



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RENATA BESSA HOLANDA

**EXPERIMENTAÇÕES, APRISIONAMENTOS E POSICIONAMENTOS:
NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS QUE PASSARAM POR
TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

FORTALEZA

2016

RENATA BESSA HOLANDA

**EXPERIMENTAÇÕES, APRISIONAMENTOS E POSICIONAMENTOS:
NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS QUE PASSARAM POR
TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

H669e Holanda, Renata Bessa.

Experimentações, aprisionamentos e posicionamentos : narrativas de história de vida de pessoas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas / Renata Bessa Holanda. – 2016. 104 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Psicologia.

Orientação: Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima.

1.Comunidades terapêuticas – Brasil. 2.Acompanhamento terapêutico – Brasil. 3.Psicologia social – Brasil. 4.Narrativas pessoais. I. Título.

CDD 362.220981

RENATA BESSA HOLANDA

**EXPERIMENTAÇÕES, APRISIONAMENTOS E POSICIONAMENTOS:
NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS QUE PASSARAM POR
TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 15/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Idilva Maria Pires Germano
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Selene Regina Mazza
Centro Universitário Estácio do Ceará

Profa. Dra. Taís Bleicher
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Holanda Júnior e Ruth.
Aos meus irmãos, Holanda Neto e Victor.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, em primeiro lugar, que concebo não apenas como o homem de barba branca e cajado em punho, mas como o ser responsável pela construção de todos os mistérios que envolvem a vida humana, que nos dão motivos maiores para acordar a cada dia e desbravar o mundo que tomamos como morada.

Ao meu orientador, professor Aluísio Lima, extremamente capacitado, exemplo de compromisso e dedicação, agradeço por todo o carinho e ensino de completa excelência neste processo. A você, agradeço por ter me ensinado, a cada dia, o verdadeiro ofício de um mestre e por tornar essa caminhada tão leve e prazerosa.

Aos meus pais e irmãos, família tão amada, o meu agradecimento especial, por me dar as bases para a construção de minhas múltiplas personagens, e por me fazer acreditar que ninguém está só nesse mundo.

Aos meus amigos, Caio Monteiro, Vinícius Furlan, Jéssica Carneiro, Emanuel Messias e Pedro Santos, que, como já pude – felizmente – dizer-lhes pessoalmente, mudaram minha noção do que é uma verdadeira amizade. Nada disso seria possível sem vocês.

Aos amigos, ainda, Fernanda e Krishnamurti, que já nem sei mais diferenciar se são irmãos ou amigos, e me mostraram que nenhuma distância põe fim a uma amizade. Vocês são, também, responsáveis pela realização desta empreitada.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Aos professores participantes da banca examinadora, tanto em fase de qualificação quanto de defesa, **Idilva Germano, Andrea Scisleski, Selene Mazza e Taís Bleicher**, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos sujeitos entrevistados, que receberam os nomes fictícios de **Francisco e Antônio**, sem os quais a riqueza deste trabalho nunca poderia ser tão bem alcançada.

A todos mais que fizeram parte deste processo, o meu muito obrigada.

O mundo, Aomame, é uma incessante luta entre a memória de quem está de um lado e a memória de quem está do outro.

Haruki Murakami. **1Q84**

RESUMO

Esse estudo se trata de uma pesquisa em Psicologia Social Crítica, que toma como base teórica-metodológica autores das teorias críticas contemporâneas. Tem como objetivo compreender as experiências de sujeitos que passaram por tratamentos em comunidades terapêuticas e os efeitos destas nas metamorfoses identitárias. A pesquisa tem caráter qualitativo, e está ancorada no método de narrativas de história de vida, o qual possibilitou um amplo relato acerca do que foi vivenciado pelos participantes da pesquisa, reconhecendo-os como sujeitos ativos e implicados, e não simplesmente indivíduos assujeitados ao seu processo de produção de cuidado. Para essas entrevistas, não estabelecemos previamente um questionário estruturado, mas nos orientamos por duas perguntas disparadoras: “quem é você?” e “como você se tornou quem você é hoje?”. A partir disto, nossa pesquisa contou com dois participantes, que falaram das experiências concernentes a este recorte de realidade. Para análise das narrativas que os sujeitos trouxeram, seguimos a proposta apresentada por Ciampa e Lima, organizando cada uma das personagens vividas pelos sujeitos, de modo a construir cada trajetória individual. Dividimos as narrativas dos participantes em momentos importantes de suas vidas, destacando as primeiras experimentações das drogas e suas consequências, as internações e as experiências de tratamento, o uso de drogas e os impactos nas relações interpessoais, a religião e o uso de drogas, os efeitos destes usos e das internações e o posicionamento atual frente ao uso de drogas e às comunidades terapêuticas. Como considerações finais deste estudo, destacamos os impactos que pudemos perceber dos tratamentos das comunidades terapêuticas na vida destes sujeitos, discutindo sobre as formas de aprisionamentos, as políticas de cuidado impostas, os processos de estigmatização e hegemonia do saber técnico-psiquiátrico e a importância de se pensar formas do que chamamos de cuidados políticos, que promovam maior autonomia e emancipação nos processos vivenciados por estas pessoas.

Palavras-chave: Psicologia Social Crítica. Comunidades Terapêuticas. Cuidado.

ABSTRACT

This study is a research in Critical Social Psychology, which takes as its theoretical and methodological basis authors of contemporary critical theories. It aims to understand the experiences of persons that have been treated in therapeutic communities and how they affected identity metamorphosis. This is a qualitative research, and is anchored in the method of life history narratives, which enabled a comprehensive report on what was experienced by the participants, recognizing them as active and involved subjects, and not as just subjects who does not understand about their care production processes. For these interviews, we did not previously established a structured questionnaire, but we are guided by two triggering questions: "Who are you?" and "how you became who you are today?". From this, our research involved two participants, who spoke of their experiences concerning this reality clipping. To analyze the content that subjects brought, we followed the proposal of Ciampa and Lima, organizing each of the characters experienced by subjects in order to build each individual trajectory. The narratives of the participants were divided into important moments of their lives, highlighting the first trials of drugs and its consequences, hospitalizations and experiences of treatment, drugs uses and the impacts on interpersonal relationships, religion and drug use, the effects of these uses and hospitalizations and the current position relative to the use of drugs and therapeutic communities. As conclusion of this study, we highlighted the impacts that we could realize the therapeutic communities treatments caused in the life of these subjects, discussing forms of imprisonment, imposed care policies, stigmatization processes and the hegemony of technical and psychiatric knowledge and the importance of thinking about ways on we called political care, promoting greater autonomy and empowerment in the process experienced by these people.

Keywords: Critical Social Psychology. Therapeutic Communities. Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Notícia sobre comunidade terapêutica (Carta Capital) 26

SUMÁRIO

1	PRÓLOGO: SOBRE UM PROJETO QUE NASCE DE UMA NECESSIDADE	12
2	O MÉTODO: A VIDA DOS OUTROS COMO MATERIAL DE PESQUISA	23
2.1	Os participantes da pesquisa	24
3	AS NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE FRANCISCO E ANTÔNIO	26
3.1	As primeiras experimentações e suas consequências	31
3.1.1	Francisco	32
3.1.2	Antônio	34
3.2	As internações e as experiências de tratamento	38
3.2.1	Francisco	38
3.2.2	Antônio	48
3.3.	O uso de drogas e os impactos nas relações interpessoais.....	61
3.3.1	Francisco	61
3.3.2	Antônio	62
3.4	A religião e o uso de drogas	68
3.4.1	Francisco	68
3.4.2	Antônio	72
3.5	Os efeitos dos usos de drogas e das internações	75
3.5.1	Francisco	75
3.5.2	Antônio	84
3.6	Posicionamento atual frente ao uso de drogas e comunidades terapêuticas	88
3.6.1	Francisco	88
3.6.2	Antônio	91
4	EPÍLOGO	95
	REFERÊNCIAS	100

1 PRÓLOGO: SOBRE UM PROJETO QUE NASCE DE UMA NECESSIDADE

Este trabalho se trata de um estudo sobre a vida, a vida que se passa nesse enorme e complexo mundo que habitamos. Como um trabalho sobre a vida, não propõe, portanto, a defesa de verdades, rígidas e estáticas. Para nós, e em nosso entendimento, vida é movimento, é força que, enquanto presente, é infinita metamorfose. Seguindo essa perspectiva, este trabalho se trata, também, de um estudo embasado na Psicologia Social Crítica, o que evidencia a ideia de indissociabilidade entre teoria e prática, conferindo ao pesquisador o papel de agente político, responsável pela transformação da realidade e promotor de emancipação (LIMA; CIAMPA; ALMEIDA, 2009).

Portanto, nosso olhar não parte de um perspectiva cômoda, conformada, estereotipada. Parte-se de um olhar questionador, crítico às realidades que nos são, hoje em dia, as mais naturais e duradouras no espectro da história humana. Dentro desta perspectiva, nosso olhar é afetado pelos estudos acerca da identidade, especificamente aqueles inaugurados por Antônio da Costa Ciampa (1987/2005), que entende ser o “real movimento da identidade, uma dialética que permite desvelar seu caráter de metamorfose” (CIAMPA, 1987/2005, p. 134).

Esta ideia, posteriormente, é desenvolvida por Almeida (2005) com sua noção de anamorfose, que se refere a uma figura que apresenta uma perspectiva deformada e exige do observador um deslocamento de seu ponto convencional, uma busca de um novo ponto de vista para ser reconhecida (SILVA JÚNIOR, 2001, apud LIMA, 2010). Almeida (2005) liga esta ideia aos fenômenos, por exemplo, de adoecimento mental, que podem apontar as contradições inerentes entre as identidade socialmente idealizadas e as disputas entre políticas de identidade e o conteúdo ético, que estaria na possibilidade de criar possibilidades de existência mais justas, consistindo como formas de resistência.

Destacamos, ainda, a contribuição advinda da articulação realizada por Lima (2010), com a tese defendida sobre o reconhecimento perverso presente nas relações contemporâneas. Como reconhecimento perverso, Lima (2010) entende as formas de relação que reduzem os sujeitos de suas múltiplas possibilidades à identidades estáticas, previamente estabelecidas e arbitrariamente reconhecidas em sociedade, fetichizando personagens que devem ser repostos continuamente para alcançar objetivos determinados.

Tratamos, aqui, de desenvolver uma dissertação de mestrado em Psicologia, estando inserida na área das Ciências Humanas, área que tem se proposto a pensar sobre a vida e sobre os processos complexos que envolvem a todos nós, sujeitos humanos, e “deveria” seguir uma forma/modelo geral de se fazer trabalhos acadêmicos: primeiro, era discutida a problemática do trabalho, a relevância de fazer um determinado estudo, e depois eram lançadas as hipóteses do autor(a); depois, levantava-se o material teórico que embasava e discutia tais problemáticas, já lançando, nesse momento, uma série de pressupostos; em seguida, passava-se à metodologia e às formas de se colher os dados necessários, para, então, fazer-se uma análise dos mesmos; por fim, em considerações finais, às vezes muito curtas e sucintas, o objetivo parecia ser o de dizer se a realidade condizia ou não com as hipóteses iniciais. Sendo assim, esta é uma forma válida e rica de se construir um trabalho acadêmico, que pode trazer contribuições às realidades de vida das pessoas.

Todavia, não seguimos esse modelo. No momento de construção dessa pesquisa, eu, autora do estudo, junto ao meu orientador, fiel companheiro nesta empreitada, pensamos em inverter um pouco a ordem como os estudos vinham sendo costumeiramente desenvolvidos. Optamos iniciar pela vida das pessoas. Em outras palavras, optamos por primeiramente olhar para o mundo e perceber o que ele nos oferecia como um problema, sobre qual questão importante poderíamos nos debruçar. Em seguida, abrimos um campo de possibilidade de escuta às pessoas que faziam parte desta realidade, para, somente depois disto, termos melhor clareza sobre que teorias e discussões seriam convocadas para a compreensão de seus relatos, de uma forma que não houvesse uma hierarquia entre teoria e prática.

A partir disto, começamos a delimitar qual seria, possivelmente, nosso objeto de pesquisa, olhando para nossa própria história de vida. Em primeira instância, percebemos existir um interesse prévio, tanto devido à minha caminhada de formação como a de meu orientador, em aprofundar-nos em questões que envolviam a área da saúde, mais especificamente a área da saúde mental, campo sobre o qual já havíamos nos debruçado em momentos anteriores de estudo e que tem sofrido inúmeras e constantes transformações a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica¹. Decidimos, assim,

¹ A Reforma Psiquiátrica se oficializa no Brasil a partir da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, e de forma geral, visa construir um novo estatuto social às pessoas acometidas por transtorno mental, assegurando os direitos e proteção às mesmas sem qualquer forma de discriminação.

focar na questão dos usos de drogas, tema extremamente controverso nas discussões atuais e que percebíamos a importância de se discutir de forma crítica e aprofundada.

A atualidade e a relevância de se fazer o estudo de tal tema nos era evidenciada quando nos deparávamos, por um lado, com discursos técnico-científicos que falavam do uso e dependência de drogas como um problema de saúde pública mundial. Tal como, por exemplo, encontramos nos relatórios da Organização Mundial de Saúde – OMS, que estima existir 205 milhões de pessoas que fazem uso de drogas ilícitas no mundo, incluindo 25 milhões que sofrem da dependência de alguma delas (WHO, 2008), ou nas pesquisas desenvolvidas por essa instituição em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), onde tem-se reconhecido que “a dependência de drogas é muitas vezes agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico e o tráfico de drogas, junto com muitas outras formas de crime organizado transnacional, comprometendo o desenvolvimento humano” (UNODC, 2013, p. IV).

Por outro lado, líamos textos que denunciavam atrocidades e retrocessos nas formas de cuidado oferecidas para pessoas que fazem uso de drogas, seguindo na contramão do manual produzido em 2008 pela OMS e UNODC que orienta as intervenções no campo do uso de álcool e outras drogas no sentido do direito à autonomia e autodeterminação, no combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e do respeito aos direitos humanos. A última nota técnica da Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS, 2013), assinala, por exemplo, que a internação compulsória de usuários de drogas, que tem ganhado cada vez mais força em nosso país, ao invés de se materializar como uma prática de cuidado, tem se convertido em instrumento (re)produtor de estigmatização e preconceito.

A assistência direcionadas para as pessoas que fazem uso de drogas, materializada de forma violenta e legitimada pelas formas de condenação moral e discriminação, parecia fornecer um tipo de legitimidade necessária para que o Estado se apropriasse da função repressora a um problema que, todavia, não se extingue com esse esforço da perseguição e punição. Uma postura que, ao invés de desestimular o consumo de drogas por parte desses sujeitos, “reforça-o por meio do rebaixamento contínuo da autoestima desses indivíduos, negando-lhes o acolhimento e a aceitação social, estimulando-os a integrar-se com outros indivíduos marginalizados por diferentes desvios e/ou estigmas” (AMARAL, 2000, p. 46).

Sendo assim, começamos a levantar informações sobre o que mais estava em pauta neste campo específico na atualidade. Dentre os materiais encontrados, um recorte específico nos chamou a atenção: a situação destes indivíduos no interior das comunidades terapêuticas. Tema de vários textos e sites dedicados aos direitos humanos. Em diferentes mídias, as críticas às chamadas comunidades terapêuticas – CT’s e a decisão do Estado pelo financiamento dessas instituições apareciam de forma destacada, indicando os perigos de retrocessos frente aos avanços da Reforma Psiquiátrica. Em uma notícia veiculada pelo site da Carta Capital (MORAES, *online*), intitulada “Comunidades terapêuticas, política e religiosos = bons negócios”, por exemplo, discute-se de forma incisiva o aumento de investimento por parte do governo federal nas CT’s.

Figura 1: Notícia sobre Comunidades Terapêuticas



Fonte: MORAES, 2015

Nesta notícia, Moraes (2015, *online*) assinala que, com a regulamentação destas instituições pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, as CT’s receberão cerca de R\$300 milhões no próximo biênio, o maior orçamento da história da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), o que motivou o título da reportagem –; a comparação das CT’s aos

manicômios e o retrocesso ao modelo asilar; a abordagem obsoleta utilizada por estas instituições, que contrasta com uma moderna abordagem de saúde pública, baseada em práticas de redução de danos; e as práticas de tortura e desrespeito ao credo e opção sexual dos sujeitos internados.

Uma parte impactante da notícia destacada foi um e-mail de uma pessoa internada na CT (intitulado como “Ajuda pelo amor de Deus”), mantido *ipsis litteris* (inclusive com os erros gramaticais) para dar maior ênfase aos dizeres do sujeito:

Temos mais de 50 pessoas em cárcere privado onde a família não quer em casa e os colocaram confinados como coelhos e estão todos amontoados. Ainda como o pior de tudo somos chamados de lixo, esquisitos, mocorongos, bicha, vagabundos, lesados e outros dizeres pelo dono, que acaba de vez com nós. Sei que a nossa família paga um bom preço para nós estarmos aqui internado, necessitamos de ajuda mas do jeito que vai não dá (MORAES, 2015, *online*).

Na notícia intitulada “Relatório revela abusos em comunidades terapêuticas de Minas” (RODRIGUES, 2015, *online*) discute-se os maus tratos, violência e homofobia que são constatados, através de um relatório realizado pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental sobre o atendimento aos sujeitos em CT’s. Em meio aos depoimentos, há o de um ex-interno que destaca ter presenciado o espancamento de um homossexual também interno na instituição: “Amarrou o cara assim numa árvore, rasgou a roupa dele, raspou o bigode do cara só a metade, passou batom, tinta. Bateu, bateu e mandou o cara embora, todo rasgado” (RODRIGUES, 2015, *online*).

Ainda em outra notícia, “Instituto Manassés: exploração e preconceito em nome de Jesus”, veiculada pelo site do *Jornal A Página* (DUARTE, 2015, *online*), há denúncias quanto a uma rede de CT’s específica. Na notícia, alega-se que estas vêm realizando práticas que expõem os sujeitos a riscos e exploração, obrigando-os a venderem *kits* de objetos variados nos ônibus que circulam nas cidades, sendo a renda adquirida com estas vendas totalmente repassada para a própria CT. As denúncias, vindas dos próprios sujeitos internados, envolviam, ainda, práticas sem acompanhamento médico, imposição de credo religioso, atividades laborais diversas de cunho obrigatório, dentre outras.

Segundo a matéria, o presidente da Federação Norte e Nordeste das Comunidades Terapêuticas (Fennoct) faz a seguinte declaração: “Isso não pode ser chamado nem de comunidade terapêutica, está mais para comércio. Comunidade terapêutica não explora pacientes em nome de uma recuperação” (DUARTE, 2015, *online*). Além disto, a matéria ainda destaca que o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de

internação para usuários de drogas” (CFP, 2011), aponta falhas relevantes no método desta CT, especificamente, destacando que:

O interno que tiver problemas de saúde (sarna, tuberculose, DST/Aids, sofrimento ou transtorno psíquico, deficiências, hipertensão, diabetes ou outros) é desligado da instituição.

Internos homossexuais são evitados, mas, quando aceitos, recebem um trabalho para alterar sua orientação sexual.

Não é permitida a visita íntima, e a abstinência sexual é estimulada por motivos religiosos. O interno que mantiver atividade sexual é desligado da instituição. Adota-se o deslocamento do interno para outro estado como critério de cuidado.

Há utilização de mão de obra não remunerada dos internos.

Há manutenção não voluntária (cárcere privado) por desobediência à disciplina (DUARTE, 2015, *online*).

De fato, o que tem sido chamado de comunidade terapêutica (em geral fazendas de recuperação de uso de drogas, com infraestruturas precárias, sem equipe de saúde e tratamento religioso e moral), não se parecem com às comunidades terapêuticas tradicionais.

Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) afirmam que essa modalidade de atendimento iniciou-se na Grã-Bretanha, no ano de 1940, para atenção aos pacientes psiquiátricos considerados crônicos, sendo somente depois adaptada ao tratamento de usuários de drogas. Segundo Bleicher (2015), o termo comunidades terapêuticas foi utilizado pela primeira vez por Thomas Main, em um artigo publicado em 1946, sendo os seus instrumentos privilegiados os sistemas de reuniões regulares entre pacientes e profissionais nos quais os problemas deveriam ser debatidos e resolvidos coletivamente.

Desviat (*apud* BLEICHER, 2015) afirma que a consagração desse modelo se deu na década de 50, sendo que um relatório de 1953, da Organização Mundial de Saúde chegou a recomendar que todos os hospitais psiquiátricos se transformassem em comunidades terapêuticas. O Psiquiatra Maxwell Jones era também um ativo defensor de tal modelo, buscando a consolidação de um modelo que visava promover maiores interação e implicação do paciente em seu processo de tratamento, criando um ambiente democrático, no qual todos os integrantes do grupo pudessem se fazer responsáveis pelos processos nos quais estavam envolvidos: “[psiquiatras] iniciaram uma série de transformações inspiradas na Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones e na Psicoterapia Institucional, que fundamentalmente se voltavam contra os atos violentos e desumanos ali praticados, como o uso de grades e camisas de força” (BLEICHER, 2015, p. 64).

Esse movimento continua seus desdobramentos na década de 60, através dos trabalhos de recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, tornando-se em uma das modalidades mais procuradas nas duas últimas décadas, tanto no Brasil como em outros países, como um tratamento para além da assistência de base medicamentosa e hospitalar (PERRONE, 2014). Além de tomar como base os pressupostos da psiquiatria reformada, as comunidades terapêuticas, atualmente, também são acrescidas de princípios presentes em outras estratégias de abordagem ao uso de drogas, como por exemplo os dos grupos de alcoólicos anônimos (PRADO; QUEIROZ, 2012).

Isto, porém, pode nos dar alguns indícios de que, talvez, a busca pela abstinência da substância consumida esteja sendo colocada como objetivo principal dos serviços, invertendo sua potencialidade enquanto espaço de promoção do aumento do “grau de gerenciamento de si próprio” em busca de maior autonomia (LIMA; GONÇALVES NETO; LIMA, 2011).

Dado o extenso crescimento deste modelo de assistência no Brasil, recentemente foram lançadas normativas que discutem melhor os princípios que as regem e que as fiscalizam mais propriamente. Assim, na “Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, o Ministério da Saúde discute sobre os modelos de comunidades terapêuticas. Este documento indica que

(...) o vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de “Comunidades Terapêuticas”. Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas - CONAD o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários. Desta forma, a ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada de Nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001, estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, Segundo Modelo Psicossocial, também denominados de “Comunidades Terapêuticas”. A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS, 1999), com contribuições de órgãos e entidades envolvidas na assistência às pessoas com problemas de dependência química (BRASIL, 2003, p. 46).

Por conseguinte, o RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 101, atualizada pela RDC nº 29 de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA,

regulamenta as práticas das comunidades terapêuticas, indicando-as como serviços que podem ser urbanos ou rurais, e que visam promover a

(...) atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (ANVISA, 2011).

Além destas Portarias Normativas, surge também a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT, no ano de 1990, quando as comunidades terapêuticas ainda funcionavam sem um respaldo técnico e sem um comportamento ético definido (FEBRACT, 2015, *online*). Para a federação, os Princípios Éticos Fundamentais das CT's são:

1. O Trabalho nas Comunidades Terapêuticas deve ser baseado no respeito à dignidade da pessoa humana.
2. A permanência na Comunidade Terapêutica deve ser voluntária e decidida após o interno ser informado sobre a orientação seguida e as normas em vigor.
3. Nas Comunidades Terapêuticas deve ser assegurado, a todos que dela participam, um ambiente livre de drogas, sexo e violência (FEBRACT, 2015, *online*).

Há, ainda, quando acessamos, por exemplo, o site do Governo Federal, na sessão específica “Observatório: Crack, é possível vencer” (2015, *online*), na aba denominada “Cuidado”, as determinações das obrigações das CT's, indicando que:

[Comunidades terapêuticas] São Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários. As Comunidades Terapêuticas mantêm sempre um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação. No processo de admissão, a Comunidade Terapêutica deve garantir: o respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; a 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; a permanência voluntária; a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade; a possibilidade do usuário interromper a permanência a qualquer momento; a privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais (BRASIL, 2015, *online*).

Podemos perceber, com estas referências, que as comunidades terapêuticas e as normativas que, posteriormente, passam a regê-las, surgem como uma tentativa de superação do modelo hospitalocêntrico, biomédico, visando conferir autonomia e mútua responsabilização das pessoas em seus processos de tratamento em um processo democrático, que envolva respeito por direitos básicos para uma vida mais digna. Entretanto, quando colocamos em contraste as regulamentações, as teorias e as notícias do que acontece no cotidiano dessas instituições, o que podemos ver é uma realidade extremamente contraditória e dissonante.

Tratando-se especificamente da situação brasileira e, de certo modo, tentando explicar o que tem facilitado o aumento de CT's, Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008), Pacheco e Scisleski (2013) e Scisleski et al (2013), afirmam que ainda é muito grande a escassez de instituições de cuidado para o usuário de drogas no país. Este é um dos fatores pelo qual surgem tantas CT's sem um mínimo de fiscalização e regulação, principalmente por iniciativa de ex-usuários de drogas, os quais fundam novas CT's segundo o modelo daquelas nas quais obtiveram recuperação, geralmente sem contar com os recursos e a formação necessários para adequar seu funcionamento aos requisitos exigidos por lei.

Perrone (2014, p. 579) acaba por concluir que “De fato, uma boa parte das CT's no Brasil possui práticas tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares manicomialis, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos”. Afirma isto embasado, principalmente, no já citado Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011).

Ao termos acesso a esse Relatório, observamos a extensa série de irregularidades, constatadas a partir de observação e análise dos variados locais de internação para usuários de drogas em 24 estados do país e o Distrito Federal, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia.

A partir dos achados da realidade das instituições de internação, referindo-se principalmente às CT's, este relatório nos atenta para o fato de que estas passam por pouca ou nenhuma regulação pública efetiva, o que gera práticas passíveis de denúncia por violação dos direitos humanos mais fundamentais. Exige, então, uma tomada de decisão

por parte do Estado e da sociedade civil brasileira, pois a “assistência que vem sendo ofertada, na maioria desses lugares, fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, a saber: o respeito à cidadania dos usuários” (CFP, 2011, p. 189). Destacamos a seguinte citação (um pouco longa, mas com várias informações importantes), que bem ilustra a realidade das CT’s na atualidade:

No documento, que contou com a participação de todos os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), procuradores, entidades sindicais, foram avaliadas 68 instituições de comunidades terapêuticas de 25 Unidades da Federação. Segundo Capitão, a realidade encontrada evidencia questões e reflexões que exigem uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira sobre a assistência que vem sendo ofertada nesses recintos. O representante do CFP destaca que a maioria desses lugares fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas. “A saber, o respeito à cidadania dos usuários. A pergunta que orientou toda a comissão sobre ocorrência de violência e de violação dos direitos humanos, infelizmente se confirmou como regra. Há claros indícios de violência e violação em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, essa prática social tem como pilar a relação dos direitos dos internos”, ressaltou. O psicólogo citou exemplos destas violações. “Interceptação e violação de correspondência, violência física, castigos, tortura, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência prévia de exames clínicos como teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências encontradas em todos os lugares visitados”, enumerou. Garcia apontou, ainda, que o modo de tratar ou a proposta de cuidado apresentada visa forjar como efeito ou cura da dependência a construção de uma identidade culpada e inferior, em que, segundo ele, substitui-se a dependência química pela submissão ao ideal, mantendo submissos, inferiorizados, os sujeitos que são tratados. “A maioria dessas práticas sociais adota a opção por um credo pela fé religiosa como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, essa escolha conduz à violação de um direito, escolha de outro credo ou a opção de não adotar nenhum, ou seja, não seguir nenhuma crença. Na prática desses lugares, conforme relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras, até porque não existe outra possibilidade”. Outro ponto destacado por Cláudio Garcia Capitão foi o de, na maioria dos locais visitados, não existirem funcionários, apenas religiosos, pastores, obreiros, quase sempre ex-usuários convertidos. “Constando poucos profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem são encontrados. E onde estão presentes, as suas atuações são submetidas a princípios religiosos e morais. Poucos se orientam pelos saberes técnico-científicos, mas, essencialmente, poucos se orientam pela ética e saber”, alerta. O representante do CFP também apontou outras questões, como a falta de higiene nessas comunidades, a utilização de usuários em tratamento para trabalhos não remunerados (laborterapia), o tratamento diferenciado entre os pacientes com recursos financeiros para os de pouco ou sem recursos e a internação de menores nessas unidades sem a presença dos pais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 189-90).

Enfim. Percebemos que conteúdos controversos acerca destas realidades não nos faltavam. Em nossas discussões, percebíamos que, expostas à essas situações de violência

e profunda aniquilação objetiva e subjetiva de suas vidas, essas pessoas, muitas vezes, viam-se obrigadas a continuar se submetendo a essas condições, como seres inferiores, dependentes químicos, culpabilizados por suas “más escolhas” pelo caminho das drogas, sujeitos problemáticos e que deveriam ser submetidos a um cuidado específico para se “curarem”.

Esse conferir identidades estáticas às pessoas também as confere um mundo reduzido de possibilidades, com condições e papéis a serem seguidos. Essa atitude desconsidera, porém, uma série de contingências nas quais estão imersas, assim como nos indica Ciampa:

Cada indivíduo encarna as relações sociais, configurando uma identidade pessoal. Uma história de vida. Um projeto de vida. Uma vida-que-nem-sempre-é-vivida, no emaranhado das relações sociais. Uma identidade concretiza uma política, dá corpo a uma ideologia. No seu conjunto, as identidades constituem a sociedade, ao mesmo tempo em que são constituídas, cada uma por ela. A questão da identidade, assim, deve ser vista não como questão apenas científica, nem meramente acadêmica: é sobretudo, uma questão social, uma questão política. (...) *identidade é metamorfose*. E metamorfose é vida. (CIAMPA, 1987/2005, p. 133)

A partir disto, vários questionamentos apareciam: que tipo de cuidado é esse que os sujeitos recebem? De que forma de cuidado falamos quando nos remetemos ao uso de drogas? Que impactos essas práticas violentas exercidas impactam a vida destes sujeitos? Como impactam seus processos de metamorfoses identitárias? Que modos de vida produzimos a partir disto? Não estaríamos reconhecendo estes sujeitos de forma perversa, reduzindo seus inúmeros personagens ao único personagem de dependente químico? Como é para o sujeito passar por tantas imposições dentro destas práticas? E isto quando estamos em pleno processo de reforma psiquiátrica? Que possibilidades lhes são dadas? A quais impossibilidades estão submetidos?

Sabíamos que essas questões só poderiam ser melhor esclarecidas a partir do momento em que entrássemos em contato com as realidades que estas pessoas viviam/viveram. Assim, uma vez que o nosso objetivo era compreender quais eram os impactos dos processos de assistência experienciados por pessoas que foram em algum momento de suas vidas internadas em comunidades terapêuticas, somente a escuta das narrativas destas poderia oferecer as informações necessárias para as respostas que procurávamos. Portanto, a escolha pela análise de narrativas de histórias de vida nos pareceu a opção metodológica mais adequada.

2 O MÉTODO: A VIDA DOS OUTROS COMO MATERIAL DE PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa em Psicologia Social Crítica, tomamos como base teórica-metodológica autores das teorias críticas contemporâneas, que oferecem um olhar aguçado e questionador sobre aquilo que há de mais pertinente às realidades da vida humana. Além disso, é esse olhar que nos permite desnaturalizar discursos tão bem estabelecidos, que acabam por provocar efeitos na vida dos sujeitos que, muitas vezes, não se sabe onde se originaram.

Pretendemos, portanto, afastar-nos de métodos positivistas, pois como afirma Lima (2010), esses métodos buscam, com base no reducionismo dos fenômenos e do controle de variáveis, um resultado pressuposto e generalizável. Pelo contrário, como visamos compreender as experiências que os sujeitos tiveram nas comunidades terapêuticas e os efeitos destas nas metamorfoses identitárias, realizamos uma pesquisa de caráter qualitativo.

Sendo assim, trabalhamos com narrativas de história de vida de pessoas que frequentaram essas instituições. A escolha pelo uso das narrativas de vida se dá pelo fato de estas possibilitarem a expressão de uma perspectiva histórica, pessoal e social dos sujeitos, promovendo uma visão mais ampla de suas vivências e contextos em que foram sendo construídas. Lima (2010) e Ciampa (1987/2005) têm mostrado como as coletas de narrativas de história de vida têm sido uma forma apropriada para obter as informações necessárias para a compreensão de como ocorrem as construções identitárias: as metamorfoses, as anamorfoses e formas de reconhecimento, objetos priorizados neste estudo. No caso desta pesquisa, detemo-nos na face completa da entrevista, visto que a partir de relatos mais livres pudemos melhor apreender sobre as vivências e processos complexos envolvidos nas práticas que aqui problematizamos, assim como os impactos destas na vida destes sujeitos (MINAYO, 2010).

Finalmente, a escolha pela análise de narrativas dos indivíduos que frequentaram as comunidades terapêuticas justifica-se pelo número reduzido de pesquisas que incorporam a participação desses agentes e por saber da importância deles nos processos de cuidado envolvidos, assim como na responsabilização, negociação e modificações no sentido de aproximar as necessidades com os desejos de saúde, reconhecendo-os como sujeitos de produção e não simplesmente indivíduos assujeitados ao seu processo de produção de cuidado.

2.1 Os participantes da pesquisa

As entrevistas de história de vida foram realizadas seguindo o objetivo e o objeto da pesquisa. Buscamos sujeitos maiores de 18 anos, tanto do sexo feminino como masculino, residindo em qualquer estado do Brasil, e que já tivessem sido assistidos por CT's por, no mínimo, três meses, tempo que consideramos necessário para que os sujeitos tivessem melhor se apropriado sobre os processos de assistência que experienciaram nestas instituições.

Nossa amostra se deu por conveniência, a partir de indicações de informantes que passaram por tratamento do uso de drogas em CT's. Antes de passar à fase de campo, o projeto de pesquisa foi devidamente submetido ao comitê de ética responsável, tendo parecer favorável sob o número 751.126, em 14/08/2014.

Depois de realizada esta etapa, fomos em busca de possíveis participantes que estariam dentro do espectro que compunha nosso interesse de pesquisa. Foram-nos indicados dois sujeitos do sexo masculino, por profissionais que já haviam trabalhado neste campo. Depois de indicados, entramos em contato direto com estes, explicitando a situação de estudo de mestrado e detalhando o projeto de pesquisa, indagando sobre sua disponibilidade quanto à participação na mesma. Foram, então, marcadas data e horário para realização da entrevista com cada um dos participantes de forma a garantir o maior conforto e privacidade possível para os mesmos.

A inclusão efetiva dos participantes na pesquisa somente ocorreu após assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) – sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação dos resultados. No momento de entrega do termo, que estava impresso em duas vias, foram explicitados os objetivos da pesquisa, o tipo de participação dos indivíduos (a narrativa da história de vida, o uso do gravador etc.), os riscos e benefícios, e a garantia do sigilo, além da possibilidade de devolutiva, se assim quisessem, com os resultados da pesquisa. Depois de lido e devidamente assinado o termo, foram iniciadas as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em novembro de 2014, sendo devidamente gravadas com aparelho de áudio específico para tal atividade. As mesmas eram realizadas partindo das seguintes perguntas orientadoras: “quem é você?” e “como você se tornou

quem você é hoje?”. De acordo com o andamento das entrevistas, algumas outras perguntas foram feitas, contudo de uma forma aberta e não previamente estruturada.

A primeira entrevista foi realizada por Skype, pois um destes participantes não residia em Fortaleza/CE e consideramos oportuno entrar em contato com ele através de tal ferramenta. Esta entrevista totalizou, em média, duas horas de duração. A segunda entrevista foi realizada pessoalmente, no local de escolha do sujeito, também com data e horários previamente agendados. Esta entrevista ocorreu em dois momentos, pois não foi possível concluí-la em apenas um, totalizando, aproximadamente, quatro horas de duração.

Depois de realizadas as entrevistas, passamos à fase de transcrição, sendo cada uma destas transcritas de forma literal, para manter maior fidedignidade na análise das falas dos sujeitos. Depois de transcritas as entrevistas, entramos em contato com os participantes, novamente, para avisá-los de que enviaríamos as entrevistas na íntegra para que pudessem ler e dar seu consentimento quanto à fidedignidade dos conteúdos por eles expostos e ali transcritos. Os dois sujeitos deram retorno com sua devida concordância.

No que se refere à análise das narrativas, que foram a base para a realização da pesquisa, seguimos a proposta apresentada por Ciampa (1987/2005) e Lima (2010), que consideram as narrativas como possibilidades que os sujeitos têm para apresentar suas identidades, compreendendo-as como metamorfoses em busca de reconhecimento que se expressam por meio de personagens (CIAMPA, 1987/2005; LIMA, 2010; LIMA, CIAMPA, 2012). Organizamos cada uma das personagens vividas pelos sujeitos de modo a construir cada trajetória individual.

Conforme poderá ser observado ao longo das próximas páginas, dividimos as narrativas dos participantes em momentos importantes de suas vidas, destacando os processos experienciados quando nas CT's, os impactos dessa experiência nas metamorfoses de suas identidades, a forma como se posicionam atualmente frente ao uso de drogas e ao modo como pensam o cuidados dos “outros”. Foi a partir deste percurso metodológico que buscamos dar voz aos sujeitos, para que falassem de sua história e dessem seu testemunho. Para Lima (2010, p. 84), “uma vez que não descrevemos o passado simplesmente, mas o articulamos com nosso presente e nossos projetos futuros, também podemos dizer que essa ação aparece como uma forma de resistência à massificação e à serialidade”.

Essa organização e análise de cada personagem ofereceu elementos para que pudéssemos avançar em nossas discussões. Para manter o sigilo ético da pesquisa, demos nomes fictício aos participantes, quais sejam Francisco e Antônio, nomes escolhidos de forma livre por nós, por considerarmos marcar fortemente os personagens brasileiros do nosso dia-a-dia. Após as análises das narrativas de histórias de vida de Francisco e Antônio, tecemos nossas considerações finais, onde apresentamos o que apreendemos com a pesquisa.

3 AS NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE FRANCISCO E ANTÔNIO

Antes de adentrarmos as análises das narrativas dos participantes da pesquisa, consideramos oportuno fazer um breve resumo das histórias narradas por eles, para melhor contextualizarmos os entendimentos que serão expostos.

Francisco é um homem brasileiro, de uma família de classe média, e tem 44 anos de idade. Descreve-se como sendo gremista, um cara de esquerda, que gosta muito de arte, música e teatro. É cientista social, com mestrado em Educação e está realizando seu doutorado no momento, em Ciências Sociais. É também budista, e gosta de participar dos rituais da religião.

Por volta de 12 anos, ganha um livro do pai, intitulado “A ilusão das drogas”, o primeiro livro sobre drogas que leu. Ao terminar a leitura, decide que iria, em algum momento de sua vida, passar pela experiência de usar algum tipo de substância psicoativa, pois como ele mesmo relatou, “*os capítulos sobre LSD eram maravilhosos!*”. Acreditava que, por ter lido esse livro, que era de um caráter preventivista quanto ao uso de drogas, estaria livre de qualquer tipo de problemas quanto a estes usos, pois já tinha conhecimento sobre o assunto.

Narra sua primeira experiência como sendo com uso de maconha, por volta de seus quatorze ou quinze anos, experiências que eram compartilhadas sempre com os amigos, e as quais considerava como sendo muito tranquilas. Porém, em uma dessas noites com amigos, pela falta de maconha, fazem uma chá de uma flor chamada Beladona, extremamente alucinógena. Vai pra casa e, nas palavras dele, fica “*muito louco*”, perdendo completamente a consciência.

No dia seguinte, acorda em uma clínica especializada no tratamento de uso de drogas, e nela vive acontecimentos que evidenciavam os aprisionamentos e violências presentes em tais instituições. Depois desta internação, Francisco relata ter começado a usar cocaína, período que se estende por volta de 10 anos em sua vida. Porém, neste momento, considera que seu uso de drogas é problemático, e passa a procurar ajuda. O pai sugere que ele vá para uma comunidade terapêutica, na qual ficou por nove meses, comunidade que considerava séria e compromissada, e que afirma tê-lo ajudado muito.

Francisco afirma que nesta instituição ainda sentia os mesmos incômodos anteriores, quanto à violência e aprisionamentos vivenciados. Porém, em um determinado momento, passa a olhar as CT's "*com bons olhos*" e sente dificuldade em nomear tais incômodos. Mesmo assim, mesmo ressaltando a ajuda que a instituição o forneceu durante um momento de sua vida, as contradições se intensificavam. Na época não tinha muitas referências para analisar as CT's, apenas o contraponto que fazia com as clínicas pelas quais havia passado e as quais considerava horríveis por serem muito violenta e normatizadoras em seus tratamentos; por isso, a comunidade terapêutica "*era o melhor dos mundos*".

Alguns conflitos se instauraram, principalmente, quando se deparava com alguns limites impostos pela comunidade, como proibição de literatura não-cristã, violação das cartas recebidas, etc. Sabia que havia algo errado, mas por vezes não conseguia identificar especificamente o quê. Contudo, isso não o impediu de seguir acessando e tentando nomear seus incômodos. Questionava os serviços, alegando não ser um "*dependente químico*" e discordando de uma série de práticas. Porém, logo percebe que "*falar a língua das comunidades terapêuticas*" seria mais eficiente quanto ao seu processo de alta. Assim o fez, e logo conseguiu ser liberado da internação.

Os pontos de ruptura com esse modelo de assistência se deram em seguida, principalmente quando começou a trabalhar com usuários de drogas, aproximando-se de programas de educação popular e práticas de redução de danos. Percebeu, então, que havia "*camadas da realidade*" que nunca antes havia acessado, e que no momento que as acessou, isso promoveu uma enorme ampliação em sua forma de ver e encarar as relações com o uso de drogas de uma forma geral.

Dedica-se, então, aos seus estudos formais, entrando na faculdade e aprofundando suas críticas quanto às realidades que envolviam os usuários de drogas. Hoje em dia, é um teórico crítico aos modelos assistenciais com enfoque proibicionista ou que visem

exclusivamente à abstinência, aos modos violentos de funcionamento das comunidades terapêuticas e outras instituições de cuidado para usuários de drogas, desenvolvendo estudos na área de educação popular em saúde e programas de redução de danos a nível nacional.

Francisco destaca, também, a importância da religião nestes seus processos de formação crítica quanto às realidades sobre as quais pensa e discute quanto ao uso de drogas. A partir de reflexões promovidas pela mesma foi possível questionar seu lugar enquanto sujeito destes processos, as sistemáticas normativas nas quais estava envolvido e de como se via diante daquilo que era mais comumente estabelecido para pessoas que faziam um dito uso problemático de drogas.

Hoje em dia considera ter uma postura crítica e consciente em relação ao uso de drogas. Divide-se entre suas paixões de realizar seus estudos críticos sobre tais usos, discutindo sobre os processos de estigmatização, as formas iatrogênicas de se produzir saúde e as variadas formas de tratamento violentas presente na realidade brasileira, além de suas paixões por música e teatro.

Antônio é também um homem brasileiro, nascido em uma família de classe média, com 41 anos de idade. Começa se descrevendo a partir de sua profissão de psicólogo, seu número de registro no conselho profissional, onde mora, com quem mora e como foram suas relações afetivas e familiares até o momento. Além disso, afirma ser um “*dependente químico em recuperação*”, e que foi a partir destas experiências com o uso de drogas que construiu o processo idealizador da comunidade terapêutica que hoje dirige. Ao longo de sua narrativa, mostra extenso conhecimento sobre o funcionamento do “*mundo das drogas*”, sobre tipos e formas de tráfico, tipos de drogas, como e onde consegui-las, como funcionam as negociações, atividades policiais e corrupção, taxas a serem pagas para policias e traficantes etc.

Antônio discorre, também, sobre sua vida familiar e os vários conflitos que tinha com os pais por causa de seu uso de drogas, que se deu desde o começo de sua adolescência. Participava de gangues, fazia pichações com colegas também usuários de drogas e não tinha muito gosto pelos estudos. Entretanto, aos 16 anos, quis ter uma filha, e atingiu esse desejo; isto, porém, o convocou a uma vida adulta a qual considerava não ter ainda a maturidade necessária para assumir. Mesmo assim, casou-se, e teve uma série de problemas com a esposa; por muito tempo sofreu com a situação, quis se divorciar, mas não conseguia. Essa relação problemática também ocasionou problemas com a filha,

com a qual não sente que tem muito proximidade ou intimidade até hoje. Segundo ele, a esposa era sempre muito crítica, queixosa e insatisfeita com a relação, o que refletia na sua relação com a família como um todo. Conseguiu divorciar-se somente depois de muitos anos, e hoje não tem muito contato com a ex-esposa.

Com o casamento e o nascimento da filha, começou a trabalhar. Trabalhou em vários locais, com várias funções. Destaca um episódio quanto a isto. Diz que era conhecido pelos amigos como o aditivador das drogas (aquele que prepara a droga, fazendo as misturas necessárias entre substâncias para depois ser realizado o consumo). Logo em seguida, consegue um emprego em um posto de gasolina, no cargo de aditivador, também responsável pela mistura de substâncias do combustível. Diz que se “*achava o máximo*” por isso, e que gostava de ter essa atitude, diante dos outros colegas também usuários de drogas, de quem tomava a frente no que dizia respeito tanto à compra como ao preparo das drogas.

Neste mesmo período de sua vida, seus pais se mudaram para Fortaleza. Ele, entretanto, escolhe continuar morando na cidade natal, achando o caminho livre para fazer o uso de drogas sem maiores repressões por parte da família. Aumentou, assim, tais usos e a compra de drogas, para ele e para os colegas. Relata que não sabia dizer “*não*” a ninguém. Porém, em um dos dias que foi realizar essa compra, foi pego pela polícia e passou uma noite preso. Essa experiência foi extremamente aversiva para ele, o que mudou algumas de suas atitudes quanto a isso.

Começa a procurar instituições de ajuda, e passa por uma série de internações. Questiona muitos dos modos de funcionamento destas instituições, principalmente quanto às imposições religiosas exercidas e a obrigação das atividades laborais.

Além destes questionamentos, também não concordava, inicialmente, com a exigência de total abstinência imposta pelas CT's, assegurando seu desejo de continuar fumando maconha. Porém, era sempre questionado quanto a isto, ouvindo discursos que defendiam a necessidade de total abstinência para a recuperação da doença da adicção da qual sofria.

Depois de algumas internações, começa a mudar sua forma de pensar, e passa a se ver como alguém muito rebelde. Tenta parar o uso de maconha, mas encontra grandes dificuldades para tal. Afasta-se, assim, das pessoas que compunham os grupos de usuários que participava, que para ele, passaram a ser grupos de pessoas que são “*eternos adolescentes*”. Muda-se para Fortaleza com a esposa e a filha, interna-se novamente e se

sente mais engajado nos processos. Descreve as reuniões das quais participava, explicando como eram as atividades e o modo de funcionamento das CT's. Embora descreva essas atividades como extremamente confrontativas e opressivas, considerava-as necessárias nestes processos de tratamento, pois se tratavam de uma técnica de motivação para promoção de reflexão por parte dos sujeitos envolvidos.

Diminui seu uso de álcool e drogas depois de alguns meses de internação. Ao sair, percebe em si um grande desejo de montar sua própria comunidade terapêutica e poder promover esse tipo de assistência a outras pessoas que também estivessem imersas nessas questões. Anteriormente já havia cursado alguns semestres de informática em nível de formação superior, mas nesse momento, diante de seu desejo, decide fazer ou Administração ou Psicologia. Entra, então, no curso de Psicologia, e se forma na área. Sua graduação foi toda voltada para o desenvolvimento da temática, e antes mesmo de finalizá-la, já tinha projetos em andamento para a construção da comunidade terapêutica.

Depois de muitos estudos e práticas, unidos à sua experiência de vida, considera que hoje reconhece um usuário de drogas “*só de olhar*”. Fala de seus comportamentos, de suas habilidades sociais reduzidas, do “*maconheiro como um eterno adolescente*”, da forma de eles andarem e se comunicarem, o que o auxilia no desenvolvimento de seu trabalho atualmente. Diz em vários momentos da entrevista que, assim como ele vê muitos dos sujeitos que frequentam sua comunidade hoje em dia, ele era muito rebelde e ressentido, com a família e com as oportunidades que não teve em sua vida, e que isso parece ser uma marca dos usuários de drogas. Isso acaba refletindo nas relações dos mesmos, de uma forma geral, sendo por isso necessário um processo ativo que vise a reflexão sobre a dependência química como uma “*doença progressiva, incurável e fatal, que afeta todas as áreas da minha vida, o lado físico, mental e espiritual*”.

Sempre que recebe um novo sujeito em sua comunidade, explica isso para as famílias que os acompanham, dando sua história de vida como exemplo, como fez para superar essas dificuldades e ser hoje um “*dependente químico em recuperação*”. Diz que isso ajuda muito as famílias, que se reconhecem em sua história de vida e os ajuda a tentar superar os problemas ocasionados pela droga.

Hoje em dia, é um dos dirigentes da comunidade, junto a um sócio, e mostra grande engajamento no trabalho que lá exerce. Relata que está mais à frente da parte administrativa da instituição, mas que quer muito voltar a fazer atendimentos a nível

assistencial. Prioriza os “Doze Passos” tanto em uma perspectiva pessoal como profissional.

Depois de expostos tais detalhes de suas narrativas, destacaremos a seguir algumas falas específicas dos participantes, dando voz às personagens de cada um e assinalando as metamorfoses identitárias experienciadas ao longo de suas vidas. É importante ressaltar que, como aqui possuímos um foco específico, direcionaremos nosso olhar às personagens que estão mais estreitamente ligadas à questão do uso de drogas e as experiências concernentes às CT’s. Sem dúvidas, há inúmeros outros personagens na vida destes participantes, mas por nossa limitação, precisaremos fazer tal recorte.

Discutiremos aspectos comuns narrados por eles, visando mostrar que, mesmo experienciando os acontecimentos de forma diferenciada, mesmo encarando certos aspectos dessas vivências de forma distinta e construindo diferentes personagens, há uma linha que une as histórias dessas pessoas, o que nos permite dizer, assim como Ciampa (1987/2005, p. 221) que “o particular materializa o universal na unidade do singular”.

3.1 As primeiras experimentações e suas consequências

3.1.1 Francisco

Ao final desse livro, eu tava decidido que eu ia passar por essa experiência, de usar substâncias em algum momento, sobretudo LSD, porque os capítulos sobre LSD são maravilhosos.

Francisco

Francisco é uma pessoa que, desde bem jovem, sempre teve acesso e gosto pelas leituras. Relata que a atividade de ler sempre foi incentivada em sua casa, algo que o pai fazia com gosto para os filhos, por não ter ele mesmo tido isto em sua infância e adolescência. Por volta de seus 10 anos, seu pai comprou uma grande leva de livros para os filhos e, dentre estes, teve acesso à sua primeira literatura sobre drogas: o livro intitulado “A ilusão das drogas”. Ao terminar a leitura do livro, diz que:

Então eu, tinha muito claro que eu ia passar por essa experiência, que ia experimentar as substâncias, enfim. E por alguma razão eu também acreditava que o fato de eu ter tido acesso a uma literatura preventiva, o fato de eu saber que lidar com essas coisas era algo perigoso, eu achava que eu, o simples fato de eu saber disso seria o suficiente pra eu evitar, talvez, qualquer tipo de

problema com uso abusivo, eu achava que eu poderia simplesmente passar por uma etapa de experimentação e sair disso tranquilo.

Sua análise sobre o uso de drogas começa bem cedo. Não somente se preocupava em conhecê-las, mas ler sobre elas, experimentá-las, começando já a esboçar suas primeiras expressões críticas. Mesmo tendo lido um livro preventivista quanto ao uso de drogas, toma a própria decisão de fazer tais usos em algum momento de sua vida. Francisco começa já a construir e nos mostrar uma personagem marcante em vários momentos de sua vida, o *questionador*, personagem que atravessa sua forma de pensar, de agir, de fazer escolhas, de tomar decisões e de se relacionar. Prioriza uma análise crítica das situações pelas quais passa, estando sempre em processo de reinvenção, de metamorfose.

Francisco, contudo, ressalta neste ponto estar em uma fase ainda bem jovem em sua vida. Muito ainda tinha a viver e a se transformar. Mesmo assim, neste momento, acreditava que o fato de ter lido o livro e esclarecido algumas questões quanto às drogas já era garantia de que nada sairia do seu controle. Sua postura atual, porém, através deste seu relato, já nos mostra um certo questionamento disto, uma vez que o uso que fez das drogas nem sempre se deu de forma tranquila, como veremos a seguir.

Esses usos começam, portanto, em sua adolescência, por volta de seus quatorze ou quinze anos. Neste momento, considerava serem as experiências com uso de drogas tranquilas e sempre compartilhadas com amigos:

Então aquilo que eu considerei, na época, como sendo a minha primeira experiência com drogas foi ali nos meus, passagem dos quatorze pros quinze, mais ou menos, a minha primeira experiência com maconha, através de amigos que conseguiram, enfim, a gente acabou experimentando juntos. Eu já tinha, antes disso, bebido, mas eu não entendia aquela experiência com álcool como tendo uma experiência com drogas, porque pra mim, eu significava as drogas como sendo substâncias ilícitas, né?

Francisco toca, aqui, em um ponto interessante. É muito comum pensarmos, ao falarmos de drogas, que nos remetemos somente às chamadas drogas ilícitas, amenizando o impacto que determinados tipos de drogas têm em nosso cotidiano e “demonizando” outros tipos. Simões (2008, p. 13), esclarece-nos bem essa questão ao assinalar que:

Deve-se ressaltar que mesmo entre os próprios especialistas das ciências biomédicas não há acordo no que diz respeito ao sentido preciso do termo droga. Na linguagem mais técnica, 'droga' serve para designar amplamente qualquer substância que, por contraste ao 'alimento', não é assimilada de

imediatamente como meio de renovação e conservação pelo organismo, mas é capaz de desencadear no corpo uma reação tanto somática quanto psíquica, de intensidade variável, mesmo quando absorvida em quantidades reduzidas. Nesse plano, estamos falando de substâncias tão diferentes como a cerveja, a cocaína, a jurema e o diazepam.

As drogas fazem parte de nosso cotidiano, da nossa atividade mais rotineira. Diferente do que comumente se pensa, a determinação do que é uma droga lícita e ilícita não parte apenas de uma decisão quanto aos compostos de uma substância ou unicamente de sua atuação no organismo. Esse contrato, primeiramente, é feito pela cultura, pelos indivíduos que a compõem e pelos sentidos atribuídos às drogas que fazem parte de nosso dia-a-dia.

(...) a categorização social de uma substância como “droga” e sua classificação jurídica como “entorpecente” dependem muito mais de uma convenção social e cultural. Isso quer dizer que o conceito “droga” e a diversidade de substâncias que ele compreende em seu perímetro devem ser considerados o produto, por natureza provisório, de lutas simbólicas e científicas, tanto quanto políticas e sociais: a fronteira que separa a classe das drogas ilícitas e a classe dos produtos psicoativos lícitos é bastante permeável, como nos ensina a história (BERGERON, 2012, p.8-9).

Francisco nos mostra o quanto isto está arraigado em nossa cultura através de seu próprio exemplo, quando adolescente, fazendo essas mesmas distinções: *beber cerveja não era fazer uso de drogas, fumar maconha, sim*. Obviamente, o uso da droga nem sempre foi moralmente repreendido. Em várias sociedades antigas, as drogas que hoje conhecemos como nocivas eram usadas para diversos fins, sob regulações culturais, religiosas, farmacológicas ou profissionais, marcando eventos sociais, reuniões grupais e diferenciações entre classes de indivíduos. Foi somente a partir da segunda metade do século XIX que o uso regulado, e depois compulsivo, independentemente de qualquer contexto terapêutico, começa a se desenvolver (BERGERON, 2012), caindo, assim, em questões de avaliação moral, judicial e médica.

Nesse momento de sua vida Francisco segue seu uso de drogas, sempre com os amigos, o que considerava uma experiência prazerosa, rica e tranquila. O *usuário de drogas de forma tranquila* estava sempre na roda com os amigos, e não fazia simplesmente uso de drogas, mas tocava violão, conversava sobre filosofia, política, jazz e artes de forma geral, lugar onde podia expressar livremente o *artista, o músico, o militante político*, todos personagens importantes e marcantes na sua forma de representar-se. Assim, para ele, usar drogas não se tratava do simples uso de substâncias

psicoativas com um objetivo específico de alterar seu nível de consciência, mas um uso relacionado a um momento de compartilhar, de trocar prazeres, saberes e realizar-se enquanto ser social naquele determinado grupo.

Como podemos perceber, já traz na adolescência elementos importantes no tocante ao uso de drogas que se desenvolverão ao longo de sua vida, tanto quanto à postura que tem diante dos usos como sua forma de desnaturalizar certos aspectos, evidenciando já seus processos de metamorfoses. Porém, considera que terá seu primeiro problema com as drogas alguns anos mais tarde, como explanaremos no tópico seguinte.

3.1.2 Antônio

(...) eu falava assim, como o adolescente, ao menos eu não sei, do sexo masculino, ele é muito homem da caverna.

Antônio

Antônio destaca alguns fatos específicos quanto à sua adolescência no local onde nasceu, revelando os impactos que estes tiveram em sua história.

(...) onde eu me criei a juventude, lá tinha essa questão de gangue, essa questão de briga, essa questão de pichação. E eu acabei me envolvendo com isso, eu achava bonito isso. Isso aí era algo que trazia, era valor. (...) eu falava assim, como o adolescente, ao menos eu não sei, do sexo masculino, ele é muito homem da caverna. Ele quer ser o mais bonito, quer ser o mais forte, quer bater nos outros, quer que os outros sirvam ele, e tem essa questão de tá junto, pra junto ter força pra vencer os outros. E eu vivi isso muito bem. (...) Então minha história de vida começou dessa forma. Então, com 16 anos, eu tive a petulância de querer assumir uma filha, sem ter condições, porque com 16 anos não tem como uma pessoa assumir uma filha sem ter terminado o segundo grau, sem ter profissão, sem ter nada. E eu fui começar a trabalhar, eu fui trabalhar de ajudante de pedreiro, ajudante de bombeiro, ajudante de eletricitista, fui trabalhar de garçom, fui trabalhar de faxineiro, fui trabalhar de chapeiro, fui trabalhar de caixa, trabalhos onde a questão de escolaridade não tinha. (...) eu era assim, muito rebelde. Tinha essas questões todas.

Desde cedo, múltiplos personagens já começam a entrar em conflito na vida de Antônio. Primeiramente, é o *adolescente homem da caverna*, que deve buscar seu reconhecimento através de atos demandados pela cultura das gangues. Revela, nessa fala, as relações de poder imbrincadas em nossas formas de convívio com o outro, e como se implicava nisso. Assim, ter poder era ser reconhecido enquanto membro daquele grupo, queria viver isto, e deveria se submeter a certas regras, sem maiores resistências.

Além disso, a personagem *pai* aparece também bem cedo e entra em conflito em vários momentos de sua vida. Este personagem evoca outro, o *trabalhador*, que deve se lançar no mercado de trabalho para, somente assim, poder promover o sustento de sua família. Lamenta estes acontecimentos, pois os mesmos acabaram influenciando de forma não muito positiva sua vida de formação acadêmica, principalmente, o que acarretava, ainda, vários outros impactos, como uma relação complicada com a esposa e a família nuclear.

Interessante se faz o fato de que se considera *rebelde*, personagem que aparece também em outros momentos, como veremos. Porém, sua rebeldia parece nunca ser positivamente encarada. Foi a sua rebeldia que o fez ser pai cedo, que o fez ter que trabalhar logo em sua adolescência, que o fez se envolver com gangues, e que o fez, também, iniciar o uso de drogas:

E, eu nesse caminho, tava usando droga. Comecei a fumar maconha com treze anos. O pessoal não queria. Então, fumar maconha era normal? Mais ou menos.

Mais ou menos normal. Como discutimos anteriormente, tendemos a distinguir as drogas, entre lícitas e ilícitas, e como Antônio coloca, também como normal ou não. Para ele, fumar maconha não era tão normal assim, as pessoas não queriam que ele fizesse tal uso. Mais uma vez, tal discussão se coloca como bem atual. Aqui não pretendemos dizer se é normal ou não fazer o uso de drogas, se deve ser feito ou não. O que pretendemos levantar como discussão é o uso constante das mesmas e seu histórico na vida dos sujeitos, independente da avaliação moral, jurídica ou cultural que se faz delas. As drogas fazem parte da vida humana. Isso nos parece um fato que não se pode negar. Observar, portanto, o processo social, histórico, econômico que envolve esses usos é de extrema importância para discussão e análise crítica de tal tema. Sobre isto, alguns pontos são importantes de serem levados em conta.

Como já começamos a discutir anteriormente, foi por volta do início do século XIX que as políticas adotadas no que se referia ao uso de drogas ilícitas, pela quase totalidade dos países, passaram a ter como principais pilares os modelos moral e criminal, o que concedia prioridade às ações referentes ao campo da Justiça e Segurança (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012; MACHADO; BOARINI, 2013). A ênfase estava nas estratégias repressivas, proibicionistas, punitivas e com foco voltado unicamente para

a abstinência total de qualquer consumo de drogas, relegando ao segundo plano a prevenção ao uso ou mesmo uma análise mais ampla do papel das drogas em nossas vidas.

De forma semelhante, Simões (2008, p. 14) aponta que as drogas foram, na atualidade, associadas unilateralmente ao perigo para a saúde pessoal e coletiva, como aspecto de crime e violência urbana.

Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte a discussão do tema, promove uma distorção decisiva, já que tende a atribuir à existência de 'drogas' o sentido universal de encarnação do mal e a tratá-lo como um problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio de proibição e da repressão. Há, pois, pelo menos dois sérios inconvenientes com a acepção convencionalmente predominante que identifica o uso de 'drogas' com o abuso de psicoativos ilícitos. Em primeiro lugar, ela confina a discussão ao âmbito da patologia da drogadição: drogas seriam substâncias usadas por 'viciados' ou 'dependentes' e, por conta disso, acarretam graves problemas à saúde pessoal e à ordem pública. Em consequência, a própria existência de 'drogas' é tida unilateralmente como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Compõe-se assim o cenário familiar da “guerra às drogas” com sua seqüela de estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, numa espécie de espiral viciosa que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão.

Essa perspectiva que coloca o uso de drogas como uma doença, uma adicção, é extremamente atual e marca de forma decisiva a postura de Antônio quanto ao uso de drogas ao longo de sua vida, como veremos mais propriamente ao longo desse estudo.

Além disto, destacamos ainda a “guerra às drogas” como algo extremamente presente em nosso cotidiano. Passos e Souza (2011) indicam uma visão ampla quanto a este tema, especificamente no contexto brasileiro. Para estes autores, vivemos, no Brasil, na década de 80 e no começo da década de 90, o fracasso do “milagre econômico”, o alto índice de inflação, a explosão demográfica nos grandes centros urbanos (o que aumentou os cinturões de pobreza nas periferias e favelas), o desemprego conjuntural, o sucateamento da educação pública, o aumento da violência urbana e a falência do modelo econômico nacional, o que acabou por acompanhar o aumento do mercado ilícito. É nesse contexto que o tráfico de drogas toma repercussões nacionais e internacionais.

As disputas por pontos de venda de drogas e o enfrentamento direto com a polícia agregaram ao mercado de drogas o mercado de armas, dando início a uma guerra civil. No âmbito internacional, as drogas e o terrorismo passaram a substituir gradativamente o comunismo como figura ideológica de ameaça à democracia, o que gerou uma política de “guerra às drogas”, liderada pelos Estados Unidos, primeiramente, mas depois dissipadas por vários outros países (PASSOS; SOUZA, 2011). Há, portanto, uma aposta permanente

na guerra como forma de manter a ordem social, destituída de seu caráter de exceção (discussão desenvolvida por Agamben (2004), como discorreremos um pouco mais adiante), passando a ter uma perspectiva de algo contínuo nas sociedades. O usuário de drogas será tido, portanto, como a encarnação do inimigo a ser combatido, que representa o mal nas relações e deve ser denunciado e combatido sempre que possível.

Dentro deste contexto, há a formação de uma política de identidade² para aqueles que usarem drogas, política esta que acaba por determinar o local do sujeito como uma encarnação de um mal, alguém a quem se deve temer e se evitar a qualquer custo, um sujeito perigoso, o marginal, sobre quem não é possível prever comportamentos. Passa, conseqüentemente, a ser indesejado, muitas vezes não tolerado por grande parte da sociedade. É melhor, então, que não se faça uso de drogas, como bem foi colocado para Antônio, pois não é *assim tão normal*. Essa perspectiva, muitas vezes, é repassada de forma acrítica, ahistórica, naturalizada, como sendo as drogas encarnadas de um mal substancial.

É dentro deste contexto e desta período histórico de acirramento da “guerra às drogas” que Francisco e Antônio vão fazendo o uso de substâncias específicas. Esses usos se desenvolvem até chegar ao ponto de Francisco e Antônio precisarem ser internados em clínicas de assistência a usuários de drogas e comunidades terapêuticas.

3.2 As internações e as experiências de tratamento

3.2.1 Francisco

Olha cara, se eu disser aquilo que eu realmente acredito aqui, isso pode ser muito pior pra mim. Então eu vou fazer o discurso do cara que está aceitando o tratamento de bom grado, né?

Francisco

Francisco relata que a primeira vez que precisou ser internado foi depois de um episódio que experimentou um chá de Beladona, uma flor tóxica e altamente alucinógena, no mesmo grupo de amigos com os quais usava maconha. Depois de consumir tal

² Segundo Lima (2010, p. 194), as “políticas de identidade servem à formação e manutenção de determinadas identidades coletivas, e podem representar um sentido emancipatório ou então regulatório; emancipatório quando ampliam a(s) possibilidade(s) de existência na sociedade, garantindo direitos para os indivíduos; regulatório quando criam regras normativas que muitas vezes aprisionam os indivíduos numa única representação possível de sua identidade, impedindo sua diferenciação”. No caso específico que aqui nos referimos quanto aos usuários de drogas, vemos essas políticas mais com uma perspectiva regulatória.

substância, Francisco teve sua consciência completamente alterada e comenta que “*pirou o cabeção*” no momento em que chegou em casa. Sua família, ao presenciarem seu estado alterado, leva-o, imediatamente, à uma clínica especializada na assistência a usuários de drogas. Deixemos Francisco relatar como foi sua chegada a este local:

(...) em determinado momento eu perdi o contato com o todo total, e no dia seguinte eu acordo, na verdade, no dia seguinte eu fui acordado, né, por um enfermeiro bem grande (risos). Na verdade, eu nem sei se ele era enfermeiro, mas era um cara vestido de enfermeiro, né? (...) [Eu estava] Num quarto que não era o meu, eu olhei pro lado e percebi que era um quarto coletivo (...). E, certamente por efeito da droga ainda, né, eu acordei naquele ambiente totalmente diferente do ambiente que é o meu quarto, mas era como se eu tivesse acordado dentro de um sonho, de você tá numa situação estranha, mas por alguma razão aquela situação estranha não é tão estranha assim. Eu acordei, esse cara me ofereceu ali um par de chinelos, eu vesti, ele me conduziu por uma escadaria até o andar de baixo, onde eu parei, onde eu fui parar numa espécie de assembleia, várias pessoas reunidas, alguma pessoas relatavam as suas experiências com uso de cocaína, né?

Francisco, ainda atordoado, lembra desse ambiente e recebe esse tipo de “acolhimento”. Não há uma preocupação em contextualizá-lo do que aconteceu, de se explicar onde ele está, de como chegou ali ou de como está se sentindo. Uma vez dentro daquela instituição, as regras são as ditadas pelos profissionais que dela fazem parte, devendo ele apenas acompanhá-las. Depois deste breve “acolhimento”, o enfermeiro retorna para conduzi-lo ao atendimento médico. Pela primeira vez, perguntam se ele sabe onde está:

Aí ele [o médico] seguiu me perguntando mais alguma coisa e lá pelas tantas ele perguntou se eu sabia onde eu tava. E aí minha resposta foi muito doida, eu disse que “claro que sei! Eu tô num curso de computação” (risos). Eu tinha feito uma inscrição num curso de computação poucos dias antes, por alguma razão aquilo atravessou ali. Aí o cara olhou pra mim e disse “não, você não tá num curso de computação”. E quando ele disse aquilo, por alguma razão, naquele momento, caiu a ficha, assim, e eu disse “cara, eu tô numa clínica!”. Aí ele disse “sim, você tá numa clínica”.

Nesse momento, então, percebe: havia sido internado! Para ele, passar do personagem de *usuário de drogas de forma tranquila* para *doente internado por uso de drogas* não parecia ser, realmente, algo que estava nos planos. O acolhimento da clínica segue seu fluxo, e Francisco experiencia, ainda, outras mais situações “peculiares”:

Aí eu fui embora dali [da consulta médica], e fui pra uma área que era uma espécie de área de banho, de tomar sol, enfim, era uma área onde o sol entrava mas não era exatamente uma área ao ar livre, era uma área cercada por altos

muros, enfim. Eu me lembro que tinha uma grade no teto (risos). (...) E aí, é curioso porque essa cena, de algum modo, anos mais tarde, eu vendo o “Bicho de Sete Cabeças”, é uma cena muito curiosa aquela cena que aparece, o Rodrigo Santoro conversando com um cara que também é internado naquele manicômio, e era um cara que tava ali há mais tempo, usuário de cocaína injetável, e eles começam a ter essa conversa de modo parecido, assim, né? A gente começa a conversar (...) era um cara de São Luís do Maranhão, nunca mais esqueci disso. Era algo muito comum naquela clínica, eu sei que ainda hoje isso é muito comum também, pessoas que saem dos seus lugares, que vão pra outro lugar do país, ficam internadas por muito tempo, sem receber visita de familiares. Era o caso desse cara, ele já tava há mais de um ano sem ver nenhum familiar, internado. E nesse momento eu falei pro cara, eu digo “ô, mas assim que eu puder conversar com os meus pais eu vou explicar pra eles, porque eu não sou um dependente químico, eu uso de vez em quando, eu uso um baseado de vez em quando”. E aí, muito semelhante ao filme, o cara começou a me dizer, “cara, você não vai conversar com os seus pais, seus pais não vão te visitar, esse lugar não permite visita”. Eu digo “não, mas... então eu vou lá, vou conversar...”. Aí eu contei pro cara que minha entrevista tinha acabado de acontecer, né? E eu disse pra ele “não, eu preciso voltar lá e explicar pra esse médico que o que eu tenho não é real, que obviamente não foi só vinho que me trouxe pra cá, mas ao mesmo tempo eu não sou um dependente de drogas, foi a única vez na minha vida que usei alguma coisa que não era maconha, enfim. Então eu tô precisando ir lá conversar com esse cara, explicar melhor a situação. E ele disse “ô cara, você só vai conversar com esse cara quando ele quiser, não é assim que funciona”.

Aqui aparecem outros vários elementos passíveis de discussão. Primeiro, surge o *questionador*, que grita e recusa veementemente a identidade pressuposta de *doente internado por uso de drogas*, ou ainda, de *dependente químico*. Essa identidade pressuposta (e imposta) lhe parecia tão aversiva, tão dissonante com a forma que via e representava a si mesmo que se fazia impossível reconhecer-se nela. Esta situação nos parece se assemelhar a outra relatada por Lima (2010, p. 253), referindo-se à Ana, uma das pessoas entrevistadas em sua tese de doutorado; afirma: “Tal como Gregor Samsa, personagem de *A Metamorfose*, de Franz Kafka, que acorda metamorfoseado em algo inumano, naquele momento não consegue mais descrever quem é: representa uma anamorfose para si mesma”. Francisco acorda naquele local estranho, e se vê como um sujeito estranho a si mesmo, não se reconhecendo na nova identidade imposta.

O *questionador*, no caso de Francisco, aparece como uma performance de si que expressava a não aceitação de uma personagem que conferia uma identidade pressuposta, ou seja, o *dependente químico*. Francisco quer mostrar suas outras personagens, como a de *usuário de drogas de forma tranquila*, ou até quem sabe o *questionador*, o *filho* que também é. Porém, neste espaço, para ser reconhecido deve abrir mão da possibilidade de se representar em suas outras possibilidades e se submeter à arbitrariedade do especialista

(LIMA, 2010), com quem, assim como o informou o outro interno, só irá falar quando este quiser.

Francisco ainda relata outros fatos quanto a essa internação, de um momento específico em que foi procurar algo para ler e encontra um jornal produzido dentro da própria instituição:

Eu lembro que, que esse jornaleco, produzido ali, em folha de papel ofício, ele tinha uma charge, onde aparecia um cara de olhos esbugalhados, assim, uma cara de apavorado, e aparecia escrito assim “Neozine® na veia”, né, aparecia, uma produção, em termos de charge, que o pessoal internado ali produziu, ou seja, já denunciando o uso de medicação como, né, de modo abusivo.

Vários autores (LIMA, 2010; CIAMPA, 1987/2005; AMARANTE, 1995; GUARIDO, 2007; MARTINS, 2008; SAMPAIO et al, 2011; CASTELLANOS, 2014) denunciam a medicalização dos sujeitos e os efeitos nocivo desta à vida das pessoas em geral. Destacamos, portanto, a denúncia que aqui também faz Francisco, pois na instituição se visa “curar” os usuários de drogas com ainda mais drogas. Aqui entra novamente a discussão sobre o que consideramos ou não drogas, o que já nos levanta uma certa suspeita sobre se não haveria uma avaliação positiva de uma determinada droga somente quando esta indica uma possibilidade de controle dos sujeitos em sociedade.

Além disso, a perspectiva carcerária é colocada pela clínica sem melindres: o teto possuía grades. Isso significava dizer que as pessoas estavam ali não somente para serem assistidas em uma questão de saúde. As identidades pressupostas de *perigosos*, *imprevisíveis* em relação aos participantes também eram presentes; por isso, necessitavam estar presos. Não tinham, também, a menor autonomia para falar sobre si no momento em que ali estavam, algo que ficava a cargo da equipe profissional, que se fazia presente apenas quando melhor julgavam, como informa seu colega de “cela”. Francisco ao discorrer sobre essa situação, revela-nos a perspectiva carcerária e opressora da instituição.

A última coisa que eu me lembro dessa instituição, ainda, era, teve almoço, depois do almoço eles faziam um bingo, né? Onde eles faziam dois sorteios de bingo, e eu, sorte de principiante, eu fui um dos sorteados, né, esse foi o meu primeiro almoço na instituição. E eu ganhei um chocolate. E aí, eu ganhei um chocolate logo depois do almoço, e ato contínuo eu olhei pra pessoa que tava sentada do meu lado e ofereci aquele chocolate, um pedaço né? E a pessoa olhou pra mim com uma cara apavorada, ela olhava pra mim e procurava com os olhos algum daqueles enfermeiros, e me dizia assim muito nervoso “não, não, não!”, e com os olhos ele procurava alguém da instituição, nitidamente

tentando ver se alguém tinha visto aquela cena. Porque se alguém tivesse visto aquilo poderia dar problemas, porque dividir o pedaço de chocolate com alguém por lá poderia resultar em você levar um castigo, alguma coisa.

Aqui, já nos fica bem evidenciado o que o já foi citado no 4º Relatório de Inspeção em Direitos Humanos do CFP (2011): situação de aprisionamento, a falta de autonomia dos sujeitos, imposição de modelos de assistência, proibição de visitas familiares, tratamento opressivo e violento. A partir disto, embora ainda não estejamos tratando especificamente das comunidades terapêuticas, já podemos começar a esboçar um pouco sobre as práticas de assistência das instituições especializadas no tratamento de pessoas que fazem uso de drogas. Porém, ainda é cedo para concluirmos de forma mais ampla sobre algum aspecto mais específico quanto às práticas de cuidado nesse âmbito. Deixemos Francisco continuar com os relatos de suas outras internações.

Sua família, ao perceber a perspectiva opressora desta primeira instituição, rapidamente procura uma forma de tirar Francisco da mesma e enviá-lo para uma outra clínica especializada na assistências a usuários de drogas. Nessa segunda internação, ele percebe algo de fundamental importância:

Esse outro lugar pra o qual eu fui, eu não demorei muito a perceber também o seguinte: que sustentar a ideia de que eu era uma pessoa com o uso não problemático, que eu era uma pessoa que usava só de vez em quando, que eu não era um dependente químico, muito rapidamente eu me dei conta que sustentar esse discurso poderia ser entendido como uma resistência ao tratamento, o que poderia ser enquadrado, sim, como algo que compõe o diagnóstico do dependente químico. Então, rapidamente eu me dei conta de que: “olha cara, se eu disser aquilo que eu realmente acredito aqui, isso pode ser muito pior pra mim. Então eu vou fazer o discurso do cara que está aceitando o tratamento de bom grado, né?” E isso foi uma coisa muito importante também, eu ver isso, assim, o quanto os espaços de tratamento eles são espaços que, de alguma maneira, vão induzir, vão exigir do usuário de drogas em tratamento uma certa modulação do seu discurso pra conquistar algumas vantagens secundárias, digamos assim. “Cara, se eu sustentar a ideia de que eu não preciso desse lugar, eu vou ficar aqui muito mais tempo, né? Então faz de conta que eu preciso desse lugar.” Funcionou.; eu fiquei apenas um mês nesse lugar, né? Quando outras pessoas ficavam lá durante muito, muito, muito tempo, né? E não é à toa que quando eu hoje eu ouço pessoas dizerem assim, ‘ah! O usuário de drogas, ele é um manipulador’, eu só lembro dessas experiências, digo, quem é que tá manipulando quem? Até que ponto o que se chama de manipulação na verdade não é um mecanismo de defesa diante de uma manipulação que, esta sim, é muito perversa, quer dizer, o modo como manipulam o discurso do usuário de drogas para enquadrá-lo na ordem do sintoma.

Francisco é, agora, um *dependente químico de faz de conta*, percebendo o quanto isto é útil para que ele receba alta de tal instituição de uma forma mais rápida. Mais uma vez, traz uma série de elementos nesta sua vivência.

Compreende que deve falar a “língua” das clínicas e CT’s que oferecem assistência aos usuários de drogas, modulando seus discursos e comportamentos. Resgatando noções de Ciampa (1987/2005), podemos dizer que há aí, por parte da instituição onde Francisco se encontra internado, um certo *fetichismo da personagem*, ou seja, uma impossibilidade do indivíduo *ser-para-si*, de representar-se a si mesmo, ocultando a verdadeira natureza da identidade como metamorfose e gerando a chamada *identidade-mito*. Francisco é um dependente químico, e por isso deve se comportar como tal, agir como tal para ser reconhecido dentro daquele espaço e, somente após isso, ser avaliado positivamente em sua evolução para uma possível alta.

É obrigado, assim, a fazer uma “escolha forçada”, como nos indica Safatle (2008): ou escolhe ser o *dependente químico* que irá colaborar com o tratamento; ou será o *sujeito problemático*, questionador e resistente ao cuidado oferecido, o que o aprisionará por muito mais tempo, tanto de forma objetiva como de forma subjetiva. Reduzido de suas inúmeras possibilidades, de seus múltiplos personagens a uma personagem fetichizada, é reconhecido de forma perversa por meio de um jogo de reconhecimento (LIMA, 2010).

Francisco precisa, então, conhecer o sistema para burlá-lo, para não ser completamente capturado por ele e, somente assim, poder resistir a essas formas de vida impostas. Para conseguir sair da CT, deve deixar-se ser *enquadrado* neste diagnóstico. Butler (2015a) possui uma rica discussão acerca dos enquadramentos na contemporaneidade, sendo estes responsáveis pelo reconhecimento dos sujeitos em determinadas categorias de vida. Contudo, antes mesmo de ser considerado como pertencente a uma determinada categoria, sua vida deve ser, primeiramente, qualificada enquanto tal.

Como a autora nos indica: “Se certas vidas não são qualificadas como vidas ou se, desde o começo, não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras” (BUTLER, 2015a, p. 13). Seria a vida de Francisco, assim reduzida a uma doença, a uma patologia, qualificada? Seria sua vida passível de luto, de ser chorada (BUTLER, 2015a)? A precariedade de sua vida é considerada na medida em que possibilita o cuidado, ou acaba por promover mais violência e controle?

Por ora, consideramos que não, a vida de Francisco não é passível de luto. Corroborando com Butler (2015a), entendemos que nem todos os atos de conhecer são, propriamente, atos de reconhecimento, o que se aproxima da ideia de Lima (2010), ao nos informar que, muitas vezes, o problema não é o reconhecimento ou não, mas o tipo de reconhecimento que é oferecido a um determinado sujeito. Esses processos de reconhecimento, que se dão em tantos momentos de forma perversa (LIMA, 2010), reduzem as possibilidades de vida das pessoas, determinando políticas de identidade que regulam a vida humana e delimitam o espaço que cada um deve ocupar (ou não). Assim, Butler (2015a) nos afirma que, quando uma vida se quer fazer inteligível como vida, tem de se conformar a certas concepções prévias, certos enquadramentos que determinam o que é a vida dos sujeitos. Isso, por sua vez, indica-nos que a vida humana não se trata de algo natural, mas antes, de uma produção histórica, influenciada por contingências políticas, sociais, culturais, econômicas etc.

Isto nos aproxima da noção de Agamben (2007) sobre a vida humana enquanto produção, que corrobora com essa ideia e desnaturaliza aquilo que mais comumente chamamos de homem ou de vida humana enquanto qualificada como tal. Para o filósofo, o que chamamos de *homem* é algo produzido, produto este que se constitui por duas dimensões: a *zoé*, a natureza do homem, a vida nutritiva em Aristóteles, ou vida nua para Agamben, como existência biológica; e a *bíos*, aquela dimensão atravessada pela linguagem, a esfera da pólis, que lança o homem da *zoé* ao *politikón zôon* (animal político), a qual também podemos chamar de cultura.

Com o ingresso da *zoé* na esfera da pólis, há a politização da vida nua, evento decisivo na Modernidade. Assim,

(...) esta análise parece orientar-se segundo duas distintas diretrizes de investigação: por um lado, o estudo das *técnicas políticas* (como a ciência do policiamento) com as quais o Estado assume e integra em sua esfera o cuidado da vida natural dos indivíduos; por outro, o estudo das *tecnologias do eu*, através das quais se realiza o processo de subjetivação que leva o indivíduo a vincular-se à própria identidade e à própria consciência e, conjuntamente, a um poder de controle externo (AGAMBEN, 2007, p. 13).

Daí surge a biopolítica moderna, que separa as formas *zoé* das formas do *bíos*. O que há de mais característico nos dispositivos biopolíticos da modernidade é a tentativa de tornar a *zoé* uma forma de vida, ou seja, encontrar o *bíos* da *zoé*. Portanto, o debate decisivo em Agamben relaciona-se à impossibilidade ética de separar uma vida subjugada

como simples *zoé* da vida humana enquanto tal, ou mesmo de encontrar um *bíos* distinto enquanto vida qualificada.

Para ele, separar a vida nua da vida humana seria como separar a voz da linguagem, a natureza da cultura, o humano do inumano, o que se revela como um exercício de metafísica e, politicamente, uma arriscada transposição à catástrofe (BARBOSA, 2013). Tal isolamento entre estas duas dimensões produz a vida nua do Estado-nação Moderno, produzindo também as formas de vida dos meros seres vivos, ou do *homo sacer*, aquele de vida matável, porém insacrificável. Em outras palavras, aquele ser que se pode matar, mas que não vale o sacrifício.

Nesse ponto, Agamben aproxima-se das ideias de Benjamin (1987), quando este último discute que “a tradição dos oprimidos nos ensina que o ‘estado de exceção’ em que vivemos é na verdade a regra geral” (p. 226). Agamben (2004) defende a tese de que vivemos num constante estado de exceção, no qual as normas continuam existindo e vigorando, mas não mais são aplicadas na realidade. Explícita, assim, que nossa compreensão passa por um processo de formação de excedentes de significantes entre lógica e práxis, ou seja, para compreendermos que agimos mediante normas e regras sociais que produzem nossas vidas como qualificadas, temos que suspendê-las em um estado de exceção para podermos perceber a existência do conjunto destas normas, ou seja, do Direito, despossuindo-as de um caráter natural. O significante excedente, então, “corresponde, nesse sentido, ao estado de exceção em que a norma está em vigor sem ser aplicada” (Idem, p.59).

Porém, mesmo que muitos atos que se impõem na vida dos sujeitos sejam não-normativos, estes possuem força, o que Agamben (2004) diferencia como eficácia da lei e força-da-lei (tachado propositalmente, pois a lei existe, mas está suspensa), que obriga alguém a algo em um ato violento, pois não relaciona lógica e práxis, regra e aplicação, impondo enunciados que nada condizem com a realidade vivida pelos sujeitos e produzindo uma exceção.

Segundo o próprio autor:

O estado de exceção é, nesse sentido, a abertura de um espaço em que aplicação e norma mostram sua separação e em que uma pura força-de-lei realiza (isto é, aplica desapplicando) uma norma cuja aplicação foi suspensa. Desse modo, a união impossível entre norma e realidade, e a consequente constituição do âmbito da norma, é operada sob a forma da exceção, isto é, pelo pressuposto de sua relação. Isso significa que, para aplicar uma norma, é necessário em última análise, suspender sua aplicação, produzir uma exceção. Em todos os casos, o estado de exceção marca um patamar onde lógica e práxis

se indeterminam e onde pura violência sem *logos* pretende realizar um enunciado sem nenhuma referência real (AGAMBEN, 2004, p.63, grifo do autor).

Porém, ressalta que devemos estar sempre atentos a estas situações, pois “o homem tem a singular capacidade de se adaptar tão bem à situação extrema, a ponto de ela não mais conseguir desempenhar, de algum modo, uma função de linha divisória precisa” (AGAMBEN, 2008, p. 41). A situação de exceção coincide, assim, perfeitamente com a regra, e a situação, antes extrema, passa a se constituir como o paradigma do cotidiano. Essa ideia é destacada com Passos e Souza (2011), quando defendem que vivemos o estado de exceção contínuo no tocante à “guerra às drogas” e as formas de lidar com os sujeitos envolvidos por ela, no nosso caso, o usuário de drogas.

Tratando destes sujeitos, destacamos a proximidade entre estes e a figura do matável, do *homo sacer* em Agamben, na situação de exceção que vivemos socialmente. Mesmo que existam leis proibitivas e punitivas quanto a atitudes estigmatizadoras e preconceituosas, essas atitudes são reveladas da forma mais corriqueira em seu cotidiano. Tratados como matáveis, como aqueles pelos quais não choramos suas vidas e sobre os quais não vale o esforço ou sacrifício, que não tem o reconhecimento de suas vidas enquanto qualificadas, portanto, como seres políticos, ficam subjugados a leis que, embora estabelecidas, estão suspensas na medida em que são violentados subjetiva e objetivamente de forma constante.

O que se percebe é a assunção de dispositivos biopolíticos que tentam controlar a vida destes sujeitos, muitas vezes tidos como imprevisíveis e, por isso, perigosos, através deste isolamento de sua vida nua, ou seja, através da consideração dos mesmos como seres meramente biológicos, doentes, que necessitam de tratamento médico especializado e de medicação controlada. Pessoas reduzidas à vida nua, despolitizadas, meros seres viventes.

Nesta perspectiva, voltemos aos relatos de Francisco. Depois desta última internação, recebe alta e volta para casa. Porém, passa por um período de dez anos com o que ele considera um uso problemático de drogas. A partir disto, decide por si mesmo que deveria ser internado novamente, agora de uma forma diferente, em um momento de vida que considera outro, que se vê como outro. Seu pai, que sempre o acompanhava e apoiava nessas internações, sugeriu que ele fosse para uma comunidade terapêutica que conhecia e que considerava mais “séria” em sua forma de assistência.

E eu fiquei por 9 meses, né? Mas aí já num momento bem diferente, num momento onde eu percebia que eu precisava assim de alguma coisa, de alguma ajuda, e nesse momento da minha vida, essa clínica, esse apoio da comunidade terapêutica, né, há... De uma comunidade terapêutica que na comparação com outras comunidades terapêuticas seria algo que a gente poderia chamar de uma comunidade terapêutica séria, né? Onde realmente se tentava fazer um trabalho sério, onde se tentava fazer atividades de reflexão sobre o uso de drogas, uma comunidade terapêutica religiosa, mas que o modelo religioso não era a única coisa a informar aquele modelo de abordagem, eles tinham grupo de prevenção dentro dali. Tinha ali uma aproximação com o modelo tipo comportamental e um modelo religioso, entende?

Neste momento, passa a perceber a importância destes tratamentos em sua vida, importância que afirma até os dias de hoje como algo que realmente o auxiliou em sua trajetória quanto ao uso de drogas. Poderíamos dizer, aqui, que poderia estar surgindo um *sujeito que olha as comunidades de forma positiva*. Vê de forma mais clara as vantagens e benefícios deste tipo de tratamento, principalmente quando comparado com as outras clínicas nas quais foi internado anteriormente. Porém, mesmo reconhecendo a importância e o apoio realizados por esta CT, o *questionador* não o deixa. Ruídos ainda o incomodavam, contradições ainda gritavam em seus ouvidos, embora neste momento ainda não se fizesse claro o que o incomodava propriamente.

Contradições em que sentido, porque por mais que eu não percebesse, eu não conseguisse enxergar nada diferente daquilo, algumas coisas me incomodavam, alguns ruídos ficavam muito claros e cada vez mais barulhentos, como por exemplo, o fato de que as pessoas não tinham o direito de ler o que bem entender, isso quer dizer, o acesso à literatura era restrito. Eu lembro, por exemplo, de um momento em que eu tava voltando de uma primeira visita que eu fiz aos meus familiares, ainda durante o meu tratamento, e eu tentei voltar pra dentro comunidade terapêutica com um livro do Dalai Lama e foi impedido, porque era uma literatura não-cristã. (...) o fato de que a, a correspondência, não havia... a correspondência era violada. Então tinham algumas coisas que incomodavam, tipo, cara, tem algo errado aqui. Mas ao mesmo tempo eu não conseguia encontrar nada que desse uma resposta. Mais interessante pra aquilo tudo, eu vejo coisas erradas aqui, mas ao mesmo tempo o que eu encontro além disso é aquele modelo lá das clínicas especializadas que me parecem pior do que isso aqui. Então, podia ser algo interessante, né?

Francisco estava confuso. Incomoda-se com a violência que presenciava na CT, mas ao mesmo tempo, não tinha melhor opção. Aquela parecia ser uma de suas únicas possibilidades. Mesmo assim, resiste. Continua na luta por reconhecimento, por formas não violentas de cuidado para com o outro.

3.2.2 Antônio

Aí então, eu uso mais droga que os outros porque eu sou doente, eu não sou igual aos outros!

Antônio

Antônio possui uma trajetória extensa de internações. Relata várias situações nas quais se envolveu e como tentava ir lidando com cada uma delas. Antônio fazia um uso que considerava abusivo de uma droga chamada “merla”³; em um determinado momento, decide parar de usar essa droga, mas quer continuar usando maconha. Estava seguro de sua decisão, e assegurava sua vontade. Ao buscar ajuda para tal, o que recebe, porém, não foi algo que o ajudou nesse processo:

Cheguei, né, foi: “Você é a pessoa mais importante! Você veio parar o uso aqui?”. “Não, eu vim parar de usar merla. Quero continuar fumando maconha”. “Tá bom”. Fui pra reunião, e caí dentro, e papo vem, papo vai, eu escutando a partilha deles. (...) e, cheguei lá, os caras olharam pra mim, e falou: “Olha, adicção é uma doença. Uma doença progressiva, incurável e fatal. E ela pode ser detida, mesmo usando drogas. E é possível usando os Doze Passos”. E eu não gostei, de ter ouvido isso. É, eu queria parar de usar um tipo de droga, eu cheguei lá e eles me deram uma doença, uma doença incurável, uma doença fatal, que poderia me levar à morte, foi o que eu escutei deles. Eu falei: (...) “Pra quê que eu fui pra essa reunião? Doença! E agora, como é que eu vou fazer? É como se fosse uma AIDS, né?”. E só pensei assim: “É uma AIDS que eu tenho! E agora?”. Aí eu fui... e fiquei confuso. Confuso mesmo. Aí então, eu uso mais droga que os outros porque eu sou doente, eu não sou igual aos outros. Tem pessoa que consegue fumar e ir pra casa, eu... é progressivo! Aí eu comecei a ver que realmente era progressivo, realmente acontecia isso, que tinha três finais: prisão, instituição e morte. Passei três meses limpo. Aí, por não saber lidar, sei lá, com as coisas e tudo, eu recaí.

Antônio, agora, é doente, um dependente químico, que possui uma doença progressiva, incurável e fatal. Ressaltamos, aqui, o tamanho sofrimento de Antônio ao receber tal “sentença”. Agora tem que dar conta de uma doença progressiva, que o faz ser diferente dos outros, que pode matá-lo, devendo ele se submeter a tratamentos específicos para conseguir manter sua situação sob controle. Reduzido à uma doença, Antônio se vê extremamente confuso.

Aqui, mais uma vez, evocamos as contribuições de Agamben (2014) acerca da questão da identidade sem pessoa, resultado desse processo de negação das dimensões sociais, culturais, históricas dos sujeitos para reduzi-los, como aqui se faz o caso, a

³ A merla é uma variação da pasta de coca, da qual se originam também a cocaína e o crack. Pode ser fumada sozinha ou adicionada a cigarros de tabaco ou maconha. Com o advento do crack, o consumo de merla praticamente deixou de existir.

aparatos meramente biológicos, à vida nua, como citamos anteriormente. Nas palavras do filósofo:

Pela primeira vez na história da humanidade, a identidade não era mais função da 'persona' social e do seu reconhecimento, mas de dados biológicos que não podiam ter com ela nenhuma relação. O homem retirou a máscara sobre a qual se fundou por séculos a sua reconhecibilidade, para entregar a sua identidade a algo que lhe pertence de modo íntimo e exclusivo, mas com que ele não pode de maneira alguma identificar-se. Não são mais os 'outros', os meus semelhantes, os meus amigos ou inimigos, que garantem reconhecimento, nem mesmo a minha capacidade ética de não coincidir com a máscara social que também assumi: o que define minha identidade e a minha reconhecibilidade são agora os meus arabescos insensatos que o meu polegar manchado de tinta deixou sobre uma folha de papel numa delegacia de polícia. Ou seja, algo sobre o qual não sei absolutamente nada e com o qual e a partir do qual não posso, em nenhum caso, identificar-me ou distanciar-me: a vida nua, um dado puramente biológico (AGAMBEN, 2014, p. 82).

Antônio havia tomado uma decisão, como uma pessoa que decide sobre sua vida e sobre ela se sente apropriado, a partir das múltiplas influências e dimensões que constituíam seus personagens. Tentava assegurar seu desejo, sua vontade, mesmo que com dúvidas ou com uma série de nuances familiares e sociais que o impeliam a tomar outras atitudes. Porém, ao chegar em tal instituição, é-lhe atribuída uma identidade pressuposta, ele é doente, possui uma patologia biológica a qual ainda não conhece, mas pela qual agora deve se identificar, é um dependente químico, e junto a isto vem todo um pacote de riscos aos quais está exposto e um conjunto de atitudes que deve tomar para ter controle de tal situação.

Fazendo uso das contribuições de Ciampa (1987/2005), podemos dizer que Antônio interioriza aquilo que os outros o atribuem de tal forma que se torna algo seu. Porém, algo importante vemos neste momento. Antônio realmente interioriza isso, de uma forma, ousamos dizer, até mesmo acrítica, mas este processo não se dá não sem muito sofrimento. A imposição da identidade de dependente químico não era algo fácil de assimilar, de reconhecer-se nela, assim como Francisco já nos tinha, também, apontado. Era algo do qual ele não tinha conhecimento, na qual não se reconhecia; porém, na medida em que quisesse se “curar” e colaborar com o tratamento, seria devidamente “esclarecido” sobre as reações químicas de seu cérebro, as substâncias que causavam dependência, as diferenças entre dependência física e psicológica etc., podendo, assim, apropriar-se de sua nova identidade.

Antônio nos parece ser despossuído de sua autonomia, de seus desejos, de sua história. Visto como apenas um organismo adoecido, “não há lugar para desejos, temores,

esperanças ou desesperos como tais” (LAING, 1975, p. 21). Quanto a isto, Bergeron (2012, p. 10) levanta uma importante questão:

A vontade, a razão, a capacidade de autonomia ou a responsabilidade seriam competências que ficam suspensas ou neutralizadas quando se é toxicômano ou dependente? Ou, para parafrasear uma elegante fórmula de Ehrenberg (1998): o sujeito termina na dependência?

Defendemos que não. Nenhum sujeito termina na dependência ou em nenhum outro diagnóstico. Partimos da suposição de que os enquadramentos que conferimos aos sujeitos servem muito mais para direcionar a responsabilidade exclusivamente para o indivíduo (seja em sua dimensão biológica ou psíquica ou ainda outra das várias que o constituem como pessoa) e escamoteia todas as condições desumanas que produziram tal enquadramento. Como já citamos com Lima (2010), o problema, muitas vezes, não está no não reconhecer um sujeito enquanto doente, mas está justamente no fato de que, ao fazer o uso exclusivo da perspectiva técnico-psicológica, os especialistas não conseguem perceber as anamorfozes apresentadas, apresentando aqui como um reconhecimento perverso,

(...) uma vez que não se interessa de fato em ser produzido a partir de uma interação em que exista uma paridade, mas sim a partir de uma relação de poder na qual o especialista clinicamente utiliza o seu discurso técnico-psicológico para lidar com os problemas trazidos pelos indivíduos que devem se submeter à sua avaliação ou ao seu diagnóstico para ter seus direitos de cidadãos garantidos (LIMA, 2010, p. 300).

Antônio tinha uma história repleta de inúmeras dimensões que o levaram até ali, tinha uma série de motivos e acontecimentos em sua vida que deveriam ser considerados para melhor análise do seu desejo naquele momento, tinha inúmeros personagens que influenciavam em sua forma de agir e nas escolhas que tomava. Nada disto foi considerado. Pelo contrário, ao falar minimamente de si, recebe uma identidade estática da qual deve dar conta, sem oportunidade de dizer sobre sua representação de si mesmo, aprisionado a esta quase que de forma automática.

Depois desta instituição, passa por outras destas comunidades terapêuticas que, predominantemente, faziam o uso dos “12 Passos”⁴ como forma de compreensão e

⁴ O programa de 12 passos foi criado nos Estados Unidos, em 1935, pelos médicos Bill W. E Bob S., inicialmente para lidar com o alcoolismo; posteriormente o programa foi estendido para todos os tipos de dependência de drogas (e para alguns outros tipos de dependência, tais como: afetiva, jogo e alimentares).

direção do tratamento do uso de drogas. À medida que ia mudando de cidade, mudava também as instituições de apoio para parar o uso de drogas, e se deparava com inúmeras situações. Destaca o tratamento religioso que encontrou em vários momentos quando nestas instituições:

Aí fui. Cheguei lá, entrei, fiz a ficha, esperei, o cara fez uma anamnese, e tal. (...) Ai o pastor fez uma reza “braba” lá pra, reza “braba” não, uma oração, pra mim parar de fumar cigarro. Fez uma, ah... uma oração mesmo (ênfatisa), sabe? Assim, que até na hora, assim, eu fiquei comovido. Se levantou, ficou: “Como é que você fuma um cigarro, que tem não sei quantas substâncias, que entram com uma velocidade tal?! Você tá queimando seu pulmão!” e não sei o que, e falou, falou, falou, falou. “Em nome de Jesus!”, aí eu ficava calado. E ele: “Você não vai responder não?”. “E eu tenho que responder?”. “Se não, não dá certo!”, não sei o que, e começou, e... Aí escutei, aí fiquei por lá, porque o cara que me atendeu, era gente boa, aí eu resolvi ficar. Eu não gostei do jeito do pastor, não.

Antônio se vê, novamente, em conflito. O tratamento religioso era sempre imposto, de uma forma ostensiva. Tentava resistir a este, tentava ir por outras vias, mas tantas vezes se deparou com estas realidades, e, em alguns momentos, não viu outra saída a não ser “entrar no clima”.

Ah, e tal, olha o campo, e tal, olha as oração. “Paz do Senhor, irmão! Aleluia!”. Ai o outro: “Aleluia!”, aí eu: “Aleluia!”, tinha que entrar no clima. “Que Deus nos ajude a nunca mais usar droga!”, e não sei o que, “Aleluia!”. E eu: “Aleluia!”. Ai começou o culto. Tinha um pastor lá dentro com o culto, gritando “Aleluia!”. Ai eu: “Rapaz, esse negócio de gritar não dá pra mim não, isso não dá pra mim não. Isso aí não serve de jeito nenhum! De jeito nenhum! Vou gritar, nada! Negócio de ‘Aleluia’, ‘Deus salve minha vida’. Eu já tinha tido a experiência de pessoas que tinham ficado doidas, muito, esquizofrênicos, que o surto delas eram com Deus, pessoas que estavam

Os 12 passos é a estratégia central da grande maioria dos grupos de ajuda-mútua, tais como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon/Alateen (voltados para famílias). Os 12 passos são assim descritos: 1. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas vidas; 2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade; 3. Decidimos entregar a nossa vontade e as nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos; 4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; 5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata das nossas falhas; 6. Prontificámo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de carácter; 7. Humildemente rogámos a Ele que nos livrasse das nossas imperfeições; 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar os danos a elas causados; 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicar essas pessoas ou outras; 10. Continuamos a fazer um inventário pessoal e quando estávamos errados admitimo-lo prontamente; 11. Procurámos, através da prece e da meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus na forma em que O concebíamos, rogando apenas pelo conhecimento da Sua vontade em relação a nós e pelas forças para realizar essa vontade e 12. Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procurámos transmitir esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

próximas a mim. Então, eu criei uma repulsa a tratamento religioso, devido à minha história de vida. Então, não dá, não desce.

Ainda relativo a esta questão, em outra instituição, ainda relata:

Uma coisa que me chamou a atenção, que ele dizia lá que, ele, uma vez veio falar comigo que, não podia se masturbar. Eu ficava assim... “Rapaz, não era só pra parar de usar droga?”. “Não, você tem que deixar seu espírito puro”. “Então tá certo”.

Até aqui, vimos que Antônio possui uma extensa quantidade de personagens, pelas as quais, por muitas vezes, acaba tendo uma avaliação positiva quanto aos impactos das mesmas em sua vida. Antônio se vê como *resistente*. Antônio é *questionador*. Antônio é *trabalhador, esforçado, disposto*. Porém, depois de algumas destas interações, Antônio passa a ter que questionar seus personagens.

E lá [na CT], o cara me dizia que eu era muito imaturo. E eu não entendia. Que eu era um pouco sem noção, e eu não entendia. E que eu era um pouco mimado, e eu não entendia. Eu me achava uma pessoa, é, trabalhadora, esforçada, me achava uma pessoa que tinha coragem de encarar qualquer tipo de trabalho, tanto naquelas, todos os trabalhos que eu fiz, antes de internar, e tudo mais. E não me via assim. Que eu queria as coisas, ele dizia que eu era muito ansioso, muito insistente, muito, queria as coisas bem do meu jeito, e... “Não, você não vai sair agora [da CT], não, você vai sair depois”. Isso traz um mal-estar muito grande, que parece assim que, que quer que fique mais tempo pra poder pagar mais um mês de clínica. Ai fica essa confusão. “Não, você tá falando isso é porque você quer que eu pague mais um mês de clínica”. E não era bem assim. Não é desse jeito. Não é por isso. Hoje eu sei que não era, eu teria até que ver esse cara [monitor]. E eu me sentia, é, rejeitado por ele (...). Ai, eu fiquei nessa luta aí. E ele pegava muito no meu pé, vinha com muita exigência. E eu, não aceitava as regras dele, porque, eu me via, eu tenho noção como, eu, naquele momento eu estava sendo rebelde, em não cumprir regras, em não aceitar as normas. E... hoje eu vejo como o pessoal que é, acaba entrando no caminho das drogas, tem dificuldade em cumprir normas e regras. Não é fácil não, cumprir normas e regras. (...) assim, dele dizer essas coisas. “Você não tá preparado, não, você, pra ir “simbora”.

Pelo o que lhe dizem, Antônio não deve ser *rebelde*. Isso é errado, e pode acarretar prejuízos em sua vida. Além disso, começam a lhe conferir novos personagens, como os de *imaturo, sem noção, mimado, ansioso*.

Por mais que questione isso inicialmente e não se reconheça em nenhum deles, em um dado momento, Antônio parece construir uma personagem que trará uma série de outros efeitos à sua vida: Antônio é, agora, *submisso*. Concorde com o que na verdade discorda, acaba sendo convencido de fazer aquilo que não quer, é questionado em suas

escolhas, em suas decisões, em seus desejos. Não vê espaço passível para expressar sua opinião, não tem voz. Ao falar de si e de suas decisões, logo é questionado e convencido de que está no caminho errado, que deve optar por outro rumo, mais puro, mais correto.

Parece viver um conflito constante. Não se via como *dependente químico*, mas depois de ser reconhecido, vê-se como *doente*. Não se vê religioso, mas ao mesmo tempo o é. Procura sua autonomia, luta por espaço, por voz, mas ao mesmo tempo é oprimido, é calado, é questionado. E realmente se cala, conforma-se com sua *doença* e com os tratamentos necessários para tal.

Questiona, ainda, certas atitudes, certas imposições. Mas com o passar do tempo, começa a mostrar-se mais *adaptado*, pois agora considera compreender melhor os processos de tratamento e as relações estabelecidas dentro das instituições pelas quais passava. Assim como Francisco já tinha comentado, ir contra as normativas destas instituições implicaria um reconhecimento perverso por parte de outrem, e um consequente enquadramento como *dependente químico*, problemático, diferente, resistente ao tratamento. Francisco usou dos discursos para burlá-los em seguida. Antônio adaptou-se a eles, e viu sentido no que estava sendo demandado.

Assim, para ser cuidado, para receber ajuda para parar de usar drogas, deve submeter-se a certos discursos, a certas demandas, a certas práticas e técnicas já estabelecidas. Deve colocar-se como alguém que precisa de ajuda, inferior, submisso às técnicas e métodos de cuidado, pois os outros sabem o que é o melhor para ele, melhor que ele próprio, que agora já não tem voz para falar de si.

Quando eu cheguei, o doutor O. chegava e dizia assim, “você precisa de ajuda?”, e eu “não”, “então quando você precisar você me procura”. “Eu quero parar de usar droga!”. “Então você precisa de ajuda, né?”. “Eu quero parar de usar droga”.

Isto leva a outro aspecto. Atualmente, muito se fala na necessidade de cuidar dos sujeitos, assim como são criadas as instituições de cuidado, como no caso, as comunidades terapêuticas, estabelecidas como instituições responsáveis pela assistência e cuidado com pessoas que fazem uso de drogas. Além disso, como vimos no começo deste estudo, ao tratarmos de assistência aos usuários de drogas, muitas das normativas que as regulamentam concernem ao cuidado para com o outro que busca o serviço. Porém, o que, realmente, é este cuidado tão discutido? Passamos a pesquisar sobre o tema e encontramos alguns indícios de que aí havia uma problemática.

Partindo do senso comum, cuidado pode ser considerado como aquela atitude cautelosa ou como um momento contido nas relações inter-humanas que visa manter o zelo por outrem. Contudo, quando falamos desta categoria em relação às práticas profissionais na área da saúde, outros sentidos surgem.

De forma geral, de acordo com o que levantamos, o cuidado era extensamente discutido por autores que, por um lado, tomavam por base uma perspectiva mais técnica, biomédica, que envolvia insumos, rotinas de atendimento em serviços de assistência à saúde e atitudes práticas de intervenção biomédica (PACCINI; FERREIRA, 2008; HOCHMAN; ARMUS, 2004; TOMASI et al, 2010; FERREIRA; PINTO, 2008); e por outro, era discutido por autores que buscavam teorias filosóficas para ampliar seus questionamentos e possíveis propostas no campo da saúde no que concerne ao cuidado, ligadas, principalmente, à tradição filosófica humanista (LACERDA; VALLA, 2004; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008; CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009; AYRES, 2009) . Focar-nos-emos mais nessa segunda perspectiva, pela maior proximidade com a nossa discussão.

O que era mais extensamente discutido pelos autores eram as linhas teóricas que tomavam Heidegger como base. Em “Ser e Tempo” (1927/1997), Heidegger dedica um capítulo a discutir a “*cura*”, traduzida para o português como “cuidado”. Assim, desenvolvendo pesquisas na área da saúde, autores como Borges, Pinho e Guilhen (2007), Gomes, Caetano e Jorge (2010) e Silva et al (2005) dão ênfase às discussões de Heidegger como um dos primeiros e principais filósofos a tratar de tal tema.

Borges, Pinho e Guilhen (2007) o denominam como o “filósofo do cuidado”, e citando-o, afirmam: “do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato” (HEIDEGGER, 1993, apud BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p. 318). Ainda segundo os mesmos autores, o “modo-de-ser-cuidado revela de maneira concreta a constituição do ser humano, pois, sem o cuidado, o humano não é um ser humano” (2007, p. 318).

Para Gomes, Caetano e Jorge (2010), segundo o próprio Heidegger, cuidado “significa um fenômeno ontológico-existencial básico” (HEIDEGGER, 1989, apud GOMES; CAETANO; JORGE, 2010, p. 85). Silva et al (2005), tomando por base o pensamento de Leonardo Boff – autor que desenvolve teses ligadas à Teologia da Libertação e profundo estudioso de Heidegger – afirmam que:

Esta forma de ver o ser humano imbuído do cuidado enquanto realização, que não se prende a espaço ou tempo, é que desenvolve o processo existencial, tem sua matriz teórico-epistemológica especialmente na abordagem fenomenológica existencial de Heidegger em sua obra *Ser e Tempo*, onde este discorre acerca da relevância do cuidado. Para este autor o cuidado é a raiz primeira do ser humano antes que este faça qualquer coisa, e se fizer, esta coisa vem acompanhada de cuidado; constituindo uma dimensão ontológica, um modo-de-ser que revela a maneira concreta como é o ser humano (SILVA et al, 2005, p. 474).

Outro ponto também relevante a ser discutido advém de outros autores, como Carvalho, Bosi e Freire (2008), que discutem as práticas de cuidado a partir das discussões de Lévinas e de sua ética da alteridade radical. Lévinas, filósofo profundamente influenciado pela fenomenologia de Husserl e também pelas obras de Heidegger, não chega a tratar especificamente do cuidado. Sua tese central aborda a ética como Filosofia Primeira, que convoca os homens à responsabilidade por outrem (LÉVINAS, 1988).

Utilizando-se destes preceitos, os autores anteriormente citados discutem sobre o cuidado a partir de uma dimensão ética, como uma exigência que necessita ser experienciada por aquele que cuida (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008); defendem, portanto, que o cuidado consiste em uma atitude originária, a da relação ética para com o outro, a partir de uma atitude calcada na responsabilidade por outrem, em uma relação mútua de alteridade, estrutura fundamental da subjetividade humana, e que envolve condutas de afetação, formação de vínculo, acolhimento e respeito pela diferença.

Porém, a partir deste levantamento, surgiram algumas questões: se o cuidado é algo natural do humano, porque precisamos discutir, produzir e publicar tanto sobre o tema, sempre alegando sua importância e necessidade? Por que precisamos criar instituições de cuidado, burocratizando-o e regulamentando-o? Este cuidado realmente existe, por exemplo, na assistência realizada pelas comunidades terapêuticas que aqui discutimos?

Até aqui, o que podemos perceber são mais imposições do que momentos de acolhimento e de afetação mútua. Nossos sujeitos nos relataram formas violentas, impositivas e, em muitos momentos, nada acolhedoras quanto à questão com os usos de drogas. Porém, antes de concluirmos por qualquer noção, gostaria de trazer, novamente, a fala de Antônio.

Antônio vai, por conseguinte, mostrando-nos que se adapta cada vez mais. Depois de várias internações em diferentes CT's, passa a ser alguém *satisfeito nas comunidades*

terapêuticas. Sente-se bem, acolhido, descrevendo como era a recepção das pessoas em muitas destas instituições, as estruturas bonitas das CT's e a forma que conseguia interagir bem com quem lá estava. Relata que, depois de sair das reuniões que frequentava, “*eu me acalmava, eu me sentia um pouco mais calmo, minhas angústias eram acalçadas*”. Sente-se mais implicado nas atividades, participativo, interage bem com todos e se esforça para promover maiores aprendizados quanto à *doença da adicção*.

Mas é tipo assim, ó: “A doença da adicção ela é progressiva, incurável e fatal, afeta todas as áreas da minha vida, o lado físico, mental e espiritual. O lado físico é ligado à compulsão. O lado, é, mental é completa obsessão. O lado espiritual é todo, todo o meu egocentrismo para eu conseguir usar drogas”. Pronto. Ai na reunião, vão chegar e vão perguntar: “De que forma a sua doença se manifestava na fase física?”. Se você não entendeu, eles tudinho vão lhe dar ajuda, depois que os outros lhe der ajuda, você vai ter que dizer o que você entendeu da ajuda dos outros. Você entendeu o que eu, você lembra o que é a parte física da doença? (...) E eles, ah, vão questionando. “E aí, como é que tá sua boa vontade? Como é que tá aí, sua doença tá se manifestando?”. Ai eles vão mexendo, até, as reuniões acabam sendo confrontativas (fala espaçadamente). (...) A doença da adicção, é uma doença física, mental e espiritual. Ai a pessoa: “O que é a doença da adicção?”. “É uma doença física, mental e espiritual”. “O que é que ela afeta?”. “Todas as áreas da minha vida”. “Quais áreas?”. “A física, a mental e a espiritual”. Acaba decorando, até hoje eu de sei de cor, desde aquela época!

Antônio decora os ensinamentos! Passa a ser um “*aluno exemplar*”, *dedicado e disciplinado*. Disciplinado, acima de tudo. A sua rebeldia de outrora, os seus questionamentos não faziam mais sentido. Agora era alguém *educado, bem adaptado*. Em outro de seus relatos, ele traz:

O pessoal questionava, fazia as perguntas. É tipo: “Como você aplica sua boa vontade? Ai tudo que você colocar ele vão só nos pontos falhos. E eles: “É mesmo? Pois você tá falha nisso! Você fez isso essa semana?”. Você: “Não, não consegui não, porque eu precisei marcar uma consulta”. Mas: “Não, não fez nesse horário, tem outro horário pra fazer. Tem que ser assim, tem que ter disciplina, porque isso...” e o grupo todinho... Todos tinham essa participação e tentavam motivar dessa forma. Motivação, através das perguntas, através de questionamento, tentando mostrar que sempre dá pra melhorar mais, assim. Hoje eu coloco assim, hoje eu utilizo esses termos, assim, eu sei que o nome não é assim, eu tô dizendo, não sei se eu tô querendo ser brando, mas, é... mas funcionava desse jeito e até hoje funciona desse jeito. O que o pessoal chama de reunião confrontativa, isso. Mais ou menos assim. Não que ela seja uma reunião ruim. Ela é uma reunião boa, é apenas confrontativa. É uma técnica e, acredita-se que só pode mudar alguma coisa podendo, é, questionando algo. E, pra se mudar alguma coisa eu preciso saber o que, sendo que era misturado um pouco a questão da arrogância, da prepotência, de fazer essa comunicação.

Ainda quanto à sua rebeldia e a necessidade domesticá-la, relata uma situação que vivenciou quando internado em uma das CT's pelas quais passou. Neste episódio, relata ter sentido muita raiva de um monitor, pelo qual se sentia muito exigido e, por vezes, excluído em relação aos outros internos. Pega, então, uma faca na hora de uma das refeições e planeja furar o pescoço do monitor quando ele fosse fazer a barba no banheiro que ficava dentro do quarto no qual estava. Seu plano não se concretizou, porque um dos colegas o delatou no momento de uma reunião. Antônio julga essa sua atitude como de extrema “*omissão*”, que deveria ter tomado outra atitude, mais sensata, e começa a mudar seus comportamentos.

Para tal, percebe que deve partilhar seus sentimentos, pois assim, deixa de ser alguém *rebelde, excluído* para transformar-se em uma *pessoa de confiança*, que deveria ensinar, mas principalmente, aprender com as outras pessoas.

Então, eu comecei a partilhar o que pensava, o que sentia, porque, “Como é que faz pra ficar limpo?”. Ai o cara: “Rapaz, tem que falar tudo o que pensa”. Porque, as frases feitas, a discussão de uma delas é assim: “a doença sai pela boca, e a cura, e o remédio entra pelo ouvido”. Ai o que acontece na reunião, “falar é prata, ouvir é ouro”. Ai a reunião, se fala normalmente, seis minutos, e escutam durante uma hora e meia, cinquenta minutos, os outros falando.

A partir destes novos relatos, retomemos a questão do cuidado. Como vimos, a noção principal de cuidado que se tem é aquela embasada em um referencial humanista, que o toma como algo da condição humana. Ser humano é ser de cuidado, para o cuidado. Essa perspectiva nos parece, contudo, algo extremamente idealizado, uma perspectiva humanista que prega um ideal de homem substancializado, quase divino, que consideramos como inalcançável. Ampliemos, assim, nossa discussão.

No sentido de rever essa perspectiva humanista, agregamos Sloterdjik (2000) à nossa discussão, o qual defende a necessidade de se questionar o velho humanismo antropocêntrico, nascido com o Iluminismo, que tomava a atividade literária como uma utopia de formação humana por meio de práticas de escrita e leitura. Para ele, esse humanismo consiste no fenômeno que estabelece os relacionamentos através da escrita: “No início, os humanizados não são mais que a seita dos alfabetizados (...)” (Idem, p. 11); isto dá origem às sociedades literárias, que não se encerram simplesmente nesta atividade, mas se ampliam e passam a estabelecer normas à sociedade da época, assumindo caráter político: “(...) e, como em muitas outras seitas, também nesta despontam projetos expansionistas e universalistas” (SLOTERDJIK, 2000, p.11).

Para o filósofo, esse humanismo assume caráter de uma escola de domesticação humana, que busca promover nos sujeitos uma atitude paciente e que educa para o julgamento moderado e cauteloso, visando afastar o homem da barbárie e, para isso, tentando fazê-lo através das boas leituras: “O tema latente do humanismo é, portanto, o desembrutecimento do ser humano, e sua tese latente é: as boas leituras conduzem à domesticação” (SLOTERDJIK, 2000, p.17). Faz parte, assim, do credo deste humanismo que o homem é um animal influenciável, e de que é imperativo fornecer-lhes o tipo certo de influência. Trava-se uma batalha que Sloterdjik afirma ser constante, entre o homem como animal bestializado e domesticado.

Esse aspecto é de extrema relevância em seu pensamento, e ele realiza sua crítica à Heidegger discutindo que, embora este tenha trazido enorme avanço em sua atitude de transposição do pensamento regido pelas relações entre sujeito e objeto, não se atentou devidamente à chegada do homem ao mundo, à sua domesticação e à animalidade sempre presente no ser humano. Para Sloterdjik, o ser humano enquanto este projeto iluminista de ser, esclarecido mediante as boas leituras que o confeririam o domínio da “boa vida”, é um ser fracassado, com um projeto nunca efetivamente atingido, condicionado e, conseqüentemente, limitado tanto cultural como tecnicamente.

Examina, também, a crítica de Nietzsche, e afirma que ele se atenta para o fato de que não fazemos simplesmente a domesticação humana, mas realizamos, também, um processo de criação do que chamamos de seres humanos. Porém, Sloterdjik ressalta que estes dois filósofos não consideraram um fato de importante relevância: o ser humano, assim como o conhecemos e definimos, não existe originariamente, mas foi criado, estando imbricado aí um processo que gera o “produto homem”, o qual exige, para além de técnicas de domesticação e educação, tecnologias políticas, socioeconômicas, religiosas, jurídicas, genéticas etc., que adapte e nivele os seres em comunidades pacíficas, amansadas em seus instintos mais primários.

Isto se aproxima com as proposições já anteriormente citadas de Butler (2015a) e Agamben (2007), quando afirmam ser a vida humana algo não natural, mas algo produzido, sendo o homem – mesmo que o concebamos em tantos momentos como algo natural – também um de seus principais produtos. Portanto, vemos com estas teorias um novo ângulo de se olhar este velho humanismo antropocêntrico e as práticas advindas destes, que até hoje marcam nossa vida.

Sloterdjik (2000) ainda propõe, assim, uma filosofia que não se prenda a um realidade modelada e utópica, pois isto nos levou mais a uma domesticação do homem pelo homem. Para ele, há no humanismo uma tentativa de repressão, de docilização dos desejos humanos mais latentes, visando a um maior controle sobre os seres e à construção de comunidades pacíficas. Este movimento cria o “parque humano”, ou seja, ao vivermos em sociedade, acabamos por estabelecer um grande zoológico de seres humanos, que os categoriza em castas e dita as regras para se manter a ordem estabelecida.

Desde *O Político*, e desde *A República*, correm pelo mundo discursos que falam da comunidade humana como um parque zoológico que é ao mesmo tempo um parque temático; a partir de então, a manutenção de seres humanos em parques ou cidades surge como uma tarefa zoopolítica. O que pode parecer um pensamento sobre a política, é na verdade, uma reflexão basilar sobre regras para a administração de parques humanos. Se há uma dignidade do ser humano que merece ser trazida ao discurso de forma conscientemente filosófica, isso se deve sobretudo ao fato de que as pessoas não apenas são mantidas nos parques temáticos políticos, mas porque se mantêm lá por si mesmas. Homens são seres que cuidam de si mesmos, que guardam a si mesmos, que – onde quer que vivam – geram ao seu redor um ambiente de parque. Seja em parques municipais, nacionais, estaduais, ecológicos – por toda parte os homens têm de decidir como deve ser regulada sua automanutenção (SLOTERDIJK, 2000, p.48-9, grifos do autor).

Com isso, lança, como uma de suas ideias, o cuidado como manutenção do parque humano, que acaba tomando dimensões políticas de organização das sociedades, já tão bem introjetadas na vida dos seres humanos, que passa a dispensar maiores esforços: mantemo-nos, nós próprios, em nossos parques através de nossas relações de cuidado.

O cuidado, assim, passa longe de uma categoria ontológica. Interessante, ainda, faz-se o fato de, ao acessarmos o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (NASCENTES, 1955), observamos que a palavra “cuidar” vem do latim *cogitare*, ou seja, pensar. Isso reforça ainda mais nossa tese, de que o cuidado não está vinculado a uma categoria ontológica, algo constituinte da condição humana e natural aos processos relacionais. Antes disso, consiste numa atividade intelectual de pensar a vida, que como vimos, não é natural, mas sim produzida. E isto sob a égide, principalmente para nós, modernos ocidentais, de uma sociedade capitalista que visa controlar a vida humana através de seus dispositivos biopolíticos.

Sob esse olhar, o imperativo de cuidado tido como natural passa a ter outras conotações nas realidades que vivemos. No caso que aqui colocamos das comunidades terapêuticas, o que observamos é uma realidade dissonante, pois ao mesmo tempo que se propõe como uma instituição de cuidado (que como vimos, deveria assumir práticas de

acolhimento, afetação, respeito à alteridade etc.), embasam-se em modelos de homem idealizados (recorrendo, muitas vezes, à imposição da perspectiva cristã) e impondo-os de forma violenta. Assim, aqueles que se recusarem a receber tal cuidado e a assumir um outro direcionamento, como os *questionadores*, serão estigmatizados como problemáticos, doentes ou resistente ao tratamento.

Partindo, ainda, destas discussões, destacamos uma passagem de Bergeron (2012, p. 18-9), na qual afirma:

(...) a verdade é que o consumo de drogas é, há muito tempo, moralmente reprovado, medicinalmente apreendido e juridicamente sancionado. Além disso, o drogado seria considerado como alguém que perdeu as qualidades essenciais que fazem um sujeito social digno e respeitável. Ogien (1998) vê aqui o sinal de uma cultura que crê fortemente na dualidade corpo/espírito e que valoriza as noções de integridade da pessoa, de plena consciência, de autonomia da vontade e de uma natureza soberana. O sujeito moderno e “normal” não teria muita necessidade de recorrer ao artifício. Segundo ele, essa imagem ideal do ser humano teria duas origens: a primeira deve ser buscada no contexto das religiões monoteístas, para as quais Deus teria criado o homem, determinaria seu destino e seria o único a conhecer sua essência. Desses postulados foram extraídos os princípios de inviolabilidade e unicidade do envelope corporal, estipulando que qualquer tentativa de modificar seu destino deveria ser banida. A segunda se situa no contexto de uma concepção particular da natureza, que institui a integridade de uma pessoa como um valor essencial e convoca cada indivíduo a não tentar esquivar-se das leis que regem o mundo natural dos vivos. Assim, modificar-se, recorrer a artifícios, seria carecer de autenticidade. Ora, segundo Ogien, o uso de droga é sistematicamente associado a quatro características que negam esses valores essenciais: decadência, compulsão, irresponsabilidade, animalidade. Essas características ameaçariam, assim, a integridade da pessoa. A crença na dualidade corpo/espírito alimentaria, portanto, essa rejeição do artifício: como conceber um sujeito social movido por determinadas causas físicas sem que nenhuma intenção, consciência ou razão (neutralizadas por um tempo) possa governá-lo? O indivíduo deve obstinar-se a não ser escravo de si mesmo, a não permitir que o corpo se emancipe do domínio do espírito, condição fundamental da distinção entre os reinos humano e animal.

Com essa passagem, fica-nos claro que tipo de influências podem estar regendo essas práticas de cuidado. A partir de uma tradição humanista, que como vimos, surge com a era Iluminista e com influências tanto religiosas como jurídicas e ligadas às ciências médicas, cria-se uma imagem divinizada do homem, idealizada, a qual se deve seguir para se obter uma boa vida, justa e digna. Assim, cuidar do outro seria direcioná-lo à “boa vida”, mostrando as regras que a regem e o adaptando nesta trajetória.

Entendemos o cuidado, portanto, como uma categoria construída historicamente e hoje fortemente utilizada como dispositivo⁵ biopolítico.

Antônio e Francisco parecem perceber isso, mas tomam rumos diferentes. Antônio vê sentido nesse modelo de homem e considera que seria melhor viver nesses termos, tornando-se um *sujeito adaptado*, e encontrando a quietude para suas angústias. Francisco percebe também isto, mas decide burlar o sistema como o *dependente químico de faz de conta*, alguém que aceita aquele cuidado de bom grado e entendendo que é o melhor para ele. Porém, suas angústias só aumentam, não conseguindo encontrar tão fácil uma solução para seus incômodos. Duas vias de vida possíveis, é o que nos mostram Francisco e Antônio.

3.3 O uso de drogas e os impactos nas relações interpessoais

3.3.1 Francisco

Eu acho que todos esses encontros foram determinantes, assim, pra aquilo que eu sou hoje.

Francisco

Francisco possui um relação próxima com os familiares. Estes sempre o acompanharam ao longo de seus processos de internação e uso de substâncias, tentando aconselhá-lo sobre suas escolhas quanto a isso. Destaca em vários momentos a importância que a família teve nestes processos; e não somente a família, destaca a importância dos encontros vários que pôde ter ao longo de sua vida, que permitiram as metamorfoses que delineiam a representação que hoje tem de si.

(...) os encontros foram tudo. Todos os encontros, em todos os momentos, pra todas as... Porque se você significar tudo aquilo que eu contei pra você a partir dessa lógica dos encontros, você vai ver que cada momento de ruptura era precedido, vinha acompanhado de algum encontro ou com algum livro, ou com alguma ideia, ou com alguma pessoa. Então assim, sempre, em todos os momentos, né? Quer dizer, a minha família, por exemplo, né cara? Quem alcança essa possibilidade de um tratamento numa comunidade terapêutica e, se por um lado, hoje talvez fosse possível pensar que, talvez, quem sabe, pudesse ter havido uma técnica mais interessante, e tudo mais, né? Se por um lado eu penso nisso, por outro lado eu penso que naquele momento foi o que

⁵ Corroboramos com a noção de dispositivo em Agamben (2007), que afirma serem os mesmos quaisquer formas de orientar, capturar ou ordenar a vida em sociedade.

teve e foi muito importante, serviu e valeu. (...) Teve essa coisa da minha família não me abandonar no momento em que... tava muito mal, eu já tinha tentado todas as formas possíveis, enfim. Nada tinha funcionado, e o fato da minha família não me abandonar e, e me alcançar a possibilidade de ir pra dentro de uma comunidade terapêutica, fazer um tratamento longo, e segurar a onda, e seguir me visitando, e seguir trocando correspondência comigo, ainda que toda correspondência fosse violada, mas, né? Então foi super importante, né? E, e, os, e todos os momentos posteriores de ressignificação, mudança de rumo, todos eles foram momentos acompanhados de encontro com pessoas, com drogas, encontro com meu lama budista, encontro com os meus parceiros de NA, com meus amigos da redução de danos, encontro com os meus professores. Todos esses encontros foram determinantes, assim. É que é isso, eu tenho um jeito de pensar essa coisa dos encontros, eu vou colocar nessa lógica, junto aí o encontro que eu tive com as teorias, com os autores, um encontro com Guatarri, com Deleuze e com Foucault, eu coloco tudo aí.

Recria-se, a partir dos encontros. Vê neles uma possibilidade de rever seu uso de drogas, de analisá-los criticamente, a partir dos personagens de *filho, amigo, familiar, leitor*, dentre outros. E como ele mesmo cita, encontros não só com pessoas, mas com livros, com drogas, com situações, cada um tendo provocado um processo de metamorfose. Francisco nos mostra muito bem a proposição de Ciampa (1987/2005, p. 146) de que “na verdade, a realidade é sempre movimento, é transformação”. Em cada um desses encontros, torna-se outro, transforma-se. Com isso, o que podemos perceber é

a materialidade da identidade. Isso de forma alguma conflita com a noção de identidade-metamorfose, exatamente porque a possibilidade de transformação é uma propriedade da matéria, propriedades que toda e qualquer formação apresenta, como parte da totalidade (matéria). (...) Se não há nada que não seja devir, a superação, no devir, não é aniquilamento, mas metamorfose: morte-e-vida. Estamos falando da possibilidade de transformação. Assim, além de *matéria*, devemos lembrar outra categoria filosófica (ou lógica), que orienta esta análise: *possibilidade*. “Podemos definir a realidade como uma possibilidade já realizada e a possibilidade como realidade potencial” (CIAMPA, p. 156-7).

3.3.2 Antônio

Vou cortar as forças. Eu não vou me envolver com a galera que usa, porque depois pra sair não vai ser muito fácil. Eu quero ficar limpo. Eu não quero usar.

Antônio

Antônio relata um relacionamento com os familiares bem conturbado, confuso e repleto de desencontros. Mudou várias vezes de cidade, assim como os pais, o que distanciou a família em muitos momentos. Antônio sentia a falta do apoio dos familiares, e por isso acredita que se tornou um *filho ressentido*, o que influenciou de forma marcante sua relação com as drogas. Essa personagem foi repostada por muitos anos, e quando se

sentia muito angustiado com a família, aumentava seu uso de drogas. Sentia-se rejeitado, negligenciado e em alguns momentos chegou a dizer isso aos pais.

Aí tipo, os resseni... eu não consigo lembrar agora, os ressentimentos, mas era: “Mãe, uma vez você fez isso, e eu não gostei”, pá, pá, pá. Então eu ficava em Brasília, ligando pra minha mãe, pendurado no telefone, chorando, conversando com ela, o que eu pensava, o que eu sentia, e ia me cuidando. Tanto que eu digo aqui pra todo mundo, que o primeiro sentimento que se tem depois do início, que a pessoa desintoxica, é o ressentimento, é necessário cuidar do ressentimento.

Além disso, teve um casamento extremamente conturbado. Não queria estar casado, mas não conseguia se separar. Além disso, tinha muitas mágoas da esposa e se sentia, também, um *marido ressentido*, por sentir que ela colocava as pessoas contra ele, como por exemplo, a família nuclear e sua filha.

Porque quando eu comecei esse processo de ficar limpo, em 99, quando eu ficava limpo, é... o que vinha pra mim era ressentimento. Ressentimento é muito forte, coisas bestas, coisa, é, e eu, criei ressentimentos, tipo, pela situação que eu criei em tá casado, escutar a ela, em vez de escutar a minha família. E olha que eu, eu acredito que eu seguia um caminho adequado. E ela botava veneno e eu comia o partido com ela, e nessa briga eu tava muito mais próximo dela do que dos meus pais. E ela me colocava como se eu tivesse injustiçado e quem tivesse as coisas a mais era meu irmão, e não eu. E que eu não via desse jeito, mas, entrava no barulho.

A relação com a filha também não era das mais próximas. Tinha uma série de ressentimentos também com ela, e considerava que a ex-esposa muito influenciava nisto. Porém, considerava-se como um *pai que cumpriu seu papel*, nunca tendo deixado nada faltar à filha.

(...) aí eu fui falar, do ressentimento que eu tinha com meu pai, o ressentimento que eu tinha com minha mãe, o ressentimento que eu tinha com meu irmão, ressentimento que eu tinha com ela. Essas coisas, não coloquei o ressentimento com a minha filha, assim, porque ela, não tinha maturidade pra saber disso, mas não morria de amor por ela. Tipo assim, o pessoal tava internado: “Minha filha! Meu filho!”. Aí eu: “Certo. Rapaz, eu não tenho esses amor todo. Não tenho essas loucura que o pessoal tem. Não vejo isso aí, vocês tão...”. Eu via muito mais remorso neles, do que amor. Cara, isso é remorso. “Eu tenho que fazer isso, pela minha filha, porque eu não fiz”. “Rapaz, eu, eu larguei tudo, doido, parei de estudar, apesar de eu ser bicho doido e tudo, mas eu parei, larguei tudo pra cuidar dela”. (...) hoje, eu não tenho uma boa relação com ela, mas por conta da mãe dela. E não porque, penso eu que fiz meu papel.

Quanto às amizades, começou a sentir fortes abalos nestas relações, pois as pessoas o viam como *aquele que fuma merla*, tentando evitar contato com ele em alguns momentos.

Aí, tava lá um amigo meu de infância, tava o irmão dele. Aí a mãe dele não queria mais que eu andasse com ele. Eu já tava mal visto porque eu tava fumando merla, o pessoal já tava me encarando de forma não muito legal, e eu já tava me juntando, assim, andando com eles e vendo essa, essa situação.

Passa, depois de alguns anos, ele próprio a fazer isso com as outras pessoas, evitando o contato com quem fazia uso de drogas. Queria parar tal uso, mas acreditava que não conseguiria se continuasse a andar com os “maconheiros”.

Eu conheci muitos, esse negócio de fumar maconha, a gente acaba fazendo muito amigo, fumando maconha. Ou melhor, amigo maconheiro, né? Aí, entre esses maconheiro amigo aí, muitos fumaram maconha com o Renato Russo, todos contemporâneos, porque a maconha é um fenômeno, o cara não amadurece. (...) E não tinha, e não queria me enturmar com as pessoas que usavam. Então, eu tinha já essa questão assim, não me enturmar, porque depois pra mim recair vai ser mais fácil. E como é que vai ser se eu recair? (...) Então, eu moro perto ali das quadras [de um colégio em Fortaleza], eu fui pra lá, um dia, tava um pouco bêbado, aí fumei pedra com o pessoal de lá, levei maconha, todo mundo adorou a maconha, eu disse que tinha mais, e fui lá, fiquei fumando com eles, aí eu falei: “Vou cortar as forças. Eu não vou me envolver com a galera que usa, porque depois pra sair não vai ser muito fácil. Eu quero ficar limpo! Eu não quero usar!”

Podemos perceber em Antônio algo estático nessas personagens. O *filho ressentido*, o *marido ressentido*, o *pai que cumpre seu papel*, e *aquele que fuma merla* eram personagens que pareciam estar sendo repostas ao longo de sua história, sempre trazendo muito ressentimento, angústias e situações que para ele não estavam resolvidas. A sua forma de se relacionar com as pessoas parecia levá-lo a usar mais drogas. Porém, ele afirma que só conseguiu superar essas questões e transformar-se em outro quando, dentro das CT's, foi possível trabalhar seus ressentimentos, principalmente através de uma atividade chamada “carta de ressentimento”, que consistia em uma das etapas do tratamento.

Aí peguei, eu vou dizer o, o que, coloquei na minha carta, tinha sofrido com drogas, que meu problema não seria maconha, meu problema era a merla, eu tinha sido preso, e quando eu tinha sido preso eu tinha descreditado em Deus. E eu não acredito em, Deus pra mim parece que não tava existindo, é... Meu casamento, eu casei, eu casei e não, tava casado e não queria tá casado, é... que eu tinha raiva do meu pai, porque meu pai, quando eu juntei um dinheiro pra mim comprar um cavalo, e meu pai comprou, pra mim comprar uma égua,

e meu pai comprou um cavalo sem eu escolher. E o dinheiro tinha sido, eu que tinha juntado o dinheiro, na época, pra comprar esse cavalo, quando eu tinha treze anos. Isso me dava muita raiva, do meu pai, por ele ter feito isso. Eu ter que aceitar esse cavalo, da cor que eu não queria, do jeito que eu não queria, e do jeito que eu via o cavalo, ainda não pude andar no cavalo, porque o cavalo era “brabo”. Então tinha tudo isso junto. E, eu coloquei isso na carta de sofrimento. O que me chamou muito a atenção na carta de sofrimento, foi porque o rapaz lá [da CT], o apelido dele era “Cabeça de Alho”. (...) e aí, ele colocou assim: “Rapaz, você tem raiva do seu pai só por causa de um cavalo? Teu pai lhe ama, seu pai isso, seu pai aquilo”. “E, grupo, o que vocês acham disso?”. Eu fui questionado, assim, de uma forma, que eu sei que naquele dia esse ressentimento que tava ainda dentro, eu coloquei na carta de sofrimento que aquilo me fazia sofrer.

Chamamos a atenção para um detalhe. O ambiente da comunidade terapêutica realmente ofereceu um espaço de escuta e acolhimento à história de Antônio. Isso já pode representar um viés terapêutico e possibilitador de transformações na vida dos sujeitos, na medida em que fala de si e é escutado por outros, podendo reinventar-se, ressignificar-se a partir de suas narrativas.

Porém, o que aqui destacamos é a postura que parece ser opressiva dentro dos relatos de Antônio quando submetido aos cuidados destas instituições. É constantemente questionado, como se tivesse, de alguma forma, errado, equivocado no que pensa e no que sente, sendo, como ele mesmo indica, “confrontado”. A confrontação parece consistir em uma das principais formas destas instituições atuarem em relação aos sujeitos que nelas se internam para receber sua assistência, práticas muito próximas e que fundamentam, por exemplo, os Doze Passos.

Contudo, o que se pode ver também nos relatos de nossos sujeitos de pesquisa é que o contrário não acontece. Quando eles próprios questionam alguma regra, quando entram em confronto com algum tipo ou método de cuidado, ou mesmo pedem maiores esclarecimentos sobre as técnicas e objetivos da assistência oferecida, recebem o *ticket*⁶ de questionadores, problemáticos, resistentes ao tratamento, sujeitos que provocam conflitos. Isso parece se aproximar ao que Patto et al (2008, p. 38) se referem, quando afirmam que “A sociedade exige comportamentos de seus membros, ‘impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a ‘normalizar’ seus membros, a fazê-los ‘comportarem-se’, a abolir a ação espontânea ou a reação inusitada.”

⁶ A ideia de *mentalidade ticket* está presente na obra “Dialética do Esclarecimento”, de autoria de Adorno e Horkheimer (1985), e diz respeito a blocos de regras, ideias e práticas que configuram uma categorização que visa associar superficialmente diversos elementos como parte de uma mesma pauta.

Frisamos, principalmente, a passagem quanto à abolição de reações inusitadas. Como já vimos, ao tratarmos de usuários de drogas, muitas vezes, o primeiro imaginário que aparece é aquele que os determina como sujeitos perigosos, imprevisíveis. Diante disso, o cuidado estabelecido passa pelo viés de normalização, visando amansar os sujeitos, diminuindo a possibilidade de reações espontâneas ou inusitadas. O Antônio *rebelde*, *questionador* parece ir morrendo um pouquinho mais a cada momento, transformando-se em outros, mais “amansados”, mais calmos, principalmente mediante as atitudes de confrontação às quais é submetido.

Entendemos que, ao falarmos de cuidado, falamos de uma categoria polissêmica. Talvez, dizer “você precisar cuidar desta pessoa que está com problemas” não tenha exatamente o mesmo sentido de quando falamos “cuidado para não se cortar”, ou “tome cuidado com o que você diz”. Porém, percebemos uma linha em comum nessas assertivas. A partir da discussão anteriormente realizada, e considerando a polissemia do termo, percebemos que, quando falamos em cuidado ou em cuidar de algo ou alguém, vislumbramos um caminho que se expressa no sentido de delimitar a experiência a humana.

Como já citamos antes, *cuidar*, vindo do latim *cogitare*, passa por um processo de atitude pensada, sistematizada e instituída para dar conta do controle sobre os corpos, utilizando-se dos mecanismos disponíveis para legitimar-se enquanto dispositivo de controle sobre a vida dos sujeitos.

Nas falas de Antônio, isso nos fica bem aparente. Sempre posto em questão em suas diversas formas de pensar, sentir e agir, Antônio é impelido a submeter-se às diretrizes rígidas de cuidado para com ele, que tendem a comunicar que são para “seu bem”, para um “melhor viver”. Assim, ao mesmo tempo que se tem as políticas de identidade que ditam, de forma rígida e estática como os sujeitos devem se inserir (ou não) em determinados grupos e espaços, formam-se, também, políticas de cuidado, também rígidas, mas que se utilizam de aparatos que as conferem caráter natural na vida humana, o que não permite questionamento.

Isso foi imposto não só a Antônio, mas também a Francisco; porém, estes sujeitos reagem de formas diferenciadas. Antônio, ao ver-se como *rebelde* e “tomar consciência” disto, logo decide “entrar no clima” das situações e ir se integrando àquilo que tinha que fazer. Hoje enxerga isso com muita naturalidade e acha que se temos que fazer algo, devemos fazer, sem maiores questionamentos. Francisco, por sua vez, não consegue se

apropriar das imposições colocadas pelas instituições, tão distantes que se faziam de sua experiência de vida. Logo que percebe essa dissonância, percebe também que pode se utilizar do discurso do próprio sistema para sair dele, através de seu personagem de *dependente químico de faz de conta*, encontrando uma possível saída, mas não deixando de sofrer violências.

Percebemos, portanto, o quanto estas práticas de cuidado impositivas, e por que não dizer cínicas⁷, colocam-se de forma violenta na vida dos sujeitos, na medida em que produzem o discurso do “bem viver”, ou seja, contanto que os sujeitos as sigam e se submetam a elas, terão acesso à “boa vida”. O agravante se dá por seu caráter universalista, que não considera as contingências implicadas nas realidades dos sujeitos, impondo-se de forma violenta.

Isso nos remete ao conceito de violência ética em Butler (2015b). Quanto a este, a autora parte da concepção de que somos todos seres sociais e, por isso, constituídos inevitavelmente por convenções e regras que nos afetam a todo momento. Assim, se ignoramos “as condições sociais que também são as condições sob as quais toda ética deve ser apropriada, aquele *éthos* torna-se violento” (BUTLER, 2015b, p. 16). Busca embasamento nas discussões, principalmente de Adorno, que expõe que as questões morais se originam quando as normas morais deixam de ser óbvias para a comunidade, contrapondo os interesses universais e particulares, o que cria uma situação em que o universal não inclui o indivíduo particular, negando seus direitos.

Assim, explicita que, para Adorno, a imposição de uma ética coletiva é problemática, pois o que o preocupa é o fato de que uma ética coletiva seja invariavelmente conservadora e postule uma falsa unidade, a qual visa disfarçar as dificuldades e descontinuidades próprias de qualquer ética contemporânea.

Portanto, um imperativo que se visa universal pode carecer de uma realidade substancial para os seres humanos, o que possivelmente constrói caminhos que ocasionam algum tipo de violência, como é o caso que podemos observar nas situações experienciadas pelos sujeitos entrevistados. Por isso,

(...) [Theodor] Adorno insiste em que a norma ética que não oferece um modo de vida ou que se revela, dentro das condições sociais existentes, como impossível de ser apropriada tem de ser submetida à revisão crítica. (...) Se ela

⁷ Ao falarmos de cinismo neste estudo, corroboramos com Lima (2010, p. 215) que afirma: “O cinismo é aqui identificado como um movimento duplo no qual saber e não saber podem coexistir, caracterizando a forma perversa de negação”.

ignora as condições sociais, que também são as condições sob as quais toda ética deve ser apropriada, aquele *étos* se torna violento (BUTLER, 2015b, p.16, grifo da autora).

Assim, define violência ética como o tipo de violência que se exerce a partir da imposição de uma ética universal, não construída em uma maioria coletiva, que não foi devidamente apropriada pelos sujeitos e pelas condições de vida nas quais estão imersos, mas que se impõe de forma universal, por vezes inquestionável, para a “boa” manutenção da sociedade. Quando Butler associa ética e violência, aponta sobre como podem estar articuladas as reivindicações por reconhecimento e as práticas violentas de um enquadramento prévio que visa ditar o processo de reconhecimento e como este se dá, de forma universalizada. Direciona, portanto, os sujeitos à submissão do que prevê estabelecer, negando-lhes seus direitos, não os incluindo em seus processos de formação, transformação e implicação destes na realidade.

Essas discussões se fazem, aqui, importantes para nosso estudo na medida em que, assim como afirma Butler (2015, p. 72), acreditamos que “para que um juízo sirva como fundamento de deliberações autorreflexivas de um sujeito que tem a oportunidade de atuar de outro modo no futuro, deve propor-se ao serviço de sustentar e promover vida”.

Isso se aproxima da discussão já desenvolvida com Ciampa (1987/2015) e Lima (2010), onde entendemos como categoria central a identidade enquanto metamorfose, movimento, vida! Na medida em que estes sujeitos são enquadrados, encarcerados em identidades pressupostas, não passíveis de transformação, matam-se partes deles. Porém, levantamos a importância de se fazer essa discussão, pois é através destas atitudes, mascaradas como a busca do “bem viver”, às vezes de forma escancaradas, mas às vezes de formas sutis, que promovemos reconhecimentos perversos e formas de vida estigmatizadas, vulneráveis, ou até miseráveis.

3.4 A religião e o uso de drogas

3.4.1 Francisco

Aqui nós passamos o tempo inteiro chamando os demônios e olhando pro olho deles.

Francisco

Francisco tem uma vida religiosa ativa, atualmente segue a religião budista. Sua proximidade com a religião o ajudou a repensar seu próprio uso de drogas. Deixemos o próprio Francisco nos contar um interessante episódio em que reflete sobre as drogas e os usos que faz delas:

Eu lembro, por exemplo, de uma cerimônia da qual eu participei um dia, no centro budista que eu frequentava que era uma cerimônia que, que no budismo tibetano é chamada de Tsog, é uma prática de meditação, com comidas e com aromas. Então nessa prática de meditação você recebe do lama um prato, que é uma mistura de todos os sabores, possíveis e imagináveis, e você recebe um copo com muitas bebidas também misturadas, inclusive muitas bebidas alcoólicas. E nos centros budistas é muito comum que se faça um outra bebida para as crianças, sem nada de álcool. E eu lembro que quando eu fui receber do lama aquele prato e aquele copo, eu disse assim pro lama, digo: “não lama, pra mim é a bebida das crianças”. E ele perguntou “por que?”. E aí foi muito engraçado, porque eu comecei a dizer pra um lama budista, eu comecei a dizer, de forma muito tosca ali, aquela teoria da memória química. Eu comecei a dizer pra ele: “não, lama, é que, veja só, eu sou um alcoólico em recuperação, e nós, alcoolistas, nós temos uma coisa no nosso cérebro que a gente chama de memória química, de modo que eu não posso usar nem mesmo vinagre, porque isso vai disparar em mim um desejo absurdamente irrefreável por todo e qualquer tipo de bebida, então, obviamente, se eu comer uma salada com vinagre, fatalmente eu serei conduzido a uma recaída, e a mesma coisa vale pra a bebida que você tá me oferecendo”. Ele olhou pra mim, com um sorriso que só os lamas sabem ter, e ele perguntou assim: “cara, você realmente acredita nisso que você tá dizendo pra mim?”. Hã... é muito curioso, porque antes mesmo de ele terminar a pergunta, eu já começava a me questionar, “caramba, será que eu acredito mesmo nisso?”. E ele foi ali, “porque, eu digo mais, cara. Se você realmente acredita nisso, eu acho que você não deve mais vir aqui, eu acho que esse lugar não vai fazer bem pra você. Porque aqui nós fazemos exatamente isso que você disse que você não vai fazer. Aqui nós passamos o tempo inteiro chamando os demônios e olhando pro olho deles. Não é outra coisa que a meditação faz o tempo inteiro. Nós nos sentamos, chamamos os nossos demônios e ficamos olhando pra esses demônios, tentando entender como eles funcionam, por que caminho eles nos levam, de que jeito eles nos derrubam. Então se você acha que essa prática é perigosa pra você, então você não deve mais vir aqui. Você deve buscar outra religião, todas elas são lindas, todas elas são maravilhosas, mas essa religião...”. Então ali, no final daquele papo, claro que naquela mesma noite eu não tomei, eu continuei tomando a bebida das crianças, e tudo mais. Mas eu já saí, eu diria que foi aquela pergunta do lama que permitiu que eu me aproximasse da, de algum modo, da redução de danos, entendendo que eu poderia frequentar ambientes onde se fazia o uso de drogas, né? De algum modo, aquela pergunta do lama fecundou mais fortemente essa minha busca, né? Curiosamente, essa pergunta do lama vai permitir, por exemplo, que eu aceite esse chamado da redução de danos, que eu aceite até antes mesmo, o chamado da educação popular, que eu queria ir pra rua, pra perto dos usuários, né? E, de algum modo, acho que foi essa pulga atrás da orelha colocada pelo lama que permitiu que anos mais tarde, por exemplo, eu aceitasse o risco de voltar a experimentar algumas drogas inclusive.

A religião, assim, permitiu a Francisco reinventar-se, metamorfosear-se, questionar o que estava estabelecido para ele como uma regra, sair da *mesmice*, de uma

identidade reposta ao longo do tempo, de que era um *alcoolista em recuperação*. Percebe que pode, sim, fazer escolhas diante do uso de drogas, que não é um brinquedo nas mãos de outrem. Francisco vislumbra que pode ser, também, *autônomo*. De *alcoolista em recuperação* à *autônomo*. Metamorfose. Mesmo assim, as duas personagens continuam a existir concomitantemente, pois Francisco continua a beber a bebida das crianças. Porém, já enxerga seu outro *outro*, e promove o processo de alterização de sua identidade. Segundo Ciampa (1987/2005, p. 189)

A negação da negação (...) permite a expressão do outro *outro* que também sou eu: isso consiste na alterização da minha identidade, na eliminação de minha identidade pressuposta (que deixa de ser re-posta) e no desenvolvimento de uma identidade posta como metamorfose constante, em que toda humanidade contida em mim se concretiza. Isso permite me representar (1º sentido) sempre como diferente de mim mesmo (deixar de presentificar uma apresentação de mim que foi cristalizada em momentos anteriores, deixar de repor uma identidade pressuposta).

Para realizar tal processo, como expressou o lama budista, Francisco precisaria convocar seus demônios e olhá-los bem de perto, questionar sua existência. Isso, porém, não nos parece que foi estimulado pelos processos de tratamento pelos quais passou. Pelo contrário, como explanamos anteriormente, o que mais parece se dar é uma espécie de cuidado que visa manter o controle dos sujeitos, delimitar suas experiências, através da pressuposição de que são *doentes, dependentes químicos*, que precisam de orientação sobre como proceder quanto a isto e, assim, mantê-los dentro das regras dos parques humanos específicos para estes sujeitos.

Isso, ousamos dizer, pode acabar nos conferindo uma sensação de falsa segurança, de controle de risco, ideia tão bem estabelecida e difundida na era capitalista que experienciamos. Porém, questionamos essa postura, corroborando com Žižek (2010, p. 186-7):

O primeiro gesto ético é, assim, abandonar a posição de subjetividade absoluta autopostulada e reconhecer a própria exposição/estado de projeto, o ser repleto do Outro (a alteridade): longe de limitar nossa humanidade, esta limitação é sua condição positiva. Esta consciência de limitação implica uma postura de perdão fundamental e uma atitude tolerante de “viver e deixar viver”, nunca serei capaz de dar conta de mim mesmo frente ao Outro porque já não sou transparente a mim mesmo, e nunca obterei dele uma resposta plena a pergunta “Quem és tu?”, porque o Outro é um mistério também para si mesmo. Reconhecer ao Outro não é, portanto, reconhecê-lo primordialmente ou em última instância em certa capacidade bem definida (“Te reconheço como... racional, bom, digno de amor”), mas reconhecer-se no abismo de sua própria impenetrabilidade e opacidade. Este mútuo reconhecimento de limitação abre

em consequência, um espaço de sociabilidade que é a solidariedade dos vulneráveis.⁸

Sobre o outro não haverá possibilidade de total controle, de previsibilidade de suas ações, de suas transformações. E é nesse reconhecer-se na imprevisibilidade humana que acreditamos ser possível gerar metamorfose, ou seja, gerar vida.

Ainda quanto a esta questão religiosa, Francisco faz uma crítica referente ao uso dos “Doze Passos” e as sistemáticas que considera objetificar os sujeitos, que contrastava bastante com a forma como vinha se construindo.

Isso não vale pra todos, mas em grande parte das comunidades terapêuticas você tem o seguinte: é como se a comunidade terapêutica fosse um hardware, e os Doze Passos fossem o software que faz aquele hardware rodar, né? Quer dizer, o hardware da comunidade terapêutica roda num software chamado Doze Passos. E o primeiro passo já aponta pra essa objetificação, quer dizer, eu admito que sou impotente, que perdi o controle; no segundo passo, eu acredito que existe um Poder Superior, e no terceiro passo, veja bem, aí entra a objetificação, que quando isso é associado ao modelo de comunidade terapêutica, o terceiro passo diz assim: hã... eu entrego toda minha vontade ao poder superior. Isso, quando é colado ao modelo da comunidade terapêutica, o que significa: você abre mão da sua vontade, você se deixa levar por esse modelo de tratamento que nós impomos, você não questiona. Não se admite questionamento das normas internas, não se admite, né? A expressão ‘questionador’, no meio da comunidade terapêutica, é considerada como ofensa. Você ser chamado de questionador, pra mim que vinha de uma militância de esquerda doía um pouco, mas lá pelas tantas, né? Porque por outro lado, eu também entendia, né? E não tendo, isso na minha trajetória... Eu entendia que uma caminhada espiritual podia ser algo importante. Eu não entendia que, na caminhada espiritual, essa coisa de se deixar conduzir por um mestre é algo válido. Na caminhada espiritual, isso me parece algo válido, se deixar conduzir por um mestre, ter uma relação de confiança com o mestre. Só que dentro da comunidade terapêutica isso mostra as raízes da violência. É isso. Ser chamado, você ser considerado um questionador é uma ofensa. Então é isso, você se deixa levar completamente por aquele modelo mesmo quando ele lhe impõe práticas absurdamente incompreensíveis. (...) Então, não se admite nenhuma forma de questionamento, nem mesmo diante das normas mais estúpidas, como essa, por exemplo, né? E isso, pra mim, isso é extremamente iatrogênico. Que tipo de ser humano você tá produzindo? Que tipo de subjetividade você tá produzindo? Isso tá presente, por exemplo, naquela clássica oração que os grupos de alcoólicos anônimos fazem ao final de cada encontro. Aceitar as coisas que eu não posso modificar, coragem pra modificar as que posso e sabedoria pra discernir uma das outras. Em vários momentos você dizia com todas as letras que, não, nós não podemos mudar o mundo, nós só podemos mudar a nós mesmos. Caramba, você extrapola isso, no nível da política, caramba, que tipo de subjetividade você tá produzindo aí? Que tipo de subjetividade você tá produzindo...?

Sobre isto, temos algumas observações a fazer. Porém, demos vez, primeiramente, a Antônio para depois discutirmos sobre tal tema.

⁸ Tradução da autora.

3.4.2 Antônio

...que era um poder superior que era amado, que poderia me devolver a sanidade.

Antônio

Antônio experienciou uma série de conflitos em sua vida religiosa. Descreve uma revolta com Deus. Quando adolescente, tentou fazer a Primeira Eucaristia, mas não conseguiu porque a coordenadora do colégio dizia que ele era muito “*bagunceiro*, [e que só faria a] *Primeira Eucaristia quando [entendesse] melhor, as questões da Bíblia*”. Por causa disso, sentia-se excluído durante a realização das missas, pois não podia receber a eucaristia, o que acontece até hoje. Depois de uns anos, após o episódio no qual foi preso, começa a questionar a existência de Deus:

Na época, eu peguei e questioneei a existência de Deus. Eu fiz aquelas coisas assim bem egocêntricas: “Se Deus existe, não deixe eu ser preso! Se Deus existe, não faça, não permita que isso aconteça”. Ai eu fui preso. Ai eu falei: “Ah, então Deus não existe”. Ai pronto, entrei nessa regra de pensamento, botei essa regra na cabeça e fiquei meio revoltado, meio atordoado, sem querer comprar merla, fumando maconha, mas sem querer comprar merla. (...) “Ah, eu não tava acreditando em Deus, e Deus não existe! (...) Ah, seu eu pegar eles, ah, eu vou mandar matar! Ah, eu tô com raiva!”. E com medo, é uma mistura assim, de sentimentos.

Como se não bastasse os muitos conflitos que já tinha nessa área de sua vida, ainda passa por uma série de imposições religiosas também nas CT’s, o que, inicialmente, afastou-o mais ainda de sua crença em Deus ou de uma vida religiosa de forma geral. Vê-se, em relação à religião, como *revoltado*, novamente *ressentido com Deus*, questionando quaisquer tipos de crenças e se mostrando muito cético. Porém, foi novamente dentro de uma das CT’s na qual estava internado que pôde rever essa postura. Conversando com um colega, também interno, conseguiu reformular algumas de suas ideias:

(...) tava com o R., na varanda, e eu falando do ressentimento, que tinha sido preso, que Deus não existia, e fui meio besta, meio, meio abobado, assim, em relação a isso, cético, sempre evitava, sem querer nada com isso. E ele: “Rapaz, Deus existe, rapaz! Deus existe. Você não vê o Raul Seixas sendo cuidado, não é do jeito que ele quer”. E começou: “Raul Seixas, tá vendo?

Vai ter outra chance!” e tal. “E você, moleque, sua vida é igual à do Raul Seixas, mas você pode conseguir ficar limpo, você tá internado, você já tá há alguns dias”. (...) E aí eu... na hora eu chorei, fiquei emocionado, eu chorei. Aí eu chorei, me arrepiei, como se tivesse, como se tivesse, assim, Deus lá, na hora, coisa assim. Uma experiência, espiritual, vamos dizer assim. E... a partir daquele momento eu voltei a acreditar em Deus, vamos dizer assim, que eu tava um pouco, eu tava sem acreditar.

Sua experiência com o colega o permite retomar a religião, voltar a ser *crente*. Diz que hoje em dia acredita em Deus e até alguns anos atrás estava tentando fazer sua Primeira Eucaristia, mas até hoje não conseguiu concluí-la. Considera-se uma pessoa religiosa, mas não gosta de impor nenhum tipo de credo na comunidade terapêutica que hoje em dia gerencia. Porém, mesmo assim, as questões religiosas perpassam suas práticas profissionais.

Muitas vezes, eu boto essa questão da espiritualidade, da vontade de Deus, porque de vez em quando, eu me sinto aqui, é, nessas questões, que o pessoal gosta muito de chegar aqui e colocar essa questão das batalhas espirituais, que aqui eu tô tirando as pessoas do caminho errado, por conta disso é um local que as pessoas vêm muito carregada de coisa ruim. (...) Mas eu aqui, não uso essas questões religiosas não. Mais ou menos, vendo essas pessoas, eu, eu, é, na minha história de vida, vendo as pessoas, é, tendo surtos e botando Deus no meio. Até hoje o pessoal, muitas família reclamam, e tudo, e eu, sempre digo que não quero, que não vou botar, e tal. Sendo que no fundo, no fundo, no fundo, é isso. Eu acredito em Deus, eu acredito que também tem a questão da espiritualidade, mas não, não quero nada religioso, já tem tanta coisa imposta pra eles, se você tiver a oportunidade de ver como acontece as coisas aqui. Acaba sendo imposto.

Antônio nos diz: há muitas imposições dentro do ambiente das CT's. Ele próprio passou por isso, ele conhece tais ambientes, ele já foi internado em tais instituições. Para algumas destas imposições, como a religiosa, por exemplo, possui uma análise mais crítica e resiste em colocá-las em sua CT atualmente. Afinal, já são tantas imposições, que mais essa poderia ser demais para as pessoas. Francisco, em outro momento, também relata a questão da religiosidade imposta nas CT's pelas quais passou.

Contudo, Antônio nos informa que é hoje grande adepto dos “Doze Passos”, e emprega tal modelo na sua CT.

E eu, hoje, eu como gestor, como dono de clínica, e tudo, eu não falo assim com eles, eu deixo os outros falarem por eles. Eles, aí, eles chegam pra mim: “Qual é a chave do primeiro passo?”. “Eu não sei, não”. Se eu não me engano, (risos) se eu não me engano, a chave do primeiro do passo é, rendição e boa vontade. E quando eles perguntam eu digo que não sei, só pra mexer com eles, uma forma de terapêutizar. “O que é?”. “Não sei”. “Por que é?”. Mas é, é, rendição e boa vontade. Que eu preciso, aí eles começam, que eu

preciso, assim, minha derrota, que a partir da minha derrota, perante às drogas, poder adquirir novos comportamentos.

Analisando criticamente esta situação, percebemos a contradição que se coloca nessa questão. Entendemos que a dimensão religiosa faz parte da vida das pessoas, especialmente no Brasil, país fortemente cristão. Porém, dizemo-nos (pelo menos em tese) um país laico, e pregamos o respeito à diversidade religiosa. Dentro desta conjuntura, supomos que, quando tratamos de instituições ditas de saúde, financiadas pelo Estado, como vimos no início deste estudo, estas deveriam, em teoria, estar alinhadas com tal premissa. Porém, como Francisco e Antônio nos mostram, na prática não é isto que acontece.

As CT's, no Brasil, possuem, de fato, cunho religioso em sua forma de assistir os sujeitos. Por isso, pregam ideais cristãos e acabam por impô-los a estas pessoas, que devem, necessariamente, estar alinhadas com isto. Como o próprio Antônio nos relatou em outro momento deste estudo, deveria responder com "Aleluia!" ao padre que o assistia, pois se não o fizesse, não daria certo.

Isso nos remete à questão que discutimos anteriormente com Bergeron (2012) e Sloterdijk (2010), sobre a produção de um modelo de homem idealizado, que evoca um modelo divinizado, o que se aproxima dos ideais cristãos de solidariedade, responsabilidade, fraternidade, afetação etc., de uma forma tida como natural na vida humana. Assim, os dispositivos biopolíticos estão imersos também nesse viés religioso, como uma forma de cuidar para direcionar e delimitar a experiência humana e, assim, manter o controle sobre os corpos.

Além disso, temos a discussão que citamos antes sobre os Doze Passos, viés extremamente embasado em um modelo religioso cristão. Nestes, além de os sujeitos terem que se colocar de uma forma submissa e impotente, devem admitir que há um Poder Maior, um Poder Superior, sendo somente através dele que podem reconquistar sua "sanidade" (OS DOZE PASSOS, *online*). Vemos, com isso, o direcionamento que se dá nos tratamentos dos usuários de drogas. Submissos, impotentes, desconhecedores e despossuidores de suas contingências de vida, de suas escolhas, de sua história. Sujeitos doentes, insanos, que tomaram o caminho errado, culpados, portadores do pecado, e que por isso, devem se submeter a um tratamento específico, sem questionar, sem criticar, para conseguir sua cura e salvação. Mais uma vez, reconhecidos de forma perversa (LIMA, 2010), reduzidos à vida nua (AGAMBEN, 2007, 2014).

Ainda sobre esta problemática, Pacheco e Scisleski (2013) apontam que o modelo de comunidades terapêuticas, por vezes, reedita uma série de questões contrárias à criação de serviços substitutivos à internação, realizando uma manutenção da lógica manicomial por meio de mecanismos que interditam a livre circulação de sujeitos tidos como perigosos, o que é o caso dos usuários de drogas. Essa figura do sujeito usuário de drogas *perigoso* é, em grande parte, produzida por um processo de criminalização do usuário através de uma perspectiva médico-psiquiátrica, legalista e religiosa, na abordagem do uso de drogas como crime e/ou pecado, fazendo as associações do usuário de drogas com a imagem do criminoso, imoral (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

Essa situação ainda se agrava quando, por exemplo, temos acesso a um dos documentos que norteia as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil: a Portaria 856 de 2012, a qual institui as Comunidades Terapêuticas como membro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Consideramos essa medida não somente contraditória às proposta da Reforma Psiquiátrica, mas operando justamente na contramão do que é estabelecido pelas lutas da Reforma.

Assim, uma ação política acaba por derrubar a outra, marcando o espaço político como espaço de travamento de lutas e batalhas que, no momento, faz emergir um modelo que se contrapõe à Reforma Psiquiátrica, o que consideramos um retrocesso nesta trajetória.

O tratamento oferecido pelas CT's parece-nos urgir por reformulações. Não somente por infringir leis ou provocar outros efeitos jurídicos quanto a estas normativas, mas por, como aqui visamos mostrar, promover uma série de efeitos no próprio processo de constituição e transformação dos sujeitos envolvidos.

3.5 Os efeitos dos usos de drogas e das internações

3.5.1 Francisco

Tomei a decisão de que eu ia seguir trabalhando com esse tema profissionalmente.

Francisco

A história de Francisco com o uso de drogas e as internações implicam efeitos diretos em seu processo de formação profissional. A partir do que experiencia, busca uma formação crítica, destacando autores e filósofos ligados aos estudos de Paulo Freire e à Filosofia da Diferença, o que o ajudou a pensar as relações sociais de forma a desnaturalizar certos processos e promover mudanças nas realidades opressoras, principalmente no que diz respeito ao uso de drogas.

Depois de suas internações em CT's, tais realidade experienciadas o impactaram ao ponto de decidir trabalhar com isso profissionalmente, mantendo o *questionador* sempre presente, buscando quebrar as questões tabu através de uma postura ética e politicamente implicadas.

Aí, anos mais tarde, eu passo por essa segunda internação, na comunidade terapêutica e tudo mais. Tomei a decisão de tornar esse tema um tema de investimento profissional, tomei a decisão de que eu ia seguir trabalhando com esse tema profissionalmente, né? E no primeiro momento, entendendo que a única coisa que existia, que eu conhecia e que me parecia interessante eram esse universo das comunidades terapêuticas. Então, não apenas fiz tratamento na comunidade terapêutica mas segui por muito tempo trabalhando em comunidades terapêuticas, pelo menos até 2001.

Já tinha sido, anteriormente, *profissional em comunidades terapêuticas*, e em seguida *educador popular de uma instituição católica*. Porém, logo sentiu necessidade de trabalhar com os usuários de drogas nas ruas. Passa por um momento que considera como um divisor de águas, quando ainda *educador popular de uma instituição católica*, em atividade com alguns psicólogos em uma Unidade de Saúde da Família, descobre um programa denominado “Programa de Redução de Danos”. Pede aos profissionais responsáveis pelo Programa para conhecê-lo propriamente, e experiencia situações que modificaram algumas noções que outrora tinha.

Então eu tava andando pela mesma comunidade que eu já conhecia, mas ao mesmo tempo era outra comunidade, era outro horário, era outro jeito. Aí, a pouco metros, a gente chegou numa pequena clareira onde eu encontrei alguns alunos meus fumando maconha. Aí foi um coisa muito curiosa, que quando eles me viram, eles esconderam o baseado atrás das costas. Mas quando eles viram que eu tava junto do pessoal da redução de danos, eles deixaram de esconder. Aí eles me cumprimentaram “oi, professor! Tudo bom?”, cumprimentaram o pessoal, e seguiram fumando, não esconderam mais o baseado. Aí que eu percebi que tinha algo novo, eu digo, eu percebi o que tinha acontecido, né? Eu disse “caramba, quando essa menina viu que eu tava com esse pessoal eles deixaram de esconder o baseado. O que é que tem aqui?”. Aquilo já me deu uma, já colocou uma pulga atrás da minha orelha, né?

As personagens se chocam. O *educador popular de uma instituição católica*, choca-se com o *redutor de danos*. São incompatíveis naquela realidade, o que o deixa motivado a pensar sobre o que há por trás daquelas situações, o que significava cada um deles e o que poderia fazer quanto a isso. No decorrer de uma ação de redução de danos, percebe um fato curioso:

Na verdade era um prostíbulo [o local onde faziam a ação de redução de danos]. Até aquele momento, eu já trabalhava naquela comunidade há vários meses, até aquele momento eu jamais havia concebido a hipótese de que havia prostíbulo na comunidade, eu nunca tinha ouvido falar disso. E aí eu não apenas tava ouvindo falar como eu tava me dando conta de que o prostíbulo existia, em um botequim, no qual eu já tinha entrado pra tomar Coca-Cola, e eu não tinha visto, eu não tinha... Então naquele momento você perceber que aqueles redutores de danos, eles entravam na mesma comunidade onde eu já trabalhava há vários meses, mas ao mesmo tempo não era a mesma comunidade, era outra comunidade. Eu percebi que havia camadas naquela comunidade que esses caras acessavam e que eu não acessava. Ainda que fosse uma instituição católica liberal, e tudo mais, que aceitava, por exemplo, aceitava e incentivava o diálogo inter-religioso, que congregava dentro da instituição lideranças afro-brasileiras e tudo mais, da umbanda, ainda assim, ainda que fosse uma instituição extremamente liberal, não era liberal a esse ponto, a ponto... Talvez até fosse, mas as pessoas percebiam, certas coisas a gente pode falar, mas disso a gente não pode, né? Quando a gente foi embora, eu perguntei pro pessoal, assim, eu disse “gente, eu quero trabalhar com vocês. Como é que eu faço?”. E eles disseram, “olha cara, você tem muita sorte. Tá abrindo seleção, a gente vai aumentar o número de redutores de danos da equipe, e a gente pode te avisar”. Quando abriu a seleção de fato eu fiz a entrevista e fui escolhido (...).

Agora é formalmente um *redutor de danos*. Depois desta experiência, ainda passa por uma série de outras experiências profissionais que foram fortemente implicadas por sua história de vida, envolvido que era com militâncias políticas e saúde pública.

Este personagem, supomos, não por acaso foi construído na vida de Francisco. Conceitualmente, a Redução de Danos (ou RD, como forma abreviada de se referir à ela) pode ser definida como um conjunto de medidas e práticas no campo da saúde que visam minimizar as consequências adversas dos usos e abusos de substâncias psicoativas (QUINDERÉ et al 2013), discussão e prática que era presente na trajetória de Francisco.

Tratando-se mais especificamente desta abordagem, para melhor contextualizá-la ao leitor, levantamos, também, um breve histórico e outras discussões que abrangem esse campo.

Do ponto de vista da normativa, a RD apresenta-se como uma estratégia que

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas

para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de coresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2005, p.10)

A RD é, então, uma proposta alternativa de saúde pública que se situa na contramão das abordagens criminalizantes e morais diferindo, como vimos antes. De forma geral, a normativa sustenta a estratégia de RD como uma proposta abrangente de cuidado que busca projetos terapêuticos mais flexíveis e que estejam adequados à necessidade de cada usuário, ou seja, objetiva prestar atendimento diário aos usuários, gerenciar casos, oferecer cuidado personalizado, condições de cuidados somáticos (por exemplo desintoxicação ambulatorial), promover ações relacionadas a cultura e lazer etc. Busca também, oferecer atenção aos familiares e trabalhar as relações preconceituosas e estigmatizantes que se mantem em torno dos usuários de substâncias psicoativas através de atividades de prevenção e educação no território onde o serviço está sendo prestado (BRASIL, 2005).

Segundo Alves e Lima (2013), a abordagem de redução de danos surge, assim, como uma alternativa articulada à saúde pública a estes modelos de atenção embasados no enfoque proibicionista e de abstinência. Buscava estabelecer um movimento político que desse resposta às contradições sociais e de saúde que envolviam o complexo sistema de drogas, pondo em pauta os temas da ética, direitos humanos e do engodo proibicionista (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

Segundo Elias e Bastos (2011) e Machado e Boarini (2013), historicamente o conceito de Redução de Danos tem origem no Reino Unido, especificamente na Inglaterra de 1926, a partir de recomendações do Colégio de Médicos Britânicos e de uma comissão interministerial presidida pelo Secretário de Saúde e presidente do *Royal College of Physicians Sir Humphrey Rolleston*, que lança o Relatório Rolleston. Este relatório assegurava que os usuários em situação de dependência de opiáceos poderiam receber estas drogas mediante prescrição médica, para que pudessem levar uma vida mais estável, produtiva e útil à sociedade (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012; ELIAS, BASTOS, 2011).

Porém, foi somente bem mais tarde, na década de 80, inicialmente em Amsterdã, na Holanda, que as estratégias de redução de danos começaram a tomar corpo, principalmente a partir das articulações do movimento social denominado Liga de Dependentes, ou *Junkiebond*, que reivindicava por melhores condições de vida e saúde para os usuários de drogas, que se estendeu, depois, para vários outros países, como Austrália, Canadá e França (MACHADO; BOARINI, 2013; ELIAS; BASTOS, 2011). Esse movimento consistia na iniciativa de trocar seringas usadas e potencialmente contaminadas por seringas novas e estéreis, visando promover ações de enfrentamento das epidemias de hepatite B e C que ocorriam em Amsterdã, em 1984. Outros movimentos ainda foram registrados, entre 1982 e 1984, em Edimburgo, na Escócia, por ocasião de uma epidemia de infecção pelo HIV e por hepatites B e C38, porém sem ainda haver um programa estruturado em Redução de Danos (ELIAS; BASTOS, 2011).

Ainda segundo Elias e Bastos (2011, p. 4725-6), “O primeiro projeto abrangente contemporâneo em RD, associado ao uso prejudicial de drogas, foi implementado oficialmente na região de Mersey (cuja maior cidade é Liverpool), no início da epidemia de AIDS no Reino Unido, em 1986”. Para estes autores, este acontecimento ficou conhecido como um movimento da nova saúde pública, e buscava a promoção do equilíbrio entre as ações individuais e a ação coletiva para facilitar mudanças sociais e ambientais que refletissem em melhorias no cuidado à saúde.

Tratando-se mais especificamente da origem da Redução de Danos no Brasil, é importante contextualizarmos a situação do país na época. Por volta da década de 20 do século passado, marcada pelo desenvolvimento da industrialização, o Brasil começou a criar suas primeiras normativas para o controle sobre as drogas que, assim como nos outros países, seguiam leis provenientes do campo da Justiça e Segurança Pública, demandando para os usuários fiscalização dos usos de substâncias, isolamento social e internação compulsória, dando enfoque à repressão em detrimento da prevenção (MACHADO; BOARINI, 2013).

Com o passar dos anos, por volta da década de 80, como já vimos com Passos e Souza (2011), a população vivenciava altos índices de inflação, explosões demográficas nos centros urbanos, aumento dos cinturões de pobreza nas periferias e favelas, o sucateamento da educação pública e aumento da violência urbana, estes acompanhados pela falência do modelo econômico nacional e o desemprego conjuntural. Junto a estes eventos há um inchaço do mercado ilícito, onde o tráfico de drogas no país ganha projeção

nacional e internacional, criando, também, a chamada “guerra às drogas”, que “se tornou ao mesmo tempo um exercício de controle social e uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 155).

Cria-se um abismo entre segurança e saúde pública no que se refere ao uso de drogas. Porém, no final da década de 80, constata-se a falência das estratégias proibicionistas e punitivas, que não mostravam ter efeitos na diminuição do uso de substâncias pelos sujeitos (MACHADO; BOARINI, 2013). Assim,

o Estado brasileiro, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas. Em síntese, é possível afirmar que a legislação nacional sobre drogas ilícitas e a Política Nacional de Saúde, colocando as drogas como problema de saúde pública, começaram a entrecruzar-se a partir do início da década de 90, precipitadas por alguns fatores desencadeantes, tal como o fenômeno da AIDS (...) (MACHADO; BOARINI; 2013, p. 584).

Para Franco Neto (2013), o desenvolvimento das estratégias relativas à redução de danos se dividem em três etapas históricas no Brasil: a primeira em 1989, com o programa de troca de seringas em Santos (SP); a segunda em 1994, mediante o PN – DST/AIDS; e a terceira em 2003, quando a RD surge como método clínico-político e paradigma da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Em 1989, na cidade de Santos (SP), surge como uma estratégia de prevenção que teve sua sustentabilidade financeira vinculada ao Programa Nacional de DST/AIDS, quando os índices de transmissão da doença subiam pelo uso indevido de drogas injetáveis. A iniciativa foi do então médico sanitário e secretário municipal de saúde David Capistrano, e do coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, que implementaram programas de distribuição e trocas de seringas aos usuários de substâncias injetáveis (LANDI FILHO et al, 2009; PASSOS; SOUZA, 2011; ANDRADE, 2011; ELIAS; BASTOS, 2011; MACHADO; BOARINI, 2013; FRANCO NETO, 2013).

Porém, a implementação desta estratégia deu-se com grandes resistências e polêmicas, principalmente por, no contexto brasileiro da época, ainda ser forte o discurso de guerra às drogas (PASSOS; SOUZA, 2011). Alegava-se que os programas de troca de seringas promoveria a incitação ao uso de drogas, levando a gastos indevidos do dinheiro

público, o que resultou em dois processos da Promotoria Pública, um criminal e outro cível, o que impossibilitou a efetivação dos programas de trocas de seringas na cidade de Santos (ANDRADE, 2011; ELIAS; BASTOS, 2011; PASSOS; SOUZA, 2011; MACHADO; BOARINI, 2013; FRANCO NETO, 2013).

Vale destacar que, embora as trocas de seringas tenham encontrado resistências para se efetivar nesta cidade, em 1995, foi efetivado em Salvador (BA) o primeiro programa de troca de seringas do Brasil e da América Latina (ANDRADE, 2011; ELIAS; BASTOS, 2011). Além disso, profissionais que compunham essas equipes adotaram medidas alternativas, distribuindo hipoclorito de sódio para desinfecção das agulhas, visando não somente a desinfecção em si das agulhas, mas o protagonismo das minorias marginalizadas (FRANCO NETO, 2013).

Mesmo diante destas resistências, entramos em uma segunda etapa histórica da RD no país. Em 1994, o Ministério da Saúde em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública no Brasil; em 1997, o Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS (IEPAS), em Santos, passou a receber financiamento do PN – DST/AIDS, tendo a gestão de políticas de AIDS passado a estabelecer uma proximidade com as ONGs já existentes e a estimular a criação de novas ONGs de RD. Essas duas ações mostram como meta vislumbrar a RD não apenas a prevenção de DST/AIDS, mas como método para as ações de prevenção, promoção, tratamento e produção de saúde, assim como um paradigma que ressignificava o problema das drogas na atualidade (MACHADO; BOARINI, 2013; FRANCO NETO, 2013).

Como um terceiro momento, ganha destaque a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que em seu relatório final estabeleceu a atenção aos usuários de álcool e outras drogas como um dos princípios e diretrizes dentro da reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental, possibilitando que os Programas de Redução de Danos (PRDs) migrassem oficialmente do vínculo exclusivo das políticas de DST/AIDS para o campo de responsabilidade da assistência em saúde mental (FRANCO NETO, 2013). Além disso, a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, efetivou também a responsabilidade da saúde pública pelos usuários de drogas, reconhecendo o direito ao tratamento e à reinserção social, o direito à saúde e proteção destes sujeitos em rede extra-hospitalar de cuidado

(como no caso dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad)) (MACHADO; BOARINI, 2013).

Mais tarde, em 2003, a RD foi tomada como um importante eixo de articulação dentro da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que se destaca por tomar base nos princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade, e, também, em algumas diretrizes que deram forma para a política nacional: a clínica ampliada, a transversalidade, a desinstitucionalização e a Redução de Danos (PASSOS; SOUZA, 2013; FRANCO NETO, 2013).

As ações de redução de danos ainda são, na atualidade, práticas polêmicas. Ressaltamos, contudo, seu potencial crítico e questionador acerca das realidades, evidenciando uma possibilidade dentro dos tratamentos aos usuários de drogas que não se reduz às práticas proibicionistas, moralistas ou de abstinência, ou como já citamos, à políticas de cuidado rígidas e estáticas. Consideramo-la, ainda, um ponto marcante dentro da história de vida de Francisco, que já partia de um viés crítico quanto ao uso de drogas e, não por acaso, acaba se envolvendo com tais ações e se engajando na discussão prática e teórica quanto às mesmas.

Misturados a estas personagens, Francisco ainda articula várias outras nessa dimensão de sua vida, como os de *cientista social*, *mestre em Educação*, e *doutorando em Ciências Sociais*. Deixa clara as principais influências em sua formação:

Claro, a minha formação como sociólogo, claro que, que ela me dá um jeito de pensar, ela me ajuda por exemplo, a romper com uma certa ingenuidade, ela me aproxima do campo da saúde coletiva, quer dizer, ela me traz um aporte muito interessante. Mas o principal aporte mesmo, que eu trago pra essa roda, são as minhas experiências como usuário de drogas, como uma pessoa que vivenciou as experiências de um usuário de drogas em tratamento e as minhas experiências como redutor de danos. São sobretudo essas, claro... Claro que a minha formação como sociólogo contribui, obviamente que sim, mas se eu fosse colocar aí, obviamente ela não é a (ênfatisa) contribuição central quando eu vou dar formação. O que mais fomenta mesmo esses momentos de formação que eu toco por aí são minhas experiências de vida como trabalhador e como usuário de drogas.

Francisco, para além dos efeitos em sua vida profissional ocasionados pelos usos de drogas e internações, questiona também como estas afetaram sua vida como um todo, suas escolhas, os rumos que acabou tomando, as decisões realizadas, o entendimento que tinha destes temas e a forma como encarava essas instituições e as implicações destas na vida das pessoas.

E comecei a interrogar desse modo: ok, além de abstinência, o que mais a comunidade terapêutica produziu em mim? E aí eu comecei a me dar conta de uma série de coisas. Muitas fichas começaram a cair. Eu comecei a me dar conta de que eu tinha me afastado de um modo brutal de amigos de quem eu jamais queria ter me afastado, eu comecei a questionar profundamente a ideia de que, de que aquilo seria algo realmente necessário. Comecei a questionar isso com muita profundidade, e comecei a me dar conta: caramba! Se, são amigos que usam cocaína, tem uns que bebem, mas são amigos que amam teatro, que amam filosofia, são amigos que me amam, que eu amo. Aí eu disse: por que que eu tenho que me afastar dessas pessoas? (...) Quer dizer, tudo bem, alguma práticas, elas podem produzir um efeito desejado de abstinência, por exemplo, mas, além disso, o que mais elas estão produzindo, né? E eu percebi que o modelo de comunidade terapêutica mesmo na minha vida, mesmo eu tendo, sendo um cara com uma trajetória de vida de militância política, de pensamento crítico, mesmo em mim, essa experiência, ela produziu preconceito, ela produziu processo de estigmatização, com os usos e com os usuários de drogas, ela produziu um processo de afastamento dessas pessoas. E em coisas muito sutis também. Tem algo que é difícil pra mim descrever de outro modo que não seja através de uma frase um tanto quanto poética, assim, e que talvez seja meio esotérica, talvez não seja muito clara, mas eu vou dizer mesmo assim. Eu levei muito tempo pra tirar o cheiro de comunidade terapêutica de mim. Muito tempo, sabe? Então, assim, eu não sei se até hoje eu já tirei completamente esse cheiro de mim. Eu não sei se até hoje.

Francisco conclui o fato de que a internação produziu, sim, uma série de efeitos em sua vida. O afastamento de pessoas significativas, processos de formação de preconceito e estigmatização, imposição de um modelo de abstinência, mas também, gerou possibilidades de experienciar certas nuances de tratamento quanto aos usos de drogas, o que não deixou de ser importante para aquele momento de sua vida.

Contudo, mesmo tendo tal importância, fica-nos a questão da atitude de estigmatização, de violência para com os sujeitos, evidenciada nesses relatos e nos efeitos nas vidas destes sujeitos. Francisco, mesmo considerando-se um sujeito crítico e questionador (por mais que tenha sofrido em tantos momentos por isso e ter precisado manipular as situações para conseguir se inserir em certos espaços), considera que atitudes preconceituosas e violentas ainda estão nele, influenciam seus atos, até os dias de hoje, como mostra em seus relatos. Isso nos evidencia o impacto que tais práticas têm, e da necessidade de um questionamento constante dessas instituições.

Como afirmou Agamben (2007), o ser humano tem uma facilidade enorme em se conformar com situações de extrema violência, acabando por naturalizá-las e não promover mais esforços para modificá-las. Assim como Francisco relatou em um momento anterior, não via outra possibilidade de tratamento melhor que os das CT's, chegando a aconselhar essa abordagem às outras pessoas. Antônio, acreditando que se conseguisse se adaptar às novas regras às quais era submetido teria melhoras de sua

“doença”, acostuma-se, também, à essa realidade. Porém, a violência nessas instituições ainda se mantém, e não atingem somente Francisco e Antônio, mas todos os Josés, as Marias, os Robertos que por elas passam. “O singular materializa o universal na unidade do particular” (CIAMPA, 1987/2005, p. 221).

3.5.2 Antônio

Então, tudo o que acontece lá dentro como interno vai acontecer aqui fora.

Antônio

Antônio também sofre fortes influências quanto ao uso de drogas e as internações em sua vida, de forma geral. Como já foi relatado anteriormente, passou a estudar mais a fundo sobre a *doença da adicção*, quando ainda estava em processos de internação nas comunidades terapêuticas pelas quais passou. Interessava-se, cada vez mais, pelo tema e a se ver implicado nas discussões concernentes ao mesmo. Conheceu, então, um colega em uma das internações que estava seguindo este mesmo rumo, estudando sobre os usos de drogas e as formas de tratamento. Em um determinado momento, tomam a decisão de que montariam sua própria comunidade terapêutica.

Para isso, precisaria fazer um curso de Ensino Superior, e escolhe o curso de Psicologia. Começa, então, os planos para concretizar a construção da CT, fazendo os ajustes necessários em sua vida, dedicando-se aos estudos demandados e tomando as providências que eram necessárias. Os estudo em Psicologia, pelo menos ao que parece ao analisar sua narrativa, não produz uma transformação no seu modo de pensar os sujeitos e os cuidados. Isso fica ainda mais evidente quando, hoje em dia, considera-se mais um administrador que psicólogo, embora se encarregue da parte administrativa e também da área de supervisão clínica.

Esse fato reforça o que colocam Pacheco e Scisleski (2013) e Scisleski et al (2013), ao nos informar que as comunidades terapêuticas hoje no Brasil funcionam, por vezes, de forma problemática, pois há muitas iniciativas de ex-usuários de drogas que as fundam seguindo o modelo daquelas nas quais obtiveram recuperação, geralmente sem contar com os recursos e a formação necessários para adequar seu funcionamento aos requisitos exigidos por lei.

Antônio toma todos os cuidados no tocante à sua formação profissional e aos outros aspectos relevantes para um bom funcionamento da instituição. Mesmo assim, muitas das violências que lhe foram impostas quando era ele interno nas CT's acabam sendo reproduzidas nas suas práticas. Isso nos revela uma demanda por um processo de formação crítica e abrangente quando falamos da assistência e cuidado à saúde dos sujeitos, pois longe de serem regidas por aparato meramente burocrático, necessitam de uma visão ampliada e que não se reduz a um tratamento embasado na tecnologia psiquiátrica ou num trabalho simplesmente “mais humanizado” (LIMA, 2010).

Além destes efeitos em sua vida profissional, destaca também outros relativos à sua vida em geral. Considera que o uso de drogas mudou seu jeito de ser.

De vez em quando minha voz chegava, minha voz mudou, Renata. Minha voz não é essa (fala espaçadamente). Minha voz era, já viu aquele pessoal... Eu fumava muita maconha, aquele jeito de maconheiro mesmo, era meu jeito de conversar. Meu andar mudou, a minha voz mudou, o meu jeito de ser mudou, tudo isso mudou. Totalmente. Era gangueiro, aí tinha que andar que nem os gangueiro, a questão da identidade. Andava igualzinho. Como é que gangueiro anda? Anda todo se balançando.

A questão da identidade. Porém, uma identidade que parece estática, mesma, que deve ser repostada cotidianamente. Fazer o uso de drogas significava dizer que ele fazia parte de um grupo específico de pessoas. Em um dado momento, era um *gangueiro*, e deveria comportar-se igual aos outros deste grupo para ser reconhecido enquanto tal, mudando suas atitudes, seus comportamentos. Porém, depois de um determinado período de sua vida, percebe que não gostaria mais de ser um *gangueiro*, e revê sua personagem. Passa a afastar-se deles, e a representar-se a si mesmo de uma forma diferente. A personagem que antes assumia já não era mais desejado. Porém, essa personagem não somente não era mais desejada, mas Antônio, de certa forma, passou a estigmatizá-la.

Em outro momento da entrevista, como já vimos brevemente em passagens anteriores, Antônio constrói uma visão dos usuários de maconha como aqueles que nunca amadurecem, eternos adolescentes, inseguros. Rechaça tal identidade, e em seu próprio processo profissional, revela um pouco de tal atitude.

O maconheiro é um eterno adolescente. Eterno adolescente. Ele, ele não tem um, um, a idade psicológica dele não, não sobe. Se ele começou a fumar com 17, ele é o mesmo cara de 17. Quando chega aqui, na clínica, uma pessoa que fuma só maconha: “Quantos anos?”. “Rapaz, 20 anos fumando maconha”. “Beleza.”. Eu não digo nada pra ele, mas eu já sei que ele tem uma idade de 17 anos, a idade mental dele é de um adolescente, ele pensa como adolescente.

Aquela história de, ah, que a pessoa não evolui. Evolui não. Quem é maconheiro mesmo, de fumar todo dia, e não sei o que, pá, pá, pá, ele é um adolescente, ele quer se encontrar com os amigos. Ah, se encontrar com a namorada, ah, ter uma família, pra ele... o que é legal pra ele é jogar bola e fumar maconha com a galera, se encontrar com a galera, tudo isso aí é o que acontece. (...) Hoje, eu sabendo de linguagem corporal, a pessoa que anda se balançando, é uma pessoa insegura, que não coloca os calcanhares no chão. Gosto muito de estudar linguagem corporal, aí eu vejo eles passando [os maconheiros], tudo inseguro. Tão querendo serem mais altos do que são, pra mostrar que são fortes. Tanto que anda assim, empinando o peito. Eles estão num momento inseguro. E aí eu respeito esses estudos e vejo que realmente que quando as pessoas andam assim, ou eu quando eu ando assim, é porque eu estou inseguro.

O *administrador-psicólogo* analisa a identidade dos *maconheiros*, dos *ganguinhos*, personagens que já fizeram parte de sua vida, que tem uma determinada importância em um momento específico, mas que, nesse momento, parecem ser totalmente dissonantes ao como hoje se representa. Antônio se transformou, não se vê mais nestas personagens, principalmente depois das novas personagens que construiu. Parece tomar uma atitude semelhante à que exerciam com ela nas CT's. Questiona-as, de forma confrontativa, com o intuito de enquadrá-las, levando em conta conhecimento técnico para determinar se aquela seria uma boa escolha ou não. Conclui que não, estuda e vê que aquelas personagens eram evidências de insegurança, destruindo-as tanto em si mesmo e, também, abalando-as quando as percebe nos outros, a partir da mesma atitude confrontativa.

Porém, mesmo tendo uma avaliação negativa destas, percebe, em um dado momento da sua vida, que diferente de ser *maconheiro* ou *ganguinho*, ser *dependente químico em recuperação*, por sua vez, já o trazia uma série de vantagens e benefícios, dos quais tira certo proveito. Deixemos que Antônio mesmo exemplifique essa situação:

Eu cheguei tava no colégio [da filha]. Aí eu tinha acabado de sair da internação. Eu cheguei lá no colégio, tava sem trabalho, sem nada, o colégio caro, por exemplo, hoje a mensalidade deve tá uns R\$800. Aí eu peguei, fui na assistente social: "Não, é o seguinte. É porque eu tô sem trabalhar e tô pagando aqui o colégio. E eu tô vendo que o dinheiro vai acabar. Tem como a senhora me dar um desconto?". Ela: "Por que? O que foi que aconteceu?". "Não, eu tava trabalhando, tá aqui meu documento, trabalhava na Texaco, e tudo. Mas tive um problema de saúde, e saí agora do tratamento, e tô desempregado". Aí ela: "Tá certo, é o seguinte, você vai ter que me dizer qual foi o seu problema de saúde". "Eu tava internado porque tava usando droga". "Hã, é mesmo?", e tal, "Pois eu vou lhe, se você continuar sem usar droga eu vou lhe dar uma bolsa integral pra sua filha". "Você tá falando sério? Tá bom". Aí ela me deu a bolsa de 50%, no outro ano ela me deu de 30. Ou melhor, é que eu pagava, ela me deu uma bolsa de 50, ela me deu uma bolsa de 60, uma bolsa de 70, uma bolsa de 90, e uma bolsa integral. 1º ano, 2º ano e 3º ano era tudo bolsa integral.

Aí... aí foi, aí teve essa questão aí, dela. Do colégio, aí falar, quando a gente entra no NA, ou vai falar alguma coisa, aí fala assim: “Olha, não vim ganhar nada, vim ficar limpo, só ganha bem-estar, só ganha, é, é, ganha tá bem consigo mesmo, saber lidar com as situações, pra não ficar perdendo tempo com droga, ficar perdendo tempo com isso”, e tudo. E aí, eu ganhei essa bolsa. Aí, um exemplo, o 3º ano dela, eu lembro que a prestação era setecentos e poucos reais. 700 vezes 12 dá, dá quase R\$9.000. Aí eu falei: “Rapaz, só porque eu tô limpo eu ganhei R\$9.000”. Deixei de gastar, né? Deixei de gastar R\$9.000.

Aqui, percebemos uma hegemonia do discurso médico-psiquiátrico, pois ser um *doente, dependente químico em recuperação*, é completamente diferente de ser outras personagens atribuídas. Existe uma lógica que determina uma hierarquia entre as personagens que representamos, beneficiando e oferecendo vantagens a umas, e rechaçando, estigmatizando outras. Esses processos nos passam, muitas vezes, despercebidos, e, mais uma vez, acabam tomando caráter natural em nossas vidas: um *maconheiro* é sempre alguém problemático; um *dependente químico* é alguém doente, acometido de uma patologia, e que precisa de ajuda.

Assim como Francisco, Antônio também percebe que precisa manipular o sistema. Analisando estes dois casos, percebemos em Francisco uma atitude de manipulação que visa superar alguns discursos e sistemáticas estabelecidas, marcando uma busca por uma identidade pós-convencional (LIMA, 2009), ou seja, não pautada em determinações políticas estáticas e/ou morais que visem enquadrá-lo em uma identidade rígida, mas promover sua busca por fragmentos de emancipação em vias de conquistar direitos e uma vida digna.

Antônio também estabelece sua luta no sentido de obter seus fragmentos de emancipação, e em vários momentos atinge suas metas e conquistas, recriando-se através do vislumbre de suas possibilidades. Porém, a marca de uma identidade pós-convencional fica, nele, pouco mais tênue, na medida em que, em tantos momentos, vê-se capturado por discursos e práticas moralizantes que se propunham com aparato de verdade, impondo práticas violentas e reduzidas no tocante às possibilidades de vida a serem criadas. Para ser um *sujeito limpo* ele teve que, primeiro, fazer uso de drogas e depois ser convencido de que aquele caminho não era um “bom caminho”, devendo ficar abstinente e ser recompensado por isso, ou seja, por tomar, agora, um “bom rumo”.

É recompensado não por ter tomado uma decisão por si, por ter buscado sua autonomia quanto ao uso de drogas, não por ter analisado de forma crítica sua situação,

mas por ter se inserido e se submetido bem no sistema da abstinência, recebendo reforços para nele se manter.

Nesses termos, lançamos à reflexão as práticas das instituições atuais, que reforçam de forma arbitrária comportamentos ditos socialmente corretos, aceitos, como foi feito, por exemplo, no tocante aos descontos recebidos por Antônio nas mensalidades do colégio da filha. Questionamos: caso Francisco fosse pedir o mesmo desconto à assistente social do colégio e explicasse sua história, destacando sua crítica quanto ao uso de drogas e seu posicionamento quanto à abstinência, será que receberia o mesmo apoio?

3.6 Posicionamento atual frente ao uso de drogas e comunidades terapêuticas

3.6.1 Francisco

Será que não é possível produzir cuidado, produzir saúde de outras formas, menos iatrogênicas, com menos efeitos colaterais (...)?

Francisco

Francisco hoje se dedica aos estudos das teorias e práticas sobre a temática do uso de drogas e da redução de danos. Desenvolveu uma extensa trajetória neste sentido e se vê comprometido com os rumos que essas ações têm tomado ultimamente no país.

Em suas análises quanto às CT's, primeiramente, relata que as vislumbrava como uma das formas possíveis de tratamento, e que não conseguia enxergar problema nenhum quanto às mesmas em um dado momento de sua vida. Porém, já via na redução de danos uma prática mais potente em relação às pessoas que não chegavam nas CT's, que ainda estavam em situação de rua, por exemplo. Tenta manter, por conseguinte, uma análise crítica acerca das formas de assistência aos usuários de drogas, desenvolvendo uma visão bem própria acerca dos impactos quanto às formas de tratamento realizados nas CT's. Em um segundo momento, embora continue a considerar a importância de tais instituições em seus processos de tratamento, passa a fazer uma série de críticas a esses modelos, pois considera que havia outras possibilidades mais interessantes e que teriam menos efeitos colaterais que este tipo de abordagem, a qual passou a considerar desenvolver uma forma de cuidado iatrogênica.

Sobre isto, discorre sobre sua crítica atual relativa aos modelos de cuidado embasados pela abstinência:

É um modelo que ajuda muito a gente, ele é importante. Eu não acredito que a abstinência não seja um caminho importante, acho que pra muita gente essa abstinência, ou pra sempre ou por muito tempo ou por algum tempo, eu acho que ela é importante pra muita gente. Pra mim foi super importante, eu ter mantido uma abstinência de mais de cinco anos, pra mim foi muito importante. Hã... mas, assim, a que preço? Sabe, a que preço? Será que esse preço vale a pena? Será que não é possível produzir cuidado, produzir saúde de outras formas, menos iatrogênicas, com menos efeitos colaterais, menos, né? (...) Acho que ela [comunidade terapêutica] pode produzir uma abstinência desejada pra muitas pessoas, mas junto com a abstinência tem uma série de outras coisas sendo produzidas aí. E... e é isso, coisa objetivas e coisas, às vezes, muito sutis, assim. Muito sutis nesse modelo de tratamento, que é muito violento, é muito violento.

Como podemos ver, Francisco tem atualmente uma forma muito própria de olhar as CT's e suas práticas, unindo os vários processos experienciados ao longo de sua vida para construir uma postura quanto ao tema das drogas. Embora critique as formas de cuidado, considerando-as iatrogênicas e violentas, olha também de modo questionador a crítica que hoje se faz quanto às CT's.

Eu acho que a crítica hegemônica que se faz, é muito mal feita. Eu acho que ela é muito tosca, e eu acho que ela me parece ser feita por pessoas que são militantes históricos importantíssimos, maravilhosos, da luta antimanicomial, mas que conhecem um pouco do universo AD, sabe? E aí tentam reproduzir, tentam impingir à comunidade terapêutica os pecados do manicômio, quando na verdade é de outra coisa que a gente tá falando. Eu não acho que um investimento pesado em comunidade terapêutica seja um retorno ao manicômio, eu acho que é outra coisa. Existem muitas diferenças brutais entre uma comunidade terapêutica e um manicômio. Que muitos experimentam dizer que é simplesmente uma replicação do modelo de manicômio. Não, é muito diferente, muito diferente. Já começa pelo fato de que ninguém fica 40 anos numa comunidade terapêutica. Aliás, ninguém fica nem mesmo dois anos numa comunidade terapêutica. Só isso já é uma diferença brutal, mas muitos experimentariam dizer que a gente tá falando da mesma coisa, né? O fato de que a imensa maioria das comunidades terapêuticas nem mesmo, aliás até, de modo muitas vezes equilibrado, a imensa maioria das comunidades terapêuticas sequer admite o uso de qualquer forma de medicamento lá dentro, né? Quando, quando a gente sabe que no modelo manicomial há um abuso do medicamento. (...) Então, e eventualmente, quando eu digo isso pros companheiros da luta, a galera diz “ah, então você tá defendendo essa ideia?”, e eu digo, “não, eu não tô defendendo isso aqui, eu só tô dizendo que é preciso qualificar a crítica”, né? É preciso qualificar a crítica. Por exemplo, eu, eu tenho mais simpatia com alguém que diz a comunidade terapêutica é um retorno ao leprosário (risos), do que alguém que diz que é um retorno ao manicômio. Eu acho que a comunidade terapêutica é mais parecida com um leprosário do que com um manicômio (risos), né? Até por essa ênfase no discurso religioso, pelo não uso de medicamento.

Embora em tantos momentos desse estudo tenhamos evidenciado práticas violentas e opressoras, Francisco e Antônio nos permitem ampliar nosso olhar para

veremos a dimensão positiva das CT's. Contudo, para além de um julgamento moral sobre se a assistência oferecida por elas é boa ou ruim, queremos frisar, mais uma vez, sobre os efeitos destas instituições na vida dos sujeitos. Nossos dois participantes da pesquisa relatam muito bem o fato de que não há como fazer uma avaliação de forma absoluta sobre as CT's. Pelo contrário, mostram-nos que é somente experienciando esses processos que podemos perceber suas reais nuances, seus principais mecanismos de funcionamento e influências externas, e a partir disso promover as mudanças necessárias.

Como uma importante conclusão a partir de sua experiência com o uso de drogas e formas de cuidado, Francisco relata:

Porque, uma das coisas que eu acho mais triste, cara, na ciência que se debruça sobre o tema álcool e drogas, há muita produção científica triste, feia, mas talvez nada seja, pra mim, por tudo isso, né, que a gente tá compartilhando aqui, talvez por tudo isso, não existe nenhuma produção científica que eu considere mais feia e mais iatrogênica quanto os famigerados estudos em torno do perfil do usuário de drogas. Ora, perfil! Isso não existe, cara! Isso não existe. Não existe perfil do usuário de drogas, não existe o (ênfatisa) modelo de tratamento, não tem. Somos seres humanos tão diferentes uns dos outros e o tipo de caminho terapêutico que a gente vai ter que construir em encontro com essas pessoas também vai ter que ser tão diferente, né? Como não essa, talvez essa seja hoje a maior crítica que eu faço ao modelo de tratamento da comunidade terapêutica. Porque essa estrutura, ela não comporta essa diversidade, ela não comporta esse encontro, isso que nós chamamos de projeto terapêutico singular, né? É impossível produzir projeto terapêutico singular numa comunidade terapêutica, não tem como. Por mais cheia de boas intenções que ela... E eu tenho certeza que grande parte delas são, e por isso eu não concordo com o jeito de criticar da galera antimanicomial, que critica como se todos fossem malvados, politiqueiros, evangélicos, a bancada do mal, não é assim, não é assim. Mas é isso, por mais boas intenções que grande parte dessas instituições tenha, eles não conseguem alcançar essa dimensão da individualidade, da singularidade. Não tem, é impossível. A instituição, ela é violenta demais pra comportar algo tão delicado como a singularidade.

Francisco defende a ideia de que não temos como papel fazer alguém parar de usar drogas: somos muito complexos, muito singulares, e, ao mesmo tempo, muito diferentes para determinarmos modelos estáticos de tratamento e acharmos darão conta de vislumbrar todas as necessidades de um sujeito, por exemplo, através da abstinência. Para Francisco:

(...) a nossa tarefa não é fazer a pessoa parar de usar. A nossa tarefa é cuidar das pessoas enquanto elas não param e, quem sabe, quem sabe, contribuir pra que algum desses encontros significativos possam acontecer, enfim. Ajudar a ampliar esse repertório de encontros pra que essa pessoa possa ter um desses encontros, com o trabalho, com o amor, com a vida, com a arte, com sei lá o que. Porque a gente nunca sabe o que vai ser, né? (...) Então, o nosso trabalho

enquanto cuidadores é esse, cuidar das pessoas enquanto elas não param e ajudar as pessoas a ter maior possibilidade, maior repertório possível de encontros, né? Quanto mais encontros elas tiverem, maior o risco de algo bacana acontecer nesses encontros, de alguém, algum insight... Acho que é isso.

Próximo ao que explanamos antes com Žižek (2010), Francisco nos traz a ideia de abertura ao outro, mesmo que esse produza estranhamento, mesmo que esse não me permita – e nunca vai permitir – ter total controle sobre sua vida, pois é a partir disto que produzimos uma ambiente propício às metamorfoses, propício à vida. O cuidado, nesses termos, estaria próximo a esta perspectiva que direciona minimamente a experiência humana, promovendo possibilidades de transformação e permitindo a luta por emancipação, a luta pela autonomia de se fazer escolhas de uma forma mais livre.

3.6.2 Antônio

...essa questão de regras, eu não sei lidar muito com isso, eu não sei muito lidar... Hoje, eu dou as regras, aqui dentro, né?

Antônio

Antônio, atualmente, apresenta-se como um *dependente químico em recuperação*, identidade continuamente resposta: “*E hoje eu sou, também dependente químico em recuperação, fazem doze anos e alguns dia que eu não uso drogas*”. Vemos, mais uma vez, a proximidade do conceito de mesmice em Ciampa (1987/2005). Antônio repõe esta identidade, que podemos considerar ou como uma busca consciente por estabilidade ou como compulsão inconsciente à repetição. Interessante se faz o fato da segunda parte de sua fala “*fazem doze anos e alguns dia que eu não uso drogas*”. Isso nos remete a uma passagem ainda em Ciampa (1987/2005, p. 138):

A manifestação do ser é sempre uma atividade (...). O que pode ser percebido é que qualquer predicação é predicação de uma *atividade anterior, genericamente*, de uma presentificação do ser. Nossa linguagem cotidiana tem dificuldades de falar do ser como atividade – como acontecer, como suceder. *Acabamos por usar substantivos* que criam a ilusão de uma substância de que o indivíduo seria dotado, substância que se expressaria através dele. (...) Pelo fato já mencionado de interiorizarmos o que é predicado, a atividade coisifica-se sob forma de uma *personagem* que subsiste independentemente da atividade que a engendrou e que a deveria sustentar (Severino é lavrador mas já não lava).

Antônio não usa mais drogas, há doze anos e alguns dias. Mesmo assim, ele ainda é um *dependente químico*. A predicação do que um dia foi, no passado, mantém-se, e o encarcera na eminência de, a qualquer momento, poder migrar de *dependente químico em recuperação* a *dependente químico*. Pois, como já havíamos visto antes, há uma série de reações químicas no organismo que podem provocar uma reação irrefreável em busca do uso abusivo de substâncias psicoativas, assim como informou Francisco ao lama budista. Antônio ainda reforça: “*Então, era do jeito que contaram pra mim, que eu tenho uma doença progressiva, incurável e fatal, em todas as áreas da minha vida*”.

Isso passa a ser o que o constitui. E não só a ele, mas também aqueles outros que também fazem ou já fizeram uso de algum tipo de substância psicoativa. Efeitos em sua vida se impõe diante disso, de forma geral. Quanto à vida profissional, ele relata:

Tem as teorias que falam sobre a questão de dependência química, tem uma delas que eu gosto e vejo ela aqui dentro [da sua comunidade terapêutica], que tenta explicar da seguinte forma o abuso de drogas, ele usa até esse termo. O abusador, ou o dependente, de drogas, ele, usa por três motivos, a partir dele: ou ele usa por imaturidade, ou por morbidade psiquiátrica, ou por não saber lidar com a substância. As co-morbidades mais comuns e sabidas, relacionadas ao uso, que é abuso de drogas e álcool, são as ansiedades, os transtornos ansiosos, e os transtornos psicóticos. Os transtornos ansiosos, é muito comum, porque, é, comum a pessoa tomar uma cervejinha ou algo parecido. Então, “eu vou tomar uma Smirnoff que eu crio coragem pra chegar naquela menina”. Então, há um nível de ansiedade, onde as pessoas vão se automedicar, com a bebida, pra poder quebrar esse medo de estar nesse local, essa inadequação social, gerada pela ansiedade. (...) E o pessoal que, transtornos psicóticos, que tão fora da realidade, né? Vamos dizer assim. E os imaturos. Os imaturos, eles estariam enquadrados, hoje, na questão do... eles não sabem lidar com as emoções. Eles são analfabetos emocionais, eles são, eles não evoluíram. Eles tão com raiva, eu fico com raiva e eu vou usar droga, porque eu não sei lidar com a emoção raiva. Eu não sei lidar com a emoção perda e vou beber. (...) E quem não sabe lidar com a substância. E o que não sabe lidar com a substância é o adicto, que é a doença progressiva, incurável e fatal. Afeta todas as áreas da minha vida. O uso compulsivo, tudo o que eu fizer compulsivo vai afetar outra coisa, né? Vamos dizer assim. (...) Então, todos eles têm dificuldade com a substância, que tem pessoas que são ansiosas, mas não conseguem beber. Tem pessoas que são ansiosas e não conseguem cheirar cocaína, não conseguem fumar maconha. Então não vão chegar a isso, porque não conseguem lidar com o proibido também. Pessoas que são psicóticas e também não sabem lidar com essas coisas. Mas, se a substância entrar na pessoa e ela sentir prazer, e entrar no sistema de promessa de recompensa, começa a ficar muito prazeroso o uso de drogas. Prazeroso no sistema de recompensa, não no corpo, não no que acontece ao redor. Nas perdas sociais, perdas sócio familiares, vamos usar esses termos.

Além disto, os dependentes químicos, usuários de drogas, abusadores, também recebem ainda outra conotação

(...) quando se pega, o... o dicionário, e vê o que é que é adicto, a tradução lá vem do latim 'escravo'. Sendo que o adicto, que é traduzido pro livro de NA, é o adicto do inglês americano, e no inglês americano, adicto é um viciado. (...) não sei como é o sentido na cultura americana, mas na cultura brasileira isso veio numa forma diferente, eles colocam essas questão de escravo. (...) Aí como eu tenho essa, a visão de psicólogo, essa questão de epistemologia, vamo no fundo da raiz, vamo ver a questão da cultura, a palavra tem vida, isso modifica, pá, pá, pá. E eu fico mexendo, mexendo, até ter essa minha concepção que o adicto é um viciado em droga, ou como eles gostam de chamar, um drogadicto, viciado em droga, é o nome mais adequado. E aqui é o nome mais adeq... que eles gostam de utilizar lá nos Estados Unidos, também. Então como é uma coisa que veio da cultura americana, o NA foi criado em, lá nos Estados Unidos, então a tradução é mesmo dessa forma, bem, assim, desse jeito.

Antônio constrói uma noção bem ligada às teorias preventivista e proibicionistas quanto ao uso de drogas, perspectiva que nos parece ter sido influenciada enormemente por sua trajetória de vida quanto às internações e a forma de lidar com as drogas que as pessoas mais próximas a ele tinham. Assume essa perspectiva, e passa a reproduzi-la. De certa forma, tem seus ganhos quanto a isso, pois é assim que trabalha e cuida daqueles que procuram pela assistência de sua instituição. Porém, o que colocamos de questionamento é que Antônio parece impor os mesmos modelos que antes o impuseram, e que em tantos momentos o fizeram sofrer. Como já comentamos antes, era sempre questionado, e diante de tanto “cuidados confrontativos”, adaptou-se à essa sistemática e conseguiu reproduzi-la bem em suas práticas. Por exemplo, temos o seguinte relato de Antônio:

(...) teve um momento que eu me mostrei bastante rebelde, que hoje eu sei que é rebeldia, na época eu não sabia que era. Colocar assim, que hoje eu, que nem eu tava lhe dizendo, eu consigo colocar o nome dos processos. Eu não tinha que cuidar do sítio? Eu não tinha que cumprir os horários? E tudo. E aí, acabava indo, mas eu não, eu me recusei a fazer a barba. E eles começaram a encher meu saco: “Você tem que fazer a barba, você tem que fazer a barba”. E eu: “Não, eu não quero fazer a barba, quem manda na minha barba é eu, não é vocês”. “Aqui você tem que cumprir o que a gente manda”. “Tá certo, mas menos a barba”. Eu fiquei umas três semanas sem, sem fazer a barba. (...) E hoje aqui, quando tem um barbado, ou é pra isso, ou é pra fazer cena que tá sendo mal cuidado, pra poder sair da clínica, pra pedir: “Olha, como eu estou! Nem barba eu faço”. Aí tem, tem o pessoal que, por acaso, a gente sabe que ele é barbado mesmo, sempre tem, aí eles podem andar com barba. Quem não é, aí a gente faz de uma forma pra que ele, conversa com ele pra que possa, fazer a barba.

Em outro momento, Antônio havia nos mostrado que entendia ser as imposições aos sujeitos nesta instituições muitas, e que priorizava respeitá-los em alguns momentos. Porém, nesse momento, como ele mesmo coloca, quem dá as ordens é ele. E como é

psicólogo, ou seja, tem perícia técnica e teórica de prever comportamentos, analisa rapidamente quais são os motivos de um sujeito tomar certas atitudes e logo trata de dar conta destas no sentido de manter controle das situações. Como ele mesmo nos informa:

Mas eu já vi, já vi pessoas que escrevem pra, pra ver essas questões, os padrões de comportamento. Como eu já sou, posso dizer, vou usar o termo, treinado, por exemplo, vou conversar com a pessoa sobre questões dela, assim, eu vejo os padrões muito rápido. O meu trabalho é verificar isso como clínico, e as pessoas, e eles aqui dentro gostam de perguntar muito, “qual é o meu padrão?”, “por que que eu uso droga?”, “e por onde que eu começo? Por onde é que eu não começo?”, “como é que foi isso? Como é que foi aquilo?”. Então, de tanto fazer isso, eu consigo ver isso com muita clareza, muito rápido. Nem eu imaginaria que eu conseguiria fazer isso tão rápido, e com tanta precisão. Porque, quando se entra no curso, diz lá que é possível mensurar e prever comportamento, né? “Mas, isso, isso aqui, isso aqui... Como é que eu vou prever comportamento?”, tá escrito lá, e eu “mas isso não acontece, não. Tem nem perigo!”. Acontece sim, acontece sim, eu faço tudo isso em prevenção de recaída.

Essa é a perspectiva atual de Antônio, que entendemos estar fortemente atravessado por suas experiências. Hoje em dia, coloca-se como exemplo para outros sujeitos que passam por situações parecidas, relatando sua história quando vê ser oportuno, principalmente quando isso acontece no ambiente profissional, na sua comunidade terapêutica. Comenta, também que trabalha com a perspectiva de internação involuntária: “*Por exemplo, aqui, o pessoal é indignado, mas, aqui é involuntário e eu não prometi nada. E eu não prometo lembrando o que falavam comigo*”. Atualmente, ele é quem dá as regras, e estipula qual é a melhor forma de cuidado para os usuários de drogas, assim como antes fizeram com ele.

4 EPÍLOGO

Se o discurso da saúde mental não serve para reconhecer a produção do sofrimento e o impedimento dos projetos de vida – que a própria lógica capitalista apresenta como possíveis de serem conquistados por todos –, então que seja assumido o fato de que toda essa história de doença mental é uma mentira. Caso contrário, que seja assumido que a opressão não é apenas fruto da imaginação individual, que o sofrimento não é apenas subjetivo, pelo contrário, tem íntima relação com as condições concretas e históricas às quais os indivíduos estão submetidos.

LIMA, 2010, p. 305.

Gostaríamos de começar as considerações finais com uma fala de Antônio, quando este estava finalizando a entrevista e recebendo algumas informações sobre como poderia receber uma versão da dissertação ao fim do trabalho. Comenta: “*Eu fico curioso pra ver como é que eu vou me enquadrar nisso aí.*”

Antônio, tantas vezes enquadrado, encarcerado em tantas identidades as quais, em alguns momentos, não tinha nem mesmo um mínimo de conhecimento sobre do que se tratavam, acaba aderindo a essa prática também à sua vida. Quer saber como se enquadraria neste estudo.

Nossa atitude, contudo, é a de reforçar o contrário disto. Longe de buscarmos enquadrar Francisco ou Antônio em um determinado tipo de categoria, ou identidade, ou diagnóstico ou em qualquer outro tipo de dimensão, vislumbramos, nesse estudo, uma compreensão de suas experiências enquanto múltiplos personagens nessas práticas em saúde mental. A partir delas, pudemos constatar algumas dinâmicas próprias a essas vivências.

Percebemos que há, de forma ainda marcante, um predomínio de uma racionalidade técnico-psicológica-psiquiátrica, que prioriza os enquadramentos diagnósticos e as técnicas a nível biomédico quando na assistência em saúde mental, capturadas por esta lógica capitalista e que visa atingir aparato de discurso de verdade na contemporaneidade. Assim, encarcerados em discursos redutores de suas múltiplas possibilidades de vida, os sujeitos acabam por ter que se submeter aos discursos que legitimam identidades estáticas como única possibilidade de reconhecimento para garantia de seus direitos. Corroboramos com Lima (2010), quando este afirma que:

mesmo quando os especialistas atuam apoiados em posturas mais progressistas (ou quando são obrigados pela Lei n. 10.216 a oferecer um tratamento mais

humanizado para o indivíduo submetido ao discurso da saúde mental), ainda é possível perceber que o uso do discurso técnico-psicológico tem sido utilizado de forma perversa. Afinal, para ser reconhecido *cidadão doente mental* o indivíduo deve abrir mão da possibilidade de representar outras personagens e se submeter à arbitrariedade do especialista (LIMA, 2010, p. 340).

É através de suas narrativas que pudemos perceber isto. A riqueza de detalhes de suas histórias nos evidenciam não só momentos específicos e vivências singulares em suas vidas, mas também possibilitam as denúncias dos sujeitos quanto às práticas exercidas e como estas o afetaram, tornando-os participantes ativos tanto de sua história, de forma particular, como também no que concerne à história da assistência em saúde mental no Brasil.

Deparamo-nos com as contradições, com as atitudes controversas e com o cinismo de um sistema que parece não se importar com as reais necessidades e demandas do sujeito, mas que se valem de aparatos técnicos, normatizadores, jurídicos para dizer o contrário. O que se coloca em teoria, portanto, muitas vezes não se vê na prática, criando uma dinâmica de assistência em grande dissonância para os sujeitos que delas necessitam.

Essa atitude acaba por conferir as práticas de assistência em saúde mental de um olhar estático, que não sai de seu ponto convencional em busca de apreender novos sentidos acerca de uma realidade. O reconhecimento perverso aí empreendido desconsidera toda a história do sujeito e concentra suas problemáticas de vida em pontos específicos, ligados, muitas vezes, às patologias do contemporâneo. Isto não permite, porém, uma visão paraláctica – tal como proposto por de Žižek, que o define como um padrão de deslocamento aparente de um objeto causado pela mudança do ponto de observação, que permite uma nova linha de visão, reforçando a importância do fato de que sujeito e objetos são sempre mediados, e não absolutos – para reconhecer as anamorfoses expressas.

Destacamos, ainda, que esta questão que determina as identidades dos sujeitos como seu começo, meio e fim, criam também modos de nos relacionarmos. Quanto a isto, destacamos as práticas de cuidado. Embora, como já explicitamos, essas práticas sejam extensamente discutidas e embasadas em aparatos que a tornam natural da vida humana, o que observamos foi uma normatização, uma burocratização dessas práticas em vistas, também, de enquadrar os indivíduos. Percebemos existir uma série de “políticas de cuidado”, que determinam como este deve ser exercido, que impactos devem surgir na vida dos sujeitos e como estes devem se submeter aos mesmos.

De forma semelhante ao que assinala Lima (2010), quando este diferencia as “políticas de identidade” (como aquelas que servem à formação e manutenção de determinadas identidades coletivas, e podem representar um sentido emancipatório ou então regulatório, como vimos neste estudo) das identidades políticas (ou seja, a ação política que busca superar discursos estáticos como luta por emancipação, em busca de fazer valer seus direitos); diferenciamos aqui, também, as “políticas de cuidado” para a necessidade de um “cuidado político”. Com essa ideia, nosso intuito é, justamente, construir um campo possível para se construir práticas que não meramente busquem adaptar os sujeitos aos discursos comumente legitimados, mas que se produzam possibilidades de atos políticos na vida dos sujeitos, a partir dos quais, como indivíduos implicados e autônomos, possam assegurar suas escolhas de forma emancipada e consciente.

Um “cuidado político”, no nosso caso específico da assistência ao uso de drogas, estaria próximo ao que Francisco nos relata como sua opinião pessoal acerca do que entende por cuidado. Entendemos que, ao tratarmos da assistência aos usuários de drogas, a prioridade deve estar direcionada não unicamente à abstinência das substâncias (que aqui encaramos como uma das inúmeras possibilidades que estes sujeitos têm), mas também a uma escuta de sua história, da consideração dos contextos sociais, políticos e econômicos que os envolvem, visando promover uma abordagem que dá voz ao sujeito e as especificidades que os constituem, assim como o vislumbre de suas possibilidades de constantes e sucessivas transformações, no movimento dinâmico de sua vida.

Esse “cuidado político” visaria, assim, não a submissão dos sujeitos a regras, diagnósticos e normatividades que podem em nada condizer com suas realidades, mas a promoção de sua autonomia como sujeitos de direitos e responsáveis por suas escolhas, autônomos em suas decisões e críticos quanto às realidades que os envolvem. Assim, entendemos que o modo de cuidado político traria, também, a possibilidade de outros modos de vida, que não são estáticos e encarcerados em uma visão linear e acrítica das realidades destes sujeitos. Este conceito estaria aproximado, também, da noção de Lima (2010) quanto a um reconhecimento pós-convencional, que subverte os discursos perversos e possibilita a construção e expressão de personagens que, mesmo de forma anamórfica, expressam alteridades passíveis de serem reconhecidas na esfera pública e representam fragmentos de emancipação.

Quanto a questão específica das comunidades terapêuticas, consideramos que, neste momento, não poderíamos assumir uma postura radical e reivindicar pelo fim das CT's ou, por outro lado, pela concordância com seus sistemas de funcionamento. Julgá-las moralmente ou determinar seu fim ou manutenção não se trata de nosso objetivo neste estudo. Isso, sobretudo, por entendermos que há nesse campo uma complexa rede de serviços e pessoas envolvidas, as quais seriam afetadas diretamente por quaisquer que fossem as intervenções realizadas. Como destaca Goffman (1974)

“Se hoje, em determinada região, fossem eliminados todos os hospitais psiquiátricos, amanhã os parentes, a polícia e os juízes pediriam a criação de outros hospitais: os verdadeiros clientes do hospital psiquiátrico exigiriam uma instituição para atender as suas necessidades” (p. 311).

Os próprios sujeitos de nosso estudo nos mostraram a importância e o impacto de tais instituições em suas vidas. Mesmo destacando os incômodos e violências por tantas vezes exercidas, enfatizam a importância e necessidade que tiveram das CT's em um determinado período, e de como puderam auxiliar em suas demandas específicas. Porém, mesmo destacando tal importância, enfatizamos a necessidade urgente da revisão destas práticas. A partir de suas narrativas de história de vida, os participantes da pesquisa nos denunciaram não só tais práticas preconceituosas, estigmatizantes e violentas para com eles, mas evidenciaram os efeitos que tiveram ao longo de suas vidas, efeitos que os marcam com amarras e correntes conferidas por enquadramentos introjetados e reforçados por discursos que oferecem reconhecimentos perversos e que estão expressamente presentes no cotidiano moralizante e regulatório das CT's.

Por isso, entendemos, corroborando com Lima (2010), que mudar as formas de assistência de uma instituição não se trata de reformar sua estrutura física, mudar seu sistema organizacional ou destruí-la concretamente; antes disso, precisamos transformar os discursos que as constituem e que acabam por encarcerar os indivíduos, vendo estes apenas peças de um jogo perverso que devem ser corretamente manipuladas para se obter o controle de variáveis que levará a um resultado específico.

Reforçamos, à guisa de conclusão deste estudo, que essas considerações só foram possíveis a partir do contato com as narrativas destes sujeitos. Corroboramos com Butler (2015a) em sua discussão quanto aos enquadramentos: mesmo que estes delimitem a vida e as experiências humanas, só são passíveis de continuidade na medida em que são disseminados e compartilhados entre os sujeitos; é nesse movimento, por exemplo, da arte, que se cria uma brecha para atuarmos sobre os enquadramentos de forma crítica:

O movimento da imagem ou do texto fora do confinamento é uma espécie de ‘evasão’, de modo que, embora nem a imagem nem a poesia possam libertar ninguém da prisão, nem interromper um bombardeio, nem, de maneira nenhuma, reverter o curso da guerra, podem, contudo, oferecer as condições necessárias para libertar-se da aceitação cotidiana da guerra e para provocar um horror e uma indignação mais generalizados, que apoiem e estimulem o clamor por justiça e pelo fim da violência (BUTLER, 2015a, p. 26-7).

Assim como Butler se refere à imagem ou à poesia, referimo-nos às narrativas. Sabemos que as narrativas dos sujeitos não oferecem, por si só, uma ação que irá pôr fim às violências ou processos de preconceito e estigmatização no interior das comunidades terapêuticas, como é aqui o nosso caso de estudo. Porém, estas podem consistir como a fala que denuncia a atitude opressiva, que transcende o enquadramento em identidades estáticas, que amplia o campo de conhecimento acerca destas realidades, que estabelecem a luta diária por justiça e por reconhecimento, que mostram a “exceção” que já é regra, que politiza o ser humano e sua capacidade de mudar suas realidades.

A partir disto, conseguimos acessar mais de perto “a vida naquilo que ela escorre e escapa das formas normativas do viver, mas, especialmente, também problematizar se, naquilo que nos tornamos, resta alguma possibilidade de essa vida que escorre se construir diferentemente de um modo produzido pelas normas tentaculares vigentes” (SCISLESKI; BERNARDES, 2014, p. 129).

É com estas noções que suspendemos temporariamente nosso estudo. Compreendemos que aqui ainda existe uma série de conceitos e noções que poderiam ser explorados e aprofundados. Porém, apontamos o que até aqui nos foi possível. Em outros momentos, temos certeza de que este estudo continuará a ser desenvolvido. Esperamos, que não só por nós, mas por todos, de uma forma geral, que experienciam e se afetam por essas realidades. Fica aqui o desejo de que nossos apontamentos sirvam, então, como motivador para assunção de ainda mais perguntas.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do Esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2004.
- _____. G. **Home Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- _____. G. **O que resta de Auschwitz**: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III). São Paulo: Boitempo, 2008.
- _____. G. **nudez**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, 31 maio 2001.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 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. **Diário Oficial da União**, 1 jul. 2011.
- ALMEIDA, J. A. M. **Sobre a anamorfose**: identidade e emancipação na velhice. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo 2005.
- ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a Saúde Pública e os Direitos Humanos. **RDisan**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, nov.2012/fev.2013.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARAL, I. S. **A sociedade de consumo e a produção da toxicomania**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2000.
- ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v. 18 n. 2, p. 2 – 23, abr. – jun. 2009.

BARBOSA, J. F. Vida nua e formas-de-vida: Giorgio Agamben, leitor das fontes greco-romanas. **Hypnos**. São Paulo, n. 30, p. 79-97, 2013.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Obras Escolhidas. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987. v. 1.

BERGERON, Henri. **A sociologia da droga**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2012.

BLEICHER, T. **A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012)**: uma perspectiva histórica de sistema local de saúde. 2015. Tese (Doutorado saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Associação ampla da Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M.; GUILHEN, D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 3, p. 317-22, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 10 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório Crack**: é possível vencer. Brasília, DF, 2015. *Online*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso: 13 de outubro, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.htm>. Acesso em 24 de abril de 2015.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto? 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2015a.

_____. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015b.

CARVALHO, L.; BOSI, M.; FREIRE, J. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista Saúde Pública**. Fortaleza: v. 42, n. 4, p. 700 – 706, mar. 2008.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.

CIAMPA, A. C. **A Estória do Severino e a História da Severina**: Um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 2005. Originalmente publicado em 1987.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 3, p. 349 – 54, maio – jun. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p.

DUARTE, V. Instituto Manassés: exploração e preconceito em nome de Jesus. **Jornal A Página**, *online*. Disponível em: <http://www.jornalpagina.com/2015/12/instituto-manasses-exploracao-e-preconceito-em-nome-de-jesus/>. Acesso em 13 de setembro de 2015.

ELIAS, L. de A.; BASTOS, F. I. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4721-4730, 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Código de ética**. Campinas – SP, 2015. Disponível em: <http://www.febract.org.br/?navega=codigo-etica>. Acesso: 16 junho, 2015.

FERREIRA, P. L.; PINTO, A. B. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. **Acta Médica Portuguesa**, Portugal, n. 21, p. 111-124, 2008.

FORTES, S. et al. Brasil: Cuidados primários integrados para a saúde mental na cidade de Sobral [colaboração na elaboração desta seção]. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). (Orgs.). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. p. 99-108.

FRANCO NETTO, F. A. **O problema do crack**: emergência, respostas e invenções sobre o uso do crack no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 1, p. 84 – 90, jan. – fev. 2010.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

HOCHMAN, G.; ARMUS, D (orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. Originalmente publicado em 1927.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004, p. 91-101.

LAING, R. D. **O eu dividido**: estudo existencial da sanidade e da loucura. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1975.

LANDI FILHO, D.; ARAÚJO, O. D. S.; CAVALCANTE, R. O.; MENDES, S. S. MIRANDA JUNIOR, U. J. P. Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 299-306, 2009.

LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2000.

LIMA, A. F.; CIAMPA, A. C.; ALMEIDA, J. A. M. Psicologia Social como Psicologia Política? A proposta de Psicologia Social de Silvia Lane. **Psicologia Política**. São Paulo, v. 9. n. 18. p. 223-236, jul. – dez, 2009.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso**: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP; EDUC, 2010.

LIMA, A. F.; GONÇALVES NETO, J. U.; LIMA, M. S. Las leyes de drogas em Brasil y su relación en la producción de políticas de identidad: un análisis de los procesos de estigmatización y promoción de la alteridad desde la perspectiva de la Psicología Social Crítica. **Revista Salud & Sociedad**, Talca/Chile, v.2, p. 135-149, 2011.

LIMA, A. F.; CIAMPA, A. C. Metamorfose humana em busca de emancipação: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. In: LIMA, A. F. **Psicologia Social Crítica**: paralaxes do contemporâneo. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 11-29.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e Bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 331-339, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MORAES, M. Comunidades Terapêuticas, política e religiosos = bons negócios. **Carta capital**, São Paulo, 15 maio 2015. *online*. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-e-religiosos-bons-negocios-9323.html>. Acesso: 27 de outubro de 2015.

NASCENTES, A. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Livraria Acadêmica, 1955.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas**. Brasília: OPAS/OMS, 2013.

OS DOZE passos. **JUNAAB Blog**. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/os-doze-passos>. Acesso em 17 de novembro, 2015.

PACCINI, L. M. R.; FERREIRA, R. A. Atuação médica no atendimento público ao adolescente de Belo Horizonte. **Pediatria**. São Paulo: v. 30, n. 4, p. 208-216, 2008.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 5, n. 2, jul. /dez. 2013, p. 165-173.

PASSOS, E. D.; SOUZA, T. P. Redução de danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 1, p.154-162, 2011.

PATTO, M. H. S.; SCHMIDT, M. L. S.; MELLO, S. L. de; CROCHÍK, J. L. (org.). **Perspectivas teóricas acerca do preconceito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2: p.569-580, 2014.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004.

PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, I. S. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 17, n. 2, p. 305-312, maio-agosto, 2012.

QUINDERÉ, P.; JORGE, M. S. B.; YASUI, S.; ALBUQUERQUE, R. A. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008.

RODRIGUES, R. Relatório revela abusos em comunidades terapêuticas em Minas. **PsiBR**, 2015. Disponível em: <http://psibr.com.br/noticias/relatorio-revela-abusos-em-comunidades-terapeuticas-em-minas>. Acesso em 08 de outubro, 2015.

SAFATLE, V. **Cinismo e falência da crítica**. São Paulo: Boitempo, 2008.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, V. E. dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A produção científica internacional de redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Campinas, v. 8, n.1, p. 41-7. jan.-abr., 2012.

SCISLESKI, A. C. C.; SILVA, J. L. C.; GALEANO, G. B.; CAETANO, C. L. C.; BRUNO, B. S. Polícias de Saúde: Quem Tem Medo de Usuários de Drogas? **Revista Polis e Psique**, Campinas, v. 3, n. 3, p. 106-124, 2013.

SCISLESKI, A. C. C.; BERNARDES, A. G. Sobre Foucault e Agamben: Uma reflexão sobre subjetividade, ética e Políticas Públicas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 89-156, abril a junho, 2014.

SILVA, L. W. S.; FRANCIONI, F. F.; SENA, E. L. S.; CARRARO, T. E.; RANDÜNZ, V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.4, p. 471-5, 2005.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (orgs). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

SLOTERDIJK, Peter. **Regras para o parque humano: uma resposta à carta de Heidegger sobre o Humanismo**. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

TOMASI, E; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVA; R. A.; GONÇALVES, H.; SILVA, S. M. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 26, n. 4, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2013**. Viena: United Nations publication, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Principles of Drug Dependence Treatment**. WHO-UNODC, 2008. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf Acesso em: 10 de maio de 2014.

ZIZEK, S. Prójimos y otros monstruos: um alegato em favor de la violencia ética. In: ZIZEK, S.; SANTNER, Eric L.; REINHARD, Kenneth. **El prójimo**: Tres indagaciones en teología política. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. 256p.