



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL

NIELSON ERNOBIS VICENTINI

**DROGAS & VIDA: A ALTERAÇÃO (DES)CONTROLADA PELOS DISPOSITIVOS
BIOPOLÍTICOS**

VITÓRIA

2011

NIELSON ERNOBIS VICENTINI

**DROGAS & VIDA: A ALTERAÇÃO (DES)CONTROLADA PELOS DISPOSITIVOS
BIOPOLÍTICOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Campello Lavrador

VITÓRIA

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

V633d Vicentini, Nielson Ernobis, 1976-
Drogas & vida : a alteração (des)controlada pelos
dispositivos biopolíticos / Nielson Ernobis Vicentini. – 2011.
105 f. : il.

Orientadora: Maria Cristina Campello Lavrador.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e
Naturais.

1. Biopolítica. 2. Subjetividade. 3. Drogas. 4. Dependência.
5. Comunidades terapêuticas. I. Lavrador, Maria Cristina
Campello. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

NIELSON ERNOBIS VICENTINI

**DROGAS & VIDA: A ALTERAÇÃO (DES)CONTROLADA PELOS DISPOSITIVOS
BIOPOLÍTICOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo.

COMISSÃO EXAMINADORA

PROF.^a DR.^a MARIA CRISTINA CAMPELLO LAVRADOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

ORIENTADORA

PROF. DR. RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PROF.^a DR.^a LEILA DOMINGUES MACHADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA-ES, _____ DE _____ DE 2011.

Dedicatória e Agradecimentos

Dedico este trabalho ao meu filho Heitor, que em sua inquietude resolveu antecipar-se e me presentear com seu nascimento a três semanas da entrega desse trabalho. Nada mais intenso e amado!

Agradeço a todos aqueles que contribuíram com essa pesquisa, em especial: à mais que orientadora Cris; Ricardo Teixeira e Leila pelas fundamentais contribuições; Soninha nossa guia; meus colegas de CAPS ad Laranjeiras pela paciência, compreensão e solidariedade; minha irmã Débora por seus fundamentais ajustes; meus pais por sempre acreditarem em mim; minha irmã Symone por me apoiar nos momentos mais difíceis; meus queridos amigos e aos meus grandes amores.

Há Momentos

Há momentos na vida em que sentimos tanto
a falta de alguém que o que mais queremos
é tirar esta pessoa de nossos sonhos
e abraçá-la.

Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que se quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes
não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor
das oportunidades que aparecem
em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam por suas vidas.

O futuro mais brilhante
é baseado num passado intensamente vivido.
Você só terá sucesso na vida
quando perdoar os erros
e as decepções do passado.

A vida é curta, mas as emoções podemos deixar
duram uma eternidade.
A vida não é de se brincar
porque um belo dia se morre.

Clarice Lispector

“A ‘salvação’ só pode ser definitivamente alcançada pelo conhecimento. Portanto, para os homens o mais sólido pilar da “salvação” seria a potência de sua alma de formar idéias claras e distintas de seus afectos [...], sem que esse conhecimento, no entanto, implique qualquer tipo de supressão dos afectos, mas sim, sua substituição progressiva por afectos ativos”

Baruch de Spinoza

“Beber, se drogar são atitudes bem sacrificais. Oferece-se o corpo em sacrifício. Por quê? Porque há algo forte demais, que não se poderia suportar sem o álcool. A questão não é suportar o álcool, é, talvez, o que se acredita ver, sentir, pensar, e isso faz com que, para poder suportar, para poder controlar o que se acredita ver, sentir, pensar, se precise de uma ajuda: álcool, droga, etc.”

Gilles Deleuze

RESUMO

O uso abusivo de substâncias psicoativas na contemporaneidade tem sido tema de grandes discussões e preocupações por parte da sociedade, principalmente por ser cotidianamente vinculado à violência e à criminalidade. Atualmente, um dos serviços mais procurados para tratamento ao usuário dependente de drogas são as internações em Comunidades Terapêuticas (CTs). Nos dispusemos a pesquisar e melhor conhecer os modos de funcionamento e práticas de produção de subjetividade que se inscrevem nas propostas via internação nas CTs. Encontramos nos mecanismos biopolíticos, de controle da vida, alguns caminhos que nos levam a compreender as fontes que ensejam a emergência das CTs. Identificamos como as estratégias capitalistas, com seus mecanismos e tecnologias, puderam provocar uma significativa mudança no modo de vida das populações ocidentais, constituindo populações de consumidores ávidos para a sustentação dessa nova ordem mundial. Por efeito, tem-se exigido e permitido um aumento das intervenções de aparelhos biopolíticos nos campos jurídico, médico e religioso inscritos em políticas públicas. As CTs emergem como alternativas a práticas biomédicas e prisões, entretanto sofrem significativa transformação ao longo do desenvolvimento de seus trabalhos. Em nossa pesquisa utilizamos a cartografia como um recurso que contribui com a construção de um caminho de análise a percorrer, participamos dos movimentos de algumas CTs e pudemos perceber que as normatizações se tornam cada vez mais presentes em suas práticas de atenção, por ações de mecanismos religiosos, transcendentais e disciplinares, diretamente intervindo nos processos produtores de subjetividade e construção de vida. Entendemos que o conhecimento acerca da multicausalidade e singularização presentes nos agenciamentos da drogadição é fundamental para quaisquer propostas coletivas de políticas de atenção a usuários de drogas.

PALAVRAS-CHAVES: Biopolítica, subjetividade, drogas, dependência, Comunidades Terapêuticas, transcendência.

ABSTRACT

The abusive use of psychoactive substances in contemporary society has been the subject of great discussion and concerns on the part of society, mainly because it is routinely tied to violence and crime. Currently, one of the services most sought after for treatment to the Drug-dependent person are the hospitalization in Therapeutic Communities (TCs). We set out to investigate and best known modes of operation and better understand the modes of operation and production practices of subjectivity that fall under proposals via hospitalization in TCs. We find in the mechanisms biopoliticos, of control of life, some paths that lead us to understand the sources that foster the emergence of TCs. We have identified as the capitalist strategies, with its mechanisms and technologies, could cause a significant change in the way of life of western populations, forming populations of consumers eager to support this new world order. In fact, it has been required and permitted an increase in interventions of appliances biopoliticos in camps legal, medical and religious enrolled in public policies. The TCs emerge as alternatives to biomedical practices and prisons, however suffer significant transformation during the development of its work. In our research we used the cartography as a resource that contributes to the construction of a path of analysis to go, we take part of the movements of some TCs and we can realize that the norms have become increasingly present in their practices of attention, for shares of mechanisms religious, transcendent and disciplinary, directly intervened in the processes of producing subjectivity and construction of life. We believe that the knowledge about the multicausality and singling out present in agency set of drug addiction is fundamental to any proposed collective policies of attention for drug users.

KEY WORDS: Biopolitics, subjectivity, drug dependence, Therapeutic Communities, transcendence.

SUMÁRIO

1. ALGUMAS INQUIETAÇÕES.....	12
1.1 Visibilidade das Comunidades Terapêuticas em tempos atuais: recortes de vidas.....	14
2. A BIOPOLÍTICA E A TOXICOMANIA NA HISTÓRIA DAS DROGAS: PROCESSOS QUE ENSEJAM A EMERGÊNCIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	20
2.1 Uma breve passagem sobre a história das drogas.....	21
2.2 A biopolítica	23
2.3 A biopolítica no campo das drogas.....	28
2.4 Práticas de internamento e o controle da vida por mecanismos psiquiátricos...	32
2.5 A política nacional antidrogas e práticas de tratamento.....	35
3. O MOVIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	39
3.1 As comunidades terapêuticas no Brasil.....	43
3.2A regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil.....	45
4. O CAMINHO CARTOGRÁFICO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	49

5. ALGUNS CAMINHOS PERCORRIDOS: MODOS DE FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	52
5.1 O método terapêutico laborativo.....	66
5.2 Há 12 passos para a transformação.....	69
5.3 A transcendência no tratamento.....	75
6.0 DROGAS E SUBJETIVIDADE: VIDAS NO CONTEMPORÂNEO.....	82
6.1 Drogas e subjetividade: vidas nas comunidades terapêuticas.....	87
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
8. REFERÊNCIAS.....	97
ANEXO A – Quadro de Atividades das Comunidades Terapêuticas1	103
ANEXO B – Quadro de Atividades das Comunidades Terapêuticas2	104
ANEXO C – Quadro de Atividades das Comunidades Terapêuticas3	105

1. ALGUMAS INQUIETAÇÕES

Proponho aqui evidenciar alguns caminhos percorridos na minha trajetória profissional que provocaram inquietações e um forte desejo de conhecer melhor as práticas de tratamento nas Comunidades Terapêuticas (CTs) para tratamento de dependentes de drogas - campo problemático dessa pesquisa de mestrado.

Em meados de 2004, o Governo Federal convidou a ONG Centro de Apoio aos Direitos Humanos – Valdício Barbosa dos Santos “Léo” a gerenciar o Programa de Proteção aos Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM). Na oportunidade, ingressei na equipe de técnicos formada para atender os adolescentes e suas famílias inseridas nesse programa.

Com o objetivo primeiro de assegurar a vida dos adolescentes em risco iminente de morte e promover ações que viabilizassem uma nova forma de condução de suas vidas, utilizávamos uma rede de apoio/serviços disponíveis no Estado ou mesmo no território nacional para atenção integral a esses adolescentes. A maioria dos adolescentes ingressava no programa por sofrerem ameaça direta de traficantes em seus bairros e apresentavam sinais claros, segundo conhecimento na época, de uso de substâncias psicoativas (SPA)¹, principalmente maconha e crack.

Entre nossas regras de ingresso no programa estava a de realizar um tratamento para desintoxicação ao uso dessas substâncias. Para isso, recorríamos aos serviços existentes que pudessem nos garantir a segurança, anonimato e tratamento desses adolescentes. Sendo assim, o serviço que mais nos atendia e mais acionado por nós para esse fim era o das Comunidades Terapêuticas espalhadas por todo o estado do Espírito Santo.

¹ Substâncias psicoativas ou drogas psicoativas são as que, “quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais” (OMS, 2006).

As Comunidades Terapêuticas eram estabelecimentos que se propunham ao tratamento do dependente de drogas sob o regime de internação. Ficavam na sua maioria em espaços físicos afastados dos centros urbanos e possuíam métodos específicos de tratamento: trabalhos ocupacionais, palestras de voluntários e cultos religiosos.

Percebíamos na época a grande diferença existente entre as CTs. Algumas funcionavam em grandes áreas físicas, com casas, quadra, campo de futebol, espaço de horta, criação de animais. Outras tinham apenas uma casa e um pequeno quintal. Algumas com equipe mínima de técnicos, outras contavam apenas com monitor. A grande maioria das CTs era vinculada a alguma igreja evangélica. Algumas atendiam especificamente o público feminino, mas a maioria atendia homens. A internação de adolescentes era aceita por boa parte das CTs, que atendiam juntamente adultos e adolescentes. O período de internação era acordado de forma a não especificar o tempo e em todos os casos havia o pagamento de aproximadamente um salário mínimo, além de objetos de uso e higiene pessoal.

A partir desse trabalho no PPCAAM, tive a oportunidade de conhecer CTs de municípios como Linhares, Montanha, Vila Velha, Vitória, Serra e Cariacica, entre outros. Participando do monitoramento dos adolescentes internados, pude perceber um pouco do funcionamento desses estabelecimentos.

Muitos questionamentos se faziam presentes na época sobre seus modos de funcionamento. Qual o método adotado de tratamento? Quais efeitos produziam nos sujeitos? O que se entendia por uso de drogas e como trabalhavam essas questões? Entretanto, a necessidade, urgência e ausência de outros recursos mantinham nossas práticas de ação em conjunto com as CTs sem muito colocar em evidência essas questões.

Em meados de 2006, ingressei no recém-inaugurado Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad Laranjeiras,

situado no município de Serra, na época em funcionamento há cerca de cinco meses.

Nessa nova política de atenção, pude me deparar com questões mais amplas acerca do uso de substância psicoativa – sua relação com a história, com o sistema de produção do contemporâneo, entre outros fatores – e com a rede de serviços a usuários dependentes de álcool e outras drogas (entre esses serviços as Comunidades Terapêuticas). E também com as histórias de vida de usuários em busca de tratamento, muitos egressos de internações em CTs.

Em especial, de novembro de 2008 até meados de 2010, após a assinatura de um contrato estabelecido entre a Prefeitura de Serra e uma Comunidade Terapêutica de tratamento localizada no município, passei a ter um contato maior com essa CT por fazer parte da equipe técnica do CAPS ad no monitoramento dos usuários encaminhados para internação neste serviço. Mas esse contato era quase que específico ao usuário, com encontros semanais ou quinzenais. Não circulávamos pelo espaço, pelo movimento da CT.

A partir dessa nova experiência junto a CTs ressurgiu um forte desejo de melhor conhecer esse serviço de atenção ao usuário de drogas, de forma a melhor evidenciar seu modo de funcionamento e seus mecanismos produtores de subjetividade.

1.1 VISIBILIDADE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM TEMPOS ATUAIS: RECORTES DE VIDAS

“Falta de Apoio Para Quem Quer Deixar as Drogas”. Reportagem publicada no jornal A Gazeta do dia 06 de setembro de 2009 traz em seu conteúdo e em seus destaques uma realidade que vivenciamos no nosso cotidiano, referente ao uso de substâncias psicoativas, suas conexões com nosso modo de viver a

contemporaneidade e as modalidades de tratamento para aqueles que fazem delas uso dependente².

Segundo a reportagem, “*é crescente o número de pessoas fazendo uso de drogas, numa proporção muito superior à capacidade de tratamento na rede pública [...]*”; ou seja, a cada dia mais e mais pessoas fazem uso abusivo de SPA e a rede pública estatal não consegue atender a demanda crescente de usuários dependentes de drogas no Espírito Santo.

Essa “insuficiente” capacidade de tratamento da rede pública tem provocado uma procura cada vez maior de usuários e familiares pela rede privada de atendimento, que disponibiliza, ao custo de mercado, uma série de mecanismos de atenção ao usuário abusivo de SPA. Podemos apontar como principal modalidade de tratamento nessa rede as internações nas chamadas Comunidades Terapêuticas de Tratamento ao Usuário de Drogas, objeto principal de nosso estudo.

A reportagem traz dois depoimentos de pessoas que conseguiram abandonar o uso dependente de SPA através da internação num período médio de dois anos em uma Comunidade Terapêutica no interior do Estado, passando-nos a idéia e criando a impressão de que há um alto grau de resolutividade, nessa modalidade de tratamento.

Todavia, a reportagem nos mostra um dado preocupante, pois apesar da existência de uma legislação que obrigue os estabelecimentos de tratamento a manter um registro e obedecer a normas do Ministério da Saúde, apenas nove unidades de tratamento, dentre aproximadamente 275, estão autorizadas a funcionar no Estado pela Secretaria de Estado da Saúde.

² “Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física” (OMS, 2006).

Segundo a reportagem, a Secretaria Estadual de Saúde acredita que 90% dos estabelecimentos considerados “sem autorização” são formados por Comunidades Terapêuticas, principalmente as vinculadas a denominações religiosas.

Duas outras reportagens mais recentes nos mostram uma tendência de executores de políticas públicas em investir em Comunidades Terapêuticas através de parcerias com estabelecimentos religiosos, com período médio de internação de um ano.

Uma primeira reportagem vinculada pelo site da Prefeitura Municipal de Serra em 20 de abril de 2010 (XAVIER, 2010), traz como manchete: **“Serra começa obra de Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e já pensa no atendimento do público feminino”**. Informa que foi assinada uma ordem de serviço para construção de uma Comunidade Terapêutica nesse município, num investimento de R\$ 2,7 milhões, considerada pelo prefeito local como sendo a obra “[...] mais importante de sua gestão à frente do município [...]”, é a primeira unidade a ser construída com investimento municipal nesse Estado, que já sinaliza o projeto de construir uma segunda unidade destinada para atendimento ao público feminino do município.

A segunda reportagem publicada em 12 de junho de 2010 (TRIBUNA, 2010), nos informa sobre a parceria do Estado com o mesmo estabelecimento (vinculado a uma igreja Cristã) conveniado ao município de Serra, que irá construir uma Comunidade Terapêutica no interior do Estado e com capacidade de atender conjuntamente cerca de 90 dependentes, com uma proposta de recuperação de 70% desse público que atende.

A nosso ver, essas reportagens apesar de nos trazerem importantes informações coletadas em levantamentos, estatísticas e depoimentos de profissionais, gestores de políticas públicas e de usuários de drogas no Estado, assim como outras reportagens que encontramos disponíveis na mídia local e nacional, acerca do ‘uso de drogas, usuários e de formas de tratamento’, não problematizam de fato essa

modalidade de atendimento particular – algumas público-privadas – e nem promovem uma maior discussão e reflexão acerca das causas do uso abusivo de SPA em nossa sociedade.

Mas nosso objetivo aqui neste momento não é questionar (já questionando) o conteúdo e a forma de informação vinculada pelos meios de comunicação, mas especificamente, pôr em foco o objeto de nosso estudo, as Comunidades Terapêuticas (na legalidade ou ilegalidade), colocando em análise o modo como tais CTs operam nesse campo de tratamento ao usuário de drogas, através de suas práticas de internação.

Segundo o gestor municipal as CTs são “[...] fábricas de refazer vidas [...]” (XAVIER, 2010). Mas o que significa refazer essas vidas? Qual a noção de vida que é sustentada nas CTs e que perpassa os processos de produção de subjetividade? Seria a vida apenas um mecanismo biológico, dicotômico (corpo x mente, saúde x doença) equilibrando-se nos princípios do sistema de produção capitalística? Seria “vida” cumprir os papéis determinantes dessa lógica? E “refazer”? Seria recolocar essa vida nos “trilhos” retomando os mesmos princípios que a fizeram sair? Ou, seria essa “vida” algo mais pluralizado? O vivo em sua multiplicidade? Outra lógica como nos diz Pál Pelbart (2005, p.83):

[...] Vida significa inteligência, afeto, cooperação, desejo. [...] O bios é redefinido intensivamente, no interior de um caldo semiótico e maquínico, molecular e coletivo, afetivo e econômico. Aquém da divisão corpo/mente, individual/coletivo, humano/inumano, a vida ao mesmo tempo se pulveriza e se hibridiza, se moleculariza e se totaliza. E ao descolar-se de sua acepção predominantemente biológica, ganha uma amplitude inesperada e passa a ser redefinida como poder de afetar e ser afetado, na mais pura herança espinosana.

Entendemos que as Comunidades Terapêuticas necessitam ter e dar maior visibilidade de suas práticas de tratamento, por se tratarem de serviços que vêm aumentando sua participação ao longo das últimas décadas na vida das

comunidades, lidando diretamente com vidas e a forma de viver de milhares de pessoas.

Através de seus proprietários ou representantes dos seus interesses, as Comunidades Terapêuticas inscrevem-se cada vez mais nos espaços de discussão e construção de políticas públicas. Recentemente, a atual Presidência da República tem aberto campo de discussão com reuniões junto aos representantes das Comunidades Terapêuticas, no intuito de incluí-las cada vez mais nas políticas públicas de atenção ao usuário de drogas, criando ou modificando legislações e promovendo um aumento no repasse de verbas públicas para esses estabelecimentos.

Pudemos perceber em recente pronunciamento oficial da Presidenta Dilma Russel, às vésperas da comemoração da independência do Brasil, a importância dada às Comunidades Terapêuticas enquanto partícipes da política nacional sobre drogas,

“[...] vamos lançar, dentro de alguns dias, uma grande rede de cuidados em saúde mental, crack, álcool e outras drogas. Esta rede será composta pelas **comunidades terapêuticas**, pelas unidades de acolhimento, pelas enfermarias especializadas e pelos consultórios de rua, que vão garantir ao cidadão e à sua família alternativas de atenção e cuidado, 24 horas por dia, em todo o Brasil [...]” (JORNAL FLORIPA, 2011).

Atualmente muitas frentes de discussão tem se aberto questionando a valorização e investimento aplicado as Comunidades Terapêuticas com suas práticas de internação e métodos de tratamento, principalmente religiosos, colocando em jogo o fortalecimento ou enfraquecimento das políticas públicas para usuários de drogas. Momento de embates e articulações políticas extremamente importantes, que deveria considerar como ponto de reflexão o pensamento de Espinosa:

[...] a liberdade política só se realiza quando o direito civil (as leis) e o Estado (as instituições de governo) fortalecem o *conatus* coletivo, em lugar de enfraquecê-lo e subjugar-lo no medo, na ilusão supersticiosa e nas promessas de recompensas numa vida celeste futura para os ofendidos e humilhados nesta vida (CHAUÍ, 1995, p.78-79).

Amanhã vai ser outro dia
Hoje você é quem manda
Falou, tá falado não tem discussão, não
A minha gente hoje anda falando de lado e olhando pro chão
Viu?
Você que inventou esse Estado
Inventou de inventar
Toda escuridão
Você que inventou o pecado
Esqueceu-se de inventar o perdão
Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Eu pergunto a você aonde vai se esconder da enorme euforia?
Como vai proibir quando o galo insistir em cantar?
Água nova brotando e a gente se amando sem parar
Quando chegar o momento esse meu sofrimento
Vou cobrar com juros. Juro!
Todo esse amor reprimido
Esse grito contido
Esse samba no escuro
Você que inventou a tristeza
Ora tenha a fineza de "desinventar"
Você vai pagar, e é dobrado
Cada lágrima rolada nesse meu penar
Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Ainda pago pra ver o jardim florescer
Qual você não queria
Você vai se amargar
Vendo o dia raiar sem lhe pedir licença
E eu vou morrer de rir
E esse dia há de vir
Antes do que você pensa
Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Você vai ter que ver
A manhã renascer e esbanjar poesia
Como vai se explica vendo o céu clarear, de repente
Impunemente?
Como vai abafar nosso coro a cantar
Na sua frente
Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Você vai se dar mal, etc e tal

(APESAR DE VOCÊ - CHICO BUARQUE DE HOLANDA)

2. A BIOPOLÍTICA E A TOXICOMANIA NA HISTÓRIA DAS DROGAS: PROCESSOS QUE ENSEJAM A EMERGÊNCIA DAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Para que possamos melhor entender o modo de funcionamento das Comunidades Terapêuticas, vemos como de suma importância conhecer seus fatores históricos que propiciaram sua emergência. Quais as principais conexões fizeram ser possível um tratamento ao usuário de drogas via Comunidades Terapêuticas? O que possibilitou serem as Comunidades Terapêuticas um dos recursos mais utilizados dentro da rede de atenção ao usuário de substâncias psicoativas, tanto no Brasil como no Mundo?

Façamos então, uma análise dos caminhos percorridos pelos usuários de drogas, o uso das substâncias psicoativas pelas diferentes sociedades e formas de lidar e vivenciá-las, uma vez que essa história está diretamente ligada à emergência das CTs, enquanto partícipe de uma política de tratamento ao usuário de drogas.

Evidenciar os fatores historicamente construídos, não representa valorar moralmente momentos determinados da história ou mesmo vislumbrar desejos saudosistas de um retorno ao passado, mas para se buscar elementos que nos ajudem a desnaturalizar certos conceitos, conhecer as relações em diferentes modos de vida, nos possibilitando melhor instrumentalizar nosso exercício do pensamento, do entendimento, nas análises dos modos de se viver a atualidade, “Uma história do presente, no sentido de uma atualidade, que não se volta ao passado para pensar o presente, mas para delimitar a diferença dos modos de existência em determinadas formações históricas [...]” (LAVRADOR, 2006a, p.82).

Dessa forma, entendemos ser importante evidenciar como se estabelecia a relação drogas-sociedade anteriormente, durante e posteriormente ao advento do modo de produção capitalista, na tentativa de melhor conhecer acerca dos mecanismos que

foram utilizados para transformar a forma de se viver a vida e suas relações diretas com a questão das drogas.

Nesse capítulo faremos uma discussão acerca da história das drogas nas sociedades, perpassando pela relação drogas-usuário-sociedade, mecanismos de controle, políticas públicas e práticas de tratamento, fatores que diretamente influenciarão na emergência das CTs.

2.1 UMA BREVE PASSAGEM SOBRE A HISTÓRIA DAS DROGAS

Independente das diferentes origens e culturas, as sociedades de uma forma geral convivem com o uso de substâncias psicoativas desde remotos tempos: há registros de uso medicinal, em rituais espirituais ou em festividades comemorativas, com diferentes substâncias.

[...] As propriedades da papoula de onde se extrai o ópio são conhecidas há pelo menos 8.000 anos no Mediterrâneo ocidental [...] Os faraós no Egito o usavam como ingrediente na fabricação de remédios, e imperadores romanos se serviam da droga para dormir. [...] A maconha é originária da Ásia Central, entre o Mar Cáspio e o Himalaia na região que compreendia a ex-União Soviética [...] (MATOS, 2008).

Cada povo, em diferentes momentos da história, lida com questões relacionadas ao uso de drogas conforme sua cultura e valores, de forma que não havia uma posição única, uma maneira única, um conceito único sobre as SPA e sim um caráter diversificado. A droga era vivenciada em sua pluralidade.

Escohotado (1997), em seus estudos sobre a história das drogas e seu uso pelos diferentes povos nos mostra que “[...] os valores sustentados por cada sociedade influem nas idéias formadas sobre as drogas [...]” e, por conseguinte, a seus usuários. Na civilização Inca Peruana, por exemplo, as folhas de coca – símbolo dessa cultura – eram reservadas aos servos como prêmio; na Roma pré-imperial, o uso do vinho era apenas liberado aos homens maiores de trinta anos podendo-se

executar homens mais jovens e mulheres descobertos próximos as tabernas; durante meio século, na Rússia, beber café foi um crime punido com tortura e mutilação das orelhas.

Percebe-se que conforme se altera a constituição de uma sociedade baseada em seus interesses econômico-político-religiosos, muda-se a forma de agir e pensar sobre as drogas e seus usuários. Nas sociedades ocidentais, na Idade Média, por exemplo, com a forte presença dominante do cristianismo, as SPA que até então eram partícipes da constituição social passam a ser definidas como um mal diabólico e, seu consumo, um pecado.

Desde o século XVI, a relação da Europa cristã revestiu-se de um esforço, em relação ao mundo colonial, de extirpação dos usos indígenas de drogas sagradas em prol de uma cosmovisão onde o vinho ocupava espaço privilegiado [...] (CARNEIRO, 2005, p.17).

Nesse período, as substâncias clássicas passam a ser associadas a rituais de bruxaria. Já o vinho, possuidor de um caráter santificador, é tolerado, desde que não seja em demasia, momento em que passa a ter uma conotação moral de vício, por estimular outras práticas abominadas pela igreja, como retratados na arte de Bosh.

Outra pintura cujo nome já nos remete à temática é Alegoria da Gula e da Luxúria. Os moralizadores medievais pregavam que a gula e a embriaguez incentivavam a luxúria, nesse sentido, a obra de Bosch mostra a gula com várias pessoas em volta de uma pipa de vinho e um homem de aparência obesa sobre ela (OLIVEIRA; NUNES, 2009, p.80).

Fica claro que a legalidade ou ilegalidade de determinadas substâncias muito mais se apresenta por conta de interesses político-econômicos e estratégicos de determinadas regiões, do que pelos efeitos provocados por essas substâncias na vida das populações, pois até então sua utilização não trazia nenhuma significativa problemática social.

A América e o Oriente integraram-se assim no mundo moderno fornecendo suas riquezas vegetais e sofrendo a empreitada colonizadora que buscou regulamentar o consumo das plantas. O

tabaco, traficado pelos jesuítas, após uma resistência inicial dos protestantes e dos orientais, foi aceito e valorizado, juntando-se ao álcool, ao açúcar, ao café, ao chá e ao chocolate para constituírem o universo das drogas oficiais da vida cotidiana moderna, enquanto outros, como os cactos e cogumelos alucinógenos americanos foram proibidos pela Igreja no período colonial [...] (CARNEIRO, 2002 b).

Se as próprias normas culturais baseadas em princípios políticos hierárquicos e religiosos eram suficientes para não transformar a droga em um *mal em si*, um problema para a comunidade, – como temos visto na contemporaneidade –, não havia motivos para se criar mecanismos que lidassem diretamente com usos abusivos dessas substâncias, “[...] O uso pelos povos antigos estava mais relacionado à integridade social e/ou à transcendência espiritual [...] Não há indícios de que drogas tenham representado risco social e de saúde nessa época” (PAULINO, 1997, apud NOTO; SILVA, 2002, p.92).

Entretanto, a partir de toda uma articulação política, econômica, cultural e social advinda do fortalecimento do modo de produção capitalista e seus mecanismos de controle social, esse quadro sofre uma grande transformação no que tange a relação sociedade, usuário e drogas.

2.2 A BIOPOLÍTICA

Propomos-nos aqui analisar quais mecanismos tornaram possível o desenvolvimento do modo de produção e de vida baseada num sistema capitalista que temos vivenciado.

Para tanto, utilizaremos como norteador o pensamento de Michael Foucault que através de suas obras abre e fundamenta toda uma discussão acerca da relação do ‘poder e controle social’, o que nos permite uma leitura sobre as investidas do

Estado³, incorporado pelo capital da sociedade burguesa moderna, em mecanismos e tecnologias de controle das massas.

[...] É um dos traços fundamentais das sociedades ocidentais o fato de as correlações de força que, por muito tempo tinham encontrado sua principal forma de expressão na guerra, em todas as formas de guerra, terem-se investido, pouco a pouco, na ordem do poder político (FOUCAULT, 1988, p.113).

Entre outras características, o 'poder' segundo Foucault (1988) se apresenta como uma correlação de forças, que está em toda parte, em inúmeros pontos desiguais e móveis, imanentes às relações, não é pertencente a ninguém, atravessa tanto dominadores como dominados. O poder é,

[...] compreendido como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais. (p.102).

Da relação feudal entre senhores e camponeses à força dos monarcas, dos burgos aos campos de produção industrial e as novas tecnologias de consumo, temos a passagem de relações e formas de poder.

Na idade média “O poder dirigido para a salvação das almas se transformou e, com o enfraquecimento da instituição eclesiástica, ele se desdobrou e se estendeu para o Estado em sua forma moderna [...]” (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p.158), esse Estado foi se fortalecendo pelo crescente capital produzido no

³ Vimos Estado como “[...] conjunto de ramificações, essa espécie de rizoma de instituições que denominamos ‘equipamentos coletivos’[...]” (Guattari; Rolnik, 1999, p. 147).

‘desenvolvimento’ das cidades e por operar toda uma tecnologia e mecanismos reguladores de vida e controle das populações, principalmente das classes operárias e pobres dessas cidades, “[...] As grandes cidades, ao mesmo tempo em que centralizavam as atividades comerciais, eram centros produtores. Além disso, o desenvolvimento das cidades e a indústria nascente também contribuíram para a formação de uma população operária e pobre [...]” (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p. 159).

Ora, a partir da época clássica, o Ocidente conheceu uma transformação muito profunda desses mecanismos de poder. O ‘confisco’ tendeu a não ser mais sua forma principal, mas somente uma peça, entre outras com funções de incitação, de reforço, de controle, de vigilância, de majoração e de organização das forças que lhe são submetidas: um poder destinado a produzir forças, a fazê-la crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las [...] poder que gere a vida [...] (FOUCAULT, 1988, p. 148).

A esse poder de ordenar, controlar, majorar as forças - não mais pelo fio da espada e pelos suplícios populares – através de mecanismos que permitam ‘gerir a vida’, é denominado por Foucault como uma *bio-política das populações*. Esse poder político se apresenta em dois pólos de poder, que emergem em períodos históricos e por métodos de penetração diferentes, mas complementares e interligados.

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano*. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida,

a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar [...] (FOUCAULT, 1988, p. 151).

Novas tecnologias políticas sobre a vida, no controle da vida, foram possíveis graças a estratégias e dispositivos⁴ que se somam na regulamentação das práticas da saúde das populações que perpassam o saber e técnicas estatísticas, jurídicas e principalmente médicas,

[...] Se até o século XVIII a medicina se ocupava do doente e das doenças, houve depois disso uma progressiva medicalização do Estado, das cidades e da população. A vida em seu conjunto passa a ser objeto de preocupação do Estado, por meio da intervenção médica [...] A medicina passa a intervir num campo mais amplo da existência do indivíduo e da população, apoiada pela integração do seu saber a estratégias emergentes de governo, na segunda metade do século XVIII [...] (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p.158).

Coube principalmente a estratégias biopolíticas do saber médico adentrar nos espaços urbanos, nas fábricas, nas escolas, nas ruas, no comércio, nas famílias, ou seja, em todos os locais públicos e privados, “[...] ‘O médico torna-se o grande conselheiro e o grande perito senão na arte de governar, pelo menos na de observar, de corrigir, de aprimorar o corpo social e de mantê-lo num estado permanente de saúde[...]’” (FOUCAULT, apud MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p.161), regularizando a vida, criando e instituindo normas e práticas de controle dos riscos insalubres e formas salutares de se viver.

[...] Para além da doença, a própria saúde se constitui como campo para a intervenção medical. As políticas de prevenção de doenças e de controle da saúde, o acompanhamento médico constante, não remetem diretamente à patologia, mas significam a abertura da saúde como domínio medical. Definir as normas da saúde e dos comportamentos saudáveis e obrigar os indivíduos a agir em

⁴ O termo dispositivo é conceituado por Foucault (1996, p. 244) enquanto “[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas [...]”.

convivência com essas normas tornou-se, para além da simples função terapêutica, uma das grandes atribuições do poder medical. A sociedade passa a se regular, a se ordenar, a se condicionar, de acordo com normas físicas e mentais que são determinadas por processos médicos (FARHI NETO, 2010, p. 30).

Esquadrinhando os espaços, disciplinando e regulamentando a vida, controlando os movimentos e instituindo os hábitos e comportamentos, na produção de corpos e populações domesticáveis, com o fim de garantir a manutenção de uma sociedade que se baseia em interesses individuais, privados, consumista e desigual,

Este bio-poder, sem a maior dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado como *instituições* de poder garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de bio-política, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operam, também, como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia [...] (FOUCAULT, 1988, p. 153).

Uma das principais indústrias a se beneficiar dessa nova ordem social, medicalizada, sustentada por garantias de felicidade a base de uma gama de medicamentos é a indústria farmacológica, que nada mais é do que a drogadição lucrativa controlada pelas forças médicas e pelo Estado “[...] O grande beneficiário da economia política da saúde é a indústria farmacêutica ‘com efeito – constata

Foucault -, a indústria farmacêutica é sustentada pelo financiamento coletivo da saúde e da doença' ” (FARHI NETO, 2010, p. 33).

2.3 A BIOPOLÍTICA NO CAMPO DAS DROGAS

O desenvolvimento industrial, o avanço tecnológico, a valorização do consumo de bens e produtos, a alienação do trabalhador no processo de produção, o crescimento das cidades e todas as mudanças sócio-político-econômico-culturais provenientes do fortalecimento do modo de produção capitalista do final do século XIX e século XX, impulsionaram fortemente um mercado de consumidores de produtos dos mais diversos, seja de serviços, bens, tecnológicas ou mesmo das drogas, “[...] As atividades humanas, principalmente com o desenvolvimento do capitalismo industrial, têm consequências diretas e decisivas sobre a vida e a evolução das espécies vivas do planeta [...]” (FARHI NETO, 2010, p.29).

O papel histórico das drogas no comércio mundial adquire importância crescente no século XX. Na época atual de predomínio financeiro, o principal ramo do comércio mundial é o das drogas, se incluirmos aí os cerca de 500 bilhões de dólares do tráfico ilícito, e acrescentarmos os capitais das drogas legais, como o álcool e o tabaco, mas também o café, o chá, etc., além das drogas da indústria farmacêutica (CARNEIRO, 2002 b).

A produção de SPA nunca foi tão intensa, o conhecimento sobre as substâncias, o pesado investimento das indústrias farmacológicas e o crescente comércio ilícito do narcotráfico, proporcionaram não só um aumento das drogas produzidas, mas também a sintetização de substâncias, potencialização de efeitos e a criação de novas drogas.

A partir de 1.900, grande parte das drogas conhecidas por nós hoje se encontram disponíveis nas farmácias e drogarias sendo possível comprá-las até mesmo pelos correios diretamente de seus fabricantes. Existem obviamente casos de dependência de ópio, morfina, heroína, mas o fenômeno ainda não chamava a atenção geral ocorrendo apenas alguns artigos em periódicos e revistas que

alertavam para o risco. Os juízes e policiais não tinham sido, até aquele momento, convidados para tratar a questão, o que não era ainda jurídico, político ou de ética social (ESCOHOTADO, Apud MATOS, 2008, p.3).

Proporcionalmente, houve a expansão de um mercado consumidor dessas substâncias, sendo que muitos desses consumidores passam a estabelecer um vínculo extremamente tenaz com as drogas. Vale ressaltar que a toxicomania⁵ ou dependência química não é algo do século XX, mas certamente nesses últimos séculos ganhou uma conotação conceitual e quantitativa incomparável, “[...] a toxicomania era um conceito desconhecido há um século, enquanto os tóxicos básicos – e seu livre consumo – são milenares [...]” (ESCOHOTADO, 1997, p.35).

[...] Em 1912, em Haia, uma convenção internacional estabeleceu restrições ao cultivo e comércio dos derivados da papoula. De 1919 a 1933, o proibicionismo atingiu o álcool, nos Estados Unidos. Logo após o fim da “Lei Seca”, foi proibido o consumo da maconha nos Estados Unidos. No segundo pós-guerra expandiu-se na forma de listas de substâncias controladas e proibidas estabelecidas sob a égide da ONU como legislação internacional impositiva. O proibicionismo determina todo o contexto do consumo contemporâneo de drogas, inclusive a expansão das formas de consumo mais degradadas, adulteradas e destrutivas (CARNEIRO, 2002 b).

O marco regulador das políticas proibicionistas sobre as drogas nas sociedades ocidentais é sem dúvida a convenção de Haia. Impulsionada e financiada pelos Estados Unidos que apostavam na internacionalização da proposta proibicionista que se construía nesse país, objetivando principalmente a regulamentação das práticas de vida, especificamente, um maior controle da classe operária e dos imigrantes que naquele momento incomodavam socialmente e economicamente aquele país, principalmente os chineses consumidores de ópio, irlandeses do álcool e mexicanos da marijuana.

⁵ “[...] Emmanuel Régis (*Précis de psychiatrie*, 1885), para Santiago, certamente um dos primeiros a usar o termo ‘toxicomania’, escreve que as tendências impulsivas devem se aplicar à solicitação motriz involuntária em direção a um ato, como uma ‘apetência doentia’ [...]” (CARNEIRO, 2002 a).

[...] O controle dos hábitos populares tornou-se objeto de corpos policiais, estamentos médicos, psicólogos industriais, administradores científicos. O taylorismo e o fordismo foram concomitantes aos mecanismos puritanos da Lei Seca, e a discriminação racial de imigrantes serviu de pretexto para a estigmatização do ópio chinês e da marijuana mexicana nos Estados Unidos (CARNEIRO, 2002 a).

Políticas proibicionistas e repressivas se faziam cada vez mais presentes nas legislações vigentes, concomitantemente a medicalização da população, a lucratividade das drogas ilícitas e o mercado consumidor crescem significativamente.

O consumo de tabaco e álcool, assim como das drogas legais e ilegais em geral, passou a ser objeto de uma forte intervenção reguladora estatal desde o início do século XX, que redundou em tratados internacionais, legislações específicas, aparatos policiais e numa conseqüente hipertrofia do preço e do lucro comercial. Ao mesmo tempo, desenvolve-se um imenso aparato de observação, intervenção e regulação dos hábitos cotidianos das populações [...] (CARNEIRO, 2005, p. 17).

A associação das drogas à criminalidade e o slogan “guerra às drogas” passam a fazer parte de toda uma arquitetura presente nas estratégias biopolíticas de controle do Estado, principalmente das populações desprovidas de recursos.

A ‘guerra contra as drogas’, nascida do ventre da Lei Seca, além de servir para o enriquecimento direto das máfias, das polícias e dos bancos, serve para o controle dos cidadãos até mesmo no íntimo de seus corpos vigiados com testes de urina e batidas policiais. O interior do corpo como jurisdição química do Estado, o controle ‘aduaneiro’ pelo Estado das fronteiras da pele, torna-se uma dimensão de intervenção e vigilância extremada sobre as populações (CARNEIRO, 2002b).

A participação direta de mecanismos médico-sanitaristas, que passam a considerar as drogas como substâncias que provocam danos nocivos aos usuários, salvo quando estão sob as rédeas do saber médico (a exemplo dos medicamentos), leva a questão das drogas para o campo da saúde pública e do biopoder, criando-se mecanismos reguladores de controle dos usos e desusos das drogas pela população, fortalecendo e ampliando a política repressiva de combate às drogas.

[...] a ciência, representada principalmente pelos médicos e profissionais de saúde, vai progressivamente apoiar e legitimar o controle do Estado sobre as drogas, veiculando pesquisas que demonstram o perigo que elas representariam, ao que soma o crescimento do número de usuários e de dependentes de determinadas substâncias (DAVENPORT-HINES, apud FIORE, 2005, p. 260).

O Estado e todo seu amparado biopolítico passa a divulgar efeitos como causas, estereotipando sujeitos em usuários da ilegalidade ou objetos passivos dessas substâncias, justificando sérias ações jurídico-policiais com fins de combate e controle às drogas, vistas como produtoras de formas de ser e não produto de formas de viver, “[...] A população é invadida na sua privacidade, violada nos seus direitos, violentada na sua integridade. A guerra que se impetra a essas populações é, assim, uma guerra cotidiana, que entra em suas casas, arromba suas portas, rouba suas coisas, dispõe sobre suas vidas” (PIMENTEL, 2009, p. 314).

[...] As drogas, como arsenais de substâncias produtoras de prazeres e sensações específicas, também foram submetidas historicamente a um dispositivo de normatização. Duas são as principais intervenções do biopoder: sobre os corpos e o regime químico das mentes, o controle do sexo e o controle farmacológico. Assistimos ao nascimento de um novo racismo que, além de biológico, assume contornos biopolíticos, na estigmatização demonizante dos consumidores de drogas do final do século XX e inícios do XXI (CARNEIRO, 2002 a).

As ‘drogas’ adquirem o status central e a primazia nas atenções e principais intervenções políticas. Podemos afirmar que a política proibicionista gerou principalmente aumento na lucratividade, baixa qualidade das substâncias vendidos no mercado informal - colocando a saúde dos usuários em risco -, gastos astronômicos de verbas públicas principalmente para a repressão e controle de riscos, crescimento da violência urbana - como alvo principal jovens das classes pobres - e uma desenfreada criminalização e marginalização dos usuários de drogas ilícitas,

O estatuto do proibicionismo separou a indústria farmacêutica, a indústria do tabaco, a indústria do álcool, entre outras, da indústria clandestina das drogas proibidas, num mecanismo que resultou na hipertrofia do lucro no ramo das substâncias interditas [...] O consumo de drogas ilícitas cresce não apesar do proibicionismo também crescente, mas exatamente devido ao mecanismo do proibicionismo que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros (CARNEIRO, 2002 b).

Por não serem entes autônomos, as drogas precisam ser produzidas, transportadas, inaladas, ingeridas, introduzidas no organismo por pessoas, usuários, que gradativamente passam a sofrer ações de diferentes discursos, principalmente: o discurso jurídico que conceitua o usuário enquanto criminoso, fadado à “mão firme da lei” e seu aparato policial; o discurso religioso cristão que mantém seu posicionamento de ação pecaminosa, e seu usuário fadado ao inferno ou à conversão e conseguinte salvação; e o discurso do cientificismo médico, que passa a conceituar o usuário de SPA como um doente, passível de intervenção médica para tratamento.

Diante dessas noções, consumidores de SPA ilícitas e abusivos das lícitas, passaram a partir do século XX, a conviver com possíveis e diferentes caminhos: a prisão, a igreja ou o tratamento. Esse último assumido pelas políticas públicas de saúde que, até o final do séc. XX mantinham como principal proposta de ação a internação dos usuários em estabelecimentos psiquiátricos, ou seja, clínicas, hospitais psiquiátricos ou manicômios.

A ordem jurídica tende, como no julgamento do direito penal, a ver o usuário de drogas o seu caráter ilegal, o fora da lei, o criminoso, o marginal, delinqüente, enfim como um individuo perigoso. A ordem médica toma o usuário de drogas como doente, viciado, toxicômano ou ainda como perturbado mental. Já a religião, vê o uso de drogas como pecado, sendo o usuário passível de castigo ou perdão (SIQUEIRA, 2006, p.68).

2.4 PRÁTICAS DE INTERNAMENTO E O CONTROLE DA VIDA POR MECANISMOS PSIQUIÁTRICOS

Os deslocamentos de usuários de SPA do meio social para espaços de exclusão e isolamento urbano não são praticas exclusivas das políticas do século XX, mesmo não tendo uma conotação de tratamento – só a partir do fim do século XIX e início do século XX o uso abusivo de SPA assumirá o discurso de doença - quando se associava os usuários à desordem social estes eram relegados ao internamento.

Por volta do século XII o comércio das sociedades ocidentais européias começa a se expandir, principalmente pela organização econômica de muitos mercados e a circulação monetária. As cidades passam a ter um novo contorno social “[...] o povo começou a deixar suas velhas cidades feudais para iniciar vida nova nessas ativas cidades em progresso. A expansão do comércio significava trabalho para maior número de pessoas e estas afluíam à cidade, a fim de obtê-lo” (HUBERMAN,1986, p.27).

Essas transformações provocam uma nova ordem social. As cidades abarrotadas de pessoas passam a contar com desempregados, doentes, mendigos, beberrões e loucos, pessoas que colocavam em questão esse “desenvolvimento” e causavam constantes incômodos à sociedade local.

Providos de um discurso de ordenamento social, os olhares “caridosos” do clero, “justos” da justiça e o “absoluto” poder monárquico passam a controlar as cidades retirando delas seus “inconvenientes” moradores, e nada melhor que se utilizar dos antigos espaços de isolamento e exclusão, os leprosários, não mais ocupados por esse público. A prática do internamento passa a ser um mecanismo desse controle social. “[...] O internamento foi então ligado nas origens e no sentido primordial a esta reestruturação do espaço social” (FOUCAULT, 1975, p.79).

Revestido pelo discurso da caridade a prática do internamento passa a servir para os “viciados”, pobres beberrões que traziam incômodo a nova sociedade, como uma forma de livrar-se desses desordeiros de uma cidade que se organiza. “Inimigos da

boa ordem, vagabundos, mentirosos, *bêbados*, impudicos, que não saberiam ter outra linguagem que não a do Demônio [...]”(FOUCAULT, 1972,p.61, grifo nosso).

A partir do século XVIII, com um novo redimensionamento da ordem político-econômica pela maquinização do trabalho e suas conseguintes transformações sociais e culturais, surge uma imensa necessidade de produção de mão de obra para a indústria emergente, que, associada a uma crescente e fortalecida medicina cientificista, faz com que os estabelecimentos de internação passem a ter um novo movimento na garantia de seu princípio de manutenção da ordem, da função de assistência e caridade aos pobres, tornando-se também instrumentos terapêuticos aos doentes que precisam de cura.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais [...] (FOUCAULT, 1996, p.99).

Entretanto, durante um período dessa história, as práticas de internamento hospitalares serão de exclusividade dos loucos, que vão aos poucos se despedindo de seus companheiros de internação, os desordeiros (incluindo os ‘viciados’), pois esses eram apenas submissos ao “vício”, frutos do pecado ou desajustes de uma sociedade não industrial, cabendo-lhes apenas uma mudança de ação, um afastar-se das tentações do pecado, um ajustar-se às novas formas de produção, para voltar ao convívio social, aptos ao trabalho nas fábricas.

Já os loucos, não menos desatinados pelas fraquezas do espírito, ganham um novo complemento à suas vidas, um novo discurso sobre seus males. Pelo conceito da medicina-cientificista tornam-se doentes da alma, “doentes mentais”, seres que necessitam de tratamento intensivo, sem prazo determinado. “[...] O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados” (FOUCAULT, 1972, p.73).

Entretanto, esse distanciamento não durará muito tempo, pois a partir do momento em que o uso de SPA vai ser conceituado enquanto ato ilícito e/ou doença mental, o método de controle jurídico e de tratamento médico torna-se principalmente a internação psiquiátrica e coube aos espaços já reservados aos doentes mentais o lugar de atenção aos dependentes de drogas.

Se a idéia sobre o uso de drogas, a partir da noção de saúde é a doença, é natural que o tratamento seja portanto a clínica psiquiátrica, baseando suas intervenções na abstinência integral de todas as drogas e colocando, pelo menos inicialmente, grande parte dos atendidos em manicômios ou hospitais psiquiátricos, criando uma mistura perigosa e grave, da qual ainda não nos libertamos [...] (SIQUEIRA, 2006, p.15).

Eis um reencontro ou estreitamento do relacionamento entre o louco e o usuário de drogas, ambos partícipes nas classificações das doenças mentais (OMS, 1993) e dividindo um mesmo espaço, o de exclusão, “A noção de loucura, então em constituição no discurso científico, encontrará no efeito das drogas uma poderosa analogia[...]” (CARNEIRO, 2002 a).

2.5 A POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS E PRÁTICAS DE TRATAMENTO

A política brasileira sobre as drogas sempre manteve tendências a adotar posturas extremamente influenciadas e vinculadas às propostas políticas internacionais, sendo a principal a estadunidense de criminalização e repressão às drogas.

Segundo Fiore (2005, p. 264) “A semelhança entre as cronologias de regulamentação oficial do uso de drogas nos EUA e no Brasil não se deu no debate e na movimentação social a respeito do tema [...]”. Segundo o autor, apesar da proibição oficial se assemelhar nos dois países, o debate político que cobrava do Estado uma postura rígida sobre o controle das SPA nos EUA iniciou-se com muito mais afinco que as limitadas discussões sobre o assunto no Brasil até o séc. XX.

Vale ressaltar que em ambos o início do controle sobre a produção e uso de SPA vem principalmente com um intuito político de controle das sociedades de miseráveis, sejam eles imigrantes ou nativos,

“[...] durante o século XIX, não era o álcool, substancialmente, que incomodava as autoridades médicas: o problema era o consumo desregrado, imoral e degenerante que ocorria principalmente nas camadas mais baixas da população [...]” (FIORE, 2005, p. 264).

Sob forte influência e patrocínio dos EUA, a convenção de Haia, em 1911, também conhecida como Conferência Internacional do Ópio, foi o grande marco internacional nas políticas públicas sobre as drogas. Todos os seus signatários, incluindo o Brasil, adotam as práticas de proibição da venda do ópio e seus derivados (salvo sob prescrição médica), e da cocaína. Segundo Fiori (2005, p. 266), o presidente Hermes da Fonseca edita o decreto 2.861, partindo das resoluções da conferência e instituindo no Brasil medidas visando impedir os abusos de tais substâncias.

Segundo Garcia *et al* (2008), a primeira Lei de regulamentação sobre a questão da venda e uso de drogas foi o Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891, de 1938, que posteriormente foi incorporada ao Código Penal de 1941 no seu artigo 281.

Essa política legislativo-jurídica tem como princípio a normatização do uso de drogas no Brasil, através de um rigoroso controle repressivo sobre produtor e consumidor, ambos constituídos como criminosos.

Ao longo do séc. XX, seguindo os parâmetros estadunidenses e a exigências das Nações Unidas, a principal proposta de ação pública brasileira sobre o consumo de SPA passa a ser tanto a proibição de determinadas substâncias, como cocaína, maconha, etc., com veemente repressão ao seu comércio e porte, quanto às práticas de internamento realizadas principalmente via mecanismos jurídico-médicos para os seus usuários, ou seja, o discurso da doença e a necessária intervenção médica perpassavam o campo das ciências médicas e incorporavam-se às práticas

biopolíticas de controle social por mecanismos político-judicial, conforme observado no artigo 29 do Decreto de Lei 891:

[...]

Art. 29. Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de *internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não*.

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou *for conveniente à ordem pública*. Essa internação se verificará *mediante representação da autoridade policial* ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

§ 2º A *internação obrigatória* por determinação do Juiz se dará ainda nos seguinte; casos:

a) condenação por *embriaguez habitual*;

b) impronúncia ou absolvição, em virtude de derimento do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental *resultante do abuso* de qualquer das substâncias enumeradas nos arts. 1º e 29 desta lei.

§ 3º A internação facultativa se dará quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive.

§ 4º *Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundada no laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos*, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação.

§ 5º A *internação prévia* poderá também ser ordenada pelo juiz competente, quando os *peritos*, por ele nomeados, *a considerarem necessária à observação médico legal*.

§ 6º A *internação se fará em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar particular submetido à fiscalização oficial*

[...] (BRASIL, 1938, grifo nosso).

A política nacional de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, a partir da década de 70, vai sendo redimensionada pela força do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Esses movimentos trazem implicações à sociedade no questionamento à exclusão social da loucura e às formas de atenção às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

As ações e reivindicações destes movimentos garantiram conquistas importantes, que transformaram o cenário social, político, assistencial e legal no campo da saúde mental, como por exemplo, a aprovação de leis e portarias que oficializaram práticas instituintes que redirecionavam o modelo assistencial – em curso -, passagem da cultura hospitalocêntrica com foco nas internações por tempo indeterminado para a cultura antimanicomial, com foco nos serviços substitutivos (CAPS, residências terapêuticas, unidades de saúde, ambulatórios etc.) aos estabelecimentos de internação. Assim, preconiza-se que estes novos serviços em regime aberto, funcionem em rede e se articulem com outras políticas públicas e outros recursos (culturais, artísticos, de lazer, de economia solidária etc.) existentes em um dado território.

Entretanto, mesmo com os avanços alcançados nas últimas décadas, através de um redimensionamento da política brasileira sobre as drogas e novos métodos e princípios de tratamento aos usuários dependentes – implementação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários com transtornos decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS ad), com sua proposta de atenção dia, internações em casos específicos e de curto prazo em CAPS ad III; a reserva de leitos específicos em Hospitais Gerais para desintoxicação e curta internação; fortalecimento do trabalho em Rede; a implementação da Lógica de Redução de Danos, entre outras – , um dos mais procurados recursos de tratamento ao usuário de SPA continuam sendo as internações de longo prazo seja em Hospitais Psiquiátricos ou em Comunidades Terapêuticas de tratamento que cada vez mais se solidificam e ampliam sua rede de estabelecimentos.

3. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Apesar do aumento quantitativo de Comunidades Terapêuticas nos últimos anos e da grande procura pelos seus serviços de tratamento via internação, é fato que pouco se tem produzido em termos de pesquisa e discussão acerca desse assunto, conforme constata Leon (2003, p.33) “[...] Apenas uns poucos livros e artigos esboçam de fato formulações teórico-conceituais das CTs [...]”. A grande maioria das produções disponíveis acerca desse tema tem como base ou referência a produção desse autor norte-americano George De Leon. Por conseguinte, utilizaremos esse autor como fonte principal nesse esboço sobre a emergência e forma de funcionamento das CTs.

A comunidade terapêutica tem dado provas de constituir uma eficiente abordagem de tratamento do abuso de substâncias e de problemas da vida vinculados a esse abuso. A CT é fundamentalmente uma abordagem de auto-ajuda, desenvolvida de modo primordial fora das práticas psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais [...] (LEON 2003, p.3).

A expressão “comunidade terapêutica” emerge dos trabalhos realizados dentro de hospitais psiquiátricos na Grã-Bretanha no fim da década de 40, através das ações da psiquiatria social, que, no pós-guerra, propunha uma mudança no olhar aos pacientes, aos espaços de convívio social e ao trabalho em equipe.

[...] O funcionamento de hospital como comunidades terapêuticas talvez possibilite a muitos psicóticos, perturbados de caráter, casos de psicose orgânica e senil, retardados e criminosos, uma experiência terapêutica ao vivo muito melhor do que seria possível no mundo externo (JONES, 1972, p. 22).

Essas CTs psiquiátricas têm como objetivo transformar os espaços internos de um hospital psiquiátrico e sua metodologia médica de ação em espaços mais democráticos, com a participação mais ativa dos pacientes, demais profissionais e até mesmo familiares, criando um ambiente mais humano e terapêutico.

[...] Em colaboração com a equipe, tornam-se participantes ativos em sua própria terapia, na de outros pacientes e em muitos aspectos das atividades gerais da unidade. Isto em contraste notável com seu papel relativamente passivo, receptivo, característico do tratamento convencional (JONES, 1972, p. 89).

As CTs psiquiátricas apresentam semelhantes propostas com as CTs de tratamento de dependentes de drogas, como: a reunião diária entre pacientes e profissionais; participação ativa dos pacientes/usuários internados; maior envolvimento de familiares.

A Comunidade Terapêutica para tratamento a usuários de drogas emerge como uma alternativa àqueles usuários que almejavam um tratamento à sua dependência e pretendiam escapar às forças biomédicas e jurídico-policial, com suas práticas de enclausuramento em hospitais psiquiátricos manicomial ou na prisão, e não tinham acesso a clínicas particulares.

As CTs foram moldadas pela pequena rede “alternativa” de atenção ao usuário de drogas que propunha uma metodologia diferente de tratamento, a “auto-ajuda”⁶ ou “ajuda mútua entre pares”, sem a intervenção direta de profissionais de saúde mental.

[...] A maioria não tinha acesso aos sistemas médicos e de saúde mental convencionais. Ou suas dependências eram temporariamente interrompidas em clínicas de desintoxicação, em hospícios, por meio do encarceramento em cadeias ou penitenciárias, ou então acabam por morrer [...] (LEON, 2003, p 22).

Surgiram por volta dos anos 60, nos Estados Unidos, pelas conexões de grupos de auto-ajuda, como: Oxford (organização religiosa luterana), Alcoólicos Anônimos (grupo formado por alcoolistas em busca de recuperação) e o Synanon (organização que desenvolve um programa através de encontros grupais e práticas de

⁶ “ ‘Auto-ajuda’ ” nos Estados Unidos refere-se tanto a iniciativas das pessoas no sentido de enfrentar pessoalmente suas dificuldades como aos livros de auto-ajuda conhecidos no Brasil (Leon 2003, p. 3).

confrontamento, denominada 'o jogo', provocando mudanças psicológicas nos participantes, visto como uma modalidade de terapia).

A princípio, esses grupos reuniam-se em espaços abertos não-residenciais e, posteriormente, vão realizando seus encontros em comunidades residenciais fechadas, configurando o primeiro modelo de Comunidade Terapêutica.

[...] Emprega-se a interação grupal para elevar a autoconsciência individual desses aspectos negativos da personalidade por meio de seu impacto nas outras pessoas, sendo a persuasão grupal um recurso destinado a levar à total honestidade pessoal, à completa auto-exposição e ao compromisso absoluto com a mudança de si mesmo (LEON 2003, p. 23).

As CTs têm como objetivo e método de ação a necessária mudança pessoal através de um processo de participação em grupo, onde cada indivíduo é confrontado e motivado a lidar com suas questões comportamentais pelos seus pares que vivem ou vivenciaram situações semelhantes, proporcionando ajuda mútua e produzindo uma mudança individual necessária para lidar com as substâncias psicoativas sem delas fazer uso.

[...] recuperação por meio da auto-ajuda, a crença segundo a qual a capacidade de curar e a mudança estão no indivíduo, e de que a cura ocorre primordialmente por meio de relacionamentos terapêuticos com outros indivíduos em situação similar [...] (ANGLIN, NUGENT; NG apud LEON 2003, p.20).

Trazem também como princípio de tratamento a internação em longo prazo, podendo chegar a mais de dois anos⁷, espaço afastado da oferta de substâncias psicoativas, abstinência total às SPA, fortalecimento interior através da fé espiritual, compartilhamento de experiências de vida entre os pares e a não medicalização.

⁷ As CTs por sua diversidade e autonomia de ação possuem prazos diferentes de internação.

Tem como base conceitual terapêutico o método dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos com algumas adequações dos Narcóticos Anônimos. São fortemente guiados pela força espiritual, na forma de um Poder Superior – que pode ser qualquer coisa, até mesmo um poder do sol – ou o próprio Deus cristão.

Leon (2003) nos aponta para o caráter adaptativo e evolutivo das CTs de tratamento ao longo dos anos, o que o faz diferenciar as CTs tradicionais (originárias), que tinham como base conceitos aplicados através da própria experiência pessoal dos participantes – administravam entre si a comunidade de auto-ajuda – e as CTs contemporâneas, que introduzem métodos e técnicas trazidos por profissionais, principalmente de saúde mental, que passam a ingressar no quadro de funcionamento das CTs.

A evolução da CT revela o vigor, a riqueza de possibilidades e a flexibilidade da modalidade CT no sentido de expandir-se e adaptar-se à mudança. Mas a evolução da CT também apresenta alguns problemas [...] (LEON 2003, p. 5).

Leon relata uma preocupação com relação a essa passagem histórica entre CTs tradicionais para CTs contemporâneas, para ele essas mudanças trouxeram consigo a perda das características, métodos e formas de ação originais, pela introdução de conceitos e práticas de profissionais de diversas áreas acadêmicas com “[...] uma linguagem e método que muitas vezes se contrapõem às características essenciais de auto-ajuda da abordagem da CT ou a subvertem [...]” (LEON, 2003, p. 6).

Leon nos aponta outro ponto importante que diferencia as Comunidades Terapêuticas contemporâneas, uma realidade presente principalmente nas CTs em países da América Latina, “A separação entre religião e terapia é explícita nas CTs norte-americanas e européias. Entre algumas CTs de outras regiões e culturas, como a América Latina, a prática e os ensinamentos religiosos têm sido integrados à rotina diária das CTs” (LEON 2003, p. 19).

Podemos encontrar como principal confluência entre trabalhos publicados sobre as Comunidades Terapêuticas em países da América Latina com Peru, Colômbia e

Brasil (NIZAMA-VALLADOLID, 1995; CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, 2008; SILVA, 2004) as diferenças entre o que denominam “CT profissional” e “CT não profissional” e a grande preocupação com relação a essa última.

As Comunidades Terapêuticas “não profissionais” ou “CTs Religiosas – CTRs”, são mantidas por entidades religiosas de diferentes denominações eclesiásticas e possuem em seu quadro funcional ex usuários e pessoas partícipes dessas religiões. Sua principal ferramenta de tratamento e o caráter terapêutico religioso, ou seja, a conversão religiosa como meio terapêutico, pois

[...] al ser la conversión condición *sine qua non* para la ‘rehabilitación’ y com esto para La ‘salvación’, discursos y prácticas psicoterapêuticas se tornan opuestos y hasta ineficaces, pues la voluntad humana se construye fundamentalmente desde una externalidad – una relación intramundana, pero devota com Jesús (CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, 2008, p.85).

Já as “CTs profissionais” contam com equipe mínima de profissionais de saúde⁸, em geral médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, terapeuta ocupacional e utilizam métodos e técnicas que se misturam ao caráter espiritualístico do princípio dos 12 passos, que tem como fundamento o valor espiritual, de uma força superior, mas não especificamente um Deus Cristão.

3.1 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Por volta do fim da década de 70 emergem no Brasil as primeiras Comunidades Terapêuticas, gradativamente elas vão se expandindo por todo território nacional, devido à inexistência de políticas públicas com programas e projetos que atendam a

⁸ Algumas CTs contam com profissionais voluntários em seu quadro técnico.

esse público para além das internações psiquiátricas e pelo crescente aumento do consumo, principalmente entre os jovens (COSTA, 2009; SERRAT, 2002).

Não há um número preciso e oficial sobre o número de CTs no Brasil. Estima-se cerca de 2000 CTs em funcionamento (CHAVES & CHAVES APUD COSTA, 2009, p. 5), a sua grande maioria trabalha na clandestinidade, ou seja, sem um registro de funcionamento oficial e devida fiscalização dos órgãos competentes. Motivo que tem sido apontado como uma grande preocupação no que se refere à qualidade no atendimento prestado por essas CTs “Os principais problemas encontrados nessa expansão são a má qualidade no atendimento prestado por algumas CTs e a falta de adequação para abrigar os dependentes [...]” (SERRAT, 2002).

No Espírito Santo, em pesquisa realizada nos anos de 2002 e 2003 por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo, mais de 27 CTs estavam em funcionamento (SILVA; GARCIA, p. 245, 2004).

Segundo pesquisa, a grande característica das Comunidades Terapêuticas no Espírito Santo é a vinculação com congregações religiosas, pois das 27 CTs pesquisadas em 2002/03, 22 foram consideradas CTR (Comunidade Terapêutica Religiosa).

Em entrevista divulgada no mês de setembro de 2009 por representante da Secretaria Estadual de Saúde, foi informado que de todas as CTs em funcionamento no Estado apenas 06 estão legalizadas ou em processo de legalização, ou seja, em condições legais de funcionamento (FELIZ, 2009). Segundo dados levantados (FEBRAC, 2004), não há nenhuma Comunidade Terapêutica no Estado do Espírito Santo filiada à FEBRAC (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), entidade que tem por finalidade, conforme art. 3º do Estatuto da Federação, representar as Comunidades Terapêuticas em nível nacional e internacional em assuntos e interesses comuns.

No município de Serra, segundo levantamento registrado (SERRA, 2009), 14 estabelecimentos de tratamento aos usuários de drogas nos moldes das CTs estavam em funcionamento.

3.2 A REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Com o crescente aumento no número de Comunidades Terapêuticas no Brasil e a necessária regulamentação do seu funcionamento, em maio de 2001 o Governo Federal editou a Resolução RDC nº 101/2001 da ANVISA (BRASIL, 2001), estabelecendo regulamentação técnica com exigências mínimas para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil, com vistas à adequação e regularização das CTs em funcionamento e estabelecendo regras para as novas CTs.

Apesar da RDC 101/01 estabelecer prazo de dois anos - a partir da data do edital - para que todas as Comunidades terapêuticas em funcionamento se adequem as normas estabelecidas, foram poucas as que dentro do prazo legal e até o presente momento, cumpriram com as exigências da resolução. Por conseqüência, um número mínimo dentre as Comunidades Terapêuticas em atividade puderam ter seus alvarás de funcionamento registrado, ou seja, serem autorizadas pelos Departamentos Estaduais de Vigilância Sanitária a funcionarem dentro da normalidade e passíveis de receber investimento público.

Durante praticamente toda nossa pesquisa e construção de análises, tínhamos a RDC 101/2001 como legislação referencial do funcionamento das Comunidades Terapêuticas, entretanto recentemente, mais precisamente em 29 de junho deste ano, o Governo Federal editou uma nova resolução a RDC 29/2011 revogando a RDC 101/2001.

Pudemos perceber, traçando um comparativo entre as RDCs, que a resolução 29/2011 apresenta uma elaboração mais sucinta, objetiva, que mais parece uma síntese da anterior, entretanto algumas alterações representam uma mudança significativa para o funcionamento e regularização das Comunidades Terapêuticas.

Na verdade, essa nova RDC nos dá a nítida impressão de representar uma resposta política do Governo Federal aos anseios dos gestores das Comunidades Terapêuticas, adequando a Política Nacional às práticas já vigentes das Comunidades Terapêuticas, que até então não conseguiam, ou não se implicavam em conseguir, se adequar a RDC anterior. Reduziu-se o leque de exigências para o funcionamento das CTs, estipulando um novo prazo de um ano para a adequação à normativa, o que garante legalmente até o fim desse prazo o funcionamento de todas as CTs atualmente em atividade.

Nesse momento traremos alguns pontos que pensamos serem importantes e significativos para a compreensão dessa mudança:

- A Princípio, a nova RDC demonstra certa aproximação das práticas tradicionais das CTs originárias, pois no seu primeiro artigo determina que o principal instrumento terapêutico a ser utilizado pelas Comunidades Terapêuticas seja a “convivência entre os pares”, entretanto não restringe outras práticas.

- A palavra “compatível” utilizada em alguns momentos na resolução é, a nosso ver, a que mais dá sentido a nova RDC, uma vez que não se estipula mais determinado número máximo de internos, número de leitos por quarto, número de banheiros, quantitativo mínimo de profissionais, número de consultas, quais e quais atividades básicas a serem oferecidas, ou seja, fica a critério da CT estipular e justificar a ‘compatibilidade’ de sua estrutura, tipo de atendimento, conforme sua proposta de funcionamento e capacidade.

- Outro ponto significativo é o ‘monitoramento’ e ‘órgãos responsáveis’ para esse fim. Na RDC 101/01 há um item específico sobre monitoramento, delegando

responsabilidades a Conselhos, Secretarias, Federações e Associações. As avaliações e inspeções do serviço deveriam ser anuais, realizados pela Vigilância Sanitária ou comissões, conforme protocolo a ser elaborado. A RDC 29/2011 exige apenas que as Comunidades Terapêuticas obtenham e afixem em local público licença sanitária atualizada, de acordo com a legislação local.

- A exigência do acompanhamento da evolução dos residentes no pós-alta ao longo de um ano que constava na RDC 101/01, não foi incluído na nova RDC.

Outros pontos importantes serão evidenciados e discutidos nos capítulos finais, quando tratarmos das nossas impressões no campo pesquisado.

Tua caminhada ainda não terminou...
A realidade te acolhe
dizendo que pela frente
o horizonte da vida necessita
de tuas palavras
e do teu silêncio.

Se amanhã sentires saudades,
lembra-te da fantasia e
sonha com tua próxima vitória.
Vitória que todas as armas do mundo
jamais conseguirão obter,
porque é uma vitória que surge da paz
e não do ressentimento.

É certo que irás encontrar situações
tempestuosas novamente,
mas haverá de ver sempre
o lado bom da chuva que cai
e não a faceta do raio que destrói.

Tu és jovem.
Atender a quem te chama é belo,
lutar por quem te rejeita
é quase chegar a perfeição.
A juventude precisa de sonhos
e se nutrir de lembranças,
assim como o leito dos rios
precisa da água que rola
e o coração necessita de afeto.

Não faças do amanhã
o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo
que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás...
mas vá em frente
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te.

(Charles Chaplin)

4. CAMINHO CARTOGRÁFICO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Entendemos a cartografia⁹ como um recurso que contribui com a construção de um caminho de análise a percorrer. Quando entramos em um campo de análise-intervenção levando conosco uma caixa de saberes/práticas, não sabemos o que há por vir, mas nos propomos a acompanhar um modo de funcionamento no espaço-tempo, nas contínuas construções coletivas e individuais. Estamos falando de um compartilhamento de conhecimentos e modos de vida, nos quais somos percebidos e percebemos, tocamos e somos tocados, afetamos e somos afetados pelos movimentos contínuos e dos mais diversos que se fazem presentes em cada momento, que não serão mais os mesmos a cada novo encontro.

É muito simples o que o cartógrafo leva no bolso: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações - esse, cada cartógrafo vai definindo e redefinindo para si, constantemente. O critério de avaliação do cartógrafo você já conhece: é o do grau de intimidade que cada um se permite, a cada momento, com o caráter de finito ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos. É o do valor que se dá para cada um dos movimentos do desejo. Em outras palavras, o critério do cartógrafo é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento [...] (ROLNIK, 1989, p. 69).

As Comunidades Terapêuticas contemplam em si um imenso movimento de pessoas, histórias, conceitos, vida, um lugar do 'comum' e do 'diversificado', é um encontro entre comunidades e suas intensidades, que emergem fluxos contínuos, apesar de todas as instituições: família, igreja, drogado, bandido, doente, etc. estarem fortemente presentes. E como pode um pesquisador identificar os componentes que produzem sujeitos? Mantendo-se à distância das pessoas ali

9

A diferença entre cartografia e mapa, e a cartografia no campo psicossocial é apontada por Rolnik (1989, p.15), "Para os geógrafos, a cartografia - diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos".

presentes? Observar de longe o que acontece? Estancando os movimentos e fluxos e analisando-os em seu laboratório de pesquisa?

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (ROLNIK, 1989, p.15).

Ao contrário do conceito positivista da neutralidade do observador, da separação sujeito x objeto, do recorte do tempo-espço, o que propomos é acompanhar os movimentos, nos despojar dos endurecimentos metodológicos, construirmos nossos instrumentos de análise conforme percebemos a experimentação do campo, seguindo os fluxos que perpassam os processos de produção de subjetividades, “[...] O método, assim, reverte seu sentido, dando primado ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas [...]” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 30). É sermos cartógrafos,

[...] O cartógrafo é um verdadeiro *antropófago*: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, *transvalorado*. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender [...] (ROLNIK, 1989, p. 67, grifo da autora).

Percebemos que percorrer esses espaços de tratamento significa acompanhar as intensidades contínuas ali presentes, é estarmos juntos, acompanhar fazendo parte do movimento, interferir por estar presente, sem perder de vista nossa ética de produção de vida, pois a cartografia “[...] procura capturar intensidades, ou seja, disponível ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no

terreno percorrido e à implicação do sujeito percebedor no mundo cartográfico” (FONSECA, 2003, p.92).

Cartografar em uma Comunidade Terapêutica para nós é tentar perceber, sentir as forças que circulam e transformam conceitos e formas de ser no mundo, presentes nas relações que se produzem nesses espaços de atendimento. Mas será que essas forças, predominantemente, produzem potência, criatividade, reconstrução de sentido, em sujeitos que até então se inebriavam em suas vidas entorpecidas? Ou são forças que, predominantemente, despotencializam, culpabilizam, enfraquecem, modelam formas disfarçadas em bem-viver? Produzindo formas de vida a se manter nas mesmas amarras de uma vida anestesiada?

Inquietações que levamos conosco aos encontros e que tentamos sentir, perceber, capturar, colocando nosso corpo em constante comunicação com os acontecimentos, com as vibrações presentes no campo, enquanto circulávamos nesses espaços íntimos da vida, pois o cartógrafo

[...] Deixa seu corpo vibrar todas as frequências possíveis e fica inventando posições a partir das quais essas vibrações encontrem sons, canais de passagem, carona para a *existencialização*. Ele aceita a vida e se entrega. De corpo-e-língua (ROLNIK, 1989, p. 68, grifo da autora).

Tarefa árdua de um cartógrafo, capturar pistas para análise de uma realidade, ao passo que constrói essa realidade com sua intervenção, é conhecer e construir conhecimento, é estar no processo que por vezes o faz sentir as dores, angústias, alegrias, potências e impotências daqueles que com ele caminham “[...] Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 31).

5. ALGUNS CAMINHOS PERCORRIDOS: MODOS DE FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PESQUISADAS

Em nossa pesquisa, nos dispusemos a adentrar os muros, sejam esses visíveis ou não, de três Comunidades Terapêuticas do município de Serra-ES¹⁰. Escolhemos duas vinculadas à denominação religiosa - que representam a grande maioria das CTs - e uma sem esse vínculo. Propomo-nos aqui compartilhar um pouco dessa nossa vivência, resultado de algumas idas a essas CTs.

Entendemos que pesquisar as práticas de tratamento das Comunidades Terapêuticas instaladas no município de Serra, analisando seu modo de funcionamento e mecanismos produtores de subjetividade, nos trará um recorte do que vem a ser essa modalidade de tratamento.

A princípio pensamos em algumas estratégias para iniciar a nossa pesquisa, que nos permitissem uma melhor entrada e circulação junto aos movimentos das Comunidades terapêuticas.

Nossa proposta apresentada foi no intuito de poder circular no campo de intervenção, participar junto aos internos de suas atividades coletivas propostas pelo estabelecimento como: grupos terapêuticos, oficinas, conversar, atividades em geral que sofram a interferência direta do modo de funcionamento e princípios terapêuticos estabelecidos pelo corpo integrante da equipe de profissionais (monitores, administradores, técnicos, etc.), capturando a forma, o conceito e os efeitos dessas propostas terapêuticas e fazendo registro de nossas impressões em um diário de campo.

¹⁰ Serra é um dos municípios do Estado onde estão em funcionamento o maior número de Comunidades Terapêuticas.

Propomos acompanhar os usuários¹¹ em algumas atividades e momentos livres, fomos apresentados ao quadro fixo semanal¹², com os horários e atividades previstas. Dispusemo-nos então a participar em horários e dias diferentes, o que nos permitiria um melhor entendimento dos movimentos que se fazem presentes na vida dos usuários ao longo de seu internamento.

Fomos bem recebidos pelos gestores das CTs que permitiram nossa entrada para a pesquisa sem muitas restrições, apenas uma CT nos impôs, a princípio, a necessidade de um profissional nos acompanhar durante nossa pesquisa no estabelecimento, fato que felizmente não se concretizou. Sentimos-nos livres para os encontros, que começaram com a apresentação do espaço físico e estrutura das Comunidades, apresentação dos técnicos e/ou monitores e bate papos com internos que nos cruzavam na caminhada.

Em todas as CTs há um tempo de internação previsto entre quarenta e cinco (45) dias há três (3) meses, seis (6) a nove (9) meses, mas o que percebemos é a flexibilidade e a imprecisão quanto a um período definido de permanência, há casos de pacientes internados há mais de dois (2) anos e casos de pacientes que não permanecem sequer um dia, ou seja, o tempo de permanência dependerá do comportamento do usuário durante sua internação, da retaguarda familiar para o pós alta, desejo do mesmo em permanecer e avaliação dos responsáveis pelas CTs.

“Aqui eu fico o tempo que disserem ser necessário”

“Pretendo ficar os nove meses na CT”

¹¹ A palavra ‘usuário’ é a comumente mais utilizada nos serviços de saúde pública de atendimento a dependentes de drogas, por se tratar de ‘usuários do serviço’, entretanto não há uma terminologia padrão nas CTs, encontramos adicto, residente, interno, aluno, paciente e dependente.

¹² Quadro em anexo.

A flexibilidade do tempo é fundamento essencial em qualquer serviço de atenção a usuários de drogas, pois o fator ‘tempo de tratamento’ nesses casos é impreciso, deve-se levar em conta e respeitar o grau de comprometimento pelo uso abusivo das drogas, características pessoais e subjetivas de cada um, perspectivas, pensamentos, sentimentos, estrutura, vínculos, etc.

Entretanto, não se pode permitir a cronificação com períodos longos e sem prazos definidos de internação, repetindo as práticas iatrogênicas das internações em Hospitais psiquiátricos e a institucionalização dessas pessoas,

“estou enjoado de ficar aqui”

“estou muito ansioso aqui dentro, quero ir embora”

Preocupação já sinalizada pela RDC-101/01 e re-ratificado pela RDC 29/2011¹³,

[...]

~~4.2 Partindo do pressuposto de que os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, são espaços temporários de tratamento, o tempo de permanência deve ser flexível levando em consideração o cumprimento mínimo do programa terapêutico e que cada caso é único.~~

~~Os Serviços deverão ter explicitado no seu Programa Terapêutico o tempo máximo de internação, evitando a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais [...]. (Brasil, 2001) (REVOGADO)~~

[...]

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição (BRASIL, 2011).

¹³ Conforme já anunciado no capítulo 3 incluiremos em nossas impressões e análises a regulamentação das CT, optamos por permanecer com a RDC 101/2001 - sinalizando sua revogação com o recurso ‘tachado’ (linha no meio do texto) e a palavra ‘revogado’ ao final do texto - e a RDC 29/2011, traçando e permitindo uma melhor compreensão das modificações entre as duas regulamentações e as práticas das CTs.

Cito o caso, por exemplo, de um paciente com transtorno mental grave que permanece internado há mais de 2 anos, pois a família prefere que o mesmo fique nesse espaço, e paga para isso, justifica-se que o mesmo está melhor adaptado ao modo de funcionamento da CT que à família e sua comunidade. O que além de outros fatores, já poderia ter descumprido as normas do artigo 3.6 da RDC 101/01 no próprio ato da internação, entretanto com a nova resolução RDC 29/2011 esse critério de elegibilidade ao tratamento passa a vigorar conforme critério e avaliação da própria CT, pois não há referência de qual profissional deverá fazer o diagnóstico de elegibilidade e como se avalia quais as situações de não compatibilidade com o serviço prestado nas CTs,

[...]

~~As pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico não são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser encaminhadas a outras modalidades de atenção [...] (Brasil, 2001) (REVOGADO).~~

[...]

ART. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente. Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição [...] (BRASIL, 2011).

Todas as CTs trabalham com o princípio da voluntariedade na internação, sendo assim, todos os internos devem expressar seu desejo em permanecer em um regime de tratamento por internação, aceitando todas as normas da CT. Entretanto, vimos muitos casos de internações compulsórias (via determinação judicial), a nosso ver, por mais que seja uma 'alternativa' à prisão ou Unidades de Integração Social, não deixa de ser uma internação por mecanismos que desautorizam o desejo do usuário. Claro que, em alguns casos há uma pactuação entre usuário, família e Poder Judiciário para essa modalidade de tratamento.

A RDC 101/01 no seu inciso 4.1 trata especificamente de casos de internação compulsória, entretanto a nova RDC 29/2011 não especifica a regulação dessa

modalidade de internação, apenas de forma geral no art. 19, trata da questão da concordância das regras e da voluntariedade,

[...]

~~No processo de admissão do residente e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados:~~

[...]

~~A aceitação da pessoa encaminhada por meio de mandado judicial, pressupõe a aceitação das normas e do programa terapêutico dos serviços, por parte do residente [...]. (Brasil, 2001). (REVOGADA).~~

[...]

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

[...]

II – Orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa ser admitida declarar por escrito sua concordância, **mesmo em caso de mandado judicial**;

III – A permanência voluntária [...] (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Praticamente todos os monitores das Comunidades Terapêuticas são ex-usuários dependentes de drogas. Por terem eles vivenciado essa realidade, pressupõe-se que conheçam toda conduta comportamental, sentimentos e emoções de um dependente, conheçam também a ‘linguagem’ e expressões dos internos, o que lhes instrumentaliza a melhor comunicar-se e aproximar-se afetivamente com os internos, além de serem vistos como um relato vivo de uma experiência exitosa, servindo de ‘modelo’ para os demais.

Presenciamos bons encontros entre internos e monitores, que de fato representam para muitos a possibilidade de obter sucesso no seu tratamento, pois refletem um exemplo a ser seguido. Entretanto, temos também relatos de internos que nos deixou extremamente preocupados com relação à postura de alguns monitores,

casos de uso de SPA pelos monitores dentro das CTs, autoritarismo, possíveis favores em troca de drogas e práticas sexuais. Em um dia de encontro, por exemplo, fomos informados por um interno que na noite anterior houve uma grande discussão entre um monitor e usuários, nesse episódio saíram sete internos. Por motivo, a inflexibilidade de um monitor ao não permitir que um interno falasse rapidamente com sua família que residia em uma área que foi soterrada por fortes alagamentos,

“To com vontade de sair, não aquento mais o monitor X”
(usuário).

A “rigidez” de alguns monitores representa em algumas situações, outro mecanismo de tratamento estabelecido nas CTs, ‘a disciplina’,

“Aqui nos trabalhamos com a disciplina, coisa que eles não têm lá fora, tem que cumprir horário” (Monitor)

Todas as atividades já são pré-estabelecidas conforme quadro de atividades, em duas CTs encontramos o quadro afixado em mural. Há hora para acordar, fazer as refeições, participar das atividades laborativas, de grupos, momentos de lazer e dormir. Cumpria-se dessa forma uma exigência da RDC 101, mas que não foi incluída como uma obrigação escrita na RDC 29/2011, exige-se apenas que sejam anotadas em ficha individual as atividades pelo qual os internos ‘já participaram’,

[...]

~~4.5 Os Serviços devem explicitar, por escrito, os seus critérios de rotina de tratamento quanto a: Horário do despertar; Atividade física desportiva variada diária; Atividade lúdico-terapêutica variada diária (por ex.: tecelagem, pintura, teatro, música, dança, modelagem, etc; Atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior habilitado em dependência de SPA, ao menos uma vez por semana; Atividade didático-científica para o aumento de conscientização; Atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (por ex.: yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos filosóficos reflexivos). Essa atividade é opcional para o residente, respeitando-se suas convicções e credos pessoais e oferecendo, em substituição, atividades alternativas; Atendimento~~

~~médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês, nos casos de comorbidade; Atendimento em grupo por membro da equipe técnica responsável pelo programa terapêutico pelo menos 3 vezes por semana; Participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc; Atendimento à família durante o período de tratamento; Atividades de estudos para alfabetização, profissionalização, etc [...] (Brasil, 2001) (REVOGADA)~~

[...]

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

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

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

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis [...] (BRASIL, 2011).

O não cumprimento às regras e horários, acarreta em conseqüências 'punitivas', entre outras, perda de alguns direitos como horário da sesta, participação de atividades externas, podendo chegar, conforme a avaliação da equipe responsável (técnicos e/ou monitores), no desligamento da CT. Em algumas situações a responsabilização é co-participativa, ou seja, todos perdem determinados direitos, o que gera um clima de desaprovação e embate entre os internos.

Situação que nos chamou bastante atenção foi quando estávamos sendo apresentados à estrutura física de uma Comunidade Terapêutica e encontramos

alguns internos que haviam acabado de terminar o dia no labor/capina, ao nos avistarem o grupo rapidamente veio em nossa direção com diversas questões a serem ditas ao técnico que nos acompanhava, passou-nos a sensação de uma grande necessidade de contato com o exterior, além de uma carência de afetos e espaço de escuta de suas demandas individuais e coletivas.

Nossa primeira impressão quando adentramos as comunidades, com sua área verde, o baixo ruído sonoro e a criação de animais, principalmente as que possuem uma grande área física, é uma agradável sensação de bem-estar, de harmonia que se reforça quando encontramos os internos e percebemos que a afetividade entre esses e o contato conosco é extremamente prazeroso.

Entretanto, essa nossa primeira impressão vai aos poucos sofrendo modificações, pois outros fatores vão se apresentando e nos mostram a constante quebra dessa característica harmoniosa. Percebemos acontecimentos conflituosos com agressões verbais e/ou físicas entre monitores e internos, entre os próprios internos, até mesmo entre gestores e internos, e conseqüentes altas administrativas (desligados do tratamento por descumprimento de regras). A junção de públicos de diferentes faixas etárias (adolescentes e adultos), a busca por proteção pela força, lei que muitos trazem das 'prisões' ou 'Unidades de Ressocialização', a abstinência e forte fissura (ânsia, forte desejo ao uso) a SPA, a não aceitação a determinadas regras, a rigidez disciplinar, podem contribuir com essas relações de conflito.

“Estou preocupado em que quarto irei dormir”

“Estou bem, mas vou sair porque tive um desentendimento ai com um pessoal”

“Tive algumas confusões, mas”

O tempo livre, ou mesmo entre as atividades laborativas, é aproveitado para encontrarem-se e falar um com o outro sobre experiências e histórias de vida, seja nos jogos (futebol, dominó, etc.) ou no bate-papo. Entretanto, percebemos que boa parte dessas histórias é perpassada por fatos relacionados ao uso de drogas, o que nos faz perceber o quanto a relação com as drogas está presente no modo de vida dos internos.

“Teve um acidente na empresa x, quando trabalhava lá o pessoal usava todo dia atrás da [...]”,

Há uma grande resistência ao uso de medicação nas CTs, a filosofia baseada nos princípios do AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos), considera os medicamentos como drogas que também causam dependência, a medicalização seria apenas a substituição da SPA e não um livrar-se das drogas, “[...] pois sabemos que, quando usamos drogas sob qualquer forma, ou substituímos uma por outra, libertamos a nossa adicção novamente[...]” (NA, 2001, p. 22).

Afirmam que a experiência de não uso de medicação tem dado resultado muito positivo, pois permite que o usuário vivencie a experiência de tratamento sem a necessidade de uma substância que o auxilie nesse processo de transformação de vida.

Entretanto, temos percebido, que a inserção de consultas médicas antes mesmo da entrada e durante a internação nas CTs, a prescrição medicamentosa e a obrigação de dispensação dos medicamentos prescritos conforme Resolução da Anvisa, faz com que o uso de medicamentos tenha se ampliado até mesmo nas Comunidades Terapêuticas Religiosas, mas com a prerrogativa de somente serem administradas em casos de extrema necessidade e com a perspectiva de diminuição gradativa da quantidade.

A nova RDC 29/2011 desobriga as CTs da necessidade de avaliação diagnóstica clínica e psiquiátrica na triagem dos usuários e de consultas mensais em casos de

comorbidades associadas, reduzindo a participação médica/medicamentosa na rotina das Comunidades Terapêuticas, apenas dois artigos citam a respeito,

[...]

~~3. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.~~

~~[...] A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica, cujos dados deverão constar na Ficha de Admissão.~~

~~[...]~~

~~4.1 No processo de admissão do residente e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados:~~

~~[...]~~

~~Garantia do acompanhamento das recomendações médicas e/ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo do Serviço a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda dos medicamentos~~

~~[...]~~

~~4.5 [...] Atendimento médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês, nos casos de comorbidade [...] (BRASIL, 2004). (REVOGADA)~~

[...]

Art. 7. [...] VII - registro de atendimento médico, quando houver;

[...]

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica [...] (BRASIL, 2011).

O dependente químico conceitualmente é considerado um doente nas CTs – resgatando e afirmando preceitos bio-médicos -, que necessita aceitar sua doença e mudar seu caráter/comportamento. Não se adota a noção de cura, a não ser a espiritual, mas uma doença incurável, que permanecerá latente por toda a vida e ao primeiro descuido proporcionará uma recaída, “Aceitemos o fato de que nunca ficaremos curados e de que viveremos com a doença até ao fim das nossas vidas. Temos uma doença, mas é possível recuperar dela [...]” (NA, 2001, p.9).

“Aqui aprendi o que é um adicto, que é um doente,”

“Eu estou ótimo, eu aprendi a me conhecer, a conhecer a doença que está em mim e o que fazer”

As Comunidades Terapêuticas na maior parte dos casos ficam localizadas em locais de difícil acesso, há uma preferência por local afastado dos centros urbanos até mesmo para dificultar a saída do usuário, acesso às drogas, o contato com outros usuários dos centros e propiciar um local de ‘recolhimento’, nos moldes de um ‘retiro espiritual’. Apenas uma das CTs pesquisadas nos proporcionou maior dificuldade de acesso, por ser afastada do centro urbano e por não ter a rua de acesso pavimentada, no período de chuva foi impossível realizarmos nossos encontros nessa CT, tivemos que aguardar o término do tempo chuvoso.

Desde suas origens as Comunidades Terapêuticas têm como princípio de tratamento a abstinência total a SPA, independente das orientações a adoção da lógica da ‘redução de Danos- RD’ tanto pela OMS quanto do próprio Governo Federal. A estratégia da Redução de Danos não é aceita, e até mesmo questionada pelas CTs,

“Não tem essa de parar aos poucos” (monitor)

“Ligou o play é difícil ligar o stop, o pause”(monitor).

“não dá pra ir diminuindo, só no caso da heroína” (monitor)

A inclusão e participação de técnicos de saúde ainda geram certo desconforto por parte de alguns monitores, principalmente na CTR, percebe-se que por exigência da ANVISA, ou até mesmo da própria comunidade foi-se abrindo e ampliando essa participação desses profissionais,

“As famílias sempre que ligavam perguntavam se tinha esses profissionais, mas não quero dizer que seja por isso, eles também ajudam no tratamento” (monitor).

A Comunidade Terapêutica profissional conta com uma equipe mais ampla de técnicos de saúde com enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, além de médico psiquiatra. Percebemos uma grande rotatividade desses profissionais, o que pode representar, afirmado até mesmo por um profissional, a falta de condições de trabalho ou mesmo a baixa remuneração.

Já as CTRs contam com o apoio de poucos técnicos de saúde, alguns voluntários e com algum vínculo com a denominação religiosa.

Com a nova RDC 29/2011, todo esse quadro de funcionários que de certo era um grande diferenciador entre as modalidades de CTs (Religiosas e Profissionais) poderá gradualmente sofrer uma grande alteração, haja vista a retirada da obrigatoriedade de uma equipe mínima de profissionais para cada grupo de 30 residentes e de técnicos de nível superior formados especificamente nas áreas de saúde ou serviço social com capacitação em dependência química. A RDC 29/2011 exige apenas um técnico de nível superior com qualquer formação (Teologia, por exemplo) e pessoal para a manutenção das atividades em tempo integral, sem especificar o número mínimo de profissionais para determinado quantitativo de internos e qual tipo de capacitação deverão obter para esse trabalho.

[...]

5. RECURSOS

~~HUMANOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS~~

~~A equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:~~

~~01 (um)~~

~~Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;~~

~~01 (um) Coordenador Administrativo;~~

~~03 (três) Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's [...] (Brasil, 2001). (REVOGADA)~~

[...]

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

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

[...]

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

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro [...] (BRASIL, 2011).

Como princípio de origem, as Comunidades Terapêuticas buscam constituir-se enquanto um 'corpo familiar', formado por pessoas que vivenciam problemas com drogas e que se encontram para um objetivo comum, para tanto constituem laços internos fraternais para ampliar forças coletivamente,

“Aqui a gente se vê como família” (usuário).

Pudemos perceber que grande parte desse sentir-se pertencente a um corpo familiar se dá pela constituição da importância dos preceitos familiares imbricados moralmente no processo terapêutico e pela ausência efetiva na participação ativa no processo de tratamento, dos familiares da maioria desses internos.

Em ambos os modelos de Comunidades Terapêuticas, há incentivo em resgatar os laços mantidos pelo conceito tradicional de família. Promove-se 'encontros de família', momentos em que os familiares visitam os usuários e apreendem os conceitos e princípios metodológicos das CTs. No período de nossas idas, vimos a presença de pouquíssimos familiares. Como exemplo podemos citar a participação de apenas um grupo familiar em um dia de 'grupo de família'.

Vários fatores se explicam por essa ausência familiar, entre eles, perda de laços afetivos, horário de trabalho, responsabilização exclusivamente no usuário e desimplicação no processo de drogadição e no tratamento. Percebe-se o grande impacto emocional gerado por essa ausência para os usuários em tratamento:

“A maior dificuldade é no dia da visita, vejo os outros vindo aqui, tinha que ter alguém para me visitar”

“Eu não tenho lugar para ficar”

“Meu pai não quer saber de mim”

“Tenho receio em sair daqui, não quero ir para outro abrigo”

Outro fator importante que percebemos após conversas com monitores e usuários é um grande hiato entre a internação, rede de atenção e serviços de saúde específicos para atendimento a esse público. O NA (Narcóticos Anônimos) e AA (Alcoólicos Anônimos) por participarem da metodologia terapêutica das Comunidades Terapêuticas eram os únicos recursos citados para dar continuidade no tratamento pós-internação,

“Se precisar vou procurar ajuda no NA, que se reúne aqui”
(usuário).

Em vários momentos, tínhamos que explicar o que era um CAPS ad¹⁴, serviço público em funcionamento no município, serviço de atenção dia, que conta com uma equipe multidisciplinar. As respostas dos internos, ao ser apresentados a esse tipo de serviço, era sempre de grande entusiasmo e desejo de melhor conhecer e dar seqüência ao tratamento nesses serviços. Dá-nos a impressão, que os tratamentos

¹⁴ Esses questionamentos sobre o CAPS ad se davam por ter sido apresentado enquanto pesquisados da Universidade Federal do Espírito Santo e também Psicólogo do CAPS ad Laranjeiras.

propostos se encerram em si mesmos, sem amplificarem as conexões com os demais serviços.

Por se tratar de CT profissional e CTs religiosas (não profissional) que adotam princípios diferenciados, tínhamos a impressão que encontraríamos propostas metodológicas de tratamento muito díspares, entretanto percebemos durante nosso percurso, formas de tratamento que muito se aproximam. Ambos os modelos se baseiam em três pilares principais de sustentação metodológica: Laborterapia, Programa dos 12 passos e Poder Transcendente (Deus ou o Poder Superior¹⁵).

Por serem estes princípios os principais mecanismos técnico-conceituais na proposta terapêutica das Comunidades Terapêuticas, analisaremos especificamente cada um desses pontos.

5.1 O MÉTODO TERAPÊUTICO LABORATIVO

A laborterapia nas Comunidades Terapêuticas é conceituada como ‘terapia pela ocupação no trabalho’. Encontramos em duas CTs outra palavra usada dando significado à prática laboroterapêutica nas Comunidades Terapêuticas: o termo usado pelos próprios internos é “rastelo¹⁶”, ou seja, passam a maior parte do tempo em trabalhos manuais e mantendo a limpeza do espaço interno das CTs. A obrigatoriedade dessa atividade vista como terapêutica, não é bem aceita por todos os internos, notamos que nem sempre estão dispostos e/ou se sentem a vontade nesse tipo de atividade,

¹⁵ Apesar de ser proibida a entrada da bíblia na CT profissional, por entenderem que o tratamento não deve se basear em princípios religiosos, trabalham com a lógica do Poder Superior, que na prática é quase sinônimo do Deus Cristão.

¹⁶ Ferramenta utilizada para fazer a limpeza de folhas e lixo espalhados nos espaços internos das CTS.

“Sou obrigado a trabalhar, enquanto X fica dando mole, não participa”.

Algumas CTs oferecem a alguns internos, trabalho ‘remunerado’ na fabricação de blocos que é vendido para o mercado da construção imobiliária, o dinheiro arrecadado pelo trabalho é revertido no pagamento do internamento. Entretanto, esse tipo de trabalho também tem causado alguns problemas com relação à dinâmica de compra, venda, e formas de lidar com a remuneração, o que tem provocado algumas reflexões sobre a viabilidade de seu funcionamento, pelo menos é o que justifica um monitor a nos explicar o porquê do fechamento de uma pequena fábrica,

“A questão do dinheiro estava atrapalhando a terapia”
(monitor).

Algumas propostas de oficinas profissionalizantes têm demonstrado resultados interessantes. Uma é a parceria com estabelecimentos de ensino técnico para o fornecimento de cursos profissionalizantes gratuitos, onde os usuários se deslocam à escola para realizarem determinados cursos. A outra é a oficina interna de padaria, que além de proporcionar o conhecimento na área para aqueles que desejarem, é colocado à venda para a comunidade, em uma pequena padaria, os produtos produzidos nas oficinas. Ambos os exemplos, promovem uma aproximação e participação junto e com a comunidade local, proporcionando um menor distanciamento entre a proposta de tratamento e o cotidiano de uma comunidade, além da construção de uma pequena-rede operante no tratamento.

A ‘laborterapia ou ergoterapia’ emerge enquanto prática terapêutica pelo primeiro movimento da Reforma Psiquiátrica que pretendia transformar os espaços hospitalares de internação do doente mental em locais de tratamento,

O termo laborterapia, historicamente, tem o caráter de um tratamento psiquiátrico que mantém e exercita a capacidade produtiva do interno nas instituições auxiliares. Além da ocupação do tempo ocioso, pretende-se que os produtos das oficinas sejam preferencialmente

vendáveis de modo a contribuir com a manutenção institucional (MAROTO, 1991, apud ALMEIDA).

Posteriormente servirão de base ou mesmo substituídos pela formação superior conhecida como Terapia Ocupacional,

A terapia pelo trabalho também foi nomeada de ergoterapia, praxiterapia e laborterapia. Esses conceitos possuem similaridade e foram substituídos por Terapia Ocupacional na medida em que o curso e a profissão foram criados no país na segunda metade do século XX (CAVALCANTE, 2007).

Foi o psiquiatra Tosquelles, participante do movimento de transformação dos Hospitais Psiquiátricos nos pós-Segunda Guerra e um dos fundadores da Psicoterapia Institucional, que criou a ergoterapia, através da lógica de colocar os doentes mentais na produção laborativa, “[...] Fazê-los trabalhar para ajudá-los a encontrar de novo a sua saúde. A Ergoterapia é, portanto tentar usar, em psiquiatria, o trabalho como terapia, é a tentativa de olhar o trabalho como uma terapia [...]” (CLOT, 2007).

“Cabeça vazia, oficina do Diabo” (dito popular)

Entretanto, para Tosquelles o processo de tratamento não se dá simplesmente no ‘ocupar o tempo’ pelo trabalho, ou mesmo (re)inserir o doente mental ao modo de produção capitalista, como temos visto nos princípios da laborterapia aplicado na CTs, tendo o rastelo como principal exemplo. Segundo Tosquelles “Não se trata de fazer os doentes trabalharem, para diminuir tal ou qual sintoma. Trata-se de fazer trabalhar os doentes e o pessoal que os cuida, para cuidar (*soigner*) da instituição” (CLOT, 2007).

Com isso Tosquelles nos dá uma dupla vertente quanto à relação trabalho saúde. A primeira enquanto o *cuidar da instituição*, “[...] Para que a instituição e o pessoal de saúde captem no vivo que os doentes são seres humanos sempre responsáveis por aquilo que fazem, o que só pode ser colocado em evidência na condição de fazer

alguma coisa” (TOSQUELLES, apud CLOT, 2007). A segunda como o *cuidar do trabalho*, no sentido de transformar o trabalho e a qualidade do trabalho, fontes de saúde para o cuidador,

[...] Criar situações e encontrar técnicas nas quais se transformem os trabalhadores em sujeitos da situação, fazendo-os protagonistas da transformação. Eles é que são autores da transformação e não os especialistas (CLOT, 2007).

5.2 HÁ 12 PASSOS PARA A TRANSFORMAÇÃO

[...] O programa convenceu-nos de que precisamos de nos modificar a nós próprios, em vez de tentarmos modificar as pessoas e as situações à nossa volta. Descobrimos novas oportunidades. Descobrimos a sensação de auto-estima. Aprendemos o que é o respeito por nós mesmos. Este é um programa de aprendizagem. Ao praticarmos os passos começamos a sentir a vontade de um Poder Superior. A aceitação conduz à recuperação. Perdemos o nosso medo do desconhecido. Somos liberados. (NA, 2001, p. 19).

O ‘programa dos 12 passos’, está presente em todas as Comunidades Terapêuticas pesquisadas, tem como base o programa dos Narcóticos Anônimos-NA. Nas CTs são realizados estudos diários ou semanais sobre cada passo, entretanto quando um usuário sai da internação sem completar o programa é orientado a dar continuidade nos grupos do NA mais próximos de sua comunidade ou nos encontros que acontecem semanalmente nas próprias Comunidades Terapêuticas.

“Estou engajado e empolgado quanto à filosofia dos 12 passos”
(usuário).

O programa apresenta-se com contornos diferenciados entre as Comunidades Terapêuticas, na CT profissional o ‘programa’ é mais enfatizado e deve ser estudado passo a passo, serve como um norteador das formas de agir dos internos, durante e pós-internação, é uma “bíblia” para os usuários - como dito por um monitor. Já nas CTs religiosas, o ‘programa’ é secundário e aparece mesclado ao estudo bíblico. Ambos os modelos de Comunidades Terapêuticas, contam com a participação

voluntária de membros, adictos em tratamento, de algum grupo de NA local e estudos ministrados por monitores e técnicos das próprias Comunidades Terapêuticas, que preferencialmente, já tenha participado enquanto membros dessa associação,

NA é uma irmandade ou associação, sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram num problema muito grave. Somos adictos em recuperação que nos reunimos regularmente com o intuito de nos ajudarmos mutuamente e de nos mantermos limpos. Existe apenas um requisito para se ser membro: o desejo de parar de usar. (NA, 2001, p.10).

O Narcóticos Anônimos emerge em meados de 1953 no sul da Califórnia - Estados Unidos, nos mesmos moldes dos Alcoólicos Anônimos - AA, ou seja, um grupo de usuários que se reúnem em torno de um objetivo, alcançar a abstinência ao uso da SPA e para isso se comprometem principalmente a manter entre os participantes ajuda mútua e anonimato. O NA emerge como uma alternativa ao AA, por alcançarem a participação de usuários de todas as SPA, que até então, não se sentiam contemplados nos Alcoólicos Anônimos – AA.

Os Doze Passos de Narcóticos Anônimos, adaptados dos de AA, constituem a base do nosso programa de recuperação. Apenas alargamos a sua perspectiva. Seguindo o mesmo caminho, salvo uma única exceção: a nossa identificação como adictos inclui toda e qualquer substância modificadora do comportamento e do estado de humor. Alcoolismo é um termo demasiado limitado para nós; o nosso problema não é determinada substância, mas sim uma doença chamada adicção [...] (NA, 1991, p. XIII).

Constituem-se como uma 'irmandade', partem do princípio que pessoas que já passaram pela experiência de uso adicto de SPA e que através das técnicas e princípios do NA conseguiram superar a situação vivenciada, sentem e conseguem melhor conhecer a realidade do adicto, o que proporciona uma maior possibilidade de acolher, entender e transmitir seus ensinamentos a outros que passam por esse tipo de situação,

As funções mentais e emocionais mais elevadas, tais como a consciência e a capacidade de amar, foram fortemente afetadas pelo

nosso uso de drogas. As práticas de vivência diária foram reduzidas a um nível animal. O nosso espírito estava em pedaços. Tínhamos perdido a capacidade de nos sentirmos humanos. Isto pode parecer exagerado, mas muitos de nós estivemos neste estado (NA, 2001, p. 5)

O programa dos 12 passos surge em 1953 como ferramenta principal de tratamento do recém criado grupo dos Alcoólicos Anônimos, tem como base princípios de reconhecimento de uso dependente, humildade, modificação de caráter, crença e entrega a um Poder Superior, reparação de danos causados a outros e a si,

Se queres o que nós temos para oferecer e estás disposto a fazer um esforço para obtê-lo, então estás preparado para dar determinados passos. Estes são os princípios que tornaram a nossa recuperação possível:

1º Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas vidas;

2º Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade;

3º Decidimos entregar a nossa vontade e as nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos;

4º Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;

5º Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas;

6º Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;

7º Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse das nossas imperfeições;

8º Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar os danos a elas causados;

9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicar essas pessoas ou a outras;

10º Continuamos a fazer um inventário pessoal e quando estávamos errados admitimo-lo prontamente;

11º Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos,

rogando apenas pelo conhecimento de Sua vontade em relação a nós e pelas forças para realizar essa vontade;

12º Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (NA, 2001,p.20).

Ao participarmos do grupo da “sobriedade”, atividade semanal de estudo sobre os doze passos do NA, tanto nas CT profissional quanto nas CTRs, pudemos perceber uma participação de praticamente todos os internos. Nesse momento sentíamos a força das palavras ministradas pelo orientador/monitor das CTs, vimos os efeitos que produziam nos internos, a completa atenção e participação, me passava uma sensação de ‘estarem saciando seu ser’ pelo conhecimento que se transmitia naqueles momentos.

Um dos instrumentos de tratamento utilizado pelas Comunidades Terapêuticas é a “diária obrigatória”. Em grupo, cada interno relata suas anotações registradas em uma espécie de ‘diário’, um caderno de registro pessoal onde os internos compartilham em uma pequena redação seus sentimentos do dia anterior, desde suas vontades “eu quero sair”, até recados para o grupo “sei que vocês pensam que eu[...]”. Algumas questões trazidas são discutidas pelo coordenador. Trata-se de uma técnica descrita pelo programa do NA, que se encontra no quarto passo,

Temos sido peritos a iludirmo-nos e a racionalizarmos. Ao escrevermos o nosso inventário, podemos ultrapassar estes obstáculos. Um inventário escrito irá revelar partes do nosso subconsciente que permanecem escondidas quando nos limitamos a pensar ou a falar daquilo que somos. Uma vez tudo escrito no papel, torna-se muito mais fácil ver, e muito mais difícil negar, a nossa verdadeira natureza. Uma honesta auto-avaliação é uma das chaves do nosso novo modo de vida (NA, 2001, p. 32).

Notamos que muitos internos buscam na experiência vivida pelos monitores uma fonte de fortalecimento para sua mudança de comportamento, “você que tem mais tempo no tratamento, pode dizer o que fazemos quando [...]” (usuário). Percebemos que os relatos da experiência de vida dos monitores trazem em si o princípio do processo dos 12 passos ou os fundamentos da fé cristã.

[...] Muitos procuram respostas, mas não conseguiremos encontrar qualquer solução prática até nos encontrarmos uns aos outros. Quando nos identificamos como adicto, a ajuda torna-se então possível. Conseguimos ver um pouco de nós mesmos em cada adicto, e ver um pouco deles em nós. Esta compreensão permite que nos ajudemos uns aos outros. O nosso futuro parecia desesperado até encontrarmos adictos dispostos a partilharem conosco a sua vida sem drogas [...] (NA, 2001, p. 8).

Apesar da importância reconhecida internacionalmente dos grupos de auto-ajuda como AA e NA, por contribuírem com a melhora da qualidade de vida de muitos usuários dependentes de SPA, encontramos alguns questionamentos quanto a sua metodologia de tratamento, algumas principais descreveremos a seguir.

[...] chegamos a um ponto em que compreendemos que precisávamos da ajuda de qualquer Poder superior à nossa adicção. A nossa concepção de um Poder Superior só a nós diz respeito. Ninguém vai decidir isso por nós. Podemos chamar-lhe o grupo, o programa, ou podemos chamar-lhe Deus. A única orientação sugerida é a de que este Poder seja amantíssimo, carinhoso e superior a nós mesmos [...] (NA, 2001, p. 28).

Apesar de constituir-se como uma irmandade sem vínculo a organizações religiosas e, portanto, sem a pretensão de inserir os participantes em alguma religião, como descrito pelo próprio NA (2001, p. xiv) “Não somos uma organização religiosa. O nosso programa é constituído por princípios espirituais através dos quais estamos a recuperar [...]”, percebe-se que a forma como tratam a questão espiritual/religiosa representada pelo ‘Poder Superior’, não contempla usuários ateus, de diversas outras denominações religiosas não cristãs, ou mesmo internos que não se sentem no momento dispostos a colocar suas vidas nas mãos de um ente Superior, “[...] Em Narcóticos Anônimos decidimos entregar a nossa vontade e as nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebemos” (NA, 2001, p. 30).

Mesmo que esse Poder Superior descrito nos 12 passos, possa ser um representante qualquer escolhido pelo próprio usuário, como o sol, a natureza, o pai, o programa, sendo necessário apenas que se acredite nesse *poder superior* a ele e as suas vontades, o que percebemos efetivamente é a identificação em quase sua

totalidade nas CTs profissionais e totalmente nas CTRs, desse Poder Superior como Deus Cristão.

Recente reportagem do jornal Folha de São Paulo (VERSOLATO, 2011), com a manchete “*Grupo dos Alcoólicos Anônimos tem a sua eficácia contestada*”, coloca em questão a eficiência desta modalidade de tratamento. Segundo a reportagem, em pesquisa realizada por pesquisadores da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), é constatada em seu resultado a baixa adesão ao tratamento via grupos de Alcoólicos Anônimos - considerando o fator abstinência à SPA -, esse método de tratamento obteve o pior resultado entre os métodos terapêuticos adotadas para esse público (09%), abaixo até mesmo dos usuários que se recuperaram sem procurar tratamento (10%) e do tratamento que combina medicamentos e terapia (36%).

Percebemos que o ‘programa dos doze passos’, principalmente quando fortemente associado à questão religiosa, é apresentado como um ‘grande ser’, pré-moldado, estabelecido, fechado em si e inflexível, que dá todas as respostas necessárias para a resolutividade dos problemas de uma vida associada às drogas. Dá-nos a impressão, dentre outras, de um isolamento desse método, não permitindo abrir-se a outras possibilidades e conexões, por conseguinte um distanciamento ao entendimento das causas e dos agenciamentos¹⁷ que se fazem presentes nas relações com as drogas,

[...] se fores um adicto, podes encontrar um novo modo de vida através do Programa de NA [...] Através da abstinência total e da prática dos Doze Passos de Narcóticos Anônimos, as nossas vidas começaram a ter sentido [...] estamos convencidos de que **só existe um caminho para vivermos, e esse é o caminho de NA** (NA, 2001, p. 9, grifo nosso).

¹⁷ Agenciamento é a “noção mais ampla do que as de estrutura, sistema, forma, etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquinaica, gnosiológica, imaginária [...]” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 317).

5.3 A TRANSCENDÊNCIA NO TRATAMENTO

É com gratidão pela nossa recuperação que dedicamos o nosso livro de NA, no serviço amantíssimo do nosso **Poder Superior**. Que, através do desenvolvimento de um contato consciente com **Deus**, nenhum adicto em busca de recuperação precise morrer sem ter tido uma oportunidade de encontrar um melhor modo de vida (NA,1991, p.XI, grifo nosso).

As Comunidades Terapêuticas profissionais não adotam por princípio a lógica da conversão religiosa à fé Cristã, ao Deus Cristão, entretanto percebemos em nossa pesquisa que o ‘Poder Superior’, que surge a partir do segundo passo do ‘programa dos doze passos’, é referenciado como um ente exterior, em outro plano da vida, que quando reverenciado lhes dará sobriedade, proteção e fortalecimento, e o Ser a quem se deve confiar plenamente.

“Teve hora que tava virando mendigo, de vez em quando vem pensamento de uso mas espero que meu **Poder Superior** me ajude”(usuário).

O Poder Superior está abrindo as portas para você, aproveite esta oportunidade, viva! (Dedicatória)

Ao participarmos dos grupos terapêuticos que trabalham o tema dos doze passos, percebemos o quanto essa relação com o Poder Superior está presente e participando ativamente da vida tanto dos que administram o ensino quanto dos internos. Por exemplo, ao final de um grupo sobre os doze passos, participamos de uma ‘oração’ realizada pelo monitor, se referindo em todo momento ao Poder Superior como fonte de força e proteção. Ressaltamos que esse momento de oração é semelhante ao proferido nos cultos Cristãos diferenciando-se por citar o ‘Poder Superior’ e não o ‘Senhor, Todo Poderoso, Deus ou Jesus’ como é de costume nas orações cristãs.

À medida que vemos coincidências e milagres acontecerem nas nossas vidas, a **aceitação** transforma-se em confiança. Começamos a sentir-nos confortáveis com o nosso **Poder Superior** como fonte de força. À medida que aprendemos a **confiar neste Poder**, começamos a ultrapassar o nosso medo de viver. **O processo de vir a acreditar devolve-nos à sanidade. A força para agir vem dessa crença.** Precisamos aceitar este passo para começarmos a trilhar o caminho da recuperação. Quando a nossa crença aumenta, estamos preparados para o Passo três (NA, 2001, p 29, grifo nosso).

Já As Comunidades Terapêuticas religiosas trabalham principalmente com a mudança de comportamento através da aceitação e conversão à fé Cristã, ao Deus cristão. Sendo assim, os internos participam de cultos religiosos, estudos bíblicos, momentos de cânticos e orações. A proposta é fornecer conhecimento acerca da fé e modo de vida cristão como forma de se alcançar a transformação espiritual e comportamental visando uma mudança significativa de vida, fonte da liberdade das práticas de uso e abusos de SPA, ou seja, tornando-se 'liberto'¹⁸ das drogas.

Segundo alguns representantes das Comunidades Terapêuticas Religiosas, em nenhum momento durante o período de internação é imposta aos internos a obrigatoriedade em seguir a religião cristã, justifica-se por se tratar de uma 'escolha' pessoal e a imposição não levaria a uma conversão verdadeira. Ficaria a critério do interno a participação voluntária nesses momentos religiosos de atividades,

“É importante se trabalhar o lado espiritual dos usuários, mas que não se força a conversão, pois ela não seria verdadeira”
(representante)

Entretanto percebemos claramente como a conversão religiosa é critérios *sine qua non* ao resultado positivo do tratamento, discurso presente nas falas dos monitores em vários encontros coletivos e individuais,

¹⁸ Termo comumente usado nas CTs religiosas.

“Quando sai e não aceitou (Jesus) não é problema, mas acaba indo pro mundo e voltando a usar, diferente do que aceitou e volta pra dar o testemunho”(monitor)

Ao participarmos de alguns momentos onde internos e monitores se encontravam para uma atividade diária de estudo bíblico – com as mesmas características de um culto cristão evangélico -, pudemos perceber a forte investida à conversão, adoção e manutenção de princípios cristãos por parte dos monitores, que ministravam aqueles momentos, aos internos ali presentes. Apesar de se proferir durante esse estudo/culto palavras como ‘vida, força e mudança’ o que nos fez sentir nesses momentos uma entorpecente sensação de potência, essa força de vida sempre estava vinculada a uma única possibilidade, aceitar e estar submisso ao Deus Cristão.

“Você está vivo, há sempre possibilidade de mudança, mas maior que a recuperação é crer em Deus, pois aí meu irmão é verdadeira essa mudança” (monitor)

Em um desses encontros pudemos perceber o desconforto daqueles que não se afetaram pelos princípios religiosos até aquele momento. Em uma situação de oração, quando todos que estavam presentes uniram suas mãos, abaixaram suas cabeças e fecharam seus olhos, num sentido de reverência a Deus, pude perceber que poucos não seguiam tal comportamento, entretanto esses que se mantinham eretos e sem a pretensão de seguir aos demais, ao me perceberem os observando, prontamente seguiram o mesmo direcionamento dos outros, ou seja, abaixaram suas cabeças e fecharam seus olhos. Demonstravam a princípio uma recusa a cumprir determinados códigos religiosos, mas imediatamente essa força e sobreposta pela preocupação, julgamento e conseguinte submissão as condutas estabelecidas pelas regras religiosas,

[...] a lei moral é um dever, a obediência é o seu único efeito e a sua única finalidade. É possível que essa obediência seja indispensável,

é possível inclusive que os mandamentos estejam bem fundados. Mas não é esta a questão. A lei, moral ou social, não nos traz conhecimento algum, não dá nada a conhecer. Na pior das hipóteses, impede a formação do conhecimento (*a lei do tirano*). Na melhor, prepara o conhecimento e torna-o possível (*a lei de Abraão ou de Cristo*). Entre esses dois extremos, a lei supre o conhecimento naqueles que são incapazes de obtê-lo em função do seu modo de existência (*a lei de Moisés*). Mas, de qualquer modo, não deixa de se manifestar uma diferença de natureza entre o conhecimento e a moral, entre a relação mandamento-obediência e a relação conhecido-conhecimento. Segundo Espinosa, o drama da teologia, a sua nocividade, na são apenas especulativos; provém da confusão prática que ela nos inspira entre essas duas ordens diferentes por natureza. A teologia considera pelo menos que os dados da Escritura são bases para o conhecimento, mesmo que esse deva ser desenvolvido de forma racional, ou até transposto, traduzido pela razão: daí a hipótese de um Deus moral, criador e transcendente.[...] A lei é sempre a instância transcendente que determina a oposição dos valores Bem/Mal, mas o conhecimento é sempre a potência imanente que determina a diferença qualitativa dos modos de existência bom/mau (DELEUZE, 2002, p.30, grifo do autor).

Seja na forma de um 'Poder Superior' ou mesmo do 'Deus Cristão', o que é estabelecido por ambas os modelos de tratamento das Comunidades Terapêuticas, é a relação entre a vida e um outro plano que transcende a nós, onde encontramos um Ser dotado de um Poder Superior que nos oferece um conjunto de leis, regras e preceitos morais, para que ao cumprirmos suas regras de conduta, sem questionamentos, possamos alcançar sua misericordiosa ação, transformando nossas vidas,

Pensamos por transcendentos, ou melhor, inventamos para nós um outro mundo e uma outra vida atrelados a ideais. Não haveria mais nada a fazer aqui e agora, só restar-nos-ia a indiferença da espera, ou ainda, a esperança movida por uma vontade de nada. E com isso nossa vida fica em compasso de espera. Quando criamos para nós um mundo transcendente ou uma vida transcendente, acreditamos que essa seria nossa única saída (LAVRADOR, 2006a, p. 37).

A fonte principal para a liberdade nos afirma Spinoza, segundo Deleuze (2002), é o verdadeiro conhecimento, podemos dizer que principalmente das causas que nos aprisionam.

Seguindo esse princípio filosófico na questão ao uso dependente das drogas, entendemos que seja crucial exercitar o pensamento em busca do conhecimento das causas, para que esses sujeitos que nos seus encontros com as substâncias psicoativas, no embate das forças sentidas por seus efeitos onde se prevaleceu à diminuição de sua potência de vida, possam se libertar dessa relação de escravidão às drogas e tudo que está em seu entorno. Mas como poderemos encontrar um verdadeiro conhecimento se ficamos atrelados a uma forma de conhecer limitada a preceitos e princípios pré-estabelecidos em leis, regras, normas de conduta?

[...] a ética requer valores imanentes a favor da vida, de “uma vida” com suas multiplicidades que se diferencia da vida que **a moral apequena e deprecia com seus julgamentos universais, absolutos e destruidores da própria vida que diz proteger**. Diríamos então que a ética é uma postura que exige o esforço de “perseverar na existência” por uma alegria ativa e pulsante na vida e pela vida, avaliando que conjugações de intensidades nos compõem e aumentam a nossa potência de agir (LAVRADOR, 2006b, p. 04, grifo nosso).

Que resultados podemos esperar diante dessa metodologia de tratamento aqueles sujeitos que não são afetados e não se dispõem a acreditar nesse ‘poder superior a si mesmo’? Não lhes restaria apenas mais angústias e desesperanças por não encontrar no tratamento proposto um encontro consigo mesmos e uma análise de sua relação com as drogas? Essas são algumas inquietações e preocupações que se fazem presentes quanto pensamos nesse princípio de tratamento e forma de produção de vida baseado em forças transcendentais.

[...] Ao se eleger e valorizar os valores transcendentais que depreciam a vida enreda-se nas teias do controle normatizador que busca sempre incidir sobre o singular para torná-lo homogêneo, para lembrá-lo que há um modelo transcendente e arbitrário a ser seguido [...]” (LAVRADOR, 2006a, p.43).

Não podemos negar que, ao nos colocar diante de um 'poder tão superior', nossas expectativas de mudança, de transformação de vida, pode-se sentir e alcançar certa potência necessária que, naquele momento, se sobreponha à relação das drogas na vida dos usuários dependentes, fortalecendo-os para construir uma forma de vida que os distancie do uso das drogas.

“Sinto-me recuperado, buscando conhecimento e começando a me sentir bem melhor”

“Estou pronto para o que vier”

“já faço planos para lá fora”

Entretanto, não seriam efeitos de uma relação de afetos, resultado de forças sobrepostas, mas que conduzem também a outros endurecimentos? Em formas de ser e viver as relações da vida, que os aprisionem em outros territórios inebriantes, entorpecentes?

A transcendência não pode (não tem força suficiente) com o plano de imanência, pois este lhe escapa. Por isso são ilusões, mas ilusões que teimamos em acreditar. O máximo que a transcendência consegue é alucinar a imanência como relativa a algo, por exemplo, à vida, 'às coisas e às palavras' (LAVRADOR, 2006a, p. 43).

A conduta mantida sobre ideais ascéticos, estabelecida em uma relação regida por preceitos moral de conduta e formas de vida poderá ser sustentada até quando? Não estariam reterritorializando esses sujeitos que, por ação de uma vida sem cor, sem cheiro, sem força, movida por tentativas de se enquadrar em determinados valores que não se suportou, anestesiaram-se, cultivaram uma potência da/sobre impotência?

Na desterritorialização absoluta nos encontramos impossibilitados de criar um corpo, uma demasiada permeabilidade faz com que sejamos atravessados por tudo e por qualquer coisa. Na reterritorialização

sobrecodificada nosso corpo encontra-se mais endurecido, mais impermeável, tendendo a se grudar em tudo e em qualquer coisa. Poderíamos pensar que se tratam de dois extremos que, no entanto, se tocam, se esbarram em um mesmo ponto de contato: a fixidez no transcendente. Em ambos os casos encontram-se impedidos de criar sentidos, daí os dois extremos serem igualmente nefastos [...] (LAVRADOR, 2006a, p. 66).

Se as drogas, as leis, a repressão, os conceitos e pré-conceitos, as relações familiares, o trabalho, a mais valia, a repressão moral, sexual, acumulação de bens, a riqueza, etc., se tudo isso que nos aprisiona em uma forma de vida está presente em um campo de forças, em embates constantes entre essas forças, num mundo em constante movimento que vivemos e produzimos, mundo imanente a nós, não seria então nesse plano que devemos conhecer, reconhecer, lutar e fortalecer o que nos protege, nos potencializa? Pensar, viver, refletir sobre outro plano não seria afastar esses sujeitos dos enfrentamentos, dos embates dessa vida? Não se evitaria a necessária busca de um conhecimento verdadeiro de si, do outro, do mundo e de si no mundo?

[...] A imanência não está relacionada a Alguma Coisa como unidade superior a toda coisa, nem a um Sujeito como ato que opera a síntese das coisas: é quando a imanência não é mais imanência para um outro que não seja ela mesma que se pode falar de um plano de imanência [...] Diremos da pura imanência que ela é UMA VIDA, e nada diferente disso. Ela não é imanência para a vida, mas o imanente que não existe em nada é, ele próprio, uma vida. Uma vida é a imanência da imanência, a imanência absoluta: ela é potência completa, beatitude completa [...] (DELEUZE, 1997).

É no plano da imanência que sentimos as intensidades, onde as virtualidades se atualizam, as singularidades nos fazem criar e recriar a vida, nos arriscar ao novo, viver as diferenças, as multiplicidades, expandir-se, assumirmos uma vida na mais pura liberdade ética.

[...] o momento em que estamos separados ao máximo de nossa potência de agir, altamente alienados, entregues aos fantasmas da superstição e às mistificações do tirano. A *ética* é necessariamente uma ética da alegria: somente a alegria é válida, só a alegria permanece e nos aproxima da ação e da beatitude da ação [...] (DELEUZE, 2002, p.34, grifo do autor).

6. DROGAS E SUBJETIVIDA: VIDAS NO CONTEMPORÂNEO

A sociedade biopolítica está inscrita no signo de um capitalismo financeiro e intelectual responsável por fornecer as possibilidades de um mundo globalizado e virtual regido pela tecnociência. Nesse novo mundo, as fronteiras territoriais são diluídas em uma grande "rede" mundial conectada 24 horas. Os limites temporais e espaciais são facilmente ultrapassados por uma tecnologia de informação sem centro. O capital é dotado de intensa fluidez, através das transferências financeiras informatizadas e da velocidade das transações comerciais realizadas no mercado de ações e, nesse sentido, a sociedade e o sujeito também passam por uma intensa redefinição, a partir da nova lógica de consumo [...] (SILVA, 2006, p. 85).

Temos vivenciado cotidianamente uma sociedade regida em torno do capital, onde o corpo e a vida estão cada vez mais investidos em um processo de 'produção do mesmo', ou seja, dentro das mesmas normas de consumo de bens e produtos e formas de ser/sentir/existir; onde a política do marketing tende a um domínio cada vez maior de ditar como, quando e de que forma devemos nos comportar e viver nossas vidas; onde a velocidade das novas tecnologias cibernéticas é acompanhada de perto por um mercado de consumidores ávidos para as novidades construindo novos desejos para o "livre" consumo nesse globalizado mercado de formas de vida. Sofremos ação direta de mecanismos biopolíticos de normatização da vida como nos aponta Foucault (1998, p. 157) "Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida [...]", com efeitos sobre a produção de subjetividades como nos afirma Guattari e Rolnik,

Essa cultura de massa produz, exatamente, indivíduos; indivíduos normalizados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão – não sistemas de submissão visíveis e explícitos, como na etologia animal, ou como nas sociedades arcaicas ou pré-capitalistas, mas sistemas de submissão muito mais dissimulados. E eu nem diria que esses sistemas são "interiorizados" ou "internalizados" de acordo com a expressão que esteve muito em voga numa certa época, e que implica uma idéia de subjetividade como algo a ser preenchido. Ao contrário, o que há é simplesmente uma *produção* de subjetividade. Não somente uma produção da subjetividade individuada – subjetividade dos indivíduos – mas uma produção de subjetividade

social, uma produção da subjetividade que e pode encontrar em todos os níveis da produção e do consumo [...] (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 16, grifo do autor).

Normatizar a vida, enquadrá-la nos movimentos de uma sociedade de consumo, só foi possível pelas estratégias e tecnologias do biopoder participando ativamente do processo de produção do que Guattari e Deleuze consideram ‘subjetividade capitalística’ ou seja, na construção de indivíduos moldados conforme a necessidade de manutenção dos princípios que sustentam essa nova ordem de vida, intervindo nos mais diversos equipamentos coletivos, nas mass-mídia, nas tecnologias, em todos os sistemas que perpassam as vidas, na produção de formas de expressar sentimentos, desejos e pensamentos.

Machado (1999, p. 212) nos propõe uma distinção nesse processo de produção de subjetividade, duas instâncias que se entrecruzam e são indissociáveis, mas que produzem efeitos diferenciados nos modos de vida que nos constitui,

[...] propomos uma distinção entre **modos de subjetivação** (...) e **formas-subjetividades** enquanto aspectos presentes na construção da subjetividade. A subjetividade nos fala de territórios existenciais que podem tornar-se herméticos às transformações possíveis, como mapas, [formas-subjetividades] ou podem tornar-se abertos a outras formas de ser como nas cartografias [modos de subjetivação]. Os modos de subjetivação referem-se à própria força das transformações, ao devir, ao intempestivo, aos processos de dissolução das formas dadas e cristalizadas, uma espécie de movimento “instituinte” que, ao se instituir, ao configurar um território, assumiria uma dada forma-subjetividade [...] (MACHADO, 1999, p. 212).

Nos ‘modos subjetividades’, movimento instituinte¹⁹, vivemos as relações, segundo as forças que nos constituem, como sujeitos ativos de nossas histórias, movimentos

¹⁹ “Por ‘instituinte’ entendemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social. No ‘instituído’ colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, os modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social, política)” (LOURAU apud ALTOÉ, 2004, p. 22).

potentes que nos permite transitarmos pela complexa rede do capital sem que de fato tenhamos que nos afixar em uma teia, vivenciando esse movimento, sentindo, nos afetando pelo que nos perpassa, criando, nos apropriando de tecnologias e equipamentos coletivos, sem sermos apropriados por eles. Já nas formas-subjetividades somos aprisionados em uma forma de ser, em um modelo quase sempre inalcançável, sustentado pelo desejo contínuo de ter a posse de tudo, menos de si mesmo,

[...] A cultura somática produz indivíduos desconfiados e melindrosos, inseguros de si e insensíveis ao outro e ao mundo. Sem a confiança em si mesmo e nos outros não pode haver ação, somente indivíduos reativos, adaptados, obedientes e submissos [...] (ORTEGA, 2008, p. 49).

E é nesse contexto de sociedade capitalística, de formação de subjetividades normatizadas, que vemos a relação sujeito-sociedade-drogas tomar outros rumos. É fato que nosso convívio e consumo de drogas são milenares, mas a forma que convivemos com elas, nossos usos e abusos, fazem parte de todo um agenciamento que se estabelece em torno dessas substâncias, conforme as forças que nos atravessam e nos movimentam em nosso cotidiano, “[...] É sempre um agenciamento social complexo que teleguia um indivíduo nas malhas de um equipamento coletivo [...]” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 251).

Quando falamos em “drogas”²⁰ utilizamos uma terminologia que independente de seu significado, representa para a sociedade um ente exterior vivo, moralmente julgado como “mau em si”, que atormenta a vida das sociedades em seus “encontros maléficos” com os sujeitos, ou seja, colocamos valores nas substâncias psicoativas dando-lhes uma vida que a elas não pertence, sem analisarmos a sua importância na formação das culturas e sociedades ao longo da história e sem ir a busca do conhecimento das causas, das relações dos sujeitos com as sociedades

²⁰ Para melhor compreensão acerca da complexidade da etimologia da palavra “droga” ver Vargas, E. V. 2001, p. 91-94.

consumidoras, produtoras de subjetividades compulsivas e abusivas, nas mais diversas ordem de substâncias, inclusive as drogas.

[...] os drogados exploram certas “matrizes” da subjetividade ordinária, certas maneiras de se constituir territórios egóicos onde não há mais território vivenciado, onde “tudo está se desagregando” (não há mais família, não há mais pátria, não há mais corporações profissionais, não há mais operários especializados...). Então eles reconstituem, para si, bem ou mal, pequenos terrenos íntimos, às vezes miseráveis (mas às vezes, também, nem um pouco miseráveis!), às vezes relativamente vivenciáveis (em todo caso, não menos vivenciáveis do que aqueles que conheciam antes) e, outras vezes, verdadeiros infernos – todas as variantes são possíveis. Mas não podemos negar que eles experimentam um certo domínio sobre a subjetivação. *Não podemos nos contentar com uma visão “derrotista”, como uma abordagem da droga como algo que só estaria expressando a falta. Existe aí também uma micropolítica ativa, uma micropolítica da apreensão de si, do cosmos e da alteridade [...]* (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 253, grifo do autor).

E são esses ‘sujeitos’ que pedem por um olhar, que até então teimamos em fixar nas drogas, nas substâncias, no tráfico, na doença, são para eles e com eles que devemos propor, criar, recriar, pensar, refletir, ampliar toda e qualquer prática de intervenção política e de vida,

[...] *são eles os portadores das problemáticas mais intensas, e porque são eles que deveriam dar mais o que pensar à sociedade, aos poderes públicos, à classe política [...] é muito importante não fazer cair no registro da assistência coisas que são, antes de tudo, rupturas existenciais.* Essa dimensão ético-política, repito, não é fácil de apreender: ela é a menos suscetível de se tornar objeto de uma prescrição ou de uma estratégia de ordem institucional! Ela pede a invenção de novos agenciamentos de enunciação e de análise (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 254, grifo do autor).

Mais que em qualquer momento da história, as drogas participam da vida desses sujeitos que gritam por sua existência, que encontram nas substâncias psicoativas uma forma de vida e/ou mesmo uma fuga aos desassossegos, pessoas que procuram em seus momentos de sufocamento, no desespero de respirar, encontrar na relação com as drogas uma fonte, uma forma de ‘aspirar’ outro ar. Evidente que

uma minoria não consegue apenas emergir à superfície para tomar um fôlego de vida, infelizmente mantêm-se flutuante sem conseguir submergir novamente nas práticas cotidianas da vida, fazem das drogas sua base de sustentação para a - por vezes - insuportável forma de viver a vida, “[...] O drogado fabrica suas linhas de fuga ativas. Mas essas linhas se enrolam, se põem a girar nos buracos negros, cada drogado tem seu buraco, grupo ou indivíduo, como um caracol [...]” (DELEUZE, 1991, p.65).

E é nesse sofrimento em existir, em ser, que devemos buscar as causas do uso dependente das substâncias? Como se dá essa dependência nos campo da subjetividade?

Entender os processos que nos moldam, refletir sobre tudo que gira ao entorno e entre a vida do uso e dependência às drogas é fundamental para se qualificar qualquer instrumento de intervenção nas práticas de atenção ao toxicômano, ao adicto, ao viciado, e a própria cultura de consumo em geral. Spinoza já nos trazia essa preocupação em seu pensamento filosófico, nos afirma Chauí (1995, p. 41) “Ora, para formular um método, diz o filósofo, precisamos conhecer a causa. A busca dessa causalidade revela, então, que a origem do método é a própria inteligência reflexiva [...]”.

Entendemos que, ao nos limitarmos a explicações de cunho pecaminoso, forças transcendentais, desvio de caráter, amizades, ou mesmo efeitos neuroquímicos das substâncias, corremos o risco de construir conceitos, métodos e práticas baseados em causalidades únicas para questões tão complexas. Antes de qualquer coisa, devemos como nos aponta Deleuze (1991, p. 63), “[...] traçar um território ou o contorno de um *conjunto-droga*, que estaria em relação, de um lado, com o interior, com as diversas espécies de drogas e, de outro, com o exterior, com as causalidades mais gerais [...]”.

Dessa forma, para nortear nossos conceitos e práticas entendemos ser de fundamental importância, consideramos a pluralidade que envolve as causas de um

uso e dependência as drogas, ampliando o leque de possibilidades e práticas de intervenção, “[...] a necessidade de não proceder senão a partir de uma visão multirreferencial ou “polifônica” é, nesse caso, maior ainda. Não há exemplo de drogadição que dependa de uma causa única [...] (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 252).

Outro fator essencial do entendimento é a compreensão que a dependência não se instala apenas na substância e sim em todo esse agenciamento que se faz presente às drogas “[...] É onde também todos os controles são perdidos e onde se instaura o sistema da dependência abjeta, dependência com relação ao produto, à posse, às produções fantasmagóricas, dependência com relação ao fornecedor, etc.[...]” (DELEUZE, 1991, p. 65).

6.1 DROGAS E SUBJETIVIDA: VIDAS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Sabemos que os movimentos presentes nos encontros entre usuários de drogas e o corpo funcional (monitores, gestores, técnicos) dentro de uma proposta de tratamento na modalidade de internação em longo prazo numa Comunidade Terapêutica, nos traz sem dúvida uma rica expressão da multiplicidade de forças que se entrecruzam moldando formas de vida, ou seja, interações que a todo instante modulam e moldam subjetividades. Quais foram nossas impressões quanto a esse processo de produção de subjetividade que pudemos perceber nas práticas das Comunidades Terapêuticas?

Diversas, mas antes de falarmos de algumas delas pensamos ser importante apontarmos algumas reflexões sobre as práticas historicamente construídas nas Comunidades Terapêuticas, identificando alguns pontos de mudança ao longo de seus trabalhos com usuários dependentes de drogas.

Entendemos que as primeiras práticas das Comunidades Terapêuticas não se curvaram aos dispositivos biomédicos, pelo contrário, surgem como uma alternativa

às mecanismos de controle vigentes naquele momento, que cerceavam usuários em práticas de internamento manicomiais, entretanto não podemos dizer o mesmo em relação às práticas de controle minucioso sobre os corpo/desejos.

“Comunidades”. Infelizmente não se sabe mais o que sejam as comunidades. A comunidade terapêutica nasceu a seu tempo como experiência de promoção da subjetividade das pessoas, como promoção e reflexão coletiva, e de valorização de estórias subjetivas compartilhadas, posta em intercâmbio de protagonistas (ROTELLI, 1991, p.73).

O *modus operandi* das práticas originárias das Comunidades Terapêuticas ao longo de sua história vem a sofrer múltiplas interferências e entradas de outros atores no seu modo de funcionamento, a exemplo os profissionais de saúde mental e até mesmo a medicalização, passando por expressivas transformações que as aproximam cada vez mais das praticas biopolíticas/biomédicas. Esse distanciando do sentido originário contribui para que progressivamente diminua sua característica comunitária, que pretendia nos encontros de usuários, somente entre os usuários, pelo compartilhamento e fortalecimento mútuo entre os pares, aumentar a potência de vida coletivamente, com o objetivo de construir uma nova condução para as vidas daqueles que inebriavam-se compulsivamente,

Era uma espécie de cena, de cenário, no qual se viam recuperadas as dimensões individuais, pessoais, em uma relação de troca no interior do grupo e, assim, estas experiências viam-se valorizadas. Posteriormente, pouco a pouco, as comunidades transformaram-se em espaços de ortopedia, nos quais os técnicos – que tudo sabem, tudo são e tudo regulam – ensinam às pessoas como devem se comportar. Sob a bandeira da comunidade navegam medíocres de toda espécie, do mesmo modo que sob a palavra *droga* viajam os mais diversos fenômenos e as mais diversas estórias pessoais. Comunidades como panacéia de tudo e do contrário de tudo (ROTELLI, 1991, p.73).

Percebemos em nossos caminhos percorridos nas Comunidades Terapêuticas, alguns direcionamentos que podemos identificar com causas e efeitos dessas mudanças ao longo do funcionamento desses serviços de tratamento.

Um desses direcionamentos se apresenta pela necessidade de obtenção de recursos para a sua manutenção, em alguns casos obtenção de lucro, direcionando as Comunidades Terapêuticas para a necessária regularização legal de seu funcionamento, que até então não foi possível pela dificuldade encontrada em se adequar às normativas estabelecidas pelo Governo, com vistas a garantir um controle e qualificar o atendimento prestado nas Comunidades Terapêuticas.

O que percebemos por um lado é uma movimentação por parte das Comunidades Terapêuticas pesquisadas, melhorando espaço, contratando técnicos/profissionais, regularizando a porta de entrada, alterando a condução de seus atendimentos, incluindo a medicalização, entre outros, no intuito de adequarem-se as normatizações legais e por outro a sinalização dos Governos em investir nesses serviços com a compra de vagas e financiamento na construção de novas unidades desses serviços com investimento público, através dos Governos Federal, Estadual e Municipal²¹.

Entendemos como sendo necessária a regularização, fiscalização e controle da qualidade dos serviços prestados, entretanto essas normativas trazem em si toda uma prática biomédica imbricada em uma lógica de saúde pública, pelos menos era o que acontecia com a RDC 101/2001, sendo ainda muito cedo para quaisquer análises sobre o impacto da nova resolução RDC 29/2011 sobre a condução das Comunidades Terapêuticas.

Se em sua origem os membros entre si e por ajuda de terceiros mantinham sua necessária sustentação não só na ordem terapêutica, mas também econômica, a constituição atual de algumas Comunidades Terapêuticas enquanto empresas de investimento no mercado da saúde, vem a transformar esses serviços em

²¹ Em setembro de 2010 o governo federal através do Edital 001/2010/GSIPR/SENAD/MS abre seleção para apoio financeiro para utilização de leitos em Comunidades Terapêuticas que estejam regularizadas. Como vimos no capítulo introdutório tanto o Governo Estadual do ES como o Municipal de Serra abriram parcerias para a construção de CTs.

instrumentos de produção de valores, de lucratividade, com a cobrança a preço do 'mercado' para esse tratamento proposto. Afetando diretamente na condução e processo terapêutico de seus internos,

“o dinheiro tá subindo a cabeça do gestor X, ofende pessoas com palavras que não ajuda no tratamento” (usuário)

Outro fator é a exacerbação transcendente e teológica nas práticas de tratamento das Comunidades Terapêuticas, que ao longo da história vem a se tornar cada vez mais presente e valorizada, chegando a ser em alguns casos o principal instrumento metodológico de tratamento. Trazem em si toda uma gama de normatização da vida por mecanismos biopolíticos de regulação e disciplina, pactuando com práticas instituintes necessárias a manutenção desse sistema, corpos dóceis para a produção de formas de vida.

Apesar da conduta espiritual ser vinculada aos encontros das Comunidades Terapêuticas desde suas origens, há uma inversão de sua função e sentido, pois a espiritualidade presente nas Comunidades Terapêuticas Tradicionais perde espaço quando a finalidade passa a ser a conversão religiosa e às vezes captação de adeptos seguidores de determinadas instituições e políticas religiosas.

Em nossos momentos de encontro junto aos internos das Comunidades Terapêuticas, fomos sentindo, percebendo, os efeitos produzidos pela constante repetição dos conceitos compartilhados entre o corpo funcional e os internos, seja do princípio metodológico dos doze passos, da religião ou mesmo da associação entre esses, no processo de produção de subjetividade.

Como esses ensinamentos de fórmulas de vida, regras postas como garantia de uma transformação para uma vida sem drogas, são fortemente apreendidas e reproduzidas pelos usuários das Comunidades Terapêuticas, o que nos faz pensar em um perfeito 'doutrinação', uma construção hermeticamente normatizada de conduzir a vida, predomínio das *formas-subjetividades*, onde tudo está pronto, todas

as respostas, formas de conduzir a vida, sem precisar, ou mesmo evitando, qualquer forma de questionamento ou mesmo possibilidade de se lançar em outros caminhos,

[...] Sabemos que a moral é um conjunto de regras prescritivas de conduta, de ação, que tem a pretensão de ser universal. Quando se dá uma maior importância ao 'código moral', podemos cegamente nos submeter e deixar que essas prescrições morais nos guiem, sem refletirmos sobre elas, e aí estaríamos no campo transcendente (algo separado do mundo) dos supostos valores superiores [...] (LAVRADOR, 2006b, p.2).

Como exemplo, a fala de um usuário internado a mais de seis meses em uma Comunidade Terapêutica que expressa tanto uma questão de julgamento de caráter quanto da necessária relação religiosa

“hoje estou pronto pra sair, percebi que internamento não cura **o que resolve** é lá fora, tomar **vergonha na cara** e **Deus** no coração”

Não há dúvidas que está presente também, como podemos ver nessa fala, movimentos de *modos de subjetivação*, entretanto comparecem principalmente pela própria construção coletiva ou singular dos usuários, que se apresenta principalmente como questionamentos/reflexões sobre suas vidas na relação com as drogas e em muitos momentos sobre o modo de funcionamento das próprias Comunidades Terapêuticas, mas infelizmente na maioria das vezes esses questionamentos são vistos como 'resistência' ao tratamento e sofrem uma ação contrária de bloqueio e culpabilização e não são valorizados enquanto movimentos potentes e de expressão singular.

Eu apenas queria que você soubesse
Que aquela alegria ainda está comigo
E que a minha ternura não ficou na estrada
Não ficou no tempo presa na poeira
Eu apenas queria que você soubesse
Que esta menina hoje é uma mulher
E que esta mulher é uma menina
Que colheu seu fruto flor do seu carinho
Eu apenas queria dizer a todo mundo que me gosta
Que hoje eu me gosto muito mais
Porque me entendo muito mais também
E que a atitude de recomeçar é todo dia toda hora
É se respeitar na sua força e fé
E se olhar bem fundo até o dedão do pé
Eu apenas queria que você soubesse
Que essa criança brinca nesta roda
E não teme o corte de novas feridas
Pois tem a saúde que aprendeu com a vida
Eu apenas queria que você soubesse
Que aquela alegria ainda está comigo
E que a minha ternura não ficou na estrada
Não ficou no tempo presa na poeira
Eu apenas queria que você soubesse
Que esta menina hoje é uma mulher
E que esta mulher é uma menina
Que colheu seu fruto flor do seu carinho
Eu apenas queria dizer a todo mundo que me gosta
Que hoje eu me gosto muito mais
Porque me entendo muito mais também

(EU APENAS QUERIA QUE VOCÊ SOUBESSE – GONZAQUINHA)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar nas Comunidades Terapêuticas, participar de seu funcionamento, sentir as forças que se entrecruzam naqueles espaços de atenção, colocar em evidência e analisar alguns elementos formadores de vida, para nós foi se lançar ao encontro do conhecimento acerca não só de práticas de atenção, mas de tudo que está entre, no entorno, dentro dessas práticas.

Provocamos, fomos provocados ao questionamento acerca de práticas reguladoras, de controle, de poder, que insistem em investir nas vidas, nas subjetividades, nos afetos. Propomos-nos a trazer pontos de reflexão para todas e quaisquer políticas e serviços de atenção ao usuário de drogas, e lançar elementos que os - e nos - impliquem enquanto sujeitos partícipes de reproduções, construções, transformações, criações, manutenções. Só pelo conhecimento verdadeiro nos instrumentalizamos a escolher livremente quais caminhos seremos responsáveis em construir.

Nossa proposta principal nesta pesquisa foi conhecer, entender, questionar, enriquecer o conhecimento acerca do modo de funcionamento das Comunidades Terapêuticas e seus agenciamentos partícipes do processo de produção de subjetividade com a pretensão de fazer com que os momentos que vivenciamos, nos mais diversos encontros, fossem sempre com a máxima compreensão de produzir forças potencializadores de vida.

Interessou-nos entender melhor como o tratamento a dependência química se dá nesses espaços, ricos na experiência de encontros entre pessoas de diferentes contextos e que se propõe (em tese) na convivência: acolher, escutar, valorizar a vida e contribuir para que os sujeitos estabeleçam outra relação com as drogas, pelo fortalecimento mútuo e coletivo.

Espaços que historicamente surgem como alternativas as internação psiquiátrica e as prisões, e que advém de encontros potencializadores entre sujeitos que pela

coletividade construíram mecanismos para lidar com a dependência as SPAs. Que perceberam naquele momento, não ser no isolamento individual que se transforma todo um modo de vida aprisionado em uma relação que cobrava um alto preço pelos instantes de potencia que lhes proporcionava.

Percebemos que a cada novo encontro, independente do modo de funcionamento de cada Comunidade Terapêutica pesquisada, dos novos e antigos internos, monitores, administradores, animais, e toda e qualquer forma de vida que lá se encontra, estávamos experimentando a capacidade de transformações, pelo poder de afetar e de ser afetado, percebermo-nos como participes do processo de construção que envolve transformação das mais diversas. Entretanto, vivenciamos apenas uma pequena parte da vida desses usuários que são afetados aos mais diversos encontros durante 24 horas por dia em seu longo período de internação.

Encontros esses, a nosso ver, que acontecem em um dos momentos de maior importância em suas vidas, pois seus relatos nos fizeram entender a diversidade de situações vivenciadas e suas conseqüências e o quanto esse sofrimento os trouxeram as Comunidades Terapêuticas,

“Estava acabando comigo e com minha família”

“Eu só fiz merda por causa do alcoolismo, comigo e com minha família”

Desejam no recurso da internação experimentar algo novo, um resgate de si a um ponto anterior ao vínculo tenaz com as drogas, livres do sofrimento que os levaram àquele lugar, àquele momento. Percebe-se o quanto estão sensíveis às mudanças, propondo colocar seu ‘ser’, sua existência, sua forma de vida sob o cuidar e conduzir do outro, dispostas a aceitar os caminhos que lhes forem propostos, a agarrar-se ao que lhes for prometido, enquanto possibilidade de construir uma vida diferente.

“Eu to pensando mais para mudar, não ser mais preso, quero mudar de vida, construir uma família”

“To pensando em mudar, se eu ficar nessa vida vou acabar morrendo, eu não quero que minha família saiba que tô morto”

É fato que conseguir manter esses sujeitos, que não se vêem enquanto protagonistas de suas próprias vidas, por um período mínimo que seja sem o uso da SPA e lhes proporcionar uma expectativa de vida diferente da que estão vivendo no cotidiano, com ênfase no resgate a dignidade que lhes foi “perdida”, alimentando as expectativas de resgatar um convívio familiar, comunitário, laborativo, sem dúvida é a base que sustenta e autoriza as práticas das Comunidades Terapêuticas junto aos usuários que procuram e se mantêm nesses serviços.

“Está sendo ótimo em comparação à vida lá fora”

“Eu estava na sarjeta, aqui é um luxo”

Para Espinoza o aumento ou diminuição de nossa potência de vida está intrinsecamente vinculado aos bons ou maus encontros, “[...] o *bom* e o *mau* não são valores em si, nem correspondem a qualidades que existiriam nas próprias coisas. *Bom* é, simplesmente, tudo quanto aumente a força do *conatus*²²; *mau*, tudo quanto a diminua (Teixeira, 2003, p.65, grifo do autor). Sendo as Comunidades Terapêuticas espaços ricos em encontros dos mais diversos, não podemos deixar de considerar que em suas práticas de tratamento via internação se produzem momentos de alegria, de força, de potencia, fruto de bons encontros,

“Agora estou pensando como pessoa normal, pensando em trabalho, não usar nunca mais a droga, eu vivia mentindo para mim mesmo”

²² “[...] O *conatus* é a essência atual do corpo e da alma, sua potência natural de autoconservação; é o interesse vital, e o interesse do corpo e da alma é perseverar em ser [...]” (TEIXEIRA, 2003, p. 36).

“Agora estou feliz de verdade”

Entretanto, desses encontros também pudemos sentir e perceber alguns direcionamentos de forças, tentativas de regulação das intensidades, caminhos que levam a subjetividades pré-moldadas, normatizadas por outras forças que podem ser mais potentes, mas que os mantém acorrentados em uma forma hermética de vida. “[...] o Cristianismo é a captura de fluxos desterritorializados e, ao mesmo tempo, a instauração de uma sobrecodificação mais potente do que nunca” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 184).

Por fim, de nossas análises nessa pesquisa e não das processualidades presentes no campo dos agenciamentos e vida dos usuários de drogas, deixamos esse pensamento de Guattari que podemos afirmar, nos provoca a de fato conhecer e investir nas possibilidades de construir coletivamente práticas potentes de resignificação e pertencimento de vida.

O indivíduo que temos diante de nós não é, frequentemente, senão o “terminal” de todo um conjunto de agenciamentos sociais. E se não atingirmos o cerne desses agenciamentos, embarcamos em atitudes fictícias. Trata-se não só de localizar a inserção de agenciamento em que um indivíduo se constitui, mas também de encontrar um ponto de apoio mínimo que lhe permita conquistar alguns graus suplementares de liberdade. (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 251, grifo do autor).

8. REFERÊNCIAS

ALARCON, S. **O Diagrama das drogas**: cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea. 2008. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

ALCÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos de alcoólicos anônimos**. São Paulo. 1998. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=14>. Acesso em 26 de out. de 2010.

ALMEIDA, D. T. **Oficinas de Laborterapia no Sistema Prisional**: reedição de estratégias manicomiais de disciplina e controle no campo social. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/coloquioenriquez/tcompletos/155/Oficinas%20de%20Laborterapia%20no%20Sistema%20Prisional.doc>>. Acesso em 19 de junho de 2011.

ALTOÉ, S. (org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.

TRIBUNA. Fazenda para recuperar dependentes. **TRIBUNA**, Vitória, p. 16, 12 de julho de 2010.

BRASIL. **Decreto Lei 891, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/1937-1946/De10891.htm>>. Acesso em 10 de outubro de 2009.

_____. **Edital 001/2010/GSIPR/SENAD/MS, de setembro de 2010**. 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, d de 20 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.febract.org.br/EDITAL.pdf>>. Acesso em: 24 de julho de 2011.

_____. **Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 08 de junho de 2010.

_____. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm>. Acesso em: 12 de outubro de 2009.

_____. **Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>>. Acesso em: 24 de julho de 2011.

CARNEIRO, H. Transformação do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: _____; VENÂNCIO, R. P. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil.** São Paulo: PUC Minas, 2005, p. 07-27.

_____. A fabricação do vício. Anais do XIII encontro regional de história, LPH. **Revista de História.** Departamento de História/ICHS/UFOP. Mariana, n 12, 2002a. Disponível em: < <http://neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em 09 de julho de 2011.

_____. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro.** São Paulo, vol. 6, pg. 115-128, 2002b. Disponível em: < <http://neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em 09 de julho de 2011.

CASTRILLÓN VALDERRUTÉN, M. Del. C. Entre “teoterapias” y ‘laicoterapias’. Comunidades terapêuticas em Colômbia y modelos de sujetos sociales. **Psicologia & Sociedade.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008.

CAVALCANTE, A. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogon, 2007. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/articles/63149/1/Terapia-Ocupacional--fundamentacao-e-pratica-um-resumo-CAVALCANTE-Alessandra-Terapia-Ocupacional-Fundamentacao-e-pratica--/pagina1.html#ixzz1Pm9tMQrz>>. Acesso em 19 de junho de 2011.

CHAUI, M. **Espinosa: uma filosofia da liberdade.** São Paulo: Moderna, 1995.

CLOT, Y. **Trechos da palestra de Yves Clot no Brasil.** 2007

COSTA, S. F. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. **Serviço Social em Revista,** Londrina, v. 11, n. 2, p. 2-14, 2009. Disponível em: <<http://www.ssrevista.uel.br/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20DO%20AUTOR.pdf>> . Acesso em: 27 de jul. 2010.d

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática.** São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **O abecedário de Gilles Deleuze.** França, 1988-1989. Disponível em <<http://www.oestrangeiro.net/esquizoanalise/67-o-abecedario-degilles-deleuze>>. Acesso em 20 de maio de 2011.

_____. A imanência: uma vida... In: Vasconcellos, J.; Fragoso, E. A. da R. (Org.). **Gilles Deleuze: Imagens de um filósofo da Imanência**. Londrina: Ed. UEL, 1997. Disponível em: < <http://ppgpsi-ufes.blogspot.com/2008/11/imanncia-uma-vida-giles-deleuze.html>>. Acesso em: 24 de junho de 2011.

_____. Duas questões. In: Daniel, H. Et al. **SaúdeLoucura 3**. São Paulo: HUCITEC, 1991, p. 63-66.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FARHI NETO, L. **Biopolíticas: as formulações de Foucault**. Florianópolis: Cidade Futura, 2010, p.23-50.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Estatuto**. Campinas, 2004. Disponível em: < <http://www.febract.org.br/estatuto.htm>>. Acesso em: 13 de jul. 2010.

FELIZ, C. Falta de apoio para quem quer deixar as drogas. **A Gazeta**, Vitória, p. 05, 06 de set. 2009.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, H; VENÂNCIO, R. P. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: PUC Minas, 2005, p. 257-290.

FONSECA, T.M.G; KIRST, P.G. (Org.). **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre:UFRGS, 2003, p 91-101.

FOUCAULT, M. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972. p. 3-134.

_____. **História da Sexualidade: a vontade de Saber**. 18ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder**. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p.79-276

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F.X.; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n 2, p. 267-276, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014. Acesso em 05 de outubro de 2009.

_____; SIQUEIRA, M. M. de. Instituições especializadas em dependência química no estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.54, n. 3, p. 192-196, 2005.

GLEIZER, M.A. Considerações sobre o problema da verdade em Espinosa. **Discurso**, São Paulo, v. 24, p. 129-145, 1994. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/df/site/publicacoes/discurso24.php>>. Acesso em 28 de abril de 2011.

GUATARRI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 5. ED. Petrópolis: Vozes, 1999.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. p. 17-41.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORNAL FLORIPA. **Leia a íntegra do pronunciamento de Dilma Rousseff**.

Disponível em:

<<http://www.jornalfloripa.com.br/politica/index1.php?pg=verjornalfloripa&id=2397>>

Acesso em: 07 de set. de 2011.

LAVRADOR, M.C.C. **Loucura e vida na contemporaneidade**. 2006a. Tese de Doutorado. UFES, Vitória.

_____; **A dimensão da ética na atualidade**. Vitória, 2006b. (em fase de publicação).

LEON, G. de. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 03-36.

MACHADO, L. D. Subjetividades Contemporâneas. In: BARROS, M. E. B de (Org.) **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: EDUFES, 1999. P. 211-230.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

MATOS, A. N. **Um pouco sobre a história das drogas e de sua proibição, ou como o crime sem vítima se tornou uma questão de estado**. 2008. Disponível em:

<<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/makepdf.php?itemid=1340>>

. Acesso em: 11 de outubro de 2009.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Narcóticos Anônimos**. U.S.A: World Service Office Inc., 1991.

NIZAMA-VALLADOLID, M. et al. Comunidad terapêutica em adicciones. **Revista de Neuro-Psiquiatria**. Perú, 58, p. 112-122, 1995.

NOTO, A.R.; SILVA, E. A. Dependência química, adolescência e família. In: CONTINI, M. de L. J. (Coord.); KOLLER, S. H. (Org); **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro, CFP, p. 92-98. 2002.

OLIVEIRA, T; NUNES, M. A. L. **Os vícios humanos representados na arte de Bosch. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 31, n. 1, p. 75-83, 2009.

OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10):** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 13 de outubro de 2009.

_____; **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas.** São Paulo : Roca. 2006. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9788572416665_por.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2010.

ORTEGA, F. **O Corpo Incerto:** corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PÁL PELBART, P. **Vida Capital:** ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras. 2003, p 81-89.

PASSOS, E. BARROS, R. B. DE. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. DA (Org.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2009, p. 17-31.

PIMENTEL, M. E. S. Tráfico de drogas: biopoder e biopolítica na guerra do império. **Lugar Comum.** Rio de Janeiro, n. 27, jan-abr 2009. Disponível em: <http://www.universidadenomade.org.br/userfiles/file/Lugar%20Comum/miolo_lugarcomum27_redimensionado.pdf>. Acesso em: 09 de julho de 2011.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova.** São Paulo, 2004, n. 63, p.179-201. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452004000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de julho de 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA. **Levantamento das instituições de atenção as dependências químicas no município de Serra-ES.** Serra, 2009.

TEIXEIRA, R. R.. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.35-72, set.2003-fev.2004.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade. 1989.

ROTELLI, F. Onde está o Senhor?. In. DANIEL, H. et al. **SaúdeLoucura 3.** São Paulo: HUCITEC. 1991, p. 67-76.

SERRAT, S.M. Comunidades terapêuticas: mecanismos eficientes no tratamento de dependentes químicos. **Com Ciência**, Campinas, 2002. Entrevista concedida a revista eletrônica ComCiência pelo professor e membro do conselho deliberativo da Febract. Disponível em: < <http://www.comciencia.br/reportagens/framereport.htm>>. Acesso em: 27 de jul. 2010.

SILVA, J. de A.; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 243-252, 2004.

SILVA, L. de C. Entre a disciplina e o biopoder: as novas tecnologias de poder na produção e articulação das subjetividades contemporâneas. **Revista eletrônica do CEJUR**, v. 1, n. 1, ago./dez. 2006. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cejur/article/view/14834/9957>>. Acesso em: 11 de julho de 2011.

SIQUEIRA, D.J.R.(Org.). **Mal(dito) cidadão**: numa sociedade com drogas. São Caetano do Sul: King Graf. 2006.

VARGAS, E V. **Entre a extensão e a intensidade**: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”. 600 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001, p. 91-94. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VCSA-78CSU2/1/entre_a_extensao_e_a_intensidade_ev.pdf >. Acesso em: 24 de out. 2010.

VERSOLATO, M. Grupo dos Alcoólicos Anônimos tem a sua eficácia contestada. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 27 de março de 2011. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/894558-grupo-dos-alcoolicos-anonimos-tem-a-sua-eficacia-contestada.shtml>>. Acesso em 27 de junho de 2011.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning. 2001.

XAVIER, A. **Serra começa obra de Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e já pensa no atendimento do público feminino**. Serra, 2010. Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/portal_pms/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=9818&acao=proc&pIdPlc=&app>. Acesso em: 21 de abril de 2010.

ANEXO A

TABELA DE ATIVIDADES COMUNIDADE TERAPEUTICA 1²³

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
7h	PALESTRA	PALESTRA	ESTUDO	PALESTRA	ESTUDO	LABOR	LABOR
8h 30	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	ESTUDO	-
13h	TERAPIA	LABOR	LABOR	TERAPIA	LABOR	VISITA	VISITA
16h 30	LAZER	LAZER	TERAPIA	LAZER	LAZER	VISITA	-
17h	-	CULTO	CULTO	CULTO	CULTO	-	-
22h	SILÊNCIO	SILÊNCIO	SILÊNCIO	SILÊNCIO	SILÊNCIO	SILÊNCIO	SILÊNCIO

²³ Optamos por repassar as atividades para uma nova tabela para preservar o sigilo ético garantido na pesquisa, pois as tabelas que fotografamos, com autorização, nas Comunidades Terapêuticas pesquisadas, possuem os nomes dos profissionais responsáveis pelas atividades.

ANEXO C

TABELA DE ATIVIDADES COMUNIDADE TERAPEUTICA 3²⁴

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MANHÃ	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	-
MANHÃ	ESTUDO BÍBLICO	-	-	-	-	-	-
12h 14H30	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
14h 30 17H	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	LABOR	LIVRE
17h 18H	-	-	GRUPO SOBRIEDADE	TERAPIA	PARTILHA	LIVRE	LIVRE

²⁴ Não encontramos um Quadro de Atividades escrito e fixo nessa Comunidade Terapêutica. Esse quadro foi construído conforme informações dos usuários.