quando associam a ideia de cura da dependência química à adesão em uma crença religiosa.

Não obstante, ao voltar sua intervenção em termos de salvação e conversão religiosa, as CTs ferem o caráter laico dos tratamentos de saúde, violam o direito à escolha de outro credo religioso ou, até mesmo, de nenhum (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Além disso, esta metodologia de cuidado se contrapõe ao previsto no Art. 6º, inciso V da portaria nº 131/2012, que adverte que estes serviços devem respeitar as orientações religiosas de seus internos e não lhes impor a obrigatoriedade de participação em qualquer tipo de atividade religiosa (BRASIL, 2012b).

Entretanto, contrapondo-se às pesquisas que problematizam o uso da abordagem religiosa na intervenção a questão da drogadição, destacamos a pesquisa de Sanches e Nappo (2008) que afirmam que a religiosidade é importante não somente para auxiliar na abordagem a dependência química, mas também para reduzir os índices

de recaídas. Para estas autoras, os benefícios deste recurso transcendem a promoção da abstinência do uso de drogas, pois oferecem elementos que recuperam a autoestima do sujeito, e contribui para sua reinserção social.

Silva, Guimarães e Salles (2014), em seu estudo, também revelam que a religiosidade contribui no tratamento da dependência química, pois proporciona ao indivíduo otimismo, reduz sua a ansiedade, melhora sua autoestima, fornece apoio para lidar com suas experiências de dor e sofrimento e com as adversidades, estimula hábitos saudáveis, modifica seus aspectos éticos, culturais e comportamentais em relação à sua saúde, podendo trazer melhorias para sua qualidade de vida, é um dos caminhos para se obter força e consolo e ainda pode ser um fator de proteção à recaída.

Em face de todo o exposto, verifica-se que a abordagem religiosa empregada pelas CTs, pode ser vista como positiva, mas também como negativa. Diante disso, corroboramos com o pensamento de Machado (2011) que acredita que a vivência de determinada religião pode ser benéfica na metodologia ofertada pelas CTs, dado o seu potencial para auxiliar o sujeito a superar, construir significados e novos sentidos para suas aflições, e assim conseguir ressignificar sua carreira de usuário de drogas. Contudo, acreditamos não ser este o objetivo a qual se pretende as CTs com o uso desta abordagem, mas sim a mera conversão/transformação, que não é exclusivamente religiosa, mas também moral-subjetiva, conforme aponta Loeck (2018).

### 5.3 A VIDA DEPOIS DA INTERNAÇÃO

Ao investigar sobre como os egressos das CTs se encontravam após a saída da internação, verificamos existência de participantes que, após a alta, reincidiram ao uso de drogas e também de sujeitos que declaram que, até no momento das entrevistas, não haviam reincidido ao uso. Para os entrevistados não reincidentes, a participação nos grupos de autoajuda ligados as CTs constitui-se como a principal forma de enfrentamento diante do desejo recorrente pelo uso de drogas.

#### 5.3.1 Reincidência x manutenção da abstinência

Na concepção dos entrevistados reincidentes, o retorno ao uso de drogas foi influenciado pela condição de vulnerabilidade que a vivência em sociedade os coloca.

Esta vivência é permeada por frustrações, problemas, preconceitos, julgamentos e críticas que contribuem para o retorno ao uso. Além do mais, o fato de voltar a ter as mesmas amizades que tinham antes da internação, e a crença de que podiam ingerir bebidas alcoólicas, também contribuíram para a recaída ao uso de drogas ilícitas. Esta experiência de recaída é percebida por alguns, como fraqueza, falha, pecado e vacilo, e atua como geradora de sentimentos como ódio e mal-estar.

Um dia depois que sair da fazenda, eu já estava fumando cigarro, e usando crack. Aí depois que eu caí fui desandando, desandando, desandando. Hoje eu estou vulnerável, todos nós estamos. Todos nós somos fracos, somos falhos, somos pecadores (ENTREVISTADO 2).

Com 15 dias eu fui lá no chão de novo, e eu fiquei só o ódio. Não é fácil não. Mas o que acontece? Muita frustração, muita coisa: tem que lidar com trabalho, família, eu perdi um relacionamento de oito anos e uma casa, que passou, que deixei para trás quando fui internado. Na época foi um “problemeiro”. Foi muita coisa, sabe? Muita coisa mesmo, e é complicado lidar com tudo. Não sou a pessoa mais santa do mundo, mas vivo do meu jeito, porque uma coisa é você ficar dentro de uma fazenda, outra coisa é aqui fora. As pessoas têm preconceito, te julgam, e te criticam. É difícil você estar ali, estar na vida, porque a vida não é fácil, é complicada demais. E tipo, a fazenda na minha vida, foi tipo um atestado. Eu assinei “Eu, E3, sou um dependente químico perante a sociedade, família e amigos”. Então quando eu voltei, eu encontrei muito preconceito, mas também muito abraço e “Ah, que bom que você engordou”. Só que muitas das vezes as pessoas têm preconceito, te julgam, e te criticam. É difícil você estar ali, aí você acaba recaído. Na fazenda foi uma experiência bacana, mas quando eu bati aqui fora, não consegui viver tudo que aprendi lá dentro (ENTREVISTADO 3).

Quando eu caí, nossa senhora, fiquei muito mal mesmo. Comecei a ficar bem, depois recaí de novo, mesmo vacilo, achava que podia beber. Porque lá dentro [da fazenda], é fácil você não está se manipulando, o negócio é aqui fora, passar por provação. Por isso, eu tive três recaídas. Outra coisa que contribuiu para isso foi as amizades, querer andar com as mesmas pessoas, sair e achar que podia beber, andar com amizade errada. Às vezes os caras são bons, mas a gente tem que se afastar, porque a conversa deles é droga, bebida, não tem jeito e isso influencia (ENTREVISTADO 10).

Já para os entrevistados, que no momento da entrevista relataram não ter reincidido ao uso de droga, suas falas evidenciaram ser a manutenção da abstinência fora das CTs um desafio que irá acompanhá-los ao longo de suas trajetórias de vida, posto que para estes a dependência química constitui-se enquanto doença incurável. Ademais, para alguns dos entrevistados, o método oferecido pelas CTs não possibilita a recuperação, já que é no retorno à sociedade que esta se efetiva ou não.

Então, quando sair eu tive que me readaptar a uma rotina diferente. Aí eu pensava “lá eu estava protegido, aqui eu não estou”, né? Então foi daí que eu ficava meio ansioso, um pouco com medo, mas as coisas foram acontecendo naturalmente e eu fui me adaptando. Nunca tive nenhuma recaída, graças a Deus (ENTREVISTADO 1).

Não tem sido fácil, volto a falar não é fácil, é uma luta diária quando você volta, é recuperação diária. Não recai, mas não estou curado, porque não tem cura, estou aqui com o meu dragão dormindo. Porque não quer dizer que quando a gente sai da fazenda, a gente sai recuperado, porque quando saímos, é aí que começa a verdadeira experiência nossa. Porque quando se volta aqui para fora, o mundo só piorou, quem mudou foi eu, então sou eu que tenho que mudar. Eu não vou conseguir mudar ninguém aqui fora, essa mudança é minha, interior, de aceitar as coisas como são, e não em qualquer dificuldade recair (ENTREVISTADO 5).

Olha, minha vida hoje, posso dizer que vem aquela vontade de beber. Porque eu bebia, dava vontade de usar cocaína. Eu não sei ainda, porque a vida da gente só a Deus pertence, mas que estou perseverando, estou. Estou perseverando. Porque o vício é uma coisa muito danada, não tem como curar, só quem passa o dia a dia aqui fora é que sabe. Mesmo tendo saído e completando um ano, é arriscado. Tem gente que já passou por lá e ficou quatro, cinco anos sem beber e voltou. Eu com um ano estou no período de readaptação aqui fora. Porque lá dentro tem conversa sobre bebida, mas lá não entra (ENTREVISTADO 6).

Quando eu sair de lá eu vim correndo para fazer muitas coisas, muito planos que eu tinha, mas quando você chega na sua realidade aqui fora, aí tem as dificuldades, e quem usa droga, usa para aliviar algo. É hipocrisia falar que eu não sinto vontade de usar droga. Passa na cabeça, mas eu sei que eu não posso, eu sei que quando estiver nesse momento de perigo, vou ter que fazer outra coisa. Nunca vai ter cura, porque se eu cair, eu volto tudo de novo (ENTREVISTADO 7).

As percepções evidenciadas pelos entrevistados acerca de suas recaídas como fraqueza, falha, pecado e vacilo, e os sentimentos de ódio e mal que são desencadeados diante destas, podem ser resultantes da forma como as CTs compreendem esta experiência de recaída, que não é tolerada, e é concebida como descuido, como um declínio da alma que se rendeu às tentações e aos prazeres vazios das drogas, e que se desvirtuou do caminho da salvação (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

Já no que se refere aos enunciados dos egressos que até no momento da entrevista se apresentaram como sujeitos não reincidentes, verificamos que estes entendem ser a manutenção da abstinência um desafio diário em um contexto que não os protege das drogas (como é o caso das CTs), já que o desejo pelo uso sempre se manifesta, visto ser a dependência química uma doença crônica. Diante disso, notamos que estes sujeitos vivenciam uma constante luta interna, marcada pelo desejo por usar

drogas e pela sujeição às regras de controle para resistir a este desejo, levando-os a negar sua própria vida em prol da manutenção da abstinência, e a deslegitimar sua vida anterior a internação, em detrimento de outro caminho idealizado pelas CTs com vistas a evitar a ocorrência de recaídas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

Suscitamos que a visão dos entrevistados acerca da dependência química como doença incurável, apenas reproduz o discurso que se está arraigado nas CTs (BARRETO, 2011; SILVA, 2014; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; SANTOS, 2017; 2018; LOECK, 2018).

Sobre isso, Natalino (2018) sublinha que os discursos que legitimam a existência das CTs, dos quais são propagados sobretudo por organismos públicos, dizem respeito à eficácia ressocializadora destes serviços, que consiste na cura da dependência química. Desta forma, se as CTs entendem ser a dependência química uma doença incurável, logo estas deveriam fechar suas portas, e nem tampouco deveriam ser financiadas com recursos públicos.

Dito isso, parafraseando Medeiros (2014), ressaltamos que se analisarmos a cura da dependência química a partir do critério da abstinência, não há cura, visto ser a reincidência um risco iminente independente da abordagem empregada para intervir sobre a questão.

Sobre os resultados da abordagem utilizadas pelas CTs, Scaduto, Barbieri e Santos (2014) advertem que estes são distintos para cada sujeito, uma vez que são influenciados pelas características de cada indivíduo. Para estes, a metodologia empregada por estas instituições pode resultar em melhorias no funcionamento psicológico do sujeito, auxiliando no processo de desenvolvimento emocional e de recursos adaptativos mais maduros e socializados.

Em face do descrito acima, sugerimos que dentre os principais serviços que ofertam tratamento aos usuários de drogas (os CAPSad, as clínicas de reabilitação, os hospitais psiquiátricos e as CTs), nenhum destes podem ser vistos como efetivos para todos os indivíduos, uma vez que na questão da dependência química há a predominância da heterogeneidade, dado que as drogas afetam os sujeitos de

distintas formas, por distintos motivos, em diversificados meios e circunstâncias (BRASIL, 2003; OLIVEIRA, 2017).

Na sequência, cabe realçar o resultado da pesquisa conduzida por Costa (2011), que ao se basear numa amostra de 22 egressos de uma CT localizada na cidade de Londrina, apurou que quinze destes sujeitos não havia reincidindo ao uso de drogas no período da coleta de dados, representando assim, 68,2% dos egressos abstêmios. Já os outros sete, reincidiram ao uso, o que representa 31,8% da amostra que não conseguiu manter a abstinência após alta da internação.

No que diz respeito aos resultados do tratamento para o uso problemático de drogas, Santos (2018) adverte que as evidências científicas apontam que inexistem um tipo de tratamento para dependência química que seja universalmente eficaz e infalível. Esta autora, baseada em estudos clínicos, destaca ainda que as taxas de recaídas após um ano do término de qualquer modalidade de tratamento para o uso problemático de drogas, muito embora estas possam sofrer variações de uma substância para outra, estas estão na faixa de 60% a 70%.

A respeito desta reincidência ao uso de drogas após a alta da internação, Ferreira *et al.* (2012) consideram ser esta a maior limitação desta abordagem, uma vez que após a internação é frequente o usuário voltar a consumir drogas na mesma proporção que consumia antes do ingresso no serviço, que, por conseguinte contribui para as reinternações.

Na esteira desta discussão, cabe dar visibilidade à pesquisa desenvolvida por Carvalho *et al.* (2011) que, em consonância com os achados desta investigação, constatou como motivos para recaída, sendo eles o contexto em que o sujeito está inserido, visto que a manutenção da mesma rotina e a convivência com as mesmas pessoas, das quais podem fazer uso de drogas pode contribuir para a recaída, a crença que muitos sujeitos tem de que após a internação estão curados e preparados para resistir às drogas e às dificuldades de manejar as frustrações que surgem em razão dos problemas experienciados, na qual o uso de drogas é visto como recurso para tolerar estas frustrações.

Cumpra também destacar os achados do estudo desenvolvido por Silva, Guimarães e Salles (2014), que com o objetivo de identificar, na percepção dos usuários de drogas internados em uma CT, fatores de risco e proteção à recaída, verificou que dentre os sentimentos que motivaram a recaída, a dificuldade de lidar com a frustração recebeu maior destaque. Já sobre as situações que foram destacadas pelos sujeitos da pesquisa como facilitadoras de recaída, o meio social em que vivem, ocupou o terceiro lugar na lista de situações, pois muitas vezes o contexto em que o sujeito está inserido oferece a ele o contato com as drogas, que não é somente visual, mas também de lembranças, o que pode evocar a vontade incontrolável para o uso, levando-o a perder o controle e assim recair.

O estudo de Costa (2011) fortalece o pressuposto de que o retorno do egresso para o mesmo ambiente social a qual pertencia antes da internação, e a manutenção de convívio com os meus amigos e colegas, podem inferir no retorno ao uso de drogas. Diante dessa vulnerabilidade, torna-se comum, após alta da internação, a ocorrência de mudança de locais de moradia, e o estabelecimento de novas relações de amizade, como medida para diminuir o assédio ao uso de drogas.

Outra questão que certamente contribui para recidiva ao uso de drogas, diz respeito ao fato de que as CTs, ao terem como cerne em sua abordagem a imposição de uma moral cristã, não lançam mão de estratégias de cuidado que incentivam o sujeito a desenvolver suas singularidades e peculiaridades, não oferecendo os recursos necessários para que, após a alta, possam voltar para o seu contexto comunitário munido das condições para fazerem outras escolhas de vida e, assim, não retornarem para as mesmas condições de vida que o levou à internação, alcançando uma recuperação duradoura (RAUPP; SAPIRO, 2008).

Ademais, acreditamos ser a reincidência mais uma das consequências provenientes do distanciamento do indivíduo com a sociedade, que provoca neste o que foi denominado por Goffman (1987) como “desculturamento”, concebido como a incapacidade temporária que surge após o processo de internação, no qual o indivíduo se vê impossibilitado de enfrentar alguns elementos de sua vida cotidiana, podendo recorrer novamente ao uso de drogas para conseguir manejar as demandas que a vida lhe impõe.

Sabino e Cazenave (2005) suscitam que, em virtude da abordagem ofertada pelas CTs ser aplicada em um local que não é só de privação de drogas, mas também do grupo social do sujeito, esta experiência pode levar o indivíduo a uma desadaptação social, que pode culminar em uma possível recaída.

Nas CTs é como se o indivíduo estivesse protegido por uma bolha na qual não estão presentes os conflitos reais da vida em sociedade. Entretanto, esta experiência pode o tornar inapto para a vida cotidiana, posto que após a alta da internação a dinâmica cultural da CT mostra-se tão arraigada que o impede de se identificar com qualquer outra cultura que não seja aquela que lhe foi inculcada ao longo da internação, podendo o levar a reincidir ao uso de drogas diante de qualquer dificuldade ou fracasso. Além disso, as experiências de recaídas reforçam no usuário a crença de que para ele só resta a institucionalização. Esta crença pode levá-lo a sabotar precocemente sua abstinência, o tornar resistente para buscar serviços ambulatoriais, e conduzi-lo novamente ao serviço oferecido por CTs, pois entende ser este espaço seguro para livrar-se das drogas (DAMAS, 2013).

Nesse sentido, os achados desta pesquisa mostram-se em conformidade com o assinalado por Damas (2013), uma vez que identificamos, entre os participantes investigados, indivíduos que, diante das recaídas experienciadas após a alta do serviço, por diversas vezes procuraram novamente a internação nas CTs para se distanciarem das drogas.

Retomando a discussão sobre as possíveis causas para a reincidência, está ela atrelada ao fato de que nas CTs são criadas condições ideais de vida, que logo são dissipadas quando o interno retorna para a sociedade e se percebe diante do mundo real, que é bem distante da realidade pregada por estas instituições (BOLONHEISRAMOS; BOARINI, 2015).

No entendimento de Natalino (2018), os efeitos esperados pelas CTs muitas vezes não se mostram duradouros, por estas não prepararem os usuários para a vida extramuros das CTs, provocando a inadaptação à vida civil. Por isso, a reincidência poderá ocorrer quando o interno voltar para o seu contexto social originário, e se deparar com a disponibilidade de drogas, o que revela o entrelaçamento entre a inadaptação à vida civil, a ineficiência terapêutica e a reincidência.

Para Ribeiro e Minayo (2015), o método oferecido pelas CTs não potencializa uma confrontação do indivíduo com as drogas, uma vez que estes espaços oferecem aos internos um ambiente isolado e seguro, que não considera que as substâncias psicoativas são elementos da conjuntura social.

Já Melo (2016) reflete que as CTs criam um contexto controlado, sem drogas, sem trabalho e família, distante de problemas, na qual o interno tem que lidar com as regras do serviço, que são distantes das complexidades de demandas presentes na vida em sociedade.

Desta forma, esta reincidência deve-se ao fato de que ao manter os indivíduos distantes do contexto em que o uso de drogas se dava, a internação pode resultar apenas na mudança de ambiente, e não no desenvolvimento de habilidades e potencialidades para enfrentar ocasiões de risco a recaída, dispondo para o interno de recursos capazes de alterar a forma como se relacionam com estas substâncias (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Além do mais, por adotar a meta da abstinência como objetivo central do processo pedagógico, estas instituições não se mostram como equipamentos que promovem a reinserção social do usuário, por meio da reconstrução de três elementos principais da vida deste: casa, trabalho e rede social. Portanto, as CTs além de fracassarem na proposta da abstinência, estas ainda não são capazes de promover reinserção social do interno, o que pode contribuir para a recidiva ao uso (SOUZA *et al.*, 2016).

Destacamos ainda que os dados coletados sugerem que estas CTs não operam de forma articulada com os serviços públicos de saúde, mesmo prevendo o Art. 6º, inciso IV da Portaria 3.088/2011 que estas instituições devem estar em permanente interlocução com a atenção básica e com o CAPS, haja vista que o primeiro dispositivo visa oferecer apoio clínico ao usuário, e o segundo é designado como responsável pelo cuidado, acolhimento e o acompanhamento especializado deste durante todo o processo de internação, bem como pelo planejamento da alta, com vistas a promoção e a reinserção deste usuário na comunidade (BRASIL, 2011d). Em face disso, suscitamos que esta falta de articulação também pode contribuir para o fracasso do pretendo cuidado ao qual se propõem estas instituições. Entretanto, nos questionamos se esta articulação seria possível, já que a política que orienta a

atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS (a PAIUAD) é orientada pelo Paradigma da Redução de Danos, enquanto que as CTs se mostram demasiadamente atreladas aos pressupostos defendidos pelo Paradigma Proibicionista (BRASIL, 2003).

Realçamos também que as falas dos entrevistados indicam que esta abordagem era conduzida, especialmente, pelos próprios dirigentes e/ou coordenadores destas instituições, e não por profissionais de diferentes áreas do conhecimento em saúde, já que foi destacada apenas a atuação de um profissional do Serviço Social que realizava atendimentos semanais.

Na fazenda tinha uma Assistente Social que conversava com a gente de vez em quando, toda terça-feira (ENTREVISTADO 7).

O dado acima se mostra em consonância com o apresentado no Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas – 2017, que identificou a ausência de profissionais de saúde nas CTs, e destaca serem estes os profissionais habilitados para viabilizar a assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas (CFP, 2018).

Sobre isso, Ruiz e Marques (2015) refletem que a internação de usuários de drogas, só pode gerar resultados positivos quando conduzida por uma equipe multidisciplinar habilitada para intervir sobre a questão da dependência química, pois se assim não for, esta apenas se mostrará como artifício cru de repressão e reclusão.

Outra questão que foi possível observar a partir das informações disponibilizadas no site institucional da rede de CTs estudadas e da análise dos enunciados dos entrevistados, refere-se a evidencia que estas instituições lançam mão de uma metodologia de atenção extremamente engessada, padronizada, sem fundamentação técnica, teórica ou científica aplicada a todos os usuários, que não partem das singularidades, necessidades, desejos, e idiosincrasias de cada indivíduo, que desconsidera a ideia de que as substâncias utilizadas pelos residentes podem não ser as mesmas, assim como os graus de envolvimento com estas substâncias também não são padrões, e que menospreza as possíveis dificuldades de adesão ao método que o usuário poderá se deparar, o que por conseguinte contribui para que a manutenção da abstinência não se estenda por muito tempo após a alta da internação, já que não receberam uma abordagem individualizada e apropriada para atender as

suas necessidades subjetivas (RAUPP; SAPIRO, 2008; RUIZ; MARQUES, 2015; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017, CFP, 2018).

Somos tratados todos como iguais, mas nem tão iguais, e foi uma vivência diferente. Antes da internação eu tinha muitas obrigações, eu tinha meu emprego, e eu resolvia tudo que me passava, só que na fazenda eu não me via como uma pessoa que fazia tudo, a fazenda eu era comum como todos. Comum não, eu era uma pessoa em tratamento como todas, se tinha que tirar leite, eu ia tirar leite, se tinha que capinar, eu capinava, tinha que ir para o artesanato, eu ia para o artesanato (ENTREVISTADO 6).

Essas CTs não deveriam empregar os mesmos meios para “tratar” distintos usuários que, por mais que ao ingressar nestas instituições recebam o *status* de dependente químico, são singulares em suas histórias de vida, e, portanto, devem ser alvo de uma abordagem de atenção que considere suas singularidades.

Insta salientar que estes serviços, ao não proporem uma metodologia de cuidado que tenha em vista as singularidades de cada usuário, estão descumprindo como previsto no Art. 2º, inciso XII da Portaria nº 3.088/2011, na qual delimita a construção de projetos terapêuticos singulares como eixo central da lógica de cuidado para estes usuários (BRASIL, 2011d).

Na análise do CFP (2018) a ausência de projetos terapêuticos singulares nas CTs reitera ser inviável considerar os serviços oferecidos por estas instituições como tratamento em saúde, posto que banalizam as singularidades de cada interno, e que não os auxiliam no desenvolvimento de estratégias que promovam sua reinserção social em seu contexto comunitário.

Além da evidência de ausência de projetos terapêuticos singulares, os resultados destes estudos sugerem que as CTs não proporcionam aos seus internos espaços terapêuticos individuais.

Sobre isso, Raupp e Sapiro (2008) destacam que a ausência de espaços terapêuticos individuais nestas instituições compromete os resultados da intervenção utilizada, já estes são tidos como recursos indispensáveis para que o usuário vivencie uma recuperação duradora, por se configurarem como dispositivos imprescindíveis para

que as relações estabelecidas pelo sujeito com o uso de drogas seja objeto de intervenção.

Ademais, acreditamos que estas instituições, ao enfatizarem a reeducação dos internos como objetivo crucial de sua abordagem, não preparam o indivíduo para lidar com os desafios e as contradições que se emergem na vida social. Suscitamos que este preparado poderia ser uma das condições capaz de prevenir futuras recaídas, “[...] porque é difícil você estar na vida, porque a vida não é fácil, é complicada demais” (ENTREVISTADO 3), visto que diante das dificuldades que o egresso encontra no seu processo de reinserção social, o uso de drogas pode apresentar-se como alento que pode minimizar os sentimentos de tristeza, solidão, ansiedade e exclusão, muitas vezes provenientes da experiência de ‘estar na vida’ após um longo processo de internação, que pode ter desencadeado a ruptura do sujeito com os vínculos sociais, educacionais, empregatícios e de saúde, sem ao menos lhe oferecer as condições necessárias para reconstrução destes após a alta (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Além do mais, dos dados anteriormente expostos contrariam as pesquisas que apresentam a ideia de que apenas o desejo pessoal do sujeito para o tratamento garante o sucesso da intervenção, ou seja, garante que não haverá futuras reincidências, conforme apontado no estudo de Ruiz e Marques (2015), visto que verificamos ser predominante a reincidência entre usuários dos quais a motivação para a internação esteve atrelada a fatores internos.

Diante do exposto, verifica-se que as reincidências ao uso de drogas por egressos das CTs ventilam indícios da ineficácia da abordagem defendida por estas instituições, para alguns dos sujeitos deste estudo.

Sobre isso Aguiar (2014) aponta que, se formos analisar esta eficácia utilizando o critério de avaliação predominante nestas instituições (manutenção da abstinência total e permanente do uso de toda e qualquer droga), podemos entender esta abordagem como ineficaz, já que existem nestes serviços usuários com histórico de reinternação e diversas experiências de recaídas. Contudo, mesmo diante disso, a autora adverte que estes serviços não podem ser vistos sem qualquer função social, uma vez que, se considerarmos que a interrupção do uso de drogas pelo sujeito, mesmo que por curto tempo (durante a internação), é capaz de diminuir os agravos a

sua saúde e reduzir o sofrimento de seus familiares, esta poderia ser considerada como uma prática de Redução Danos.

Loeck (2018), de maneira contrária ao entendimento de Aguiar (2014), considera que os serviços prestados pelas CTs não podem de forma alguma ser vistas como fomentadoras de estratégias de Redução de Danos, uma vez que compreendem o uso de drogas como doença incurável, e desta forma se distanciam do referencial que sustenta a política de Redução de Danos. Este pressuposto da dependência química como doença sem cura, tende a incidir sobre os usuários, que após recidiva voltam a estas instituições reforçando a crença de que não lhes restam outra condição a não ser a de doente crônico, o que, por conseguinte contribui para que a dependência química seja mantida pelo sujeito, e para que um ciclo vicioso de reinternações ocorra, atuando portanto numa perspectiva contrária da Redução de Danos.

Parafrazeando Carvalho e Dimenstein (2017), se legitimarmos o discurso de que as estratégias de atenção propostas pelas CTs se constituem como práticas de Redução de Danos, somente porque exige do usuário a suspensão com o uso de drogas como condição para ingresso e permanência nos serviços, reduzindo assim o consumo individual, estará apenas reforçando os mesmos processos moralizantes, de marginalização, de controle e exclusão social, dos quais esta política se opõe e busca enfrentar.

Com base nos resultados desta pesquisa, advogamos que as CTs operam de forma diametralmente oposta ao que prevê a política de Redução de Danos, atuando numa perspectiva que, ao invés de reduzir danos, gera mais danos, como, por exemplo, ruptura do usuário com os laços comunitários, de saúde, educacionais e trabalhistas (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Em face do exposto, reiteramos ser modelo psicossocial o modelo de atenção ideal, como por exemplo, o dispositivo CAPSad, que se mostra como importante aliado no campo da reabilitação de usuários de drogas, já que, diferentemente das CTs, não exige a abstinência como meta única a ser alcançada pelo usuário, posto que seguem a lógica de cuidado proposta pelo Paradigma da Redução de Danos como estratégia de prevenção e tratamento, que reduz os agravos gerados pelo uso de drogas, contribui para melhoria das condições de vida, saúde e sobrevivência dos usuários de

álcool e outras drogas, mantém estes usuários inseridos na rede de atenção à saúde e de assistência social, reduzindo os processos de marginalização comumente vivenciados por este, oferece a estes sujeitos oportunidades de inclusão social, e as condições para repensarem acercadas relações que estabelecem com o uso de drogas, e assim vislumbrar a existência de novos horizontes possíveis, para que estas relações sejam modificadas. Enquanto as CTs dispõem de uma metodologia de atenção com vista à introjetar no usuário um novo código moral e assim promover sua reeducação, o CAPSad visa promover a saúde mental e reinserção social do usuário por meio da reconstrução de seu território comunitário, cultural, geográfico, interpessoal, existencial, afetivo e laboral. Estes dispositivos de base comunitária propõem a adoção de estratégias que conduzem o sujeito a um processo de autoconhecimento e de novas formas de existência e sociabilidade para além do uso de drogas. Outra diferença substancial que nos leva a legitimar o tratamento oferecido pelo CAPSad em detrimento das CTs, diz respeito ao fato de que o primeiro não emprega meios padronizados para tratar diferentes sujeitos, enquanto o segundo serviço advoga ser o emprego da disciplina, trabalho, convivência e religiosidade, recursos infalíveis para curar todos seus residentes. De maneira oposta as CTs, o CAPSad propõe estratégias de cuidado que têm como ponto de partida a concepção de que cada sujeito possui suas próprias condições psicossociais e uma trajetória terapêutica que lhe é peculiar. Por isso para cada paciente é elaborado um projeto terapêutico singular, de base científica, formulado por uma equipe multiprofissional juntamente com o usuário. De forma oposta do modelo preconizado pelas CTs, as ações de cuidado propostas pelo CAPSad não visam forjar novos sujeitos em consonância o modelo moral preestabelecido, se apartam dos pressupostos moralistas, não definindo, portanto um modelo moral a ser seguido, e nem uma direção predefinida para as eventuais mudanças que possam ocorrer no paciente como resultado do processo autônomo de autocuidado, fomentado pelos profissionais do serviço ao longo do tratamento, que por sua vez não tem prazo fixo para o término, já que considera que cada sujeito desenvolve o seu processo subjetivo de reabilitação (FERREIRA, 2017; VELOSO *et al.*, 2016; SANTOS, 2018; GOMES; VECCHIA, 2018).

### **5.3.2 A participação nos grupos de autoajuda como mecanismo de enfrentamento na recaída**

Para os entrevistados que no momento da entrevista encontravam-se abstêmios, o grupo de autoajuda foi destacado como o principal recurso de enfrentamento na luta contra a dependência química, vista como doença crônica.

Na concepção destes sujeitos, a participação neste grupo é importante na árdua trajetória em prol da manutenção da abstinência por configurar-se enquanto a base das CTs, posto que também reforçam a vivência religiosa e a convivência entre os pares como recursos indispensáveis nesta luta diária.

O grupo para mim é minha recuperação diária, eu não falto (ENTREVISTADO 5).

Essencial da vida após a fazenda é frequentar o grupo e fazer o que estou fazendo. Eu acredito muito nisso, por isso eu venho aqui (ENTREVISTADO 6).

O grupo é muito importante quando você sai. Ali você vive com pessoas que já passaram, que estão passando, a gente vê o sofrimento da família que uma pessoa ali está causando. A gente presencia tudo isso (ENTREVISTADO 8).

O grupo ajuda porque é uma base da fazenda, porque ali é uma palavra divina que você lê e você tem a comunhão, de você se abrir do que você está sentindo, de falar para quem vai te entender, porque já passou por aquilo. Você se abre, coloca para fora como está sentindo, de falar “estou mal hoje” (ENTREVISTADO 10).

Estes resultados se mostram em consonância com outras pesquisas das quais também evidenciam a importância da participação de usuários de álcool e outras drogas em grupos, em razão de que as experiências compartilhadas nestes espaços atuam como fator terapêutico que os auxiliam não apenas na decisão pela internação nas CTs, mas também no processo de manutenção da abstinência (GALVEZ *et al.*, 2010; CARVALHO; LIOTTI; LENZI, 2015).

### **5.4 ENTRE O PREVISTO NA LEI Nº 10.216/2001 E NA PAIUAD, E O VIVIDO PELOS EGRESSOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Diante dos dados coletados e de toda discussão até aqui tecida, acreditamos termos elementos suficientes para analisarmos de forma crítica o quanto o serviço oferecido

pelas CTs analisadas se aparta do previsto na Lei nº 10.216/2001, e na PAIUAD, que foi elaborada em consonância com os princípios destacados na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a, 2003).

Cumprir pontuar que esta análise é de grande relevância, já que desde 2011, por meio da Portaria nº 3.088/2011, as CTs brasileiras foram inseridas no escopo do SUS, e ainda em razão de que através do Edital de Credenciamento Nº 001/2018, diversas CTs que compõem a Rede de CTs investigadas foram habilitadas, para oferecer tratamento a usuários de álcool e outras drogas, conforme consta na Portaria da SENAD nº 41, de 01 de Novembro de 2018, das quais receberão pelo serviço prestado com recursos provenientes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d, 2018b, 2018d).

#### **5.4.1 O descumprimento da Lei nº 10.216/2001 pelas Comunidades Terapêuticas**

Ao analisar os dados coletados à luz das disposições apontadas na Lei nº 10.216/2001, que trata sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, das quais possuem pertinência com o nosso objeto de estudo, verificamos que estes achados indicam que a proposta metodológica oferecida pelas CTs investigadas se aparta do previsto no Artigo 2º, parágrafo único, incisos I, II, III, VI, VII, VIII e IX, e ainda no Artigo 4º, parágrafos 1º, 2º e 3º.

O Artigo 2º, parágrafo único, inciso I, elenca que é direito da pessoa portadora de transtorno mental (que no caso em discussão, é o usuário de drogas), “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001<sup>a</sup>, n. p.).

Ante ao exposto, em face dos resultados desta pesquisa, e diante ainda do apontado pelo CFP (2018), admitimos que, as CTs não podem, em hipótese alguma, ser concebidas como tratamento de saúde, mas sim como uma proposta de atenção, já que dispõem de uma metodologia de atenção não coadunada com elementos técnicos, científicos e teóricos, empregam a abstinência, o isolamento, o trabalho (sob égide da laborterapia, mas que apenas visa garantir a manutenção destas instituições), e, ideologias religiosas como recursos para tratar seus internos, propondo uma abordagem de atenção que não considera as singularidades de cada indivíduo, e que segue numa perspectiva de avaliações morais e doutrinárias.

Já o inciso II, pontua que é direito do usuário “ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001a, n. p.).

Elucidamos que os resultados desta pesquisa indicam violação deste nas CTs investigadas, posto que a participação pelos internos em todas as atividades que ali são desenvolvidas é obrigatória, implicando no desrespeito as escolhas individuais que poderiam ser feitas por cada indivíduo. Além disso, a proposta de atenção destas instituições não é desenvolvida por meio da inserção do indivíduo na família, no trabalho e na comunidade, mas sim pelo afastamento deste do espaço em que a vida familiar, trabalhista, e comunitária acontece.

O inciso III, por sua vez, assegura o direito do usuário de ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração (BRASIL, 2011a). Este direito é violado nas CTs estudadas, por meio da exploração do trabalho, conforme explícito na fala abaixo:

Na Fazenda eu trabalhava como um burro de carga, de graça, e pagava ainda para ficar internado. Não é fácil (ENTREVISTADO 3).

Dependendo da coisa que a gente faz, a gente cansa. Lá a gente pega na enxada, lá tem horta, padaria, lá o próprio interno tem a harmonia da fazenda, para deixar impecável, limpinho para as visitas (ENTREVISTADO 6).

Já o inciso VI destaca ser direito da pessoa portadora de transtorno mental, o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. O referido direito é violado nas CTs, já que os internos são cerceados do uso de qualquer veículo de comunicação, como televisão, rádio ou aparelho celular (BRASIL, 2011a).

No inciso VII, assegura que é direito do usuário “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento” (BRASIL, 2011a, n. p.). Em face disso, compreendemos que as CTs investigadas banalizam o direito do interno de obter informações em relação à proposta de atenção que lhe está imposta, já que a busca do usuário pelas razões para cumprir com as regras que compõem tal proposta não é vista com bons olhos pelos coordenadores destas instituições, como podemos depreender do discurso que segue abaixo:

Eu questionava, por que eu não posso isso? Porque não posso passar da cerca? Por que não posso ir na outra casa? Eu era muito questionador, tudo queria saber por que, para quê. Queria entender o processo para aceitar a recuperação. Aí isso gerava atrito com os coordenadores, porque eles pensavam: “pow, o cara questiona demais”, aí eles me deixavam uma semana na horta, para eu parar de questionar, isso me estressava um pouco (ENTREVISTADO 7).

Os incisos VIII e IX asseguram o direito da pessoa portadora de transtorno mental de “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e, “[...] preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001a, n. p.). À luz destas previsões legais, valendo-nos da análise apresentada pelo CFP (2018), já que está se apresenta em consonância com os resultados desta pesquisa, o que pode ser constatado é que as CTs operam numa lógica contrária do que prevê os incisos supracitados, configurando-se como uma abordagem de atenção altamente invasiva, que distancia os usuários de álcool e outras drogas de seu convívio social, segregando-os, isolando-os do mundo externo, utilizando práticas que incidem sobre estes sujeitos de forma a anular suas subjetividades (CFP, 2018).

Já no Artigo 4º, em seu inciso 1º garante que nas situações de internação “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, devendo abarcar “[...] serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001a, n. p.). Ante o exposto, cumpre destacar que a análise dos dados coletados aponta que de forma oposta a estas previsões legais, as CTs investigadas visam institucionalizar seus usuários. Além disso, a proposta de atenção oferecida pela rede de CTs pesquisadas contava apenas com a inserção de uma Assistente Social, que realizava atendimento todas as terças-feiras, conforme destacado pelo entrevistado 7:

Na Fazenda tinha uma Assistente Social que conversava com a gente de vez em quando, toda terça-feira (ENTREVISTADO 7).

Deste modo, estas CTs não incluem em sua abordagem serviços médicos, psicológicos, ocupacionais e de lazer, pelo contrário, os substitui por outros recursos (a disciplina, a convivência, o trabalho e a religiosidade).

Por conseguinte, o inciso 3º veda a internação de usuários em instituições asilares, concebidas por esta Lei como aquelas que não possuem os recursos citados no inciso

2º e que não garantem a estes os direitos situados no parágrafo único do Artigo 2º (BRASIL, 2001a).

Desta forma, nota-se que as análises até aqui apresentadas, reiteram ser as CTs instituições asilares, porque além de não dispor dos serviços exigidos no Artigo 4º, inciso 2º, violam diversos direitos enumerados no parágrafo único do Artigo. 2º, e ainda promovem a institucionalização por meio do isolamento do usuário por um período de dozes meses, em um espaço fechado, que em muito se diferencia dos ideais de cuidado propostos pelos serviços comunitários de saúde mental. Logo, estas CTs não podem ser consideradas como serviços adequados para usuários de álcool e outras drogas, e nem tão pouco deveriam ser financiadas pelo SUS.

#### **5.4.2 O descumprimento da PAIUAD pelas Comunidades Terapêuticas**

Conforme já discutido ao longo deste trabalho, as CTs têm a exigência da abstinência como critério indispensável para o ingresso e permanência de usuários de drogas nestes serviços. Enquanto que a PAIUAD legitima a Redução de Danos como um caminho promissor para cuidar destes, por entender que a abstinência não pode ser a única meta a ser alcançada, mas a redução dos danos sociais e à saúde ligados ao uso de drogas, posto que estamos diante de usuários singulares, que devem ter suas escolhas respeitadas (BRASIL, 2003; RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Outra divergência substancial refere-se ao fato de que a PAIAUD prever que o tratamento do usuário deve ocorrer especialmente no território, a fim de valorizar a convivência e reinserção social dos usuários, contrapondo-se à ideia de exclusão social. Por isso essa política reforça que as linhas de cuidados a estes indivíduos devem impreterivelmente ser baseadas em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, articuladas à rede assistencial em saúde mental e ao meio cultural (BRASIL, 2003). Já as CTs atuam de forma oposta, haja vista que defendem que a proposta de atenção a estes indivíduos deve se dar por meio do isolamento do sujeito em uma instituição fechada, por acreditar que, para o alcance da abstinência, é necessário que o indivíduo se mantenha totalmente afastado do ambiente em que este consumo ocorre.

Na perspectiva da PAIUAD as estratégias de tratamento são traçadas em conjunto com paciente, por considerar que cada indivíduo possui suas singularidades, e traz consigo diferentes necessidades, características e desejos (BRASIL, 2003). Já na proposta de atenção das CTs estas estratégias já são padronizadas, cabendo ao usuário apenas cumpri-las, ou seja, a abordagem não é pensada de forma individualizada, mas sim coletiva.

A PAIUAD prima pela atenção ao usuário com ênfase na reinserção social dos usuários na vida familiar, comunitária e de trabalho. Para tanto, propõe uma abordagem intersetorial, ou seja, integrada não somente com os demais serviços de saúde, mas também com outros serviços públicos, dentre os quais podemos citar os serviços de educação, esporte, cultura, lazer, e de desenvolvimento (BRASIL, 2003). Já as CTs empregam uma abordagem de atenção moralizante e normatizante, que visa exclusivamente reeducar e reformar moralmente seus internos, para inculcar-lhes uma nova identidade, capaz de traduzir o código moral que as orientam (SANTOS, 2018). Além do mais, estas instituições operam distantes das prerrogativas da PAIUAD, já que advogam que a abordagem dirigida aos seus usuários deve acontecer num espaço totalmente fechado, marcado por privações de liberdade e dos meios de comunicação, acarretando o rompimento dos vínculos familiares, comunitário e trabalhista, sem qualquer perspectiva de reinserção social e de reconstrução de vínculos, e evidencia de interlocução com serviços externos.

Enquanto a PAIUAD propõe linhas de cuidado que valorize a autonomia, a liberdade, e o protagonismo do usuário (BRASIL, 2003), as CTs não consideram seus residentes enquanto sujeitos autônomos, e protagonistas de suas histórias, mas sim como pessoas, indisciplinadas, incapazes de cuidar de si, e que por isso devem ser enclausuradas, e ter suas vidas geridas pelos coordenadores e/ou dirigentes destes serviços.

Nas diretrizes da PAIUAD o uso de drogas é concebido como questão de saúde pública, atravessada por fatores sociais, psicológicos, econômicos e políticos (BRASIL, 2003). Em contrapartida, as CTs compreendem o uso de drogas a partir de um prisma estritamente individual e moral, que não considera os atravessamentos sociais, psicológicos, econômicos e políticos implicados na questão, e compreendem

ser a dependência química uma doença, maldição, castigo e mal espiritual, provocada pela interrupção abrupta do sujeito com os códigos socialmente aceitos, e não como um sintoma social (MEDEIROS, 2014).

Ademais, enquanto a PAIUAD se aparta dos discursos proibicionistas, repressivos, moralistas, e excludentes, e busca a desconstrução da visão predominante na sociedade, de que todo indivíduo que usa drogas é um doente, marginal e perigoso, que precisa ser enclausurado (BRASIL, 2003), as CTs fortalecem estes discursos ao manter seus usuários em condições de sequestro, por compreender a dependência química como doença, pecado, falha moral, maldição e castigo vivenciado pelo sujeito como consequência de suas transgressões as normas sociais, além de perceber seus usuários como criminosos, sem controle, avessos as normas sociais, irresponsáveis, perigosos para si e para quem está ao seu entorno, que por isso precisam ser reeducados para viver em sociedade (MEDEIROS, 2014; SANTOS, 2016, 2018; FERRAZZA *et al.*, 2017; LOECK, 2018).

Deste modo, em face de todas estas divergências encontradas entre o que prevê a Lei da Reforma Psiquiátrica e a PAIAUD, é concludente que as CTs não atendem as prerrogativas de ambas as políticas e que, portanto, não deveriam serem habilitadas como serviços adequados na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os extratos das entrevistas apresentados ao longo dos resultados desta pesquisa foram enunciados por diferentes sujeitos e que trazem consigo histórias singulares em relação ao processo de internação vivenciados nas CTs. Estas histórias nos permitiram compreender a proposta de atenção oferecida por estas instituições, seus artifícios de cuidado, bem como os efeitos nefastos que sofrem todos aqueles que passam por estes serviços.

Ouvir estas histórias foi como um divisor de águas, que marca a vida de uma pesquisadora, que antes se encontrava inerte no campo da militância da saúde mental e que agora carrega um desejo ardente por contribuir pra este campo de estudo, como forma de não se calar diante dos retrocessos que estamos presenciando, a fim de ratificar o quanto a internação de usuários de álcool e outras drogas em CTs constitui-se como prática retrógrada, que apenas reedita os mesmos processos de sequestro e exclusão que já foi questionado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica como ineficaz e inaceitável.

Notamos que estes serviços apenas se baseiam em pressupostos proibicionistas e moralistas, que consideram o usuário de drogas como sujeito inapto para a convivência social e que, por isso, precisa ser enclausurado. A partir destes pressupostos, percebemos o quanto as CTs se destoam da proposta de cuidado defendida pela Reforma Psiquiátrica e pela PAIUAD, e ainda se configuram como uma reedição dos arcaicos manicômios predominantes na Idade Média.

Em face destes descumprimentos, destacamos que estas instituições não deveriam de forma alguma ser legitimadas pelo SUS, por meio do repasse de recursos financeiros. Entretanto, acreditamos que cada vez mais estas recebem recurso deste sistema, por ser predominante a ideia de que terceirizar o cuidado aos sujeitos considerados indesejados socialmente para as CTs é mais prático e menos trabalhoso do que investir em equipamentos de saúde de base territorial, que operam na lógica da Redução de Danos, e que possuem evidencia científica comprovada.

Verificamos que estas CTs se constituem como meio para normatizar seus internos. Para tanto, ancoram-se em três pilares, sendo eles o trabalho, a convivência e,

especialmente, a abordagem religiosa, para colocar seus internos em condições de fragilidade emocional e humilhação, a fim de promover a anulação de sua subjetividade pregressa, em prol de uma nova subjetividade, engessada segundo as prerrogativas que operam nestes espaços.

A disciplina nestes serviços é explicitada por meio da imposição de normas e regras que administram o tempo dos residentes e realiza a incursão de uma rotina padronizada, e a adesão aos preceitos religiosos que ali são professados. Neste pilar, a punição revela-se como o principal artifício para produzir pessoas humildes, adestradas e obedientes às normas e regras impostas.

No que concerne ao pilar trabalho, os dados sugerem que as práticas propostas neste eixo visam apenas à manutenção destes serviços, e que por isso reeditam a lógica de tratamento moral predominante no século XVIII. Estas práticas não demonstram portar qualquer finalidade terapêutica para o interno, e não contribuem para a posterior inserção deste usuário no mercado de trabalho, já que não incentivam o desenvolvimento de novos projetos de trabalho que valorizam a capacidade e a autonomia do sujeito.

Já sobre o pilar da convivência este é visto como positiva, mas também como negativa. Positivo quando as experiências partilhadas entre os pares atuam como fonte de motivação, encorajamento e crescimento ao longo da internação. E, negativa quando acarretam prejuízos para o processo de adesão e permanência do indivíduo no serviço.

No que tange ao pilar da religiosidade, sugerimos que esta abordagem é empregada nas CTs para conversão e /ou transformação moral e subjetiva dos residentes, sob a égide de espiritualidade, talvez por ser este último termo menos problemático, posto que serem financiadas com recursos públicos, estas instituições não deveriam adotar nenhum viés religioso.

Destacamos que o discurso de que a abordagem religiosa se configura como recurso indispensável para curar os usuários destes serviços de seu vício, constitui-se como uma falácia, já que nestas instituições a dependência química é vista como doença incurável.

Pensamos ser a abordagem religiosa empregada pelas CTs, moralizante, disciplinadora, normatizante, culpabilizante, alienante e violadora de direitos. Moralizante, por ter como proposta a revisão moral do estilo de vida do sujeito. Disciplinadora, já que utiliza de rituais religiosos como meio para tornar seus residentes humildes para obedecer e aceitar as ordens que lhe são dadas. Normatizante, pois visa forjar indivíduos que tenham comportamentos alinhados com as prerrogativas da instituição. Culpabilizante, por considerar a causa do uso de drogas como questão individual do sujeito, na qual recai sobre o ombro do indivíduo a inteira responsabilidade por seu vício e recuperação, desconsiderando, assim, os aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos que perpassam este uso. Alienante, porque ao associar a ideia de cura da dependência química à adesão a uma crença religiosa, reforça no sujeito a ideia de que ao aderir esta crença estará apto para manter a abstinência, o que, inviabiliza no indivíduo um processo de análise crítica e reflexiva acerca do papel que a droga ocupa em sua vida, a relação que se estabelece com estas substâncias, e os diversos aspectos que estão implicados nesta relação, possibilitando assim, a resignificação da história de vida do sujeito. E violadora de direitos, posto que a participação nas práticas religiosas é obrigatória, mesmo que o indivíduo não partilhe da crença que ali é pregada.

Realçamos que esta abordagem, por se basear substancialmente na vivência de dogmas e normas institucionais, não privilegia o desenvolvimento de novos territórios existenciais, como a espiritualidade é capaz de potencializar.

A partir dos resultados desta pesquisa, notamos que a abordagem oferecida pelas CTs visa apenas retirar o usuário do seu convívio social, o que o leva a ruptura, não apenas com as substâncias das quais fazia uso, mas também com seus vínculos comunitários, de educação e de trabalho, sem ao menos lhes oferecer os aportes necessários para que, após a alta, estes vínculos possam ser reatados, se é que isso é possível após um longo processo de internação totalmente segregado do meio social.

Elucidamos que a hipótese inicial que tínhamos de que os serviços oferecidos por estas instituições não poderiam ser considerados como tratamentos em saúde, foi confirmada ao longo desta pesquisa, já que estas não possuem base científica e estão

distantes das prerrogativas de cuidados dos serviços de saúde mental. Já a segunda hipótese de que após alta da internação todos os egressos iriam reincidir ao uso de drogas, não foi confirmada, uma vez que encontramos sujeitos que, no momento das entrevistas ainda não havia reincidindo ao uso, dos quais apontaram para o grupo de autoajuda como o principal contexto que os ajudam na manutenção da abstinência.

Por fim, apontamos a necessidade de pesquisas que busquem analisar os resultados produzidos pela internação em CTs em longo prazo, a fim de avaliar a efetividade desta modalidade de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. L. V. de. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa.** 2014, 158 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: [https://neip.info/novo/wpcontent/uploads/2015/09/Aguiar\\_Comunidade\\_Terapeutica\\_Crack\\_Tese\\_UFRN\\_2014.pdf](https://neip.info/novo/wpcontent/uploads/2015/09/Aguiar_Comunidade_Terapeutica_Crack_Tese_UFRN_2014.pdf). Acesso em: 25 dez. 2018.
- ALMEIDA, R. B. F.; SANTOS, N. T. V.; BRITO, A. M.; SILVA, K. S. B.; NAPOO, S. A. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. **Interface**, São Paulo, v. 22, n. 66, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-22-66-0745.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 dez. 2018.
- AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados.** 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.
- AMARANTE, P. **Entrevista:** Paulo Amarante fala sobre a proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental. Entrevista concedida a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz). Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/43027>. Acesso em: 20 maio 2017.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232011001300015&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011001300015&tlng=pt). Acesso em: 23 mar. 2018.
- ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEICAO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000400007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 out. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (Brasil). **Carta Aberta à População.** Rio de Janeiro, 2017. 40 p. Disponível em: [http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/12/Carta\\_ABP\\_11.12.17.pdf](http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/12/Carta_ABP_11.12.17.pdf). Acesso em: 12 jan. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Rio de Janeiro, 2019. n. p. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 22 mar. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. Crônicas da resistência em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Boletim da Saúde Mental**, São Paulo, 28 jan. 2018. Blog online. Disponível em: [http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID\\_INFORMATIVO=378&impressao](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=378&impressao). Acesso em: 27 fev. 2018.

BARBOSA, M. S.; SILVA, M. R.; SOUZA NETO, M. C. Grupo de Alcoólicos Anônimos: motivação dos participantes no processo de tratamento. **Psicologia.pt**, Portugal, 21 jan. 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1167.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. I. O. **Egressos da Fazenda da Esperança de Manaus: recaída, por que?** 2011. 217 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=17808@1](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=17808@1). Acesso em: 15 out. 2018.

BOITEUX, L. Modelo de Controle de Drogas: mapeando estratégias de política de drogas em busca de alternativas ao modelo repressivo. *In*: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. (Org.). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 183-199. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas\\_sociedade\\_perspectivas\\_livro\\_completo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: 'novas' perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

BOLZAN, L.; HOFF, L. Política de drogas e direitos humanos: avanços e desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v.10. n. 25, 2018. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5082/5206>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 jul. 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 1 out. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada, nº 101, de 31 maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 maio 2001b. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/Suvisa/doc/DOC000000000025031.PDF>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BRASIL. Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 19 jun.1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d2632.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2632.htm). Acesso em: 6 fev. 2018.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2002a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm). Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 22 maio 2007b. Seção 1, p. 5. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm). Acesso em: 13 jan. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 21 maio 2010a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm). Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 7 jan. 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7426.htm#art12](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7426.htm#art12). Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD / MS. Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 9 set. 2010c. Disponível em: <http://www.mppi.mp.br/internet/phocadownload/saude/Saude-mental/edital%20leitos%20de%20acolhimento%20por%20usuarios%20de.pdf>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Lei nº. 10.216, 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 abr. 2001a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 1 out. 2017.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 ago de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 nov. 2009b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm). Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013. Altera a Lei no 12.793, de 2 de abril de 2013, para dispor sobre o financiamento de bens de consumo duráveis a beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV); constitui fonte adicional de recursos para a Caixa Econômica Federal; altera a Lei no 12.741, de 8 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as medidas de esclarecimento ao consumidor, para prever prazo de aplicação das sanções previstas na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990; altera as Leis no 12.761, de 27 de dezembro de 2012, no 12.101, de 27 de novembro de 2009, no 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e no 9.615, de 24 de março de 1998; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 out. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12868.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12868.htm). Acesso em: 14 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.961, de 4 de abril de 2014. Altera a lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a destruição de drogas apreendidas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 abr. 2014a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L12961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12961.htm). Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Edital de credenciamento – SENAD nº 01/2018. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 abr. 2018b. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/governo-lanca-projeto-para-acolher-12-mil-dependentes/edital.pdf>. Acesso em: 1 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Portaria da SENAD nº 41 de 01 de novembro 2018. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 nov. 2018d. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48460292](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48460292). Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 dez. 2017c. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=515&pagina=104&data=22/12/2017&captchafield=firstAccess>. Acesso em: 1 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 08 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 fev. 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 set. 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 fev. 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 abr. 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0834\\_26\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0834_26_04_2016.html). Acesso em: 23 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 jun. 2009a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html). Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 out. 2011c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 2014b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html). Acesso em: 2 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 2010b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841\\_20\\_09\\_2010\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html). Acesso em: 26 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 2011d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 1 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 ago. 2015. Disponível em: <https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/3c19c212-6923-46cd-b23f-9e07267ea289.PDF>. Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 jun. 2007a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0416\\_M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf). Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 fev. 2002b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal, municípios, entre outras ações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 abr. 2002c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816\\_30\\_04\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html). Acesso em: 30 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 jul. 2005a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 13 jan. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 out. 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html). Acesso em: 6 nov. 2017.

BRASIL. Procuradoria Federal dos direitos do Cidadão. Nota pública PFDC acerca da proposta de alteração da política nacional de saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez. 2017b. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-publica-gt-saude-mental-pfdc-modificacao-de-diretrizes-das-politicas-de-saude-mental-2017>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Resolução CONAD nº 01/2018, 19 de dezembro de 2017. Conselho Nacional de Política Sobre Drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 jan. 2018a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia/proposta-aceita-osmar-terra.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. **Resolução GSIPR/CH/CONAD nº 3**, de 27 de outubro de 2005b. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0133/ResolucaoGSIPR\\_CH\\_CONAD\\_2005\\_0003.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0133/ResolucaoGSIPR_CH_CONAD_2005_0003.pdf). Acesso em: 06 maio 2017.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 dez. 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Marco regulatório das CTS está novamente vigente**. Santa Catarina, 2018. n. p. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/?p=703>. Acesso em: 14 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo**. Brasília, 2017. n. p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acesso em: 23 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COFEN não aceita o retrocesso na saúde mental**. Brasília, 2017. n. p. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental\\_59609.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_59609.html). Acesso em: 04 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Nota a sociedade em apoio a condução da atual política de saúde mental**. Brasília, 2017. n. p. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota\\_saude\\_mental.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota_saude_mental.pdf). Acesso em: 18 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Brasília, 2019. n. p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 13 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP repudia mudanças na política de saúde mental**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/>. Acesso em: 3 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, 2011. n. p. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf). Acesso em: 13 maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate**. Brasília, 2014. n. p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2002. Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_hen2.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf). Acesso em: 02 jan. 2018.

CARNEIRO, H. O Uso das drogas como Impulso Humano e a Crise do Proibicionismo. In: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. (Org.). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 23-31. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas\\_sociedade\\_perspectivas\\_livro\\_completo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas Psicologia**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 jan. 2019.

CARVALHO, J. M. S.; LIOTTI, D. B. M.; LENZI, M. C. R. CAPS AD e alcoólicos anônimos: o processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 7, n. 16, 2015. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2339/4326>. Acesso em: 12 out. 2018.

CARVALHO, R. M. *et al.* Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colombia Médica**, Colômbia, v. 42, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11040>. Acesso em: 28 nov. 2018.

COGGIOLA, O. O tráfico internacional de drogas e a influência do capitalismo. **Revista ADUSP**, São Paulo, v. 3, n. 7, 1996. Disponível em: <https://www.adusp.org.br/files/revistas/07/r07a07.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

COSTA, S. F. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 2, 2009.

Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20O%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

COSTA, S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 2, 2011. Disponível em:

[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v3n2\\_processo.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_processo.htm). Acesso em: 13 set. 2018.

DAMACENA, G. F. C.; OLIVEIRA, B. V. de.; BATISTA, S. H. R.; ALMEIDA, R. J. *et al.* A abordagem religiosa como recurso de tratamento da dependência química nas comunidades terapêuticas. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 10, n. 1, p. 46-55, jan./abr. 2017. Disponível em:

<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/517/362>. Acesso em: 20 fev. 2019.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em:

<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173/201>. Acesso em: 12 nov. 2018.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

DIEHL, A. Prefácio. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.).

**Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 13-32.

ECKHARDT, N. S.; RAUPP, L. Itinerários terapêuticos de usuários de drogas na região sul do Brasil. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Portugal, v. 18, n. 1, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a21.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Código de Ética**. São Paulo, 2017. n. p. Disponível em: <http://febract.org.br/portal/codigo-de-etica/>. Acesso em: 26 dez. 2017.

FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R.; ADORDO, R. Introdução-Drogas e Saúde Pública: uma relação política e complexa. *In*: FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R.; ADORDO, R. **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 11-19. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas\\_sociedade\\_perspectivas\\_livro\\_completo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

FERRAZZA, D. A. SANCHES, R. R.; ROCHA, L. C.; JUSTO, J. S. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2106/1501>. Acesso em: 15 ago. 2019.

FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C.; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; KIRCHHOF, A. L. C. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 17, n. 3, p. 444-451, set. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/29284/19033>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FERREIRA, A. C. Z.; BORDA, L. O.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J.; MAFTUM, M. A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1012>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FERREIRA, I. F. R. **Crack**: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. 2017. 395 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31083/1/2017\\_laraFI%C3%B4rRichwinFerreira.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31083/1/2017_laraFI%C3%B4rRichwinFerreira.pdf). Acesso em: 20 out. 2019.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 96-99, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n2/5583.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 4, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002012000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002). Acesso em: 23 dez. 2017.

FIORE, M. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de 'drogas'. *In*: LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13- 21. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FIORE, M. Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de 'drogas'. *In*: REUNIÃO ANUAL DA ANPOCS, 28., 2004, Caxambu. **Anais...**, Caxambu: ANPOCS, 2004. Disponível em: <https://neip.info/texto/tensoes-entre-o-biologico-e-o-social-nas-controversias-medicas-sobre-uso-de-drogas/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

IORE, M. **Uso de 'drogas'**: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2007.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F.I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. *In*: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, Aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 289-310. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bgqvf/pdf/acselrad-9788575415368.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007). Acesso em: 18 nov. 2017.

FRACASSO, L. Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial. *In*: ENCONTRO INTERDISCIPLINAR: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social – Educando e Transformando Através da Educação Física, 2008, Campinas. **Anais...**, Campinas: CEV, 2008. Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br/artigo/27/comunidades-terapeuticas--abordagem-psicossocial>. Acesso em: 12 fev. 2018.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 54-59.

GALINDO, D.; MOURA, M.; PIMENTEL-MELLO, R. Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. **Barbarói**, Santa Catarina, v. 11, n. 50, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/11239/7304>. Acesso em: 15 out. 2018.

GALVEZ, A. G.; GIANETTI, M.; MORAIS, D. P.; AMARAL, D. P.; NASCIMENTO, J. A. Redes Sociais: um estudo de caso sobre a Fazenda da Esperança. **Revista Administração em Diálogo**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/rad/article/view/2938/1896>. Acesso em: 20 dez. 2018.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 out. 2018.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto**: imagem e som: um manual prático I. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 69-81.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOMES, R. R.; RIBEIRO, M. C.; MATIAS, E. C.; BRÊDA, M. Z.; MÂNGIA, E. F. Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 326-35, set./dez, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/105050>. Acesso em: 06 nov. 2018.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702327&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702327&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 fev. 2019.

GUIMARÃES, F. L.; COSTA, F. L.; PESSINA, L. M.; SUDDRACK, M. F. O. Famílias, adolescência e drogadição. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 350- 365.

GUIMARAES, M. A. M.; BENTO, V. E. S. Seria a religião uma saída para a toxicomania? Uma abordagem psicanalítica. **Psyche**, Sao Paulo, v. 11, n. 21, p. 105-118, dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 abr. 2018.

HOLANDA, R. B. **Experimentações, aprisionamentos e posicionamentos: narrativas de história de vida de pessoas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas**. 2016. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15854>. Acesso em: 18 ago. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota técnica perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília, 2017. n. p. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf). Acesso em: 12 out. 2017.

JUNIOR, G. V. P.; CRUZ, A. R. Problemas interpessoais em comunidade terapêutica: um estudo exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, Minas Gerais, v. 12, n. 2, p. 388-404, ago. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 abr. 2019.

KARAM, M. L. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. **Verve**, São Paulo, v. 5, n. 12, 2007. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/5456/3903>. Acesso em: 12 dez. 2018.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L & PM Editores, 2012.

KRÜGER, R. R. **A diaconia como serviço-mediação e a vida em seu autocuidado: a pessoa dependente de substâncias psicoativas e seu acolhimento em comunidades terapêuticas**. 2015. 230 f. Tese (Doutorado em Teologia) – Faculdades EST, São Leopoldo, 2015. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/handle/BR-SIFE/586>. Acesso em: 12 out. 2018.

LEAL, F. X.; SANTOS, C. C. M.; JESUS, R. S. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 10, 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21550/15287>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/20.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

LIMA, R. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012. Disponível em: [http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/2013\\_Artigo\\_Enfrentamento\\_ao\\_crack\\_e\\_proibicionismo.pdf](http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/2013_Artigo_Enfrentamento_ao_crack_e_proibicionismo.pdf). Acesso em: 20 mar. 2018.

LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. *In*: SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 77-100.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, Minas Gerais, v. 13, n.1, p.1-15, jan./abr. 2018. Disponível em: [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2858](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858). Acesso em: 02 abr. 2019.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007). Acesso em: 22 set. 2017.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosas**, 2011. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12160/1/Completo.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

- MADALENA, T. S.; SARTES, L. M. A. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 dez. 2018.
- MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface**, São Paulo, v. 17, n. 45, p. 433-444, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200015). Acesso em: 12 out. 2018.
- MARTINS, E. R. C.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n.1, p. 398-405, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea15.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.
- MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 set. 2018.
- MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 76-87, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.
- MELO, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos produzidos sobre a maternagem por mulheres em tratamento por uso de drogas. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n4/0103-166X-estpsi-33-04-00699.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.
- MELO, M. C. **Sentidos Construídos sobre a Experiência de Internação em Comunidades Terapêuticas com Pessoas em Tratamento por Uso de Drogas**. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo, 2016. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-01082016-110208/publico/Mariane\\_Capellato\\_Melo.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-01082016-110208/publico/Mariane_Capellato_Melo.pdf). Acesso em: 12 set. 2018.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. Sobre a toxicomania da sociedade. *In*: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Org.). **Drogas e pós-modernidade faces de um problema proscrito**. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003. p. 13-29. Disponível em: <http://www.eduerj.com/engine/?product=drogas-e-pos-modernidade-faces-de-um-tema-proscrito-vol-2>. Acesso em: 15 dez. 2017.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013). Acesso em: 02 nov. 2018.

MONTEIRO, L. F. C. “Dinheiro na mão é vendaval”: Fissura, dinheiro e toxicomania. *In*: NERY FILHO, A. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012. p. 259-288. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/7895>. Acesso em: 18 nov. 2017.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em estudo – Maringá**, Paraná, v.11 n.1, p. 185-190, jan./abr. 2006, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a21.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

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

NERY FILHO, A. Introdução: Por que os humanos usam drogas? *In*: NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M.; NUNEZ, M. E. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2012. p. 11- 20. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/7895>. Acesso em: 18 nov. 2017.

OLIVEIRA, A. J. Disparidade das concepções de tratamento da dependência de substâncias psicoativas: reflexos e implicações entre profissionais, modelos e instituições presentes nos serviços de atendimento. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200006). Acesso em: 12 jan. 2019.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 3, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 nov. 2018.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a12.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017). Acesso em: 21 jan. 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002). Acesso em: 22 ago. 2017.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762006000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200005). Acesso em: 12 out. 2017.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

QUEIROZ, I. S. Adoção de Ações de Redução de Danos Direcionadas aos Usuários de Drogas: Concepções e Valores de Equipes do Programa de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 152-164, mar./ago. 2007. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/16artigoword.doc>. Acesso em: 02 fev. 2019.

RAUPP, L. M.; SAPIRO, C. M. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 3, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000300013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 nov. 2018.

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO – CONJUR. **Justiça Federal suspende resolução sobre tratamento de usuários de drogas**. São Paulo: Conjur, 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-set-03/justica-suspende-resolucao-tratamento-usuarios-drogas>. Acesso em: 12 fev. 2018.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, São Paulo, v. 19, n. 54, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300515&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300515&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 mar. 2018.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 460-512.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722002000100011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722002000100011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 02 out. 2018.

RODRIGUES, T. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral. *In*: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. (Org.). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 34-55. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas\\_sociedade\\_perspectivas\\_livro\\_completo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

RODRIGUES, T. M. S. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC; FAPESP, 2004.

RUIZ, V. R. R.; MARQUES, H. R. internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**, Mato Grosso do Sul, v. 7, n. 1, p. 01-08, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 167-174, jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000200006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 21 nov. 2017.

SANCHEZ, Z. V. D. M; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000200011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jan. 2019.

SANTANA, A. F. F. A.; PEREIRA, M. O.; ALVES, M. O (des) preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000300215&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300215&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 abr. 2018.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social**, Santa Catarina, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1909/2482>. Acesso em: 12 set. 2017.

SANTOS, M. P. G. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. *In*: SANTOS, M. P. G. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 17-36.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas: unidades de privação de liberdade? *In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Boletim de análise político-institucional*. Brasília, 2016. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7653/1/BAPI\\_n10\\_comunidades.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7653/1/BAPI_n10_comunidades.pdf). Acesso em: 12 maio 2018.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. *Saúde & Transformação Social*, Santa Catarina, v. 4, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2653/265328844007/>. Acesso em: 03 jan. 2018.

SANTOS, V. E. **Valores sociais e valores associados ao consumo de drogas entre jovens de diferentes grupos sociais na cidade de Santo André – São Paulo**: uma análise de representações cotidianas. 2013. 432 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-07062013-114537/pt-br.php>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; SANTOS, M. A. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 156-171, ago. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872014000200014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 abr. 2019.

SELEGHIM, M. R.; MESCHIAL, W. F.; MARTINS, B. M.; BARBOZA, C. L.; FRARI GALERA, S. A.; OLIVEIRA, M. L. F. Motivações para o tratamento de usuários de crack em uma comunidade terapêutica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 3009-3020, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750947027/>. Acesso em: 25 dez. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface*, São Paulo, v. 21, n. 63, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160202.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SILVA, J. T. **Religião contra as "drogas"**: estudos de caso em duas comunidades terapêuticas religiosas no Rio de Janeiro. 2014. 330 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Revista Rene*, Ceará, v. 15, n. 6, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3301/2540>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, R. L.; BORREGO, A. L. S.; FIGLIE, N. B. Psicoterapia de Grupo. *In: Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 328-339.

SILVA, V. A. **A legitimidade das comunidades terapêuticas católicas para dependência química no espaço público brasileiro**: o caso da Fazenda Esperança. 2016. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em ciências sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/3688/vanessaaparecidadasilva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 nov. 2017.

SIMÕES, J. A. Prefácio. *In: LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (Org.). Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13-21. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 3, n. 2, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v3n2/v3n2a03.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SOUZA, K. S.; SILVA, I. F. C; BATISTA, S. H. R.; ALMEIDA, R. J. Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 3, p. 171-177, set. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n3/pt\\_06.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n3/pt_06.pdf). Acesso em: 18 ago. 2018.

SOUZA, L. C.; NUNES, M. C.; SANTOS, M. P. G. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. *In: SANTOS, M. P. G. (Org.). Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 61-76.

TEIXEIRA, M. B.; RAMOA, M. L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501455&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501455&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 out. 2018.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. *In: NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÉGO, M. (Org.). Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2009. p. 97-112. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qk/pdf/nery-9788523208820-06.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. New York, 2015. n. p. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/06/26-relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2015-o-uso-de-drogas-e-estavel-mas-o-acesso-ao-tratamento-da-dependencia-e-do-hiv-ainda-e-baixo.html>. Acesso em: 13 set. 2017.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no trabalho em saúde. *In*: VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-156.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 317-324, abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4322/5556>. Acesso em: 10 set. 2017.

VELOSO, L. O. U. P. BRITO, A. A. O.; RODRIGUES, L. P.; VELOSO, C.; SILVA JÚNIOR, F. J. G; MONTEIRO, C. F. C. Multiprofissionalidade em um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Revista Rene**, Ceará, v. 17, n. 6, p. 835-842, jun. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/18840/29573>. Acesso em: 20 dez. 2018.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO- ARAUJO, M. Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as Políticas Públicas: que caminho seguir? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 9, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000400157](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400157). Acesso em: 12 fev. 2018.

WHO. **World Health Organization Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO Press, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf). Acesso em: 15 nov. 2017.

WOERNER, C. B. Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 174-185, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/18155/13317>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ZANOTTO, D. F. **Usuários de crack**: uma análise a partir de reportagens de jornal e revistas de circulação nacional. 2016. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/172180/343122.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

## **APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA DIRIGIDAS AOS EGRESSOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

### **1. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:**

Código do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Egresso de qual Unidade: \_\_\_\_\_

### **2. PERGUNTAS GERADORAS:**

- 1- Quais caminhos você percorreu até chegar à Comunidade Terapêutica?
- 2- Como foi o tratamento lá?
- 3- Como está a sua vida hoje?

### **3. FASE DE QUESTIONAMENTOS:**

- 1- Qual foi o período da sua internação? Início e fim.
- 2- Você já havia feito outro tratamento em algum outro lugar (onde, quanto tempo)? Qual o motivo de ter se tratado na Comunidade Terapêutica, quais são as principais diferenças encontradas nos outros lugares em que passou por tratamento?
- 3- Como era a rotina lá?
- 4- Foi lhe dada à possibilidade de interromper a permanência lá, a qualquer momento?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
Av. Nossa Senhora da Penha 2190 – Santa Luiza, Vitória/ES- CEP 29045-402.  
Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no e-mail [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br) ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título do projeto de pesquisa:** “Avaliação de duas Comunidades Terapêuticas: percepções de usuários e egressos”

**Instituição:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) **Telefone:** (27)33343586

**Pesquisador Responsável:**

**Nome:** Klindia Ramos Barcelos **RG:** 3.827.257-ES

**Endereço:** Rua Orozimbo Corrêa, Nº 172, Centro, Presidente Kennedy-ES

**Telefone:** (28) 99882-6396

**Orientadora:**

**Nome:** Prof.<sup>ª</sup>DraMaristela DalbelloAraujo **Contato:** [maristela.araujo@emescam.br](mailto:maristela.araujo@emescam.br).

**Objetivos da pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Avaliar o serviço oferecido por duas Comunidades Terapêuticas (CTs) aos usuários de álcool e outras drogas, localizadas no Estado do Espírito Santo, a partir das perspectivas de usuários e egressos destas.

**Objetivos Específicos:** Caracterizar as duas Comunidades Terapêuticas estudadas; analisar o caminho que foi percorrido pelo usuário até chegar ao serviço oferecido pelas

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.

Comunidades Terapêuticas; avaliar os sentidos atribuídos pelos sujeitos em relação às experiências vivenciadas no processo de internação nas Comunidades Terapêuticas e apreender como os sujeitos se encontram após a saída da internação na Comunidade Terapêutica.

**Procedimentos da pesquisa:** a metodologia de coleta de dados na qual se dará a participação do entrevistado, será por meio da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido pela pesquisadora em conjunto com sua orientadora, contendo questões relativas aos dados pessoais do entrevistado e de sua vivência no serviço em Comunidades Terapêuticas.

**Riscos e desconfortos:** de acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é perpassada por risco em tipos e gradações variados. No contexto desta pesquisa, o risco está ligado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Tais riscos serão minimizados com compromisso formal da pesquisadora de assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações enunciadas. Elenca-se que a pesquisadora guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

**Benefícios:** acredita-se que esta pesquisa trará contribuições significativas para o campo de estudo na qual se insere as Comunidades Terapêuticas, possibilitando a avaliação acerca do serviço que é oferecido por estas instituições.

**Custo / Reembolso para o paciente:** a participação na pesquisa se dará de forma espontânea, sem que acarrete para o entrevistado qualquer incentivo ou ônus, haja vista que a entrevista tem a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

**Confidencialidade da pesquisa:** apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações prestadas, e estas serão guardadas somente durante a pesquisa, visto que, após a finalização, o material será destruído de forma adequada. A colaboração do entrevistado será de forma confidencial e privativa, na qual o anonimato do participante será assegurado. Para isso, serão omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo.

#### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.

**ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA**

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PARÓQUIA SÃO PEDRO<br/>(CATEDRAL)</b><br>CNPJ 27.071.950/0021-07<br>EMAIL: csaopedro1@gmail.com<br>Rua Costa Pereira, 41, Centro - Fone: 28 3526 0137<br>CEP: 29.300-110 - Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo |
|---|--|

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Cachoeiro de Itapemirim, 09 de Março de 2018.

Eu, Padre Walter Luiz Barbiero Milaneze Altoé, responsável pela Paróquia São Pedro – Catedral, localizada na Rua Costa Pereira, 41 – Centro, Cachoeiro de Itapemirim – ES, 29300-090, espaço onde acontece o Grupo Esperança Viva (GEV) de usuários egressos ligados à Fazenda Esperança, na função de pároco da mesma, autorizo a realização da pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DE DUAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: percepções de usuários e egressos”, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Klindia Ramos Barcelos.

Informo que a instituição possui infraestrutura necessária e adequada ao desenvolvimento da pesquisa.

Comunico que os procedimentos da referida pesquisa a serem realizados nesta Instituição somente poderão ter início após a apresentação da Carta de Aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição Proponente, conforme o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).



Pe. Walter Luiz Barbiero Milaneze Altoé  
Pároco