

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RITA MARIA PAIVA MONTEIRO

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA E JUVENTUDE:
A CARREIRA MORAL DE JOVENS ADICTOS EM
INSTITUIÇÕES DE RECUPERAÇÃO**

**FORTALEZA
2010**

RITA MARIA PAIVA MONTEIRO

**DEPENDENCIA QUÍMICA E JUVENTUDE:
A CARREIRA MORAL DE JUVENS ADICTOS EM
INSTITUIÇÕES DE RECUPERAÇÃO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará – UFC como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva.

FORTALEZA
2010

"Lecturis salutem"

Ficha Catalográfica elaborada por
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593
tregina@ufc.br
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

M779d

Monteiro, Rita Maria Paiva.

Dependência química e juventude [manuscrito] : a carreira moral de jovens adictos em instituições de recuperação / por Rita Maria Paiva Monteiro . – 2010.

129f. : il. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza(CE), 11/01/2010.

Orientação: Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva.

Inclui bibliografia.

1-TOXICÔMANOS – ASSISTÊNCIA EM INSTITUIÇÕES – FORTALEZA(CE).
2-JOVENS – USO DE DROGAS – FORTALEZA(CE).3-OBRAS DA IGREJA JUNTO AOS TOXICÔMANOS – FORTALEZA(CE).4-COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – FORTALEZA(CE).5-TOXICOMANIA – HOSPITAIS – FORTALEZA(CE). I-Paiva, Antonio Cristian Saraiva, orientador.II-Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 362.29385098131

28/11

RITA MARIA PAIVA MONTEIRO

**DEPENDENCIA QUÍMICA E JUVENTUDE:
A CARREIRA MORAL DE JUVENS ADICTOS EM
INSTITUIÇÕES DE RECUPERAÇÃO**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Aprovada em 11/01/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva (UFC)
Orientador

Prof. Dr. Geovani Jacó de Freitas (UECE)

Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro (UNIFOR)

À D. Lucy e ao seu Gonzaga, em memória, pelo amor incondicional que me dedicaram e pelos valores transmitidos nos quais tenho procurado pautar minha conduta.

Aos meus filhos: Otaviano, Kléredis e Davi. Amores indissolúveis e elos eternos.

À Cristina e à Carolina, minhas noras muito queridas, presentes que meus filhos me deram.

À Bia, minha “netinha”, cuja doçura sempre me emociona.

Aos (a) jovens dependentes químicos, institucionalizados ou não, que dividiram comigo suas trajetórias, seus medos, suas emoções, suas lutas, sua fé e, em alguns momentos, suas lágrimas. A vocês dedico, especialmente, esse trabalho. Nunca os esquecerei.

AGRADECIMENTOS

O meu percurso na academia tem sido marcado por encontros que permitiram trocas de conhecimento e também o desenvolvimento de laços afetivos que se iniciaram nas salas de aula, em um dos laboratórios de pesquisa do qual faço parte como pesquisadora ou como “agregada” e que se fortaleceram na cantina do Seu Domingos, passaram pelas mesas da D. Fátima, do Seu Assis, do Feitosa, do Cantinho Acadêmico, do Caicó, do Pitombeira (ufa!), sem deixar de mencionar uma esticada no Shopping Benfica para ver os modelitos e para comer um chocolate na Cacau Show.

Os meus afetos dividiram comigo medos, incertezas, inseguranças, tristezas e por isso tornaram-nas menores, mas também dividiram confiança, certeza, alegrias, vitórias, tornando-as muito maiores. Para eles, todos eles, muito obrigada

Ao meu orientador, Prof. Cristian Paiva, pela competência com que me conduziu nessa empreitada e até por alguns momentos de desespero pela quantidade de leitura indicada e da qual não dei conta em sua totalidade, mas fica a certeza que ainda temos outro percurso a fazer.

Ao professor Domingos Abreu, enfim, Bourdieu não me parece mais tão complicado, é tudo uma questão de *habitus*...

Ao professor Valmir Lopes, pela confiança a mim dedicada, que não foi verbalizada, mas que se manifestou em pequenos e importantes gestos em alguns momentos muito frágeis desse processo.

À Professora Rejane Vasconcelos, pelo carinho que tem me dedicado e ao qual eu retribuo.

À Professora Izabelle Brás, minha mestra e minha amiga querida, fica a certeza de que ainda teremos muitos livros para arrumar, regados a vinho e a muitas risadas, claro.

À Professora Elza Braga, sempre atenciosa e disponível para ouvir minhas angústias.

Aos amigos da graduação, Monalisa, Marcos Paulo (muito breve Ministro da Reforma Agrária), Camila, Thiago Holanda e Pedrita, para sempre meus amigos e companheiros, não importa o quão longe possamos estar.

À Nathália e à Bruna, pela amizade, pelas risadas largas, pelo socorro quando eu estava em desvantagem em relação ao computador, pela paciência na assessoria

para assuntos “informáticos” e pela partilha quando o assunto é o coração e as dores do cotidiano.

À Abda e à Vitória, amigas antigas de “outras jornadas”, mas novas companheiras na “luta”.

À Fernanda, Isabelle, Eudênia, Gina, Thaynara e Tathi: a presença de vocês trouxe muita luz e muitos risos.

À Samily, amiga linda que vive com muita propriedade a intensidade do ser mulher, com todas as implicações, lágrimas e alegrias que isso possa significar.

À Márcia Paula, minha amiga cientista política, sempre presente, quando solicitada, com sabedoria e competência acadêmica.

À Camila Holanda, pelas valorosas contribuições sobre a temática juventude, pelas conversas sobre os impasses acadêmicos e sobre a vida, pelas cervejas e o *blues* que compartilhamos.

Aos amigos mais queridos da minha turma de mestrado: Mayara, alegria constante e excelente parceira de viagem; Jefferson e Kelly, o amor está no ar; Valbert, amigo desde a graduação, “a luta continua, companheiro”, e fica o aviso: ainda vou derrubar muitas canetas.

À Socorro e ao Aimberê, sempre solícitos quando precisei de informações sobre assuntos burocráticos.

Ao CNPQ, órgão financiador dessa pesquisa, pelo apoio sem o qual não poderia ter me dedicado com afinco e exclusividade ao mestrado.

Aos profissionais das instituições nas quais realizei a pesquisa.

Enfim, a todos que estiveram ao meu lado nessa trajetória e que de alguma forma acrescentaram companheirismo, carinho, sorrisos e esperança. Vou, mas volto.

“Não se aprende, senhor, na fantasia, sonhando, imaginando ou estudando, senão vendo, tratando e pelejando”.

Camões

RESUMO

O presente trabalho de dissertação tem por objetivo compreender a real intervenção e o alcance das práticas terapêuticas (médica ou religiosa) de três instituições fechadas que se propõem a recuperar dependentes químicos, entendendo como tal o indivíduo cujas atividades do cotidiano centram-se no consumo de uma ou mais drogas em detrimento de qualquer outra atividade. Os dependentes químicos informantes dessa pesquisa estão na faixa etária entre 15 e 29 anos, são usuários de drogas ilícitas e, em sua totalidade, estão ou estiveram institucionalizados. Busco, a partir dos seus discursos, alcançar as possíveis interferências daquelas práticas nas suas relações com as drogas, além do impacto do discurso institucional na representação do vício para esses jovens. São também informantes da pesquisa profissionais de saúde e religiosos que lidam diretamente com os jovens. Procurei utilizar como recurso metodológico as narrativas dos jovens a respeito das suas trajetórias com as drogas e com as instituições, além do observar, do etnografar e, assim, tentar tecer uma “teia de significados” na perspectiva de Clifford Geertz, visando entender um universo que é legitimado cientificamente e pelo imaginário social como um “lugar” de transformação e de recuperação.

Palavras chave: dependência química, tratamento, instituição, doença, pecado.

ABSTRACT

This dissertation aims at understanding actual intervention and reach of therapeutic practices (medical or religious) involving three private institutions that have established to themselves the goal of recuperating chemically dependent persons considering as such individuals whose daily activities turn around consumption of one or more drugs rendering them useless by avoiding any other function. Chemically dependent persons who have contributed information to this research are positioned in the age range of 15 to 29 years old, are users of illegal drugs, and all of them are or have been committed to an institution. By exploring their discourses I try to identify possible interference of those practices as they affect those youngsters' relation with drugs beside the impact caused by the institutional evaluation of their addiction. Other contributors to the research are health-related professionals and members of the clergy who are directly involved with the youngsters. I tried to use the youngsters' discourse as a methodological tool in relation to their involvement with drugs and subsequent search by them of institutions that help addicts, besides observing and ethnographing the setting in an attempt to weave a "web of meanings" in Clifford Geertz's perspective aiming at understanding a world that has received a legally scientific stamp and is seen by a construct of a set of social values as a "place" of transformation and recovery.

Keywords: chemical dependence, treatment, institution, illness, sin.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Uma casa de ópio inglesa no período vitoriano	46
FIGURA 2: Anúncio de jornal do laboratório Bayer	48
FIGURA 3: Em 1920, um jornal americano divulga o número de viciados do medicamento à base de heroína	49
FIGURA 4: Cópia de site da SENAD, no qual é divulgado o Projeto Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins - "Fé na Prevenção"	;100
FIGURA 5: Disposição física da casa	109
FIGURA 6: Refeitório e dormitório	112
TABELA 1: Estudo da OMS (2004), segundo o qual os fatores apresentados indicam uma predisposição para a iniciação ao consumo de drogas, mas, segundo o estudo, muito desses fatores estão presentes no caso de dependência.....	60

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Impasses, surpresas e emoções no campo de pesquisa	18
Rumo a uma metodologia para o estudo das intoxicações	23
Estrutura do texto e descrição dos capítulos	28
CAPÍTULO 1: JUVENTUDE E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA AFINIDADE ELETIVA?	31
1.1 Juventude e drogas	37
CAPÍTULO 2: UM ESBOÇO DOS USOS SOCIAIS DAS DROGAS	40
2.1. Contextualização histórico-social das drogas e da dependência química	40
2. 2. As drogas no Brasil.....	42
2. 3. Drogas, desamparo e insegurança ontológica	56
2. 4. Drogas e modelos de explicação da dependência química	58
CAPÍTULO 3: TRATAMENTOS E CURA DA DEPENDÊNCIA: TECNOLOGIAS DO BIOPODER	68
3.1. Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	74
3. 1. 1. A organização dos CAPs	77
3. 2. Narcóticos Anônimos – NA	81
3.3 – Redução de Danos – RD	88
CAPÍTULO 4: AS PROFANAÇÕES DO “EU” NA “CARREIRA MORAL” DOS JOVENS INTERNOS NAS INSTITUIÇÕES	92
4. 1. Comunidade Terapêutica Religiosa – CTR	96
4. 2. Clínica de Recuperação – CR	110
4. 3. Hospital de Psiquiatria – HP	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

Não basta que um grande número de indivíduos em uma comunidade seja atingido por algo para que isso se transforme em um sintoma social [...] Mas, pode-se falar de sintoma social a partir do momento em que a toxicomania é, de certo modo, inscrita, mesmo que seja nas entrelinhas, no discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época.

(Charles Melman)

A dependência química¹ despontou para mim como um “sintoma social” a partir do contato que tive com familiares de dependentes durante o meu estágio na Fundação da Criança e da Família Cidadã – FUNCI², órgão da Prefeitura Municipal de Fortaleza que gerencia políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes. Esse estágio teve a duração de dois anos, período em que diariamente fui confrontada com uma problemática que se coloca, constantemente, no discurso social sob os mais diversos aspectos, entre eles o da violência urbana e o da saúde pública.

Vale ressaltar que vivencio uma relação muito próxima com um dependente químico, mas essa proximidade não foi o suficiente para despertar o meu interesse em pesquisar esse tema até então restrito ao âmbito familiar, cercado e protegido dos “olhares” externos. Foi necessário perceber a disseminação, em larga escala, do que se compreende como adicção³ e, também, a vulnerabilidade em que se

¹ Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, dependência química é uma síndrome causada pela perda de controle do uso de drogas com conseqüências adversas para o indivíduo, sua família e a sociedade, além de ser um transtorno mental e comportamental (<www.obid.senad.gov.br>. Acesso em 7 abr.2009).Essa é apenas uma definição inicial, a qual norteia as políticas públicas de saúde psicossocial no país. Mais à frente, tentaremos fazer uma leitura do fenômeno da dependência química do ponto de vista das ciências sociais.

² O meu estágio ocorreu no período de jul.2005 a jul.2007, no âmbito do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, Programa do Governo Federal implementado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza através da FUNCI. O referido programa foi objeto de pesquisa da minha monografia de graduação, intitulada: *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil em Fortaleza: a distância entre a proposta e a efetivação* (MONTEIRO, 2007).

³ O termo mais utilizado para caracterizar o uso abusivo de drogas é dependência química porque é o termo normatizado internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Além dessa designação médica do fenômeno em questão, outras denominações são utilizadas em outros campos de saber: na psicanálise fala-se em toxicomania; as neurociências utilizam o termo farmacodependência; adicção é utilizado por algumas instituições para tratamento e, também, pelos grupos de ajuda mútua. O senso comum emprega termos que contêm carga estigmatizante como viciado e/ou drogado. Essa disputa de designações, obviamente, não é apenas assunto de

encontram o indivíduo e sua família, independente de classe social (uma vez que a inserção da droga⁴ no espaço social redimensiona a categoria classe), para que me sentisse instigada a buscar respostas para o fenômeno da dependência química, suas implicações e formas de tratamento sob a ótica dos diferentes saberes que se inserem nesse campo inesgotável de questionamentos.

A abordagem do trabalho está voltada, essencialmente, para o vício. Não se trata aqui de discutir formas outras do consumo de drogas como o uso social e esporádico, o uso recreativo, o uso em momentos de criação artística em busca de uma inspiração “extra”, o uso em alguns momentos de maior complexidade na trajetória de vida de um indivíduo ou até o uso regular, mas sem que esse uso implique em consequências adversas no cotidiano do usuário⁵. A minha pesquisa observou o uso compulsivo,

[...] desenfreado e que conduz a uma total desorganização da vida social e pessoal do indivíduo – implicando muitas vezes a deterioração física, episódios delinqüenciais, psicóticos e até a morte, que caracterizaria a toxicomania propriamente dita (GURFINKEL, 2006, p.203).

À medida que a pesquisa foi sendo construída, fui colocada, a cada instante, face a face com as fragilidades e angústias de muitos indivíduos que vivem “um dia após o outro”, como se para o amanhã não houvesse possibilidades e para os quais o hoje está embotado por “fórmulas químicas” ou por ditames religiosos que se propõem a reformular suas vidas e a resgatar seus sonhos.

O maior desafio, no que tange à proposta para recuperação dos drogadependentes em regime de internamento, está na ausência de serviços públicos “especializados” que possam receber adictos com médio e alto grau de dependência física e psicológica e que necessitam, segundo alguns especialistas da área, de afastamento do ambiente familiar e social no qual estão inseridos, além da

linguagem, mas aponta para divergências teóricas e práticas na lida com o fenômeno do uso abusivo de substâncias entorpecentes.

⁴ Droga é toda substância que, quando introduzida no organismo de um ser vivo, modifica uma ou mais funções. Droga de abuso (psicotrópicos) é a droga que, por agir nos mecanismos de gratificação do cérebro, é usada com propósitos não-médicos devidos aos efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes (<www.spiner.com.br>. Acesso em 1 mai. 2008).

⁵ A esse respeito, ver a dissertação de Magalhães (1994) e o ensaio de Vargas (2006).

urgência de atendimento em um momento de crise⁶. Os adictos necessitam também de um acompanhamento multidisciplinar especializado que envolve: médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e facilitadores esportivos, entre outras especialidades.

Ao iniciar a pesquisa, procurei me distanciar de posições ideológicas ou de algum comprometimento pessoal, mas sem deixar de lado a paixão que a temática suscita, optei por colocar em prática um princípio básico da etnografia: transformar o familiar em exótico. É inegável que a minha proximidade com o objeto estudado tem despertado, em campo, emoções que requerem um processo de *reflexividade* constante na trajetória de um fazer antropológico onde se misturam estranhamento e identificação.

O fazer antropológico é composto por este jogo – de estranhamento e identificação. Para compreender o que é apreendido é preciso entrar em contato com as próprias emoções. A pesquisa etnográfica envolve um certo estranhamento. A investigação em um campo próximo ao universo no qual o antropólogo está inserido requer um escrutínio em torno do seu posicionamento e de sua própria identidade (GOMES; MENEZES, 2007, p. 6).

Na procura de clínicas para internação de adolescentes pobres atendidos pelo PETI que faziam uso abusivo de drogas, deparei-me com um “leque” de opções de instituições com propostas de “recuperar” dependentes químicos. A partir de contato telefônico com algumas dessas instituições, percebi que havia unanimidade em relação à não gratuidade do “tratamento”, além de uma longa lista de espera nas instituições direcionadas para um público de menor poder aquisitivo, acarretando para os adictos e seus familiares momentos de profundo sofrimento e de sensação de abandono.

Não havia, entre os anos de 2005 e 2007, maior divulgação no interior do PETI da proposta para o enfrentamento da adicção por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD⁷, enfrentamento que se dá a partir de intervenção médica e/ou psicológica em ambiente ambulatorial e não em instituição

⁶ Segundo os médicos que participaram da minha pesquisa, a “crise” se caracteriza de duas formas: pela intoxicação devido ao uso excessivo de uma droga ou de uma mistura de drogas ou pela abstinência, ou seja, pela falta da droga no organismo do dependente.

⁷ Mais à frente tratarei da criação dos CAPS no Brasil. Os CAPS foram criados por uma lei federal e são implementados pelos governos municipais. Os CAPS AD em Fortaleza serão objetos de pesquisa da minha tese de Doutorado.

fechada. Percebo que ainda há certo desconhecimento público, no município de Fortaleza, da existência dos núcleos de “Atenção Psicossocial”, o que corrobora com a idéia do internamento como a única possibilidade de enfrentamento à drogadependência, e também há indícios de uma rejeição à proposta da Redução de Danos⁸, vista pelo senso comum como uma forma de incentivar o uso de drogas, já que essa alternativa não prioriza a abstinência. Sendo assim, a perspectiva de internação permanece como a opção mais viável percebida pelos familiares, pela sociedade de uma forma mais ampla, por alguns profissionais que atuam em programas sociais e, também, por muitos profissionais da área de saúde que lidam diretamente com dependentes químicos.

Dra., meu filho tá fumando drogas, arranja um lugar para internar ele, pelo amor de deus (fala de uma mãe do PETI, localizado no bairro Conjunto Palmeiras).

No cumprimento das minhas tarefas diárias dentro do PETI, houve uma aproximação com algumas clínicas, onde me deparei com seus pressupostos religiosos e terapêuticos diferenciados que põem em evidência uma batalha dos saberes competentes, envolvendo vários discursos: o médico, o religioso, o psicológico, o psicanalítico e que se tornam um confronto de discursos

Essa aproximação, aliada ao meu interesse pela dinâmica das instituições fechadas, definiu a minha pesquisa de mestrado: o objeto de estudo que proponho aqui são as práticas de reescrita da *carreira moral*⁹ dos jovens drogados que estão institucionalizados em espaços terapêuticos e/ou religiosos que visam à abstinência total desses indivíduos. As clínicas escolhidas para a efetivação da pesquisa são diferentes quanto ao público-alvo e às práticas terapêuticas, mas têm em comum o caráter de *instituição total*¹⁰. Fizemos trabalho de campo em uma Comunidade

⁸ A FUNCI tem um Núcleo de Prevenção e Redução de Danos – NUPRED. A redução de danos é uma das estratégias de enfrentamento às toxicomanias e é uma política oficial do Ministério da Saúde brasileiro. Essa prática será abordada de forma mais esclarecedora no decorrer do meu trabalho.

⁹ Tratarei dessa noção goffmaniana mais à frente, mas, antecipadamente, esclareço que a carreira moral é composta por progressivas mudanças que ocorrem na gestão de uma identidade social e pessoal estigmatizada. A idéia de *carreira* para Goffman indica “qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante a sua vida” (GOFFMAN, 2001, p. 111).

¹⁰ Instituição Total é uma categoria criada por Goffman (2001) para definir as instituições “fechadas” que visam ao cerceamento dos indivíduos através de barreiras físicas (portas, grades) com o mundo externo, sendo o “local” apropriado para a manipulação das identidades, “uma estufa para mudar pessoas” (p.22).

Terapêutica com orientação religiosa - CTR, uma Clínica de Recuperação - CR e um Hospital Psiquiátrico - HP.

A pesquisa de Campo iniciou-se na CTR escolhida como objeto por instigar em mim, como pesquisadora, algumas inquietações a respeito da terapia em uma instituição que é enfática ao afirmar que “Jesus é o nosso médico” e que, portanto, não oferece nenhum suporte médico ou psicológico aos internos¹¹ e que também se caracteriza por impingir aos jovens, de forma indistinta, hábitos religiosos rígidos já que, segundo a crença dos dirigentes da instituição, a dependência química é “coisa do demônio”.

Após dois meses de visitas semanais à citada instituição e tendo percebido um “princípio de esgotamento” das relações entre mim e os dirigentes da casa (cancelamento de visitas já agendadas, a falta de receptividade à minha presença e também o desinteresse dos dirigentes em conversar sobre a rotina e os hábitos dos internos sob alegação de constantes compromissos), resolvi fazer uma “retirada estratégica” das atividades de coleta de dados e de uma observação sistemática. Como já estava de posse das entrevistas com os dirigentes, com alguns “alunos”¹² e também com os apontamentos frutos da observação realizada nas visitas, procurei sistematizar os dados do meu diário de campo, transcrever as entrevistas gravadas e buscar a “tessitura” entre a teoria e o acervo de informações coletadas nessa primeira investida.

Despedi-me do coordenador da instituição com garantias de que poderia voltar para revê-los e, também, para colher mais dados caso julgasse necessário, sem a minha insistência das visitas semanais, até porque toda a instituição e os alunos que se encontravam na casa se preparavam para me receber, visando criar um ambiente que legitimasse as suas falas, o que os afastava, provisoriamente, de suas atividades. Diante da “promessa”, pretendi retornar à instituição no momento de conclusão desse trabalho visando atualizar alguns dados, não sendo bem sucedida no intento, obtendo, então, alguns dos esclarecimentos pretendidos por intermédio de ligação telefônica.

¹¹ A Resolução 101 de 30 de 05 de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA regulamenta que toda a instituição que se proponha a “trabalhar” com dependentes químicos deve ter um profissional da área de saúde ou da área social como responsável pela instituição.

¹² Segundo o diretor da instituição, os internos são chamados de alunos porque estão “na casa para aprenderem uma nova forma de viver, sem drogas, mas com Jesus”, para ele, o aprendizado da fé é o elemento principal na busca da recuperação.

Parti então para outro desafio: iniciar a pesquisa da CR particular, delimitada no meu projeto de dissertação. A referida instituição abriga dependentes químicos de classe média alta devido ao valor cobrado pela diária (em torno de R\$ 180,00) e por oferecer limitados convênios médicos. Os convênios com os quais a instituição opera são aqueles de funcionários de Empresas Estatais como Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Petrobrás, Casa da Moeda, além de empresas privadas de grande porte como o Grupo Pão de Açúcar, operando também com “seguros saúde” que têm mensalidades em torno de R\$ 300,00. O valor cobrado pela diária, assim como os convênios médicos aceitos, sugerem o caráter elitista da referida instituição de recuperação para dependentes químicos.

Uma questão que se mostrou presente durante as minhas visitas na CR diz respeito à limitação dos dias de internação autorizados pelos seguros saúde. Alguns seguros só cobrem até um mês de internação para desintoxicação em clínicas de recuperação, e outros somente 15 dias, o que leva alguns familiares de dependentes químicos internados a impetrar mandados de segurança para garantir a continuidade do tratamento dos mesmos. Os resultados têm sido satisfatórios às famílias, obrigando a operadora do plano de saúde a custear o tratamento até a alta médica.

Depois de duas visitas informais à CR, já me identificando como pesquisadora e percebendo resistências às perguntas “curiosas”, às marcações de entrevistas com a equipe terapêutica e à minha aproximação com os jovens internos, procurei desenvolver uma relação de confiança entre eu, os funcionários e os terapeutas, o que para Teixeira (2000, p.83) pode diminuir a distância entre quem pesquisa e quem é pesquisado e entre observador e observados. Segundo a autora, são condições

[...] indispensáveis para abordagem de assuntos que estão diretamente ligados a situações vividas de preconceito, discriminação e causadoras de rupturas e modificações nas trajetórias individuais.

Após a segunda visita, a partir de um telefonema e usando de muita persuasão, consegui agendar as primeiras entrevistas. A sequência se deu de forma mais espontânea, mas sempre com acerto prévio do dia e do horário e mesmo cumprindo essas exigências poderia passar uma tarde na clínica e só conseguir uma conversa informal com uma terapeuta e ter acesso a detalhes de sua vida privada: o

cansaço do trabalho, “como é difícil lidar com esses adictos”, o pequeno salário que recebe no final do mês, a dificuldade para chegar ao local de trabalho dada a distância etc.

Impasses, surpresas e emoções no campo de pesquisa.

Ao elaborar meu projeto de dissertação de mestrado, depois de ter estabelecido contatos iniciais com as instituições escolhidas por meio de telefonemas e motivada pelo entusiasmo de pesquisadora apaixonada pelo seu objeto, vislumbrei que poderia “circular” com facilidade dentro do campo de pesquisa, pois havia obtido naqueles contatos uma receptividade que apontava para essa possibilidade, o que se mostrou irreal tão logo fui a campo.

O primeiro contratempo ocorreu com o fechamento do hospital psiquiátrico no qual pretendia fazer a pesquisa. Todos os contatos, inclusive com o diretor do hospital, tinham sido feitos (contei com a ajuda de amigos) e esta seria a primeira instituição a ser pesquisada. Com o seu fechamento, que me pegou de surpresa, porque não tinha recebido nenhum alerta sobre essa probabilidade, resolvi refazer o percurso pretendido e iniciar a pesquisa pela instituição religiosa, sem deixar de contatar outros hospitais psiquiátricos e perceber de pronto a resistência que havia por parte dos dirigentes desses hospitais em aceitar a minha presença, pelo menos temporariamente, no cotidiano das instituições. Só consegui inserção em um hospital psiquiátrico¹³ um ano depois do início da pesquisa e quando já havia feito a minha qualificação.

Iniciei o trabalho de campo na CTR depois de ter acordado com todas as exigências impostas pelo diretor da casa, tais como: ter a minha presença limitada à sala de entrevistas ou à sala de estar, não me aproximar dos “alunos”, em nome da minha segurança, “afinal eles são dependentes químicos, não podemos confiar” e, “são homens jovens e estão sem namoradas”, definindo, também, que os jovens a

¹³ O HP no qual fiz a pesquisa funciona no mesmo espaço do anterior, tendo o prédio passado por uma reforma após uma ruptura dos sócios e apenas um deles ter assumido a direção da instituição.

serem entrevistados seriam os indicados por ele e eu deveria esperar que os trouxesse até mim.

Vislumbrei com preocupação que a minha liberdade na pesquisa estaria sendo cerceada e que eu precisava encontrar estratégias para escapar a esse cerceamento. Uma das estratégias pensadas foi entrevistar os jovens nos ônibus, alternativa que logo se mostrou inviável porque eles não param para conversar, sobem e descem dos ônibus rapidamente, apenas se detendo para cumprir sua tarefa¹⁴. Fui informada por um desses jovens que há a possibilidade de estarem sendo monitorados: “Os mais antigos estão sempre na rua de olho na gente”, contou-me um dos jovens. Diante dessa informação, desisti do intento: não poderia comprometê-los nem comprometer a pesquisa.

O monitoramento da movimentação dos alunos no exercício do seu trabalho, mediante o olhar vigilante de outro aluno, esse mais antigo na casa e que recebeu a missão de observador, remete-nos à *tríade* do adestramento foucaultiano no qual, além da “sanção normalizadora” e do “exame”, o “olhar hierárquico” é um dos seus componentes. Os alunos dessa instituição são “vigiados” durante 24 horas. Além do monitoramento das atividades de venda dos “kits” nos ônibus, no interior da casa há um sistema de câmeras que envia imagens pela internet diretamente para a residência do Diretor, o qual, de sua casa, pode acompanhar a movimentação dos alunos através de vários ângulos.

Daí podemos perceber que, devido à evolução tecnológica, o “olhar vigilante” não exige mais uma arquitetura específica para se fazer presente, tal como um edifício em cujo centro teria “uma fonte de luz que iluminasse todas as coisas” (FOUCAULT, 2009, p. 167); a vigilância contemporânea se instala nos cantos do edifício e são pequenos olhos que enxergam e muitas vezes são enxergados, registrando todas as atividades dos indivíduos esquadrihados.

Algumas visitas após, percebi que tinha maior liberdade para conversar, observar e fazer perguntas pontuais em meio a uma conversa informal quando a “casa” estava sob a responsabilidade do coordenador, que também monitora o trabalho dos internos dentro e fora da instituição. Foi a convite dele que pude

¹⁴ Os “alunos” da CTR contribuem para a manutenção da casa mediante a venda de “kits” que contêm um folheto explicativo sobre a instituição, o endereço de sedes que se localizam em diferentes cidades brasileiras, além de duas canetas. O comércio dos “kits” é realizado no interior dos ônibus urbanos da cidade de Fortaleza e também das outras cidades onde a instituição tem uma filial. Às 6:30h já é possível encontramos os jovens trabalhando nos ônibus. Quando iniciei a pesquisa, os “kits” eram vendidos a R\$ 1,00, atualmente estão sendo comercializados por R\$ 2,00.

conhecer o interior da casa, entrar nos dormitórios, ver os banheiros, a cozinha, a área de “recreação”, e acompanhar a entrevista de admissão de um jovem. Não comentamos nunca sobre o assunto e acredito que o diretor não tomou conhecimento dessa pequena “subversão à ordem”.

Depois de um mês de frequência à “casa”, os alunos foram retirados da visibilidade da sala de estar e passaram a desenvolver suas tarefas de “terapia”¹⁵ em outra parte do prédio (na área da piscina) onde eu não tinha acesso, o que tornou minha comunicação com eles ainda mais controlada.

Na clínica de recuperação, ao contrário da Comunidade Terapêutica, a decisão de participar da pesquisa e de conceder a entrevista pertence ao residente¹⁶, depois de uma avaliação prévia da psicóloga de plantão sobre o “estado de lucidez” do possível entrevistado. Os poucos jovens que se colocaram como meus informantes nessa instituição mostraram-se receptivos e dispostos a relatar suas experiências com as drogas e sobre o confinamento na clínica.

No que se refere à “equipe dirigente” (GOFFMAN 2001, p. 69), houve resistências quanto às entrevistas. O propósito de entrevistar o médico psiquiatra, proprietário da clínica, e a psicóloga-chefe da equipe nunca se concretizou. O meu pedido para marcar hora com esses dois profissionais foi várias vezes negado, sempre sob a alegação de falta de agenda devido aos muitos atendimentos internos. Depois de várias tentativas de aproximação, quando já estava em campo entrevistando os internos, obtive permissão para conversar formalmente com uma conselheira terapêutica e uma psicóloga.

A pesquisa no hospital psiquiátrico me proporcionou o encontro com o ambiente de um manicômio. O contato com o proprietário do hospital se deu em uma palestra sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil que aconteceu na Sociedade Cearense de Medicina. O médico em questão foi o palestrante naquela manhã.

Após a palestra, a partir de intermediação de uma amiga psicóloga, consegui marcar um encontro com o referido profissional para a semana seguinte, com dia e hora agendados. Como me foi solicitado, levei o meu projeto de pesquisa, que foi colocado de lado entre inúmeros papéis que estavam sobre a mesa do médico e,

¹⁵ Na instituição, o processo diário de embalagem das canetas (composição dos kits) se constitui, segundo informação do diretor, em uma “terapia pelo trabalho”, afinal, “cabeça vazia é oficina do demônio”.

¹⁶ Os internos da clínica são chamados “residentes” visando criar um ambiente “familiar”, afastando-se, assim, da idéia do isolamento e da reclusão.

após uma rápida conversa, que tentei prolongar sem sucesso, e na qual ouvi muitas críticas sobre a política brasileira de saúde mental, que “diminui os leitos nos hospitais psiquiátricos e deixa os loucos sem assistência”, prometeu que me daria uma entrevista quando “tiver tempo”, o que demorou seis meses. O médico chamou um terapeuta e pediu para esse fosse meu “acompanhante” durante as minhas visitas à instituição.

A equipe do hospital se mostrou receptiva à minha presença e facilitou desde o momento inicial a minha permanência nas oficinas e o meu contato com os dependentes químicos internos. O cotidiano aqui se evidencia de uma forma muito “burocrática”, não sendo possível perceber nenhum acontecimento que se mostrasse inesperado até porque o nível de medicamentação é muito elevado e de forma generalizada. O comportamento dos internos está sob uma “previsibilidade” que, pelo menos durante as minhas visitas, era muito aparente.

O programa terapêutico do HP é unificado, visa ao transtorno mental adquirido pelo uso de substâncias psicoativas e ao arrefecimento das crises não havendo diferenciação no que diz respeito à medicação e aos atendimentos terapêuticos individuais. O que se percebe é que esses atendimentos restringem-se à indicação de medicamentos, aumento ou diminuição da posologia, e os dias arrastam-se na instituição até que uma decisão médica ou muitas vezes judicial possa proporcionar ao interno a tão esperada “liberdade”. Os poderes médico e jurídico, depois de um debate discursivo¹⁷, amparados pelo aparelho estatal, deliberam se o indivíduo foi suficientemente docilizado para deixar aquele espaço terapêutico, pelo menos provisoriamente, até a próxima crise ou até alguma atitude “anti-social”.

Segundo o terapeuta, meu informante mais próximo, a “população” de pacientes dependentes químicos no HP gira em torno de 20% do total de internos, muitos deles com histórico de idas e vindas, ou seja, altas médicas e recaídas. Esses pacientes, em sua grande maioria do sexo masculino, são viciados em *crack*, com passagens por uma prisão ou por instituições para adolescentes em conflito com a lei, possuem baixa escolaridade, convivem também com outras “dependências” no ambiente familiar (pai, mãe e irmãos alcoolistas ou dependentes de drogas ilícitas). Também no HP há registros de elevado número de alcoolistas

¹⁷ As internações no HP são em sua maioria, segundo informações dos funcionários, por ordem judicial, o que requer a intervenção do aparelho judiciário no momento da alta.

internados que, segundo os profissionais, são portadores de “graves problemas psíquicos”.

Um dado relevante e que me instiga a uma nova pesquisa diz respeito a questões de gênero no que se refere às toxicomanias. Durante a minha inserção no campo de pesquisa, o encontro com jovens mulheres dependentes foi quantitativamente ínfimo em relação ao encontro com os rapazes. Sem levar em conta a CTR, que recebe exclusivamente “alunos” do sexo masculino, na Clínica de Recuperação e no Hospital de Psiquiatria, mesmo não existindo, segundo informações dos dirigentes, estatísticas que deem conta desses números, o fenômeno se mostra visível.

Alguns dos profissionais que estão em contato direto com dependentes químicos nessas instituições referendam a observação feita por mim, em campo, trazendo explicações que advêm do cotidiano vivenciado em cada espaço terapêutico pesquisado.

Bom, inicialmente, em nosso número de leitos geral, nós temos um número maior de leitos masculinos e um menor feminino porque, hoje em dia, a internação psiquiátrica tá sendo muito compulsória pela justiça e muito involuntária, pessoas que vêm trazidas pela polícia. E o homem em muito mais expressão de agressividade e de alteração da sexualidade do que a mulher. Os homens... antes eu tinha aqui no meu hospital 40 leitos femininos e 40 masculino, os 40 leitos femininos ficavam ociosos e os 40 leitos masculinos ficavam necessitados de maior número, então eu diminui os leitos femininos só para 30 e aumentei os masculinos para 50. Então o número de mulheres aqui é menor, então o número de mulheres com drogadicção é menor e em termos sociais, epidemiológico, o número de homens dependentes químicos é bem superior ao número de mulheres. Entre o alcoolismo, que é o que tá sendo mais estudado, estima-se 4 homens dependentes pra 1 mulher. Então, o número de homens com dependência química, em geral, é três ou quatro vezes maiores que o número de mulher (Médico psiquiatra, proprietário do HP).

Ainda existe muito preconceito em relação à mulher e elas são mais preconceituosas, elas se escondem mais, se negam mais sabe? Mas eu vou dizer uma coisa: quando a mulher decide fazer, elas fazem [...] mas as mulheres dá mais trabalho do que os homens, mas quando elas decidem, elas fazem (conselheira terapêutica, CR).

No universo de 14 entrevistados que compõem o meu grupo de informantes, 13 são jovens do sexo masculino, mostrando-se a questão do gênero como relevante marcador social de diferença. No entanto, nosso estudo não dará conta de

especificidades de gênero no que diz respeito à dependência química, ficando indicada a possibilidade de um estudo posterior sobre o tema.

Rumo a uma metodologia para o estudo das intoxicações¹⁸.

Max Weber (1992) acreditava que a escolha do objeto de pesquisa feita por um cientista social é resultado das suas crenças e dos seus valores, o que me deixa à vontade para permitir o fluir das minhas emoções, não descuidando, por outro lado, das exigências de objetivação próprias a um trabalho acadêmico, o que implica em um esforço de “distanciamento” para não sucumbir a uma “paixão de adesão” pelo objeto.

Durante algumas das entrevistas realizadas, muitas vezes captei o olhar brilhante, pelas lágrimas que teimavam em denunciar emoção, de alguns dos jovens entrevistados quando falavam do seu sofrimento e de sua luta para se livrarem do vício das drogas e confesso que também chorava. O jovem, naquele instante, deixa em evidência a interpretação que faz “do acontecimento que o afeta moralmente, modificando sua relação com o mundo de maneira provisória ou durável, seja por anos ou por alguns segundos” (LE BRETON, 2009, p.117). O espaço terapêutico e “reformador” no qual vivenciávamos aquela interação permitia e suscitava um transbordar de emoções, e as lágrimas, muitas vezes, acompanhavam um desabafo “não aguento mais, quero ser um jovem normal”, e era essa “normalidade” que ele procurava encontrar no confinamento ao qual estava submetido.

O meu gravador registrou momentos de profundo silêncio que sinalizam o instante em que a emoção emergia da pesquisadora e também do jovem e, nas transcrições das fitas, esse silêncio foi traduzido: emoção, as lágrimas teimosas ficarão para sempre entre mim e o jovem, não foram registradas por nenhum aparato tecnológico.

Durante os meses em que estive em campo ouvindo relatos de vida, sentindo as emoções afloradas e a contínua referência ao abandono do vício - “estou

¹⁸ Utilizo, de forma livre, o título da coleção editada pela Ediouro, em 2005, sobre as *Intoxicações*, reunindo as obras literárias **Junky**, de William Burroughs; **Os paraísos artificiais**, de Charles Baudelaire; e **Confissões de um comedor de ópio**, de Thomas de Quincey.

decidido, não quero mais usar drogas” -, tenho, como diz Paiva (2007, p.96), questionado os códigos de proceder do “pesquisador” acreditando, como o autor, que “é preciso ser mais que pesquisador de uma temática, é preciso vivê-la, ser por ela atingido e modificado”. A pesquisa, continua o autor, é um “compromisso afetivo que impõe como consequência, ir além daqueles procedimentos-padrão de pesquisador social e implica criar uma abertura no campo da palavra, à circulação de afetos, à criação de um campo de interlocução intensa” (PAIVA, 2007, p.96).

Nessa perspectiva, a proposta metodológica da pesquisa baseia-se em uma abordagem essencialmente qualitativa, no sentido de entender o universo das relações, das vivências e das ações terapêuticas que se estabelecem no interior das instituições para recuperação de dependentes químicos. Sendo assim, os meus principais informantes são profissionais que atuam nas instituições pesquisadas e internos ou ex-internos das referidas instituições.

A pesquisa elege como objeto específico de investigação o cotidiano de jovens dependentes químicos no contexto de “instituições totais”. O que procuro apreender é a real interferência do discurso e das práticas “moralizadoras” e “terapêuticas” dessas instituições na subjetividade desses jovens.

Os nomes utilizados para identificar os informantes são fictícios, alguns deles não criaram restrições ao uso do nome verdadeiro e até queriam que seu nome aparecesse na pesquisa, mas optei em manter a identificação de todos os entrevistados sob sigilo.

A minha opção pelo método qualitativo deve-se ao fato de que o objeto de estudo escolhido (devido à sua natureza complexa), que envolve vivências, significados e valorizações refratárias a quantificações, requer tal abordagem. Trabalhar com esses jovens internos e viciados em drogas exige uma aproximação gradativa, constante e permeada por melindres dado ao retraimento do jovem medicamentado e/ou “aferrolhado” diante da pesquisadora que busca vasculhar seus “defeitos”. Goffman (2008) nomeia esse contato de “relação mista”, que pode gerar insegurança, timidez ou até agressividade da parte do observado.

Quando normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma (GOFFMAN, 2008, p.23).

Durante as entrevistas realizadas com internos do HP, vivenciei, potencialmente, limitações no que diz respeito à interação com os jovens, e os diálogos se construíam através de falas muito curtas quando os internos, com os olhos voltados para o chão e mãos que se torciam incessantemente, enviavam para mim mensagens do mal-estar vivenciado naquele momento quando se sentiam em exposição.

O jovem “aferrolhado”, que está submetido à vigilância contínua durante um dia inteiro de ociosidade, afastado dos seus laços afetivos, imerso em uma rotina de medicamentação que lhe subtrai a lógica de pensamento, a capacidade de expressão oral e até a mobilidade dos movimentos, ouvindo a todo o momento mensagens que visam à sua adequação a um projeto de vida saudável e “ordeiro” sem que se perceba o meio ambiente “desordenado” no qual este indivíduo está inserido, não estabelece nenhuma relação entre sua presença ali e uma proposta terapêutica. As queixas dos jovens em relação ao cerceamento da sua liberdade e a comparação entre o hospital e uma cadeia são inevitáveis e regulares no Hospital de Psiquiatria, como confessou Júnior, 22 anos: “quero pedir alta já. Eu já fui preso uma vez e me senti do mesmo jeito”.

No processo investigativo, optei pela estratégia metodológica de observação sistemática e entrevistas. As visitas às instituições se constituem nos momentos em que essa observação é colocada em prática, mesmo que não consiga entrevistar nenhum, o que implica, em certo sentido, uma objetividade maior na ação de observação, já que as interdições aos meus movimentos e aos meus contatos pessoais com os internos colocaram limitações à minha coleta de dados. A observação cuidadosa e atenta, o diário de campo, além da contribuição dos meus cinco sentidos, em algumas situações, foram aliados imprescindíveis na captação e registro das informações. É relevante informar que a grande maioria das idas às instituições foi infrutífera porque, além de não ter acesso aos jovens, percebia que a minha presença ocasionava incômodo, sendo “despachada” sem nenhuma cerimônia.

Olha, irmã, temos um aluno novato que está precisando de oração, você poderia voltar na próxima semana? (Diretor da CT).

Hoje não podemos lhe dar atenção, a polícia esteve aqui para levar um residente que participou de um assalto e o Dr. L está muito nervoso, marque outro dia (Conselheira da CR).

Algumas vezes, na recepção da Clínica de Recuperação, enquanto aguardava ser recebida por algum componente da “equipe dirigente” ou então aguardava a permissão para conversar com um jovem, aproveitava o momento para observar alguns internos que circulavam por ali, tendo então a oportunidade de ouvir desabafo repletos de revolta, de agressividade e também de presenciar alguns choros, pedidos de ajuda e manifestação de saudades dos familiares.

A sra. vai colocar seu filho aqui? Não faça isso, aqui é um inferno. Eu quero ir para minha casa, eu quero ficar perto da minha mãe e dos meus irmãos. Deixem eu falar com ela pra ela vir me buscar (Jovem de 20 anos, com dois dias de internação).

O jovem fez o desabafo com a voz em um timbre muito alto que eu percebi como um grito de socorro. Essa manifestação chamou a atenção das terapeutas e das psicólogas que procuraram acalmar o residente, argumentando que só iriam chamar a família se ele se controlasse. Após alguns minutos de argumentação conseguiram levá-lo para o interior da clínica.

Depois de restabelecida a “ordem”, uma das terapeutas emitiu seu comentário:

Agora ficam chamando a mamãe, mas quando tão em casa batem, quebram tudo, tiram as coisas de casa pra trocar por droga. Esse aí já “cheirou” o quarto dele todo e chegou aqui, depois de ter passado pelo hospital psiquiátrico por ter quebrado tudo em casa e ter jogado a mãe no chão (Terapeuta conselheira da clínica).

Por cerca de duas horas permaneci na recepção e, no entra e sai de funcionários e residentes do local, o assunto era o jovem que tinha “surtado” e que já tinha se acalmado após de ter tomado um “remedinho”. Naquela tarde, não me permitiram fazer nenhuma entrevista, os terapeutas alegaram que não havia “clima”.

Na semana seguinte, quando voltei à clínica, perguntei por aquele residente e obtive a seguinte resposta: “a família veio buscar, não queria ficar, então não adianta, mas ele volta”. A fala da terapeuta soou como uma ameaça: percebi que o discurso da profissional preconizava que para o jovem não restavam alternativas e a internação era um fato que se concretizaria mais cedo ou mais tarde, já que a droga

estaria lá incorporada à sua vida, desordenando-a. Diante dessa “certeza”, só a internação romperia o círculo.

Sei das dificuldades colocadas pelo estudo das instituições quando se tenta dar conta de todos os sujeitos nelas envolvidos. No início da pesquisa, elaborei questionários para os internos que precisaram ser adaptados devido às características próprias de cada instituição. Com os profissionais (equipe terapêutica) entrevistados, foi possível manter a metodologia de perguntas e respostas, mesmo de uma forma não muito rígida, porque se tornou necessário, também, adaptar o questionário anteriormente formulado à linha de trabalho de cada instituição. Cada uma delas, com suas características terapêuticas próprias, exigiu adaptações ao roteiro de perguntas¹⁹.

Em relação aos jovens informantes, foi preciso flexibilizar a entrevista porque, à medida que os encontros foram acontecendo, o que me possibilitava visualizar a fragilidade psíquica dos meus entrevistados, percebi que se mostrava necessário deixar a conversa “rolar”, pois era nítido o sinal de incômodo vindo dos jovens quando eu procurava fazer entrevistas mais “estruturadas” e quando apresentava as perguntas de forma sistematizada. Sobre essa questão, Minayo (1999) afirma que o “questionário” pode se tornar insuficiente para apreender sistemas de valores ou para compreender relações e afirma, ainda em relação às informações obtidas de forma não-estruturada:

A ordem dos assuntos abordados não obedece a uma seqüência rígida e, sim, é determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão aos assuntos em pauta. A quantidade de material produzida tende a ser maior e com um grau de profundidade incompatível em relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta (MINAYO, 1999, p.122).

Além das entrevistas, dos diálogos, das anotações do diário de campo e da articulação com a teoria, procurei, no decorrer da escrita da dissertação, utilizar como dados material oriundo de outras fontes, ou seja, oriundo de fontes paralelas que contribuíram para consubstanciar a discussão em torno de temas “periféricos” da minha dissertação e da temática de uma forma mais ampla: contatos com dependentes químicos que estiveram em outras instituições fechadas, mas que

¹⁹ Em anexo, os roteiros de perguntas para os funcionários da CR e do HP.

ainda utilizam drogas ou estão medicamentados, contato com os grupos de ajuda mútua para dependentes, profissionais envolvidos no sistema de RD, entrevistas com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, além de material da *internet*. Também se tornou relevante para a pesquisa o estudo das legislações, documentos e outros materiais oficiais produzidos pelo governo: Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde, 2004), Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, RDC nº 101 de 30 de maio de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que regulamenta o funcionamento das clínicas de recuperação e comunidades terapêuticas²⁰.

Estrutura do texto e descrição dos capítulos

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos, nos quais pretendi fazer uma tessitura entre as observações obtidas em campo com o conhecimento teórico obtido a partir de leituras efetuadas durante a trajetória de pesquisa.

Ao delimitar previamente a faixa etária dos indivíduos alvo da minha pesquisa entre 15 e 29 anos, coloquei-me diante da categoria **juventude**, inclusive no que se refere a investimentos e políticas governamentais, o que torna necessário uma discussão buscando pensar essa categoria diante das questões das dependências sem perder de vista a pluralidade que envolve o “ser” jovem contemporâneo e as especificidades que permeiam essa pluralidade. Assim, o primeiro capítulo, **Juventude e dependência química: uma afinidade eletiva?**, procura discutir a construção da identidade do “ser” jovem contemporâneo, as trajetórias juvenis que implicam novas relações familiares, novas formas de sociabilidades, o apelo da sociedade de consumo, o medo de não encontrar o “seu” lugar no meio social, as novas formas de relações afetivas, dentro do processo que Giddens (1991) intitula

²⁰ Relação com *sites* de órgãos públicos consultados na bibliografia.

de “reflexividade da vida social”, quando “as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter” (p.45). Para o autor, essa “reflexividade” gera um “ambiente de risco” e proporciona “uma falta de sentido pessoal”, o que poderia favorecer o encontro do jovem com as drogas.

O segundo capítulo, ***Um esboço dos usos sociais das drogas***, aborda a milenar relação da humanidade com substâncias psicoativas (uso terapêutico, religioso e mágico) que estiveram presentes na maioria das sociedades. Conforme Ginzburg (2007, p.98) afirma: “talvez a maioria das sociedades humanas utilizaram e utilizam em formas e circunstâncias muito diferentes”. Nesse capítulo também discutimos a apropriação médico-psiquiátrica das qualidades terapêuticas de algumas dessas substâncias. Algumas das drogas atualmente utilizadas de forma ilegal despontaram na sociedade ocidental de forma mais disseminada através de experiências médicas que buscavam suas propriedades curativas.

Ainda no capítulo 2, introduzimos uma discussão sobre o vício e os modelos de explicação da dependência norteados por perspectivas médica, psicanalítica e sociológica. A discussão sobre o vício remonta ao século XIX através do agenciamento médico-moralizante, pois mesmo já havendo indicações de determinações fisiológicas associadas ao vício, segundo Birman (1978, p. 303) “eram fundamentalmente os aspectos morais que se colocavam, representando a doença um dos itens desta desordem moral e um indicador da mesma”.

No terceiro capítulo, ***Tratamento e cura da dependência: tecnologias do biopoder***, discuto práticas de enfrentamento ao vício que se encontram presentes na sociedade contemporânea e que visam à manipulação das subjetividades buscando o ideal da normatividade e da saúde. O que ainda faz parte da grande maioria das ações terapêuticas com relação à drogadependência é um viés moralizante no qual se manipulam afetos, crenças e valores em um conjunto de “táticas e objetivos que denominamos o processo de normatização moral” (BIRMAN, 1978, p.357).

O quarto capítulo, ***As profanações do “eu” na “carreira moral” dos jovens internos nas instituições***, procura tratar das ações normatizadoras no interior das instituições totais que visam ao controle da relação do jovem com a droga, aos ritos de recomposição identitária, às diversas estratégias de manipulação do eu

realizados no âmbito das instituições e que compõem a carreira moral do jovem adicto. Nesse capítulo, será colocado em discussão o cotidiano dessas instituições: terapias, lazer, orações, trabalho, esporte e medicamentação.

CAPÍTULO 1 - JUVENTUDE E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA AFINIDADE ELETIVA?

A juventude, categoria sociológica, é freqüentemente associada à possibilidade de inovação e construção de um futuro renovado, sendo comum que se atribua aos jovens um sentido instrumental de resolução, no futuro de maturidade, dos problemas que os adultos geraram ou herdaram e não conseguiram equacionar. Assim fecha-se o ciclo.

(Austragésilo Carrano).

Pensando com Bourdieu (1989), a discussão sobre a temática juventude²¹ não pode restringir-se aos aspectos etários que a circundam e que o autor considera divisões arbitrárias, daí tornar-se necessário pensar as múltiplas nuances que compõem o ser jovem contemporâneo. Nesse sentido, queremos pensar a juventude para além da questão social, da questão geracional ou da questão disciplinar, mesmo reconhecendo a limitação deste trabalho em relação a uma discussão sócio-antropológica mais aprofundada sobre as culturas juvenis contemporâneas.

No contexto da contemporaneidade, há diferentes formas de “ser jovem” e de vivenciar a juventude que indicam a questão etária apenas como mais uma maneira de pensar a juventude sem, no entanto, descartar outras variáveis que compõem o cenário social atual. Os jovens são sujeitos singulares, com demandas singulares, e no tocante à juventude brasileira, essa singularidade está posta na diversidade cultural, de raça, de credo, de condição social.

Marinho (2004) aponta que contextos diferentes resultam em construções diferentes sobre a temática:

A noção de juventude deve ser analisada como uma construção social, histórica e cultural caracterizada por um mundo de experiências próprias de uma determinada fase da vida humana e pela diversidade de produção do campo simbólico. Sendo assim, se definirmos apenas os conceitos

²¹ Delimitei a faixa etária dos sujeitos da minha pesquisa entre 15 e 29 anos tendo em vista a definição de juventude utilizada pelo governo brasileiro para elaboração e implementação de políticas públicas para esse segmento da sociedade (<www.agenciabrasil.gov.br/noticias>. Acesso em 10.08.2007.

biológicos e jurídicos, corremos o risco de limitar sua condição de sujeitos possuidores de essências diferentes, mas que devem ser percebidos como desiguais, quando tratamos das circunstâncias nas quais estão localizados (MARINHO, 2004, p. 18).

Como enfatiza a autora, as circunstâncias nas quais estão inseridos os sujeitos podem ser determinantes na construção da identidade do ser jovem.

Pais (2003) aponta vertentes de entendimento da juventude: numa primeira linha de pensamento, toma-se a juventude como um conjunto de indivíduos que pertencem à mesma faixa etária, dotados de uma uniformização de valores que caracterizaria o “ser” jovem. Conceituação que é mais recorrente na definição do senso comum. A segunda vertente, fundamentada na sociologia da juventude, tem como premissa a diversificação da juventude como um “conjunto social” e, portanto, não sendo “socialmente homogênea”. Para o autor:

[...] a juventude tanto pode ser tomada como um conjunto social cujo principal atributo é o de ser constituído por indivíduos pertencentes a uma dada fase da vida, principalmente definida em termos etários como também pode ser tomada como um conjunto social cujo principal atributo é ser constituído por jovens em situações sociais diferentes entre si. Quase poderíamos dizer em outras palavras, que a juventude ora nos apresenta como um conjunto aparentemente homogêneo, ora se nos apresenta como um conjunto heterogêneo: homogêneo se a compararmos com outras gerações; heterogêneo logo que a examinarmos como um conjunto social com atributos sociais que diferenciam o jovem uns dos outros (PAIS, 2003, p.44).

A juventude como uma categoria social teve maior visibilidade a partir da década de 60 do século XX²² quando protagoniza movimentos libertários, políticos. O período tem sido retratado como uma época de rebeldia e propagado no imaginário como uma juventude agente de mudanças e/ou consciente da necessidade dessas mudanças. Esse comportamento produziu o que Abramo (1994, p. xiii) denomina de “fixação” “de um modelo ideal do comportamento juvenil”.

A autora vê essa fixação como produtora de uma “essência” do “ser” jovem que se transforma então em criadora de utopias e de projetos de transformação. No

²² Segundo o Conselho Nacional de Juventude - CONJUVE (2008), no Brasil a juventude ganhou espaço na mídia, nas pesquisas acadêmicas e nos debates públicos principalmente nos últimos 15 anos.

Brasil, essa fase da história registra a participação de uma juventude politicamente engajada que quer fazer a “revolução” por uma sociedade mais justa e mais igualitária. A década citada foi pródiga em articulações juvenis, que se estabeleceram em antagônicos pólos ideológicos e nem sempre em igual proporção numérica: movimento estudantil, Tradição, Família e Propriedade - TFP, movimento *hippie*, dentre outros.

A juventude é um fenômeno da sociedade moderna e adquiriu visibilidade, como temática, na década de 90 através das lutas políticas, dos movimentos de juventude e, no cenário contemporâneo, o tema foi incorporado ao discurso social tornando-se objeto de debate de inúmeros segmentos sociais. Para Abramo (1994, p.8), o interesse da sociologia pelo tema juventude advém da visibilidade de comportamentos “delinquentes”, “excêntricos” ou “contestadores” que de forma diferenciada contrastar-se-iam com os padrões vigentes.

Na verdade, esta disciplina se interessa pela juventude na medida em que determinados setores juvenis parecem problematizar o processo de transmissão das normas sociais, ou seja, quando se tornam visíveis jovens com comportamentos que fogem aos padrões de socialização aos quais deveriam estar submetidos. (ABRAMO,1994, p.8)

A questão do jovem como indivíduo “anormal” tornou-se foco privilegiado de estudos da sociologia, inicialmente com autores que compunham um grupo de autores chamados interacionistas e que pertenciam à Escola de Chicago. Goffman (2001) e Becker (2008) são herdeiros dessa tradição sociológica, originária do que denominamos hoje de sociologia do desvio, tendo sido esta impulsionada pelo estudo dos problemas ligados ao crescimento e desenvolvimento caótico da cidade americana. O antropólogo brasileiro Gilberto Velho (1974, 1998) também deu contribuições para se pensar sociologicamente a questão do desvio e da normalidade.

No que diz respeito às ações públicas para a população considerada jovem pelos órgãos governamentais, em 2004 a Câmara de Deputados criou uma comissão especial, composta por deputados de diferentes partidos, para propor e

acompanhar propostas de políticas públicas para esse segmento, resultando em um diagnóstico que apresenta, estatisticamente, o atendimento aos jovens em diferentes áreas. Educação e cultura, trabalho, desporto e lazer e, no quesito saúde, a drogadependência está incluída nas propostas para saúde mental²³, tendo como forma de enfrentamento a “redução de danos” e o atendimento nos CAPS-AD.

No Brasil, os órgãos públicos que elegeram os jovens como alvo de suas políticas procuram agregar as associações juvenis que lutam por diferentes interesses no exercício de priorizar ou revelar a importância de políticas para este setor, reconhecendo seu aspecto multicultural e sua heterogeneidade, que contribuem para a ambiguidade da definição sobre o conceito de juventude. As multiplicidades e pluralidades se fazem presentes nas diferenças de etnias, de gênero, do urbano e do rural e também de classe social.

A juventude é pensada como um tema transversal. Nesse sentido, as políticas de juventude são elaboradas em articulação pela Secretaria Nacional de Juventude, criada pelo presidente Lula em 2005, demais ministérios e secretarias do Governo Federal (Saúde, Educação, Trabalho etc). A Secretaria estabelece diálogo com o CONJUVE, que é formado por representantes da sociedade civil e do governo, tendo em vista a discussão de questões relevantes para a vida dos jovens. Através de movimentos reivindicatórios, o jovem põe em prática a experiência existencial do ser jovem e constrói sua autonomia, levando-se em conta que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, cerca de 50,5 milhões de brasileiros, um quarto da população do país, têm entre 15 e 29 anos.

Nesse circuito, vislumbramos uma juventude politicamente engajada, atuante e que reivindica direitos e participação em várias frentes, lutando por autonomia e buscando escrever sua própria história. A primeira Conferência Nacional de Juventude (2008), espaço com presença massiva da sociedade civil e estimulante para prática da reflexão, debateu 4.500 propostas de políticas para jovens, oriundas das delegações dos vários Estados. Esse “turbilhão democrático” foi sistematizado e colocado para aprovação dos delegados e delegadas. Depois de quatro dias de

²³ Das 24 propostas para a melhoria da saúde juvenil, incluídas no relatório final, 10 propostas se referiam a drogas visando a educação nas escolas, o enfrentamento coercitivo contra venda de drogas no ambiente escolar, maior rigidez na restrição de uso de anabolizantes, garantir recursos para a Secretaria Nacional Anti-drogas, etc. Não houve nenhuma proposta de criação de centros públicos para recuperação de dependentes químicos.

debate, foram aprovadas 70 resoluções sobre diversos temas. Dessas, foram estabelecidas 22 propostas prioritárias para elaboração de políticas destinadas ao público jovem. Como uma das resoluções, mas não como prioridade, a questão da adicção está assim colocada:

Garantir a criação, expansão e fortalecimento de centros especializados em tratamento para dependentes químicos e pessoas com HIV/AIDS, voltadas para atendimento de crianças, adolescentes e jovens de forma gratuita com qualidade, incluindo atividades lúdicas, sendo essas atividades orientadas por jovens qualificados e capacitados (<www.juventude.gov.br/conferência>. Acesso em 26 set. 2009).

Como aludi acima, não houve nenhuma indicação com vistas à dependência química e à problemática das drogas no que se refere às prioridades, fato que pode suscitar inúmeros questionamentos se pensarmos as estatísticas oficiais sobre o aumento do uso abusivo de drogas pelos jovens brasileiros²⁴.

Para além de uma juventude que se articula e reivindica ações e direitos, há outra que também se movimenta, mesmo não protagonizando ações políticas, mas que busca ocupar seus espaços dentro de contextos relativos às suas realidades, como os jovens excluídos que perambulam pelas *periferias da vida* num constante ir e vir, subir e descer no dia a dia das ruas. Qualquer bairro periférico de nossa cidade apresenta esse fenômeno, é a realidade que salta aos nossos olhos e que se constitui sinalizador de uma juventude em tensão social e vítima de um processo de exclusão²⁵ que reforça a idéia de marginalidade como sinônimo de pobreza, tão decantada pelo imaginário social.

Para cada jovem engajado existem outros dez querendo participar de alguma atividade que gere benefícios para a sua comunidade. Juntando quem faz e quem quer fazer, somam-se mais de sete milhões de jovens (INSTITUTO DE CIDADANIA, 2003).

²⁴ Centro Brasileiro de Informações sobre drogas – CEBRID. (www.cebrid.epm.br). Acesso em 05/12/2008)

²⁵ De acordo com estatísticas do PNAD (2003) (www.ibge.gov.br). Acesso em 22/01/2009), 11,7 milhões de jovens brasileiros vivem em famílias que não têm condições para satisfazer suas necessidades básicas e 4,5 milhões de jovens não trabalham e nem estudam.

A idéia de exclusão social está vinculada à participação no mercado, ou seja, significa que o indivíduo não tem acesso ao universo do consumo, o que muitas vezes pode levar o jovem a abandonar a escola e a ingressar prematuramente no mundo do trabalho. O que se sabe é que a união de pouco estudo e trabalho precoce estimula a manutenção e a reprodução da exclusão dada à limitação das oportunidades profissionais e, de acordo com pesquisa do Pesquisa Nacional de Amostragem por domicílio - PNAD (2006), em média os trabalhadores jovens ganham menos da metade do que ganham os adultos e, também, segundo o IBGE (2007), quase a metade dos desempregados do país é jovem e, dos que trabalham, 63% não têm carteira assinada (INSTITUTO DE CIDADANIA, 2003).

Um mercado de trabalho restritivo deixa os jovens pobres, vulneráveis às “oportunidades” advindas de outras formas de inserção no mercado de consumo. O tráfico de drogas se apresenta como uma alternativa para os jovens excluídos (ZALUAR, 2004) e aí emerge, também, a questão da violência²⁶. Sabemos que há outras violências que se manifestam para além do tráfico de drogas e que podem ser percebidas no preconceito de cor, na homofobia, na agressão dos agentes de segurança aos jovens pobres e negros das comunidades.

Dentro do rico mosaico que é a juventude brasileira, alguns jovens têm mais privilégios que outros. A diversidade, que é uma riqueza, às vezes se converte em desigualdade, que um problema. Jovens com deficiência, negros, índios e homossexuais vivem situações inaceitáveis de preconceito, que diminuem suas chances de viver de maneira digno. A igualdade de direitos, prevista na Constituição, muitas vezes existe só no papel. Além do racismo e da discriminação, a violência física é outro problema grave enfrentado pelos jovens (CONJUVE, 2006).

Teríamos, para completar esse breve retrato da juventude no Brasil, que descrever um outro perfil socioeconômico do jovem brasileiro, mais característico do *ethos* urbano, classe média, escolarizado e integrado ao mercado de bens de serviços. No entanto, apenas indicamos a existência desse segmento juvenil, não sendo possível, no presente trabalho, aprofundarmos sua caracterização.

1.1. Juventude e drogas.

²⁶ De acordo com informações do Instituto de Cidadania (2003), segurança e violência são os problemas que mais preocupam os jovens.

No âmbito da trajetória de vida dos adictos, através dos seus relatos, pode-se perceber uma juventude cujo repertório de relação com a droga é mais ou menos “homogêneo”, independente de poder aquisitivo, da região da cidade em que reside, do colégio em que estuda, do grau de “ajuste” familiar, enfim, o que é perceptível é uma rotina de busca e consumo de drogas norteada por hábitos e comportamentos que tangenciam a grande maioria dos “viciados” entrevistados: a relação “promíscua” entre os dependentes e os traficantes, a tênue linha que separa uso de tráfico, atitudes “marginais” nas quais se incluem assaltos, roubos, tráfico e supressão de objetos familiares.

[...] comecei a fazer assalto, levantei um dinheiro e comecei a comprar droga porque eu achava mais fácil comprar droga na mão de outros traficantes e revender para amigos de classe média, vender para amigos de classe média, manipulava dizendo que seria mais fácil para eles comprarem na minha mão do que eles irem na favela (Frederico, 29 anos, interno da CR).

Eu já não compro mais pedra, eu compro gramas [...] Consigo dinheiro roubando dos bêbados que tava dormindo, assaltava as pessoas na parada do ônibus e assim ia. Assaltava só na “sugesta”, eu nunca andei armado, a minha arma é Deus (Paulo, 29 anos, HP).

Mesmo para o jovem de classe média, que dispõe de meios financeiros que aparentemente possam manter o uso sistemático de drogas, há o momento do esgotamento desses meios, o que pode levá-lo, então, a encontrar alternativas, sem um crivo ético ou moral, para a manutenção do vício.

Eu sou viciado em cocaína, já estive internado, agora to aqui no CAPS, o médico disse que eu tô psicótico, eu tomo remédio, mas mesmo assim eu cheiro, eu não consigo parar. Meus pais pensam que eu parei ou fingem acreditar nisso, mas eles não me dão mais dinheiro, então eu vendo doce e *ecstasy* nas baladas e vou levando (Henrique, 24 anos).

Como se refere Takeuti (2002, p.137), o consumo de drogas e o ato de roubar, fazer “trabalhinhos”, assaltar etc., emergem em estreita conexão já que o “consumo sistemático da cocaína, da maconha ou do *crack* exige um ‘caixa’ que os jovens viciados não dispõem”.

A idéia de “progressão” das drogas consumidas, que constantemente é alardeada pelo senso comum, refutada por muitos usuários e até por alguns especialistas em dependência química, também se faz presente nos depoimentos da quase totalidade dos jovens participantes da pesquisa. De fato, tenho percebido que a carreira dos jovens com as drogas pode ser progressiva: álcool²⁷, maconha²⁸, cocaína²⁹, *crack*³⁰ e, na maioria das vezes, é só nesse estágio que surge o pedido de ajuda do dependente ou há a intervenção da família e/ou da justiça. Em alguns relatos apareceram outras substâncias utilizadas, como os psicotrópicos (remédios para dormir ou para distúrbios psíquicos) e as drogas de baladas, tais quais *ecstasy* e LSD. Vejamos o seguinte relato:

[...] aos quinze anos de idade eu comecei fazendo uso do álcool, não é? Aí depois vieram aqueles processos que a gente sempre substitui, maconha, cocaína, terminando no *crack*. No começo foi aquela coisa, eu achava que podia me controlar, achava que tinha o controle. E em um determinado tempo eu comecei a perder o controle, a partir da compulsão, e perdi o controle totalmente da minha vida, perdi o controle, me tornei totalmente compulsivo no referente às drogas (Francisco, 27 anos, interno da CR pela 9ª vez).

Como demonstrado acima, o contato com os jovens nas instituições por meio das entrevistas traz à tona uma similitude de discursos. Resguardando-se alguns componentes característicos de uma determinada classe social ou do nível de escolaridade, as falas são uníssonas, resultando em relatos repetitivos. A questão da inserção no crime como forma de manutenção do vício está presente de diversas

²⁷ As bebidas alcoólicas, até o século XVIII, eram produzidas artesanalmente e essa produção se restringia às bebidas fermentadas como vinho e alguns tipos de cerveja. A Revolução Industrial Inglesa permitiu maior produção e desenvolveu-se o processo de destilação dos fermentados. Segundo Figlie *et al.* (2004), as novas relações que se estabeleceram nesse período propiciaram o aumento do consumo do álcool.

²⁸ Maconha-Cânhamo – *Cannabis sativa* é a planta da maconha. Atualmente, a cannabis pode ser encontrada em três formas: a maconha, o haxixe e o óleo de *hash*. A maconha é a forma mais utilizada no Brasil e também é conhecida pelos nomes marijuana, erva, fumo, back, bagulho etc. É uma mistura das folhas, sementes, caules e flores secas da planta. O haxixe é uma resina extraída da planta seca e das flores e é cinco vezes mais potente do que a maconha comum. O óleo de *hash* é uma substância viscosa obtida com uso de solvente orgânico. A concentração de THC no óleo de *hash* pode chegar até 50%, na maconha é de 4% e no haxixe cinco vezes mais, ou seja, 20%.

²⁹ A cocaína é obtida a partir das folhas de coca que passam por vários estágios até chegar à forma de cloridato de cocaína, que é a droga em forma de sal, vendida como pó.

³⁰ O *crack* é uma forma intermediária da cocaína, que se estabelece durante o processo de elaboração da mesma. Segundo Figlie *et al* (2004), essa fase é especialmente perigosa devido à sua impureza. O produto resultante é conhecido como *crack* ou cocaína *freebase*, que pode ser utilizada pela via pulmonar.

maneiras na quase totalidade dos depoimentos: desde “fazer a missão³¹”, fazer um tráfico mais sistemático, a venda de pertences de familiares até o assalto a mão armada com um revólver cedido por um traficante que quase sempre é um credor ansioso pelo seu dinheiro.

Seja pelos discursos que habitam o imaginário social sobre os jovens como perigo potencial ao bem estar da comunidade, propugnados pela mídia, pelas ONGs, assim como por diversos setores do poder público que insistem em apontar uma afinidade entre juventude e consumo de drogas, seja pelos dados que consegui obter por meio desta pesquisa, julgo fundamental, num momento ulterior, aprofundar a questão da juventude para uma melhor compreensão da dependência química. Neste capítulo, pretendemos apenas apontar alguns elementos que sinalizam para aquela “afinidade eletiva”.

³¹ Faz a missão o jovem que, por não possuir dinheiro para adquirir a droga, recebe dos amigos o dinheiro necessário e a incumbência de ir até a “boca” e adquirir a substância que será usada por todos do grupo.

CAPÍTULO 2 - UM ESBOÇO DOS USOS SOCIAIS DAS DROGAS

A droga existe muito antes de nós existirmos e, através dos séculos, é utilizada segundo as necessidades, angústias e os anseios das diferentes épocas.

(Miriam Schencker)

2.1. Contextualização histórico-social das drogas e da dependência química.

Foi no decorrer do século XX que a toxicomania passou a ser compreendida como uma indutora de muitas “mazelas” sociais. A partir da segunda metade do século XX, o tema droga tornou-se objeto do sensacionalismo midiático, o que fomentou um debate público sobre o assunto, além das campanhas antidrogas e o contundente combate ao tráfico “orquestrado” pelos Estados Unidos com respaldo da Organização das Nações Unidas (ONU) e com apoio sistemático de vários países, entre eles a Colômbia, tido como o maior produtor e exportador de cocaína. Essa “cruzada” antidrogas derrama sob o imaginário social a visão apocalíptica da violência, da doença e da desordem, associadas ao objeto-droga.

O uso de drogas esteve presente em grande parte das sociedades, sejam ocidentais ou orientais, e sua utilização sob os mais diferentes propósitos, suas proibições, suas legalidades, o encontro de certas substâncias psicoativas com a farmacologia e a apropriação pelo saber médico das qualidades terapêuticas dessas substâncias podem ser colocados em um campo histórico que possibilita o conhecimento dentro de uma perspectiva sócio-antropológica. Mesmo percebendo a função utilitária da droga na contemporaneidade, no que Santiago (2001) denomina de bem-estar subjetivo, a história da humanidade aponta para uma incidência, em vários momentos e sob vários aspectos, de uma relação dos homens com substâncias psicoativas.

Alguns estudiosos desenvolveram pesquisas que muito contribuíram para o entendimento da trajetória histórica dos homens com as drogas: Escohotado (2004), Carneiro (2005), Castañeda (1968), Santiago (2001), além da contribuição da

literatura, vista aqui como uma representação da realidade a partir dos relatos autobiográficos de Thomas de Quincey (2007), Charles Baudelaire (2005), William Bourroghs (2005), cujos relatos podem tornar-se monótonos quando lidos apenas como narrativas de vida, mas também podem tornar-se sinalizadores do sofrimento humano quando lidos com maior atenção.

No que se refere ao Brasil, também surgem dados sobre o uso de drogas no decorrer da nossa história, através da ciência e da literatura: Carneiro (1960), Henman (1999), Rezende (2006).

Para Escotado (2004), as drogas têm peso na evolução da medicina, da religião, da economia e nos mecanismos de controle político. O autor remonta às culturas das sociedades coletoras que reafirmavam sua identidade cultural através de experiências com substâncias psicoativas, originando para as futuras culturas sedentárias o *ethos* religioso das drogas usadas como “verdade revelada” e onde também se fundiam a medicina e a magia.

A mais antiga fusão destas três dimensões é o xamanismo, uma instituição originariamente difundida por todo o planeta, cujo sentido é ministrar técnicas de êxtase, entendendo-se por êxtase um transe que elimina as barreiras entre a vigília e o sonho, o céu e o subsolo, a vida e a morte. Tomando uma droga, ou dando-a a outro – ou a toda a tribo, o xamã (homem ou mulher) lança uma ponte entre o comum e o extraordinário, que serve tanto para adivinhação mágica como para cerimônias religiosas e para terapia (ESCOHOTADO, 2004, p.12).

A partir do período que o autor chama de “antiguidade remota” (4.000 a.C), há o registro do cultivo de cânhamo na China. A “ebriedade sacramental”, já registrada no Ahura-Mazda, o livro sagrado do zoroastrismo, é obtida pelo uso do cânhamo. Na Índia, o Atharva Veda refere-se ao cânhamo como “divino”, e a droga é vista pelos Brâmanes como agente de longevidade e de potencialização sexual. A casta dos sacerdotes indianos não aceita o uso do álcool por considerá-lo um desinibidor poderoso que pode ameaçar o “princípio de incomunicação absoluta entre as castas” (ESCOHOTADO, 2004, p.21). O livro indiano de dois mil anos antes de Cristo lista o cânhamo como uma das cinco plantas sagradas da Índia. Alguns budistas também utilizaram o cânhamo na meditação e o seu uso medicinal foi

amplamente difundido em tratamento de doenças como: insônia, febre, tosse seca e disenteria.

O cânhamo talvez seja, de todas as plantas já domesticadas pela humanidade, a mais útil e diversificada pelos seus múltiplos usos. Além do seu significado como psicoativo, possui importância nutricional, medicinal e industrial como alimento, remédio fibra, papel e óleo combustível, além de valores religiosos em sacramentos e práticas rituais (no xintoísmo, budismo, hinduísmo, zoroastrismo, sufismo, cristianismo copta, rastafarianismo, culto bantu Dagga etc.) (CARNEIRO, 1960, p. 71).

Há referência ao cânhamo na Mesopotâmia, no século IX a.C., e no século VII A.C. os celtas “exportavam do enclave de massília (Marselha) cordas e estopa de cânhamo para todo o Mediterrâneo” (ESCOHOTADO, 2004, p.16). Segundo o autor, há também indícios de que esse povo utilizou o cânhamo como medicamento.

É na Índia que se tem notícia do primeiro estudo, com apoio governamental, sobre a Cannabis, no final do século XIX. Foi ainda nesse século que o uso terapêutico da planta foi investigado por diversos médicos europeus, tendo um médico britânico publicado um estudo sobre os efeitos terapêuticos da planta para o tétano e outras doenças convulsivas. Segundo Carneiro (2005), o médico pessoal da rainha Vitória da Inglaterra escreveu um artigo em uma revista de medicina afirmando que o cânhamo era um remédio valioso. Um extrato líquido foi fabricado por diversos laboratórios, entre eles o Park Davis.

Muitas foram as pesquisas voltadas para a utilização da droga como medicamento, inclusive nos Estados Unidos. Em 1937, quando surgiu a primeira lei contra a Marijuana, a substância estava presente em cerca de 28 remédios. O final do século XIX e o início do século XX foram pródigos em pesquisas com a Cannabis, as quais apontavam para uma ampla lista de benefícios terapêuticos, entre os quais: loucura aguda, a hipocondria, anorexia, afecções estomacais, insônias nervosas, tétano, *delirium tremens*, dores nas épocas menstruais, coqueluche, calmante dos maníacos e alucinados³².

É também na “antiguidade remota” que surge as primeiras referências às plantações de “papoula-dormideira” no noroeste da África, no Egito e na

³² Segundo alguns médicos psiquiatras e também de acordo com literaturas especializadas em dependência química (MURAD, 1990), sintomas de distúrbios psíquicos são indutores do uso de algumas drogas como automedicação, em uma “necessidade” de atenuar o desconforto de depressões e fobias sociais.

Mesopotâmia. Há hieróglifos egípcios que já mencionam o suco extraído da papoula – o ópio –, recomendado como analgésico e calmante. O ópio egípcio também foi mencionado por Homero – na *Odisséia* – como um artifício contra o sofrimento.

Santiago (2001) relata essa passagem: durante um banquete oferecido a Telêmaco, quando o rei Menelau invoca a lembrança de Ulisses, faz com que os convidados mergulhem em profunda tristeza. Nesse momento,

[...] à filha de Zeus, Helena, ocorreu uma idéia. Subitamente, jogou uma droga (pharmacon) na cratera em que se servia bebida: essa droga, apaziguando a dor, a cólera, dissolvia todos os males; uma dose dessa bebida impedia, durante o dia todo, a quem dela bebesse, de derramar uma lágrima, ainda que tivesse perdido o pai e a mãe, ainda que com seus próprios olhos tivesse visto morrer, sob a espada, um irmão ou um filho amado! Remédio engenhoso, presente obtido, pela filha de Zeus, da mulher de Thon Polidamm, do Egito: a gleba nesse país produz, juntamente com o trigo, mil ervas diversas, umas venenos, outras, remédios³³.

O uso do ópio na civilização grega, cuja planta foi um símbolo da deusa de fecundidade (Deméter), era muito popular porque, para os gregos, a substância tinha o poder de “acalmar qualquer dor”. Os gregos não ignoravam “um problema” de toxicomania, mas para aquele povo a periculosidade social adivinha do álcool e, segundo Escohotado (2004, p.27), Platão já mencionava n'As Leis:

[...] bastará uma lei que proíba aos jovens tomar vinho antes dos 18 anos, e até aos trinta prescreva que o homem o tome com moderação, evitando radicalmente embriagar-se por beber em excesso.

Para o império romano, assim como para a civilização grega, as plantas fundamentais no que se refere à ebriedade foram a dormideira e a videira. Há relatos de que Marco Aurélio tomava uma poção de ópio, diluída no vinho, todas as manhãs por recomendação médica. Segundo Escohotado (2004), no ano 312 havia 793 lojas de venda de ópio na cidade de Roma e se podia contar aos milhões os consumidores regulares da droga. Aqui, como na Grécia, o uso do ópio não causava

³³ Homero. *L'Odisée*. Paris: Les Belles Lettres, 1924, IV 220-230, p.85-86.

preocupação às autoridades. Já o vinho era tido como o suscitador de “conflitos pessoais e coletivos”³⁴.

Escohotado também se refere ao uso de estimulantes que têm por base drogas como a cafeína e a cocaína. Na China, há quatro ou cinco milênios, já se utilizavam chás com a éfedera,³⁵ um estimulante muito mais concentrado do que a cafeína.

Nos Andes, desde o século III a.C., há esculturas de rostos com “os maxilares inchados” pela mastigação de folhas de coca, estratégia utilizada pelos povos andinos em busca de energia que possibilita “comer menos e trabalhar mais”. O uso tradicional de folhas de coca localiza-se em uma região do Continente sul-americano que vai do norte da Argentina até a Colômbia³⁶.

Além do efeito psicoativo, a coca também possui grande significado nutricional por fornecer vitaminas e sais minerais às populações carentes de outros suprimentos naturais de vegetais comestíveis (CARNEIRO, 2005, p.102).

A plantação de coca tem sido alvo de muitas investidas que visam a sua proibição ou a sua erradicação. No século XVI, era tida pelos conquistadores espanhóis, da América, como “planta demoníaca”, mas, em determinado período da história da colonização espanhola, o hábito da mastigação das folhas de coca foi aceito pelos colonizadores, principalmente no que se refere à população do centro de mineração de Potosi³⁷.

Na atualidade, a folha de coca e a sua utilização cultural é objeto da guerra antidrogas deflagrada pelos Estados Unidos o que, segundo Carneiro (2005), acarreta consequências para os povos andino e amazônico e para o ecossistema da região. Na tentativa de erradicar as plantações de coca, são utilizados desfolhantes

³⁴ Em 186 a.C., pessoas relacionadas com o culto a Baco, o deus do vinho, passaram a ser perseguidas resultando em três mil condenações, processo que durou seis anos até Baco ser assimilado oficialmente a outro deus romano.

³⁵ A éfedera possui semelhança molecular e efeitos análogos aos das anfetaminas criadas em laboratório no final do século XX (Carneiro, 1960, p.105).

³⁶ Segundo Murad (1990), as tribos andinas que mascam folha de coca consomem diariamente cerca de 50 gramas de folha. Para o autor, isso equivale de 25 a 500mg de cocaína, pois a folha tem de 0,5 a 1% de cocaína em sua composição.

³⁷ Na atualidade, ainda há 280 minas sendo exploradas naquela região e por lá circulam cerca de 20.000 mineiros, inclusive crianças. Os mineiros fazem uso sistemático das folhas de coca e, segundo alguns, serve “para não dormir, para não sentir fome e para enfrentar a solidão dentro das minas”. Essas informações foram obtidas a partir do Globo Repórter, reprise na Globo News em 18 de abril de 2009.

químicos, agentes biocidas, além de uma perseguição étnica contra os plantadores de coca.

Escohotado (2004), em seu passeio pela história das drogas, remete-nos à Idade Média quando aborda o “Sabat” (cultos rurais), no qual mulheres (de condição servil) são encontradas nuas em estado de transe e, ao despertarem desse transe, “confessam que aplicando um unguento foram em viagem” (p. 49). Segundo o autor, o “unguento” usado pelas bruxas no Sabat era composto de várias substâncias: haxixe, ópio, solanáceas, fungos, cogumelo visionários, além de farinha contaminada por parasitas que contém amida do ácido lisérgico (substância do LSD).

O Racionalismo e o Iluminismo, que suplantaram o poder da Igreja e do Império, lançaram as bases do pensamento moderno favorecendo vir à tona algumas substâncias usadas pelos pagãos “apoiadas agora por médicos, boticários e químicos”. O ópio deu origem a um remédio chamado pós de Dover, vendidos em “boticas” e utilizados em um amplo leque de sintomas, entre eles: dores em geral, insônia, perturbações gástricas. As “casas reais” de vários países da Europa utilizavam o medicamento sem nenhum controle e, também nas residências comuns, as famílias desfrutavam de láudanos³⁸ para cólicas e “chás opiados” para as insônias.

Escohotado (2004) aponta o final do século XVIII como a “idade de ouro” para o ópio porque é pródigo no uso da droga e, através principalmente do láudano, escritores, poetas e pintores se deliciam com a substância sem ocasionar qualquer repúdio social, aliás esse era dirigido aos alcoólicos crônicos. Segundo o autor, nesse período há a confluência de interesses de médicos, químicos e farmacêuticos com os interesses de literatos, filósofos e artistas.

As necessidades de uns parecem confluir com as possibilidades abertas para outros, dentro de coordenadas gerais favoráveis. Em última instância, a meta é submeter o ânimo à vontade, dispondo da emoção e da percepção como um pianista dispõe do seu teclado. Com maior ou menor timidez, este projecto enforma o pensamento de vários gênios literários, desde Coleridge e Thomas de Quincey a Baudelaire e Rimbaud, incluindo o criador do pragmatismo filosófico, William James, e o vitalista Nietzsche, que definiu a ebriedade como ‘jogo da natureza com o homem’ (p. 83).

³⁸ Mistura de ópio e vinho que continha “ingredientes outros”, receitado como medicamento em vários sintomas.

Nessa trajetória histórica, as guerras do ópio³⁹ se configuram como consequência da disseminação, em larga escala, da droga em duas determinadas sociedades (chinesa e inglesa) e introduz as primeiras discussões em relação às propriedades adictivas da substância devido ao grande número de “habituaados”, principalmente na China. Já naquele período, no país asiático, falava-se em programas de informação sobre a droga e na criação de centros para quem desejasse “eliminar a habituação”.

O filósofo Thomas de Quincey (1822-2007), em seu livro autobiográfico *Memórias de um comedor de ópio*, refere-se aos homens ingleses, distinguidos por seus talentos ou por sua eminência, os quais chama de “comedores de ópio”, como uma classe muito numerosa.

Figura 1: Uma casa de ópio inglesa na época vitoriana



³⁹ A Inglaterra ao comprar a seda, o chá, e a porcelana chineses fazia o pagamento com prata ou ouro vindos da América. Com o aumento do consumo de chá pelos ingleses, o ópio inglês produzido na Índia passou a ser a moeda de pagamento para a compra do chá, o que levou a medidas protecionistas das autoridades chinesas gerando agressões da Inglaterra em nome do livre comércio. A primeira guerra do ópio foi em 1839 e a segunda em 1856. O abastecimento de ópio aos chineses gerou um número elevado de dependentes da droga entre a população.

A figura acima aponta para o que De Quincey já identifica no seu livro, a disseminação do ópio na Inglaterra, e divulga através da arte o “hábito” que perpassaria por várias camadas sociais e que pode ter constituído, naquele momento, uma rota de fuga aos princípios morais arraigados da sociedade vitoriana.

A morfina⁴⁰ foi um importante fármaco do século XIX. Seu uso como anestésico disseminou-se como atenuante das dores dos soldados feridos na guerra civil americana, na guerra franco prussiana de 1879 e também foi utilizada no tratamento de viciados em heroína na primeira metade do século XX.

Em *Junky* (2005), Burroughs relata sua experiência em um hospital para viciados na cidade de Lexington – EUA. Segundo o autor, o hospital tornava-se rota dos viciados quando esses se viam às voltas com a justiça ou quando estavam muito doentes⁴¹:

O tratamento em Lexington não foi idealizado para deixar os viciados desafogados. Começa com dezesseis miligramas de M três vezes ao dia e dura oito dias (a preparação hoje usada é uma morfina sintética chamada dolofina). Após oito dias, você ganha uma picada de despedida e é levado à ‘população’. Ali recebe barbitúrios por três noites e pronto, fim da medicação [...] Quando chegou o momento da minha picada de despedida, fui levado à Ala B, conhecida como Skid Row⁴². Não havia nada de errado com as acomodações, mas os internos eram um bando digno de pena. Na minha ala havia um monte de velhos vagabundos, cuja saliva escorria da boca (BURROUGHS, 2005, p. 130-131).

Mesmo a morfina tendo sido utilizada como medicamento⁴³ em vários momentos, inclusive no combate à adicção, já há no final do século XIX pesquisas científicas que apontam para a capacidade aditiva da substância. Uma revista alemã publicou em 1879 uma monografia sobre morfismo com indicativo de um vício tanto como o do álcool, mas sem se afastar da idéia de falta de caráter.

⁴⁰ A morfina é um dos alcalóides do ópio. É um opióide natural e seu nome é derivado da figura mitológica grega de Morfeu, deus dos sonhos.

⁴¹ Burroughs define como “ficar doente” o estado de debilidade física ocasionado pela abstinência da droga.

⁴² Segundo o tradutor, bairro de vagabundos.

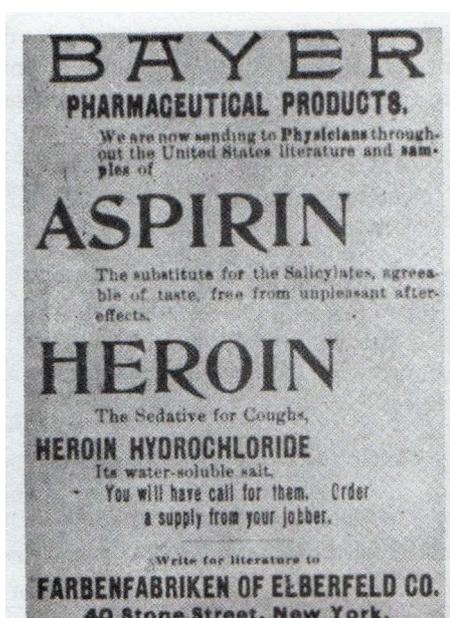
⁴³ Durante a pesquisa, encontrei alguns viciados em injeções à base de morfina comumente utilizadas em hospitais gerais para dores agudas (enxaquecas, dores renais, coluna). Um desses viciados informou-me que forjou um laudo que o declarava portador de um câncer em estado terminal e, por isso, necessitava da injeção. Com esse laudo e a alegação de uma dor “insurportável”, o dependente conseguia a droga com certa facilidade nos hospitais. Entrevistei o jovem quando estava em tratamento em um CAPS AD. Outro viciado contou-me que há certa “comercialização” com as receitas médicas que favorecem o acesso a medicamentos com componentes opióides.

Uma pesquisa da época sobre a utilização da morfina aponta que 65% dos usuários “eram terapeutas, pessoal sanitário ou familiares seus” (ESCOHOTADO, 2004, p. 86).

Quase todos pertenciam à classe média, e mantinham uma discreta reserva sob o seu costume, embora alguns dos mais elegantes salões europeus tenha sido moda picar-se publicamente, e oferecer estojos assinados por famosos ourives com seringas de ouro ou platina (ESCOHOTADO, 2004, p.86).

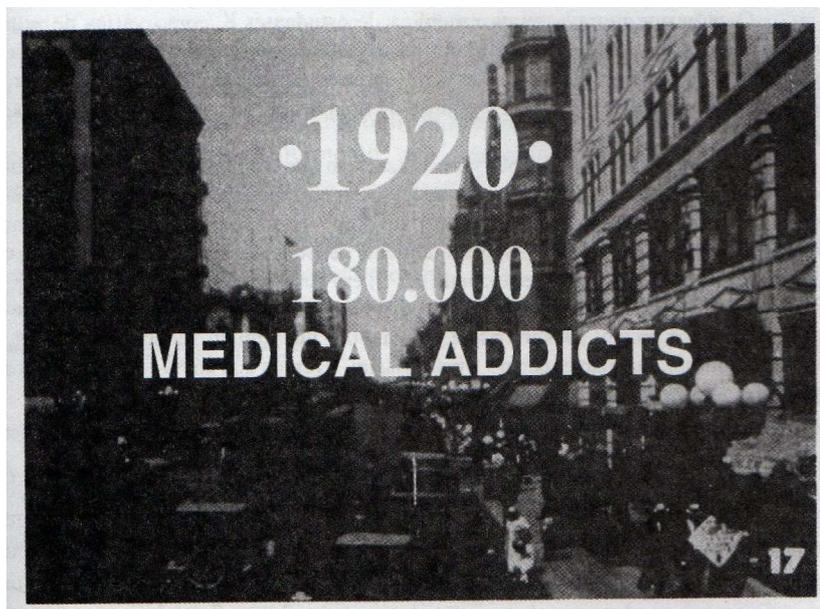
No início do século XX, dissemina-se acentuadamente o uso da heroína⁴⁴, considerada cinco vezes mais aditiva do que a morfina. A heroína foi lançada no mercado pelo laboratório Bayer, que distribuiu panfletos propagando as “qualidades” da substância, mas sem se referir ao seu potencial aditivo.

Figura 2: Anúncio de jornal do laboratório Bayer



⁴⁴ A heroína é um opióide semi-sintético. Seu nome científico é Diacetilmorfina. (MURAD, 1990).

Figura 3: Em 1920, um jornal americano divulga o número de viciados do medicamento à base de heroína.



Escohotado (2004, p.86) destaca, comparativamente, as “propriedades” terapêuticas da heroína:

- a) Ao contrário da morfina, esta substância produz um aumento de actividade.
- b) Adormece todo o sentimento de temor.
- c) Inclusivamente em doses mínimas faz desaparecer todo o tipo de tosse, até nos tuberculosos.
- d) Os morfinômanos tratados com essa substância perderam de imediato todo o interesse pela morfina.

Podemos perceber o uso legal da morfina e da heroína, substâncias aditivas “poderosas” que foram utilizadas, em diferentes momentos, para diferentes funções. A heroína foi utilizada para o tratamento do morfismo, já que a morfina surgiu primeiro e, meio século depois, com o uso disseminado daquela droga, a morfina passa a ser o principal agente no tratamento dos viciados em heroína, como bem relata Borroughs em *Junky*.

A cocaína chegou ao mercado de medicamentos cerca de trinta anos antes da heroína. Também lançada sob o patrocínio de um laboratório, o Merck, que logo em seguida contará com a concorrência do laboratório Parke-Davis. A propaganda em torno da droga apontava para a sua utilização como “um alimento para os nervos” e também como uma forma inofensiva de curar a tristeza.

Freud foi um investigador obstinado na utilização da droga com anestésico e empregou-a também como tratamento de doenças cardíacas, além do “horrrível estado que se manifesta quando uma pessoa é retirada da morfina” e, nesse caso, se apresenta a tentativa de cura do morfinismo no qual se debatia seu amigo, Dr. Fleischel. Inicialmente o “tratamento” deu um retorno positivo, mas pouco a pouco o paciente sentiu necessidade do aumento das doses e acabou se viciando:

Por vários dias repetiu a experiência, para confirmar os mesmos resultados. A seguir, distribuiu a substância entre os colegas, solicitando a cada um deles uma descrição detalhada de seus efeitos. Baseado numa série de opiniões, além da própria, Freud achou que a cocaína possuía qualidades benéficas para quem eventualmente viesse a utilizá-la. Assim, decidiu começar sua aplicação em grande escala (CESAROTTO, 1989, p.40).

Freud teria sido um usuário contumaz da cocaína (“droga mágica”) e também fez propaganda para os dois laboratórios (Merck e Park Davis) sobre as propriedades “milagrosas” da substância.

A cocaína é isolada pela primeira vez em 1859, e logo se comercializa em grande escala. A propaganda torna-se ainda mais intensa que a da morfina e da heroína, dado que passa por ‘alimento para os nervos’, e ‘forma inofensiva de curar as tristezas’. Após centenas de comunicações de revistas mais ou menos científicas, o jovem Sigmund Freud empreende uma investigação global com o fármaco, que inclui auto-experiências, revisão de toda literatura existente e de propostas de uso. Parke Davis pagar-lhe-á em espécie – e quiçá também em contante – por declarar que sua cocaína é ‘preferível’ a de Merck, embora Freud apareça também no prospecto da cocaína Merck gabando o produto (ESCOHOTADO, 2004, p. 87).

O uso difundido da substância apresentou inúmeros casos de intoxicação cocaínica em vários países da Europa, acarretando o surgimento de uma campanha contra o seu uso. O divulgador de tal campanha, um médico alemão chamado Dr. L. Erlenmeyer, batizou a cocaína de “terceira praga da humanidade”, ao lado do álcool e da morfina. Segundo Figlie *et all* (2004), a cocaína quase desapareceu no começo do século XX, ressurgindo como uma droga elitizada na segunda metade daquele século.

O ressurgimento da cocaína acontece no momento de efervescência dos movimentos de contra-cultura⁴⁵, quando as drogas utilizadas tinham um caráter de transcendência, das “viagens” e de busca de “um mundo novo”. Nesse contexto de busca de outro mundo, da psicodelia na qual se inseriam artistas, *hippies* e intelectuais, emergem drogas como o LSD e o peyote⁴⁶, ficando a cocaína como a preferida dos *yuppies* e políticos. A opção desses pela droga, segundo alguns estudiosos, deve-se à rotina de trabalho “exaustiva”. Sendo assim, a utilização de uma droga que não leva “de viagem” e faz parte da aura dos “vitoriosos”, como executivos e políticos, e estimula o ritmo acelerado de trabalho não se permitindo nenhuma perspectiva transcendental.

Também merece registro, neste trabalho, o surgimento da anfetamina, que foi sintetizada em 1887 e utilizada como medicamento a partir de 1937. A droga era prescrita para “desordem do sono” e para depressão, além de controle de peso:

Entre 1935 e 1946, as anfetaminas foram utilizadas para tratamento de diversos problemas: esquizofrenia; dependência de opióides, cafeína e tabaco; doenças cardíacas; náuseas; enjôos; hipotensão e soluços (FIGLIE *et al*, 2004, p. 118).

Segundo o autor, as anfetaminas foram muito utilizadas na Segunda Guerra Mundial, tanto legal como ilegalmente. Das anfetaminas surgiram as metanfetaminas, que são formas muito mais potentes da substância, sendo a metanfetamina conhecida como *ecstasy* uma das mais populares.

O LSD volta à evidência no final o século XX. Dessa vez, o que está em questão é o deleite intenso buscado principalmente pelos jovens em suas festas noturnas e em algumas “baladas” que têm a duração de um longo final de semana, regadas a musica e muita droga (álcool, cocaína, *ecstasy* e LSD/doce etc.). Os “baladeiros” das grandes cidades propagam a “viagem” com o LSD como um componente para aguçamento dos sentidos e da sinestesia, e a música é o alvo da

⁴⁵ Ver Roszac (1972).

⁴⁶ O peyote é um cacto nativo do México e do sudoeste dos Estados Unidos, de onde é retirado uma substancia que dá origem à mescalina. Nos Estados Unidos, a mescalina é utilizada, legalmente, em culto religioso da Igreja denominada “Nativa Americana”. O peyote foi também é fonte de pesquisa de Carlos Castaneda (1968), antropólogo da Universidade da Califórnia, durante cinco anos, juntamente com um índio americano, em busca de uma aprendizagem sobre a erva e o domínio de um mundo extra-sensorial. A pesquisa originou o livro *A erva do diabo* (2004).

percepção, não se evidenciando, em seus depoimentos sobre a experiência com a droga, a busca do autoconhecimento tão propagada pela geração "paz e amor" da década de 1970.

Segundo estudo sobre os efeitos e consequências de algumas drogas (MURAD, 1990), o LSD não é uma substância aditiva, não causa dependência física, mas pode provocar a necessidade do aumento de consumo para conseguir sempre as mesmas sensações e há a possibilidade frequente de que o usuário possa desenvolver crises agudas de pânico e distorção da realidade, além do inconveniente dos *flashbacks*⁴⁷ que ocorrem em 15% dos usuários.

2. 2. As drogas no Brasil.

O cânhamo (*cannabis sativa*) chegou ao Brasil trazido da África por escravos angolanos e recebeu várias denominações em línguas africanas (maconha, diamba, liamba) e, segundo Carneiro (2005), a sua proibição oficial, referendada por argumentos racistas, se deu em 1830, no Rio de Janeiro.

Para o autor, a introdução do cânhamo no Brasil teve o aval da Coroa Portuguesa, que vislumbrava o uso econômico da planta, a qual pode ser utilizada como matéria prima para fabricação de tecidos e papel, sem descartar o uso da planta pela corte portuguesa que se mudou para o Brasil durante as guerras napoleônicas: "Sabe-se que a rainha Carlota Joaquina utilizava com freqüência um chá de 'diamba do Amazonas' preparado pelo seu escravo Felisbino" (CINTRA, 1934 apud ZALUAR, 1994). Mesmo com indícios da utilização da maconha pela corte, segundo alguns historiadores, o seu uso foi proibido, ainda no império, visando o controle da mão-de-obra escrava.

A literatura brasileira apontou para o uso de drogas evidenciado socialmente a partir de textos narrativos de compositores e poetas como Olavo Bilac (1894),

⁴⁷ "Semanas após o uso, o indivíduo volta a experimentar, repentinamente, todos os efeitos psíquicos da experiência anterior, sem que tenha tornado a utilizar a droga. As consequências neste caso são imprevisíveis, uma vez que tais efeitos não estavam sendo esperados ou mesmo procurados" (FIGLIE *et al*, 2004, p.96).

Sinhô (1923)⁴⁸, Ribeiro Couto (1924), Manuel Bandeira (1925 e 1930) e Patrícia Galvão (1930). Esses autores retratam as novidades da época e introduzem na sociedade brasileira do final do século XIX e início do século XX suas “possíveis” experiências com drogas como haxixe, cocaína e ópio.

O conhecido clássico da “literatura cabeça-feita tupiniquim” de João do Rio (1881-1921), *Visões D’Ópio*⁴⁹, retrata as *fumeries*⁵⁰ e fala do encontro do autor com os “chins” viciados, no interior dessas casas, quando se fez passar por fornecedor de ópio.

Miseravelmente o clamor de súplica enche o quarto na névoa parda estrelejada de hóstias sangrentas. Os chins curvam o dorso, mostram os pescoços compridos, como se os entregassem ao cutelo, e os braços sem músculo raspam o chão, pegando-nos os pés, implorando a dádiva tremenda. Não posso mais. Câimbras de estômago fazem-me um enorme desejo de vomitar. Só o cheiro do veneno desnorreia. Vejo-me nas ruas de Tien-Tsin, à porta da cagnas (palhoça), perseguido pela guarda imperial, tremendo de medo; vejo-me nas bodegas de Cingapura, com os corpos celestes arrastados em jinriquixás, entre os malaios loucos brandindo *kriss* (punhais) assassinos! Oh! Veneno sutil, lágrima do sono, resumo do paraíso, grande Matador do Oriente! Como eu o ia encontrar num pardieiro de Cosmópolis, estraçalhando uns pobres trapos das províncias da China (RIO, 2008, p. 109-110).

Rezende (2006), em sua obra intitulada *Cocaína*, agrupou os textos dos autores acima citados, além de outros, sem deixar de se referir ao período que intitula como “belle-époque tropical” quando, junto com os ventos da liberalidade, a sociedade brasileira está diante de uma “liga da moralidade” que se constituía, entre outros fatores, através da censura dos jornais e da intervenção da igreja, o que contribuiu para a pouca divulgação dessa literatura vista como “marginal”.

Para a autora, havia nesse momento um gosto pelo supérfluo, o apelo do consumo e da liberdade de comportamento:

⁴⁸ A Canção-tango intitulada *A Cocaína* foi oferecida a um “certo” Roberto Marinho (RESENDE, 2006).

⁴⁹ *Visões do ópio* faz parte de uma coletânea de crônicas urbanas sobre a cidade do Rio de Janeiro onde se encontram policiais, viciados, artistas, marginais etc. que se intitula *A alma encantadora das ruas*, originalmente publicada em 1908. Utilizamos a edição da obra publicada pela Companhia das Letras em 1999, reeditada em 2008 (edição de bolso).

⁵⁰ Locais onde viciados em ópio se encontravam para consumir a droga. Esses espaços eram explorados por emigrantes chineses e se localizavam em vielas do centro da cidade.

Os vestidos curtos, os ternos ajustados, as piteiras e, se possível, as baratinhas em velocidade, incorporavam-se à personalidade dos personagens que circulam pelos boulevards (REZENDE, 2006, p. 18).

As drogas então emergem em meio às novas volúpias experimentadas, acenando com novos prazeres e a possibilidade de alcance de maior inteligência, de maior sensibilidade e da aceitação em uma sociedade “moderna”:

O bairro da Cocaína!
Botafogo, Copacabana, Avenida Atlântica, Santa Tereza, Leblon,
também tomam cocaína. Até Madureira já está contaminada...
Mas a zona da irradiação do vício, a zona do comércio miserável do
terrível tóxico, é a Lapa e a Glória.
Entre dez meretrizes, nove são cocainômonas.
(Benjamin Costallat, in: **Mystérios do Rio**)⁵¹

Na década de 20 do século XX, o uso de cocaína e mesmo de morfina se difundia, “não se restringindo apenas a usos experimentais de artistas e poetas” (REZENDE, 2006, p.22).

Aliada à euforia das transformações de costumes que ora ocorriam, a utilização de drogas como a cocaína, nas primeiras décadas do século XX, está inserida em momento de curiosidade “científica”, quando seus efeitos ainda não são conhecidos amplamente. Para Rezende, os estudos de Sigmund Freud contribuíam para uma “divulgação” da droga, era uma novidade que “merecia” ser experimentada.

No final da primeira década do século XX surgem as primeiras notícias de repressão policial ao uso de cocaína que era vendida em farmácias como remédio para combater dores das mais variadas e também podia ser comprada de forma clandestina.

A repressão oficial à cocaína inicia-se em 1921, tendo maior repercussão no Rio de Janeiro, onde foi criado um órgão voltado para fiscalização do comércio ilícito

⁵¹ Costallat é visto pelos estudiosos da comunicação como um precursor do jornalismo sensacionalista, e na referida obra, temos 14 “reportagens literárias” sobre o submundo do Rio de Janeiro. Ver POLESEL (2007).

da droga. O órgão também era responsável pela repressão à embriaguez, à cartomancia e ao falso espiritismo.

Na década de 1970, o antropólogo Gilberto Velho (1998) desenvolveu uma pesquisa com usuários de maconha no Rio de Janeiro, mais precisamente com moradores da “Zona Sul”⁵² carioca, vistos pela sociedade “abrangente” como desviantes e transgressores dentro de um estilo de vida que reflete uma visão de mundo que o antropólogo busca entender tendo como suporte o conceito de **desvio** (BECKER, 2008). Os dois grupos, além do uso de “tóxicos”, tem, segundo Velho, características bem diferenciadoras. O primeiro grupo é composto por pessoas com formação universitária e com valores que incluem o conforto e o consumo; e o segundo grupo é formado pelo que o autor chama de intelectuais, artistas e boêmios. O trabalho de Velho é o precursor, no Brasil, de um campo de estudo que coloca o uso de tóxico como um componente relevante nos rituais de socialização.

Nos dias atuais, a discussão que emerge sobre substâncias psicoativas advém da “disseminação” do *crack* entre a população brasileira. O uso de *crack* é motivo de “preocupação” das autoridades, da sociedade brasileira e matéria contumaz na imprensa. As notícias de jornais, impressos e televisivos, nos campos policial, político, jurídico, médico, discutem ou pelo menos se referem à “grande praga da contemporaneidade”, aquela que veio “para acabar com tudo”, a despeito de toda e qualquer repressão. Esse discurso apocalíptico com relação à substância também está presente nas falas dos jovens viciados, que estão institucionalizados e que foram entrevistados durante essa pesquisa.

Tia, a pedra veio para acabar com a gente, eu quero deixar essa vida senão eu vou morrer ou ser preso de novo (Flávio, 25 anos, já cumpriu medida sócio-educativa quando menor de idade e, na maioridade, esteve cumprindo pena em um presídio. Internado pela 3^o vez no HP)
Flávio continua: eu queria saber porque eu volto a usar. Agora eu quero parar.

Esse jovem também relatou a morte do seu irmão mais velho, que era viciado e que lhe apresentou à “pedra”: “morreu depois de uma confusão lá que ele teve por causa de um bujão de gás, sabe?” Os relatos se sucedem:

⁵² A Zona Sul do Rio de Janeiro é tida como reduto da burguesia da cidade e engloba bairros como Copacabana, Ipanema, Leblon entre outros.

Eu usava maconha e usava cocaína injetável. Num carnaval, lá na praia onde estava, não tinha abundância de cocaína então fui na do traficante que disse que fazia o mesmo efeito. Me enganei (pausa, choro), e é uma droga que veio mesmo para matar muito mais rápido do que as outras. E (pausa, choro) o *crack* para mim é uma praga que já está alastrada (Frederico, 29 anos, CR).

2. 3. Drogas, desamparo e insegurança ontológica.

O uso de drogas na contemporaneidade, segundo alguns relatos, pode indicar uma estratégia criada pelo indivíduo para fazer frente à “insegurança ontológica” (GIDDENS, 1991, p.95), a uma “vida precária, vivida em condições de incerteza constante” (BAUMAN, 2005, p.8) e de um presente que lhe subtrai antigos valores, como enfatiza Morin (1990, p.175):

O indivíduo privado que quer consumir sua própria vida tende a valorizar o presente. Fica, além disso, cada vez mais privado do passado; este não lhe fornece mais sabedoria e norma de vida; os antigos valores, as grandes transcendências são esmagadas por um devir acelerado.

A droga, em um contexto de globalização intensa, tornou-se reguladora das dores humanas, o antídoto face à “angústia” do sujeito e diante das formas de satisfação e gozo na relação com as demandas do Outro (familiar, social, cultural). Um número expressivo dos dependentes químicos entrevistados coloca o uso de drogas como linha de fuga para um cotidiano difícil de ser vivenciado:

Comecei a usar drogas na minha adolescência, quando comecei a namorar, comecei a ter crises depressivas por conta dos namoros que terminavam e eu era uma pessoa muito sensível, apaixonada demais (José 29 anos, dependente químico em tratamento no CAPS, já interno três vezes em HP).

O elemento “más companhias” também aparece como um indutor para o uso de drogas lícitas ou ilícitas e se traduz na busca pela aceitação no grupo composto

por outros jovens, no qual espera encontrar refúgio para as angústias que as frágeis perspectivas contemporâneas lhes impõem.

Eu não tinha nada pra fazer, não conseguia trabalho, deixei a escola, via minha mãe trabalhando de doméstica, meu pai bebia e ainda “enchia o saco”, aí ficava com os meus colegas da rua e passava o dia todo fumando maconha, até começar na pedra. Um monte de colega meu se deu mal, uns até morreram, graças a Jesus eu estou aqui, agora (Roberto, 23 anos, aluno da CTR há três meses).

Birman (1991) vê o ato do indivíduo se drogar como uma fetichização do gozo⁵³, a busca do prazer absoluto que pode evitar o encontro com o desamparo e, através da ingestão de drogas, o sujeito tenta regular o mal-estar existente na sociedade atual. Para o autor, o fim das utopias que fundaram a modernidade, aliado à valorização da individualidade, criou uma nova concepção do sujeito centrado no “aqui” e no “agora”.

A amplitude do uso de substâncias psicoativas, no âmbito da sociedade, com utilidade de recreação ou no contexto do vício, e onde se inscreve também a violência originária do tráfico e da atuação policial que comprovadamente é resultado de uma política equivocada de repressão, exige a atenção imediata dos gestores públicos para o grave problema de saúde pública que se delineia na falta de assistência aos dependentes, ou na limitação de planejamentos na área de saúde e, para além disso, há uma “cobrança” da sociedade no que tange à ausência de políticas públicas eficientes que visem à prevenção e não só à reparação.

Em março de 2009, foi realizada uma conferência em Viena, organizada pela Comissão de Narcóticos das Nações Unidas, na qual se admitiu o “fracasso” das políticas de combate às drogas, mas apesar desse reconhecimento a proposta final

⁵³ A noção psicanalítica de gozo aponta para os paradoxos envolvidos na satisfação do desejo do sujeito, complexificando as relações entre a satisfação psíquica inconsciente, o prazer e o desprazer. Chemama (2002) lembra que, para além dos significados usuais de afetos, emoções e sentimentos, está em jogo a relação do sujeito com os significantes que marcam sua história, e que vão orientar as modalidades de satisfação com o mundo, que a psicanálise chama de “relação de objeto”. Utilizamos aqui essa noção de gozo, estrangeira em relação ao campo nocional das ciências sociais, por ela apontar para a satisfação paradoxal e enigmática envolvida na relação do sujeito com o objeto-droga: do que o sujeito goza, quando usa a droga? Que satisfação pode haver no uso daquilo que destrói o sujeito? Ao falar em fetichização do gozo, indica-se um estacionamento das modalidades de satisfação que o indivíduo pode encontrar nas suas relações com o mundo, com o Outro. Essa fixação decanta-se num objeto insubstituível, que “coisifica” a satisfação e que exclui quase toda referência a um outro que implique mediações simbólicas. Para a lida com essas difíceis noções da psicanálise, contei com a ajuda do meu orientador.

do encontro traçou a meta irreal de por fim ao uso de drogas até 2019. Para alguns especialistas presentes no encontro, as políticas de repressão conseguem apenas transferir os traficantes de um lugar para o outro, como no exemplo em que o uso de cocaína e heroína diminuiu no Ocidente, mas se expandiu no Leste Europeu⁵⁴.

2. 4. Drogas e modelos de explicação da dependência química

A virtude é quando se tem a dor seguida do prazer, o vício é quando se tem o prazer seguido da dor.
(Margareth Mead)

A partir da década de 1970, o consumo de drogas se disseminou em larga escala, distanciando-se do movimento de contracultura *hippie* ou de um caráter religioso e cultural, estabelecendo-se, então, o uso de drogas como recreação ou como forma de “fuga” de uma realidade não desejada. Para Birman (1999, p.22), o aumento do consumo e a introdução da droga em um mercado internacional⁵⁵ deslocou-a da “economia dos signos para o campo da economia política”. Com essa disseminação, surge uma nova problemática social, a dependência química, e, com ela, a busca de novas inserções teóricas, assim como o desafio de um entrelaçamento interdisciplinar visando ampliar a produção de um conhecimento sobre o tema, em diversos saberes.

O conceito de dependência tem uma história que remonta ao século XIX (CARNEIRO, 2002), quando o uso abusivo de substâncias psicoativas recebeu o *status* de doença. Nesse período temos o uso do álcool em larga escala⁵⁶, a morfina também muito utilizada e o ópio, que era consumido sem nenhuma proibição nas Casas de Ópio de Londres, como já vimos anteriormente. Em 1901, estudos médicos já citavam o uso do álcool e da morfina como alguns dos indutores da

⁵⁴ Ver: www.abin.gov.br/modulos/articles.

⁵⁵ Segundo estimativa das Organizações das Nações Unidas – ONU, a economia das drogas ilícitas movimentava cerca de 500 bilhões de dólares por ano. Foi noticiado no dia 17.11.2008, pelo Jornal da Band – TV Bandeirantes, que o Talibã contrabandeia para o ocidente, anualmente, cerca de 300 milhões em ópio do Afeganistão.

⁵⁶ Para Birman (1978), até meados do século XIX os médicos franceses viam o vício do álcool como elemento de “depravação dos indigentes”. Na Inglaterra, os alcoólicos eram submetidos à execução pública como instrumento de punição.

miséria causada pela doença mental. É necessário pontuar que os primeiros estudos sobre o vício tinham como pressuposto o “discurso da moralidade” (BIRMAN, 1978, p. 279).

O discurso psiquiátrico introduziu a necessidade de educar o ‘coração’, além de educar o ‘espírito. Este corte, introduzindo esta novidade pedagógica, foi criado pela psiquiatria a partir de suas preocupações de normatização dos afetos. O projeto para o novo homem era de ser perfeitamente regulado no nível de seu funcionamento irracional, além de ser um espírito bem informado.

O desenvolvimento do conceito de dependência pode ser entendido a partir dos estudos iniciais sobre algumas substâncias psicoativas que emergem em um momento de propagação do discurso científico e de “profilaxia moral” (estudo sobre o haxixe em 1845, o descobrimento da capacidade aditiva da morfina, que aconteceu na década de 70 do século XIX). Nesse mesmo contexto dá-se o isolamento químico de drogas como a morfina e a heroína, o que para Carneiro (2002) facilitou a apropriação do saber médico do uso controlado dessas substâncias. Em 1884 foi publicado um trabalho que se referia ao uso de drogas como ‘produto natural de uma organização nervosa depravada, debilitada ou defeituosa [...] indiscutivelmente uma doença, assim como a gota, a epilepsia, ou a insanidade” (BERRIDGE, 1994 apud CARNEIRO 2002, p. 04). É desse ano, também, o primeiro relato de Freud sobre as suas experiências médicas com a cocaína, intituladas por Cesarotto (1989) por fase pré-psicanalítica de Freud.

Na segunda metade do século XX, surgem os modelos, ainda contemporâneos, de enfrentamento ao vício, legitimados pela concepção de dependência química como doença. Esse modelo tem muita influência nas abordagens de tratamento, haja vista que grande parte das terapêuticas tem a medicina como suporte orientador e regulador. Segundo Figlie *et al* (2004, p.3), esse modelo de doença:

Entende a dependência química como um transtorno primário e independente de outras condições: uma herdada suscetibilidade biológica aos efeitos do álcool ou drogas. A dependência é vista como sendo similar a transtornos como hipertensão essencial, por exemplo, que tem um componente bioquímico herdado. As principais características da dependência, de acordo com esse modelo, são: perda do controle sobre o consumo de álcool e drogas; a negação; o uso continuado, a despeito de conseqüências negativas, e um padrão de recaída.

Os neurocientistas⁵⁷, com base em um relatório organizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2004), apresentam a drogadependência como um transtorno crônico, recorrente, com uma base biológica e genética. Para esses cientistas, a dependência química é um transtorno cerebral tanto quanto qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica, não sendo atribuída, portanto, à ausência de vontade ou de “força” para se libertar. Vale acrescentar que fatores ambientais e genéticos podem influir ou não no desenvolvimento da dependência, contudo, os neurocientistas concordam que a identificação dos genes envolvidos é uma tarefa difícil, já que esses cientistas acreditam em uma “interação de vários genes com fatores ambientais”, como sugere a tabela abaixo:

Tabela 1: Estudo da OMS (2004), segundo o qual os fatores apresentados indicam uma predisposição para a iniciação ao consumo de drogas, mas, segundo o estudo, muito desses fatores estão presentes no caso de dependência.

Consumo de substâncias psicoativas: fatores de risco e de proteção	
Fatores de risco	Fatores de proteção
Ambientais	Ambientais
● disponibilidade de drogas	● situação econômica
● pobreza	● controle de situações
● mudanças sociais	● apoio social
● cultura do círculo de amigos	● integração social
● profissão	● acontecimentos positivos da vida
● normas e atitudes culturais	
● políticas sobre drogas, tabaco e álcool	
Individuais	Individuais
● pré-disposição genética	● capacidade de resolução de dificuldades
● vítima de maus tratos quando criança	● eficácia
● problemas de ruptura familiar e dependência	● percepção dos riscos
● fracos resultados escolares	● otimismo
● exclusão social	● comportamento favorecendo a saúde
● depressão e comportamento suicida	● capacidade de resistência à pressão social
	● comportamento geral saudável.

⁵⁷ As Neurociências englobam o estudo de todas as funções do sistema nervoso, especialmente as do cérebro onde as substâncias psicoativas têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos (OMS, 2004)

As informações advindas da tabela acima colocam em discussão alguns dos fatores que, segundo a OMS, podem favorecer o início do uso de substâncias psicoativas e fatores que podem “proteger” o indivíduo de um contato inicial com a droga. Levando em conta fatores classificados como individuais e ambientais, a OMS os introduz sem justificar, por exemplo, o que seria “capacidade de resolução de dificuldades” em um ambiente social contemporâneo notadamente marcado por impasses que podem limitar o indivíduo diante de questões cotidianas. A posição econômica e social, que aparece como um fator ambiental de proteção ou de risco, de acordo com a pesquisa e pontuado pelas entrevistas, deixa de ser indício para a aproximação com a droga. Os adictos entrevistados em meu trabalho são de diferentes estratos sócio-econômicos e, segundo suas declarações, é possível perceber em suas trajetórias com as drogas diversos pontos convergentes e similares.

Figlie et all (2004) aponta alguns modelos existentes que buscam explicar a dependência química dentro de um contexto científico:

- **O modelo da doença** – tem sido o mais utilizado, já que está legitimado pelo saber médico/psiquiátrico e também se incorporou a outras abordagens terapêuticas, incluindo os grupos de ajuda mútua. Nesse modelo:

“[...] a dependência é vista como sendo similar a transtornos como a hipertensão essencial, por exemplo, que tem um componente bioquímico herdado. As principais características da dependência, de acordo com esse modelo, são: a perda de controle sobre o consumo de álcool e drogas; a negação; o uso continuado, a despeito de conseqüências negativas, e um padrão de recaída” (FIGLIE et al, 2004, p. 3).

A medicina também faz a diferenciação entre dependência física (metabólica) e dependência psicológica:

Nós temos duas fases da dependência química: uma que não é ainda uma dependência química, é uma dependência mais psicológica. Tem muitas pessoas que usam álcool, outras, drogas e cigarro e todas essas drogas que lhe falei mais como uma necessidade psicológica de se sentir preenchidos ou tranquilos. Mas a medida que esse uso vai se continuando e vai se intensificando e vai se tornando mais frequente, além da dependência psicológica passa-se a se desenvolver uma dependência química, metabólica que o organismo passa a necessitar daquela substância (médico psiquiatra, proprietário do HP).

O reconhecimento da toxicomania como uma doença crônica e recorrente não modificou o “lugar social” do toxicômano, este continua inserido em condições estigmatizantes que perpassam também sua família. Os rótulos de viciado e drogado com desvios de conduta moral acompanham sua trajetória social. Como diz Foucault (2006), o poder disciplinar sempre pode pôr de lado certo número de indivíduos e, ainda, segundo Becker (1977, p. 81), “o tratamento como desviantes nega a estes os meios comuns de prosseguir nas rotinas da vida cotidiana abertas à maioria das pessoas”. Essa realidade discriminatória influencia sobremaneira na construção de uma “identidade social real” (GOFFMAN, 2008, p. 12) do jovem viciado e é por ele percebida.

[...] só dá desgosto à família, a pessoa fica, assim, sendo desconfiada, os parentes fica desconfiando da gente. Vamo supor, a pessoa tem um celular, aí a pessoa esconde, ai a pessoa esquece que tá naquele canto, aí procura, procura, fica culpando essa pessoa que é usuário de droga, pensando que a pessoa roubou pra vender pra fumar (Flávio, HP)

Para a medicina, a dependência é uma síndrome por comportar um “agrupamento de sinais e sintomas” que variam de caso a caso, mas que indicam certa regularidade e coerência que podem permitir o diagnóstico clínico e a diferenciação entre síndrome e não síndrome. Esses sinais e sintomas estão classificados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos – DSM e na Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID, organizados pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Alguns modelos são, segundo Figlie *et. al.* (2004), orientadores na perspectiva de buscas explicativas para o fenômeno.

- **Modelo de Comportamento Aprendido** – os teóricos que abordam esse modelo colocam que os comportamentos são apreendidos ou condicionados. Dessa forma, “os problemas comportamentais podem ser modificados pelos mesmos processos de aprendizagem que os criaram” (FIGLIE *et al.*, 2004, p.3). É desse modelo que emergem “escolas de pensamento” que procuram explicar o uso de drogas a partir do *condicionamento*, da *modelagem* e pela

influencia dos processos de pensamento nas emoções e nos comportamentos (modelo cognitivo-comportamental).

- **Modelo psicanalítico** – A psicanálise entende o uso de drogas como uma forma do “indivíduo se adaptar a seus déficits de auto-regulação” (FIGLIE *et al.*, 2004, p.4). Esses déficits poderiam levar o indivíduo ao abuso de substâncias psicoativas e é um contraponto à teoria na qual o abuso de drogas poderia ser explicado visando apenas aos aspectos biológicos do indivíduo. No interior dessa teoria psicanalítica, podemos vislumbrar a questão do mal-estar da contemporaneidade, já discutido anteriormente, do alívio do sofrimento angustiante do viver, além do ciclo de busca e de uso que se instala com a toxicomania, o que geraria para o indivíduo o “prazer negativo”. Autores como Almeida (2008), Birman⁵⁸ (1999, 2006), Freud (1980) e Sissa (1999) debatem essa teoria com muita propriedade.

Defino a toxicomania como uma prática que faz funcionar realmente o poder de um desejo que se tornou insaciável e cada vez mais devorador, até um ponto em que a satisfação nunca definitiva – chave de um prazer plural, móvel e renovável – se transforma nesse caso em tolerância e dependência: fixação sobre produtos dos quais não se pode mais prescindir, para não sofrer muito. A toxicomania, em suma, realiza uma teoria do desejo. Uma teoria que faria da necessidade não o gênio mau das vidas alegres, mas um monstro intratável; não a força inestimável que dá ritmo à felicidade, mas um buraco negro no qual não se distingue o prazer do pior castigo. Incontestavelmente, a droga nos mostra a manifestação exemplar da força de um desejo, manifestação tão extrema, porém, que a necessidade não tem mais nada a ver com uma vitalidade feliz, ao contrário, torna-se um estado físico e psíquico atroz. Pouco a pouco, o desejo não acha mais na droga um princípio motor, mas uma exacerbação tão despótica que esse mesmo desejo a ela se agarra sem poder mais se mover no sentido de alguma outra coisa. A dose seguinte, em vez de trazer uma volúpia, evita queda no sofrimento. É sob essa forma que daí em diante surge a necessidade: uma dor insuportável e, entretanto irresistível. É assim que o prazer se transforma: cessação desse castigo, não-dor, prazer negativo (SISSA, 1999, p.8).

Entre os sintomas psíquicos talvez a drogadição seja aquele que maior deleite proporciona. Pois, além da satisfação simbólica, oferece também um prazer químico. Trata-se da dor versus prazer, as duas fontes poderosas de motivação. Enquanto o dependente sentir que a balança está pendendo para o prazer proporcionado pela droga, ele vai ficar com ela. Negará os aspectos doentios de sua dependência e desprezará a necessidade de tratamento. O início, a continuidade e o resultado do

⁵⁸ Para Birman (2006), o “excesso” é o princípio do mal-estar contemporâneo.

tratamento dependem dessa relação de forças no dependente (ALMEIDA, 2008, p. 126-127).

- **Modelo biopsicossocial** - Este modelo procura agregar vários fatores para explicar o desencadeamento do abuso de substâncias psicoativas, não aceitando a teoria do componente biológico herdado como único indutor da dependência, “fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais⁵⁹ desempenham um importante papel na causa, curso e resultado do transtorno” (FIGLIE et al, 2004, p.5)

O sociólogo Anthony Giddens (1993) aborda “o vício” como uma ação que se expressa no comportamento compulsivo, o que significa a perda de controle sobre as ações. Nesse sentido, o indivíduo compulsivo realiza ações que, segundo o autor, são “ações rituais” e que provocam um estado de transe: não realizá-las desencadeia estado de ansiedade. Giddens cita como exemplo de compulsão o “indivíduo que tem que lavar-se quarenta ou cinqüenta vezes para sentir-se limpo” (p. 84).

Já o vício é visto pelo o autor como rituais que atingem vários segmentos da vida de um indivíduo e “pode ser definido como um hábito padronizado, compulsivamente engajado, cuja retirada gera uma ansiedade incontrolável” (pg. 84). No âmbito dessa análise, Giddens apresenta o que, segundo ele, são sete características específicas do vício.

- O êxtase – sensação momentânea de libertação que gera sensação de relaxamento. Após o estabelecimento do padrão (rotina), a sensação de libertação predomina sobre quaisquer outras sensações inerentes ao processo vicioso.
- Dependência – a necessidade de atingir o êxtase. “A dependência abrande a necessidade e introduz o indivíduo na fase narcotizante do vício” (p. 85).

⁵⁹ A religião tem se inserido, de forma contundente, no enfrentamento às toxicomanias. A espiritualidade “manipulada” em diversos cultos religiosos já surge como componente importante na busca pela abstinência de drogas e é tema de pesquisas científicas. A SENAD, juntamente com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI, lançou um projeto em fevereiro de 2009 intitulado *Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins – Fé na Prevenção*, como veremos mais à frente.

Segundo o autor, a dependência, em algum momento, será sucedida pela depressão e pelo vazio, desencadeando o recomeço do ciclo.

- O êxtase e a dependência utilizados como forma de “sair do ar”. O indivíduo despreza suas atividades normais e, concomitantemente, pode surgir também desprezo pelo “padrão do vício”, o que gera angústia pelo não controle desse vício, mesmo quando se sente instigado a fazê-lo.
- “A experiência do vício é um afastamento do eu, um abandono temporário daquela preocupação reflexiva com a proteção da auto-identidade genérica à maior parte das situações da vida cotidiana” (GIDDENS, 1993, p.85). Para os viciados, a sensação de êxtase é correlata à sensação de libertação da ansiedade.
- O sentimento de “afastamento do eu” ocasiona, no momento seguinte, “sentimentos de vergonha e de remorso”. A dependência é um processo progressivo, e um comportamento viciado está sujeito à experiência de sentimentos de pânico e autodestruição em substituição ao sentimento de bem-estar.
- Para Giddens, o indivíduo luta para livrar-se do vício, mas pode sucumbir a outro e “fica enterrado em um novo padrão de comportamento compulsivo”.

A questão da substituição, a qual Giddens intitula de “tendência intercambiável dos vícios”, que assinala a incapacidade de enfrentamento à ansiedade pode ser verificada no interior da clínica de recuperação objeto da minha pesquisa, onde o uso da nicotina não é coibido e a grande maioria dos internos fuma compulsivamente. Identifica-se também a substituição da droga de “preferência”, anteriormente utilizada, pelo uso de psicotrópicos tanto nas clínicas de recuperação como nos tratamentos em ambulatório.

Estou há mais de vinte dias sem usar droga. Eu estou conseguindo devido à medicação, sabe? A medicação tem me ajudado muito, muito, muito, muito. Porque na crise de abstinência, você fica sem tomar droga, você fica sem vontade de sair, fica sem vontade de comer, de tomar banho, sem vontade de ver as pessoas. E a medicação ajuda. Nos três primeiros dias a gente não sente tanto o efeito dela, no quarto ou quinto a gente já tá sentindo o efeito dela. É um efeito parecido com o efeito da droga, mas não é igual (José, adicto em tratamento em um CAPS AD).

Na instituição religiosa pesquisada, os alunos buscam atingir o êxtase através das orações, dos louvores e dos hinos religiosos e eles sentem-se “flutuando” quando estão “aos pés do senhor”. Segundo o pastor que dirige a casa:

[...] a fé em Jesus e a sua adoração pode nos levar por caminhos mais maravilhosos do que a droga, eu fico “viajando” quando estou louvando a Deus porque ele é a minha droga agora.

- “Todos os vícios são patologias de autodisciplina, mas tais desvios podem seguir em duas direções – para a liberação ou para a contenção” (GIDDENS, 1993, p. 86).

Como podemos perceber, as diferentes teorias que emergem das múltiplas correntes científicas apontam para a não existência de um macromodelo teórico claro que explique porque algumas pessoas, sob estímulo de alguma substância que causa prazer, deixam ou permitem que isso invada a sua vida de tal forma que elas percam o sentido de proporção e essa substância se torne sua principal razão de viver. Verifica-se que alguns dos modelos teóricos existentes (médico, psicanalítico e sociológico) possibilitam o vislumbre de alguns aspectos, mas de uma forma muito fragmentada, tornando-se grande desafio integrar de forma mais ampla essas vertentes de possibilidades dentro de um modelo que possibilite o melhor entendimento do mecanismo de dominação da droga.

Mesmo diante de vários caminhos, de várias correntes científicas e até religiosas, penso ser necessário buscar uma via de reflexão da problemática que perpassa todas essas correntes (social, médica, psicanalítica e espiritual) de estudo da dependência e das motivações para o uso de drogas, já que a angústia face a questões atuais, a fragilidade e o sofrimento psíquico do indivíduo contemporâneo estão presentes em grande parte das vertentes que buscam explicar as toxicomanias:

Através dos meios culturais quer o saiba quer não, todo consumidor de droga dá uma resposta prática à questão humana do bem-estar. Por isso deve ser compreendido. Compreendido como alguém que executa um ato malcalculado, mas tão tentador para todos os que estão no mundo: anular as inquietações, negociar com o incompleto, a dificuldade, o sofrimento (SISSA, 1999, p. 12).

Nesse circuito do vício também merecem destaque as drogas “legais”, usadas com o propósito da medicamentação do social. Enquanto se combate ostensivamente as drogas ilegais, há o estímulo ao uso de medicamentos, prescritos por médicos, sob os mais diferenciados propósitos: corpos saudáveis, regulação do estado de espírito, daí resultando corpos serenos e mansos. A medicina é imbuída de autoridade científica e é a detentora da “partilha moral” entre substância lícita e ilícita e, como diz Vargas (1998), a sociedade em geral empresta-lhes os critérios para tal partilha ⁶⁰.

⁶⁰ No dia 02.08.2009, o canal de televisão TV Record, no programa *Domingo Espetacular*, apresentou uma matéria jornalística que tratava da dependência de “remédios para dor”, derivados do ópio (opióides), nos Estados Unidos, que, no ano de 2008, ocasionou a morte de 1900 pessoas por overdose, somente no Estado da Flórida. Segundo a reportagem, no Estados Unidos esses remédios matam mais que a heroína e que o *crack*.

CAPÍTULO 3 - TRATAMENTOS E CURA DA DEPENDÊNCIA: TECNOLOGIAS DO BIOPODER

Falar de tratamento de uma doença, segundo a orientação do saber médico, pressupõe ter a cura como uma meta a ser alcançada. No caso da dependência química, essa cura caracterizar-se-ia pela abstinência total e definitiva da droga ou das drogas utilizadas pelo indivíduo dependente, mas como a dependência é reconhecida pela própria medicina como uma doença incurável, o que é proposto são intervenções que possibilitem uma recuperação parcial, tanto quanto um controle sobre o processo, já que também é reconhecida como uma doença progressiva que motiva o indivíduo ao aumento do consumo, centrando sua vida em função do uso da droga.

Os dados estatísticos sobre “recuperação”, informados por alguns profissionais médicos que atuam na área, apresentam números que indicam uma média de 10% a 30% de abstinência por um período prolongado. Por sua vez, a OMS estipula esse índice em 30%. Para o diretor da Comunidade Terapêutica Religiosa, uma das três “instituições totais” objetos do meu estudo, esse índice de “cura” é ainda menor: “de 100 viciados apenas três ou quatro podem se recuperar, a maioria abandona a instituição e volta para o mundo”, segundo depoimento fornecido.

Até pouco tempo, a farmacologia e a psiquiatria eram as disciplinas que tinham a “hegemonia teórica” no universo dos estudos sobre drogas e drogadependência, mas o interesse de outras disciplinas pela temática foi surgindo e ampliando o campo analítico⁶¹: as neurociências, a psicanálise, a antropologia social - que redirecionou suas investigações dos rituais com substâncias psicoativas para o

⁶¹ Ao eleger o conceito de campo para abrigar a multiplicidade de discursos sobre as toxicomanias tomo como referência a definição de Pierre Bourdieu, para o qual: “O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores) é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado” (1983, p.122-123).

campo dos “desvios” nas sociedades urbanas - e também as pesquisas nos campos da sociologia (MOTA, 2008), que pensam as representações sociais da dependência química e a ciência política que discute o tráfico como um desafio para o Estado (ZALUAR, 2004).

A forma prazerosa ou o mecanismo de fuga associados ao uso de drogas colocou em questão a “normatização” da sociedade e dos seus métodos de controle, o que impulsionou o surgimento de diferentes estâncias de regulação social amparadas em saberes diferenciados, definidas por Michel Foucault (1996) como “tecnologias de controle do corpo e da alma”. O que era cultura, religiosidade ou “protesto”, virou doença e, portanto, algo passível de ser tratado.

A segunda metade do século XX e o início do XXI apontam o Estado exercendo uma nova modalidade de controle do social a partir do saber psiquiátrico, via medicamentação massiva do espaço social com psicotrópicos como os benzodiazepínicos e antidepressivos, como o já famoso Prozac, entre outros, transformando em doença o que é da esfera do sofrimento humano (solidão, medo, tristeza, perda etc) e fazendo emergir um contingente de indivíduos dependentes dessas substâncias que o Estado tem que prover com receitas e medicamentos. “Tudo que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora” (FOUCAULT, 2002, p.203), e, portanto, também pode ser medicamentado, dentro de uma estratégia de controle do social.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2007, p.80).

A medicina, que é um dos “saberes” estratégicos centrais da análise foucaultiana do biopoder, surge, então, como agente normatizador da população, atravessando seus corpos através da medicalização, da disciplina e da regulação das subjetividades. Foi baseada nos três principais elementos do poder disciplinar, aos quais já nos referimos anteriormente (vigilância hierárquica, sanção normalizadora e o exame), que a biopolítica e a gestão do “corpo social” se desenvolveram nos dois últimos séculos. Para Foucault (1997, p. 89):

[...] a biopolítica é a maneira pelo qual se tentou desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos, constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças... Sabe-se o lugar crescente que esses problemas ocuparam, desde o século XIX, e as questões políticas e econômicas em que eles se constituíram até os dias de hoje.

Birman (2006, p. 257), em consonância com o pensamento de Foucault, afirma que o que está em jogo na biopolítica é a pretensão da normalização das individualidades, “já que o que está sempre em pauta na biopolítica é o manejo insistente e infinitivo das fontes de vida para a produção da riqueza material e para a regulação dos laços sociais” e também regulação sanitária do espaço social. Daí, pretendemos entender as diversas modalidades de terapêutica da dependência química no âmbito de um grande impulso de normatização do social, no qual o saber médico figura como elemento estratégico de funcionamento desse saber/poder normatizador, voltado para a individualidade.

De fato, o interesse da medicina em gerir a saúde da população como uma instância normativa é muito bem trabalhado por Foucault no texto *O Nascimento da Medicina Social*, em sua obra *Microfísica do Poder* (2007), na qual o autor afirma que, do final do século XVI ao começo do século XVII, todas as nações do mundo europeu se preocuparam com essa saúde em meio ao “clima político, econômico e científico” característicos do mercantilismo.

No século XVII, período da “grande internação”, quando na França recolhiam-se às santas casas de misericórdia e em hospitais gerais os leprosos, ladrões, vagabundos e loucos, enfim todos aqueles que podiam significar uma ameaça para a população como um todo, as autoridades não vislumbravam, ainda, uma correção e sim a exclusão, a ordem social e a limpeza das ruas.

No século XVIII, há o surgimento da “polícia médica”, que foi posta em prática na Alemanha; da medicina urbana, que emergiu na França; e da medicina de controle da mão de obra, do “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 2007, p. 97), que se originou na Inglaterra.

Foi no século XIX que surgiu “um lugar social” para a loucura e foi também o momento em que esta se inseriu no discurso científico se transformando em objeto de conhecimento: doença mental. “Tal passagem tem - segundo Amarante (1995, p. 24) - no dispositivo de medicalização e terapeutização, a marca histórica de

constituição da prática médica psiquiátrica”. A reflexão de Amarante defende que a psiquiatria, deixando de ser assistencial para ser preventiva, introduz no espaço social um projeto que é “eminentemente social” e que traz consequências políticas e ideológicas. Esse viés analítico sobre a psiquiatria encontra eco em Szasz (1977), para o qual a referida especialidade médica é “uma empresa essencialmente moral e política” a serviço dos valores do grupo o qual representa e que estabelece a doença mental a partir do desvio de comportamentos padrões. Para o psiquiatra húngaro, “a doença mental é um mito cuja função é disfarçar, e assim tornar mais aceitável a amarga pílula dos conflitos morais nas relações humanas” (p.30).

É com a institucionalização da psiquiatria no século XIX que Pinel⁶² introduz no espaço asilar a “operação terapêutica” com conteúdo moral visando a “organização” da vida do internado. A reclusão tem o propósito de apagar as perturbações que surgem com a desorganização do social⁶³.

A idéia pineliana de tratamento moral encontrada no *Traité*⁶⁴, como indica Pessotti (1993), se remete ao século XII e tem como origem mais comum das doenças mentais, as paixões⁶⁵ “excessivas” e “exarcebadas”, fato que requer uma intervenção moral visando o ajustamento dessas paixões.

A terapêutica ‘moral’ que Pinel institui pretende uma autêntica reforma dos costumes do paciente. Uma tarefa difícil, cuja execução, em última análise, por um sistema de valores morais, adotados pelo terapeuta e/ou pela organização da instituição asilar. Enquanto reeducativo, o programa terapêutico é de algum modo, moralizante ou moralista (PESSOTTI, 1996, p.99).

⁶² Philippe Pinel foi nomeado médico do hospício de Bicêtre - Paris em 1793. Cabe a Pinel a iniciativa de libertar os loucos acorrentados que estavam naquela instituição (FOUCAULT, 2006). Pinel torna-se o símbolo da ‘boa loucura’, “aquela que, libertando os mais violentos, doma suas paixões e os introduz no mundo calmo das virtudes tradicionais” (FOUCAULT, 2007, pg.475).

⁶³ Sociologicamente, a análise do século XIX trazida por Durkheim a partir do “caos social” presente nas metrópoles urbanas daquele período aponta para sintomas de “desagregação moral” nos quais a ciência positiva procura embasar seus argumentos favoráveis ao discurso da moralidade: criminalidade, prostituição e alcoolismo já recebiam status de “degeneração social”, o que significava um “corpo social” vitimado por patologias e, por isso, merecedor de uma intervenção nos elementos motivadores dessas patologias ditas sociais.

⁶⁴ *Traité Médico-philosophique sur l'Aliénation Mentale*, de 1809.

⁶⁵ Pessotti, retomando Pinel (1809), esclarece que o termo “paixões” tem inúmeros significados: vícios, sofrimentos, desavenças conjugais, desgraças várias e acontecimentos cruéis’.

O termo moral fica subtendido como psíquico, que não está na esfera do distúrbio físico, e está em oposição ao imoral. Pessotti (1996, p.126) afirma que, segundo o *Traité*, Pinel entende o imoral como:

Um comportamento resultante de conhecimento errado sobre o que a sociedade aprova ou condena será um comportamento desajustado à norma do grupo. Pois, quando essa norma define o que é moral, o comportamento desviante não é só errado: é também imoral. E, na medida em que a moralidade é autocontrole, prudência, contenção de excessos, o comportamento desviante (produto de idéias erradas nascidas de experiências inconvenientes com a realidade social) é quase sempre o excesso, a desmedida, o descontrole das ações. A busca descontrolada pelo prazer por exemplo. O tratamento deve conduzir o alienado ao pleno controle de seus apetites, à moralidade.

Para o dependente químico, o controle médico sobre seu corpo e sobre sua alma pode permanecer por alguns anos mesmo depois de deixar o espaço terapêutico. É por meio da medicação (controle do corpo) e da terapia (controle da alma), que funcionam como gestão das subjetividades, que muitos adictos vivenciam suas experiências existenciais. Pode-se perceber que, nesse caso, o poder exercido pela psiquiatria está para além do espaço terapêutico e encontra-se inserido no meio social perpassando várias esferas da vida do indivíduo.

Eu tô tomando Resferidon, que é um antipsicótico; Verontina, que é um antidepressivo; e eu tô tomando Rivotril, que é um remédio para fobia social [...] Fui para o médico e tal, eu quero um remédio que me motive a ir trabalhar, alguma coisa que me dê alegria, tipo aquela música do Cazuza, sabe? (Fernando, 27 anos. Há sete anos toma medicação passada pelo psiquiatra dono da clínica onde esteve internado três vezes).

(Clínicas, Centros de Atenção Psicossocial, NA), exceção feita à proposta da redução de danos – RD⁶⁶, que nega a “tarefa irreal de prevenir quaisquer usos” (ACSELRAD, 2005) e propõe a “construção de fatores da proteção da qualidade de vida”, resguardando a autonomia do indivíduo.

As discussões sobre qual método é mais eficiente no tratamento da toxicomania é motivo para constantes embates entre especialistas da área: a grande maioria dos profissionais acredita que é o método de confinamento nas clínicas de

⁶⁶ Mais à frente farei uma abordagem mais sistemática sobre a RD.

recuperação, nos hospitais psiquiátricos ou nas comunidades terapêuticas. Esse confinamento pode ser feito de três formas diferentes: voluntária, involuntária⁶⁷ e compulsória⁶⁸. As duas últimas formas já estavam presentes do século XVII ao século XIX quando a prerrogativa de internação do “louco” pertencia à família ou ao Estado.

[...] A única diferença é que, do século XVII ao século XIX, o direito de exigir a internação de um louco pertencia à família. Era, a princípio, a família que excluía os loucos. Ora, a partir do século XIX essa prerrogativa familiar se perdeu progressivamente e foi concedida aos médicos. Para internar um louco, exigia-se um atestado médico e, uma vez internado, o louco via-se privado de toda responsabilidade e de todo direito como membro da família, ele perdia inclusive sua cidadania, ele era fulminado pela interdição. Poder-se-ia dizer que o direito prevaleceu sob a medicina para dotar os loucos de um *status* marginal (FOUCAULT, 2006, p. 262).

A política oficial do Governo brasileiro, no que tange ao enfrentamento das toxicomanias, está pautada na Atenção Psicossocial (intervenções ambulatoriais) e na Redução de Danos. Durante os últimos anos, essa política posta em prática tem sido essencialmente marcada por um discurso ideológico do qual não pretendo discutir a validade ou a eficiência, mas apontar para uma leve mudança nos seus rumos: a prefeitura de Rio de Janeiro inaugurou, em 2009, três instituições para menores de idade viciados em drogas, inclusive com internações compulsórias.

Em Fortaleza, membros do poder legislativo, mesmo aliados do governo federal, já discutem em audiências públicas a “urgência” de criação de centros públicos para tratamento de drogadependentes. Essas discussões algumas vezes se mostram como um momento de visibilidade política sem nenhum direcionamento mais “prático”, mas de alguma forma o debate está acontecendo e a questão dos viciados em drogas já encontra eco na sociedade de uma forma mais ampla.

⁶⁷ A internação involuntária é praticada pela família em um momento de crise do dependente. Em Fortaleza, só os hospitais de psiquiatria aceitam praticar essa modalidade de internação. O período de permanência no hospital vai depender da avaliação médica e da resposta do dependente químico à terapêutica. Ao proceder à internação, o hospital tem 72 horas para comunicá-la ao Ministério Público. Szasz (1977) considera a internação involuntária o confinamento de um “homem insano” por seus semelhantes - homens “sãos” - e um crime contra a humanidade.

⁶⁸ Essa modalidade de internação é feita com ordem judicial ao atender um pedido da família ou em caso de conflito com a lei por parte do dependente. O tempo de internação deixa de ser competência médica e passa a ser de competência jurídica. Mesmo após a alta médica, o paciente deve esperar o pronunciamento do juiz sobre a sua saída do Hospital Psiquiátrico.

3.1. Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

No Brasil, a luta Antimanicomial⁶⁹, que resultou na reforma psiquiátrica, trouxe novos olhares para a questão da fragilidade psíquica e teve como consequência o surgimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa nova abordagem para lidar com a saúde mental fez emergir uma corrente de especialistas em dependência química, médicos e psicólogos, que têm procurado trabalhar a abstinência do toxicômano em seu ambiente familiar e social, descartando a compreensão inicial da disciplina psiquiátrica de que “o meio familiar é absolutamente incompatível com a gestão de qualquer ação terapêutica” (FOUCAULT, 2006, p.122).

Os CAPS surgiram como resultado de mobilização social contra uma assistência psiquiatria *hospitalocêntrica*, que desde o início do século XX, com o surgimento das colônias agrícolas, mostrou-se *punitiva e segregadora*, além de um veículo de regulação moral. De acordo com Ana Emília Cardoso⁷⁰, em 1934 foi assinado o Decreto 24.559, que objetivava a purificação da raça brasileira, sendo a doença mental considerada uma degenerescência moral de certas raças, sobretudo da negra, gerando uma política de *tratamento* e de *correção moral* por meio da exclusão social dos *portadores de genes malignos*.

Ainda segundo Cardoso, a prática psiquiátrica brasileira, nas décadas de 20 e 30, estava impregnada pelo discurso eugênico⁷¹ através da Liga Brasileira de Higiene Mental-LBHM⁷². Os psiquiatras da época acreditavam que a degradação da

⁶⁹ Movimento iniciado pelos trabalhadores em saúde mental - MTSM, na década de 80 do século XX, que trouxe para a sociedade civil brasileira o “real significado” das nossas instituições psiquiátricas. Respaldados em documentos, esses trabalhadores deram visibilidade ao cotidiano de violência e segregação ao qual eram submetidos os internos desses hospitais. O livro autobiográfico de Austraújo Carrano, *O canto dos malditos*, que originou o filme *Bicho de sete cabeças* é um relato contundente dessa realidade.

⁷⁰ Disponível em: <www.pesquisando.eean.ufrj.br>. Acesso em: 10 jan 2008.

⁷¹ A palavra *eugenia* é originária do grego *eugens*, que significa “bem nascido” e, segundo Mota (2008, p. 33), foi cunhada pelo cientista britânico Francis Galton, em 1883, “para representar as possíveis aplicações sociais do conhecimento da hereditariedade na obtenção de uma desejada ‘melhor reprodução’ e conseqüente ‘melhoramento’ da espécie humana”.

⁷² A Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada em 1923, no Rio de Janeiro, por iniciativa do Dr. Gustavo Riedel. Desde a fundação até o fechamento desta liga, no início dos anos 50, o trinômio eugenia-higiene-prevenção sempre ocupou lugar de destaque nos seus programas de ação.

moral brasileira era ocasionada pelos “vícios”, “ociosidade” e pela miscigenação racial do povo⁷³.

Com o “poder psiquiátrico” transformado em especialidade médica - e esse poder sendo exercido, exclusivamente, no interior de “instituições totais” - tem-se uma longa história de fabricação de “corpos sujeitados” que, na década de 1950, é corroborada pelo advento do eletrochoque e dos psicofármacos. Portanto, é nos espaços reservados aos “loucos”, “as instituições totais”, que, como afirma Goffman (2001), são “estufas para mudar pessoas”, que se propõem organizar e “disciplinar” a “marginália” (FOUCAULT, 2006).

A política para os “loucos”, no Brasil, tem como marco inicial de institucionalidade a criação, no Rio de Janeiro, em 1841, do Hospício Pedro II. Isso significa a possibilidade de inserir, como doente mental, uma população que começa a se perceber como desviante para os padrões da medicina social que surgiu no país: o espaço tornou-se o local de concentração dos doentes mentais. Costa (1989) afirma que o hospício, após a sua fundação, permaneceu sob direção dos religiosos da Santa Casa de Misericórdia até 1881, quando, só então, um médico assumiu a direção da instituição⁷⁴. Sendo assim, é só no final do século XIX que o tratamento dirigido aos loucos no Brasil assume um caráter terapêutico.

Para Michel Foucault (2006), o “mundo asilar” oferece a cura da loucura por meio de um processo que é a combinação de quatro elementos: isolamento, medicações (psicofármacos), restrições próprias de “instituições asilares” (regulamento e disciplina), e, também, uma medicação que o autor chama de “psicofísica”, que é ao mesmo tempo punitiva e terapêutica. Diante dessa postura, a conduta recomendava a utilização de eletrochoques⁷⁵ e de celas “solitárias” que até os anos 1970 ainda estavam presentes nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

⁷³ Costa (1989) afirma que a questão do cuidado eugênico da raça brasileira foi discutida inicialmente pelos intelectuais e só em seguida pelos médicos. As ideias de eugenia foram trazidas dos meios intelectuais europeus, no início do século XX, e discutidas no Brasil, inicialmente, por historiadores, sociólogos, antropólogos e literatos. Nina Rodrigues médico e antropólogo, foi um dos seus principais expoentes e dedicou-se a trabalhos investigativos voltados para as populações pobres e mestiças brasileiras. Além das questões da miscigenação racial brasileira, o clima tropical também fazia parte do discurso eugênico como o responsável pelo subdesenvolvimento do país.

⁷⁴ Segundo Costa (1989) o médico Nuno de Andrade assumiu a direção do Hospício após a criação da cadeira de ‘Doenças Nervosas e Mentais’. Ainda de acordo com o autor no Brasil a psiquiatria torna-se especialidade médica em 1912.

⁷⁵ O eletrochoque ou convulsoterapia ainda é utilizado em hospitais particulares e tem seu uso amplamente defendido por uma parcela acentuada de médicos-psiquiatras, principalmente no trato das depressões. Essa terapia não é empregada em hospitais conveniados com o SUS.

Durante décadas o interior das instituições psiquiátricas foi permeado pelo “horror” que motivou denúncias, inclusive de funcionários de algumas dessas instituições, pelas várias práticas desumanas ali estabelecidas. Psiquiatras, como Juliano Moreira, atacaram as instituições por vários aspectos, entre eles os processos não médicos de internação em uma prática que Michel Foucault intitula de “percepção social da loucura”. Nessa prática encontra-se a internação por decisão da família, quando algum dos seus membros insurge-se contra valores ou normas estabelecidas pela sociedade, método que, como já abordei, ainda é utilizado na atualidade. Os hospitais psiquiátricos recebem, cotidianamente, dependentes químicos internados involuntariamente por decisão de seus familiares e/ou por decisão judicial.

O momento da luta pela redemocratização do Brasil ocasionou maior participação dos movimentos sociais e, com uma sociedade civil mais articulada, trabalhadores dos hospitais de psiquiatria deram visibilidade, respaldados em documentos oficiais, ao cotidiano de violência, segregação e isolamento ao qual eram submetidos os internos desses hospitais. Inicia-se, nesse momento, um processo de luta a favor da extinção dos manicômios que vai resultar na Reforma Psiquiátrica no Brasil e que ficará conhecido como Movimento Antimanicomial. Nesse período, a sociedade civil reivindicou direitos e implementou lutas em várias “frentes”: direitos da mulher, direitos da criança e do adolescente, direitos dos loucos, emergindo, também, o debate sobre AIDS e drogas.

De acordo com Ana Emília Cardoso, o MTSM⁷⁶ trouxe para a sociedade civil brasileira o “real significado” das instituições psiquiátricas a partir de encontros, conferências e fóruns, e, com esteio em discussões sistemáticas com familiares, técnicos e pacientes, buscando aliança e apoio para a luta que se iniciava. Em 1987, realizou-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP. No campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 2001, o Projeto Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-Minas Gerais), que dispõe sobre “a extinção progressiva dos Manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento em hospitais-

⁷⁶ O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental sempre reivindicou ser um espaço de luta sem caráter institucional. A sua proposição é o debate das propostas de transformação da assistência psiquiátrica brasileira. Para Amarante (1995), a não institucionalização tem como propósito uma resistência à institucionalização. O movimento é plural e aglutina profissionais de várias categorias, simpaticizantes e profissionais da área de saúde.

dia, núcleos e centros de atenção psicossocial (NAPS e CAPS) e torna obrigatória a comunicação oficial de internações contra a vontade do paciente”.

É fácil constatar que a extinção dos hospitais psiquiátricos não se concretizou, mas podemos vislumbrar a popularização da idéia de uma sociedade sem manicômios e, no caso específico, amplia-se a postura afirmativa de que o drogadependente não deve ser inserido neste contexto *terrorífico*.

[...] falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção da cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais (AMARANTE, 2007, p 71).

3. 1. 1. A organização dos CAPS

Segundo Amarante (2007), a expressão “atenção psicossocial” surgiu em Londres, no contexto histórico do pós-guerra, quando muitos soldados sofreram “danos psicológicos, sociais e físicos”, tornando-se mais conhecida e mais sistematizada quando terapias que envolviam pacientes, médicos e familiares começaram a ser utilizadas com o “objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência” que, em muitos casos, faziam parte do cotidiano dos pacientes.

No Brasil, a criação dos CAPS trouxe novos delineamentos para o tratamento da saúde mental. Como já abordado anteriormente, a criação dos CAPS surgiu em meio a um processo de redemocratização do País, com base no princípio de *desinstitucionalização* ligada à ideia de *desospitalização* e de *transformação cultural*. A atenção psicossocial envolve:

[...] uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (AMARANTE, 2007, p. 82).

De acordo com a portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS foram “definidos por ordem crescente de porte/complexidade populacional”. Os CAPS devem funcionar, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta-feira), salvo os CAPS gerais estabelecidos em Municípios com mais de 200.000 habitantes, que devem funcionar 24 horas diariamente, incluindo os finais de semana.

Os CAPS estão assim classificados:⁷⁷

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira.

CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 – funcionam 24 horas, diariamente, também nos finais de semana.

CAPSi – Atendimento de crianças e adolescentes em municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, e pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPS AD – Atendimento de pacientes com transtornos de uso e dependência química em municípios com população superior a 70.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, e podem ter um terceiro período, funcionando até 21 h. A legislação também indica que os CAPS AD devem manter de 02 a 04 leitos para desintoxicação e repouso.

A equipe de profissionais deve ser constituída de forma multidisciplinar: médico psiquiatra, psicólogo, clínico geral, músico, artesão, artista plástico etc. A abrangência e especialização dos serviços dependem do investimento do município, levando-se em conta que a implantação inicial de cada CAPS é feita com recurso do Ministério da Saúde, que no caso de instalação de um CAPS AD, repassa ao Município a quantia de R\$ 50.000,00.

⁷⁷ Ver Amarante (2007).

Mesmo diante da transformação que a abordagem ambulatorial trouxe para o trato com as questões psíquicas, a orientação continua pautada pelas normas psiquiátricas com o seu discurso moralizante: terapias, medicamentos e, no âmbito da droga dependência, a abstinência é a meta a ser alcançada. A subjetividade do indivíduo, aqui, também é um local de escrita da moral vigente, e a ausência de vontade do indivíduo dependente de se submeter à terapia pode sofrer um processo de intervenção visando modificar a escolha desse indivíduo. É uma questão de trabalhar “psicologicamente a motivação”.

A gente sabe agora que nós podemos interferir nisso. Ajudar a pessoa a reconhecer que existe uma necessidade e isso se dá sobre forma de informação, sobre a forma de reflexão, sobre a forma de muitos processos psicológicos. A gente ajuda a pessoa a que ela entenda o processo e que ela desenvolva a motivação para possibilitar o tratamento. (médico psiquiatra membro do Colegiado de Saúde Mental do Município de Fortaleza)

Apesar do discurso favorável ao enfrentamento das toxicomanias em ambiente ambulatorial da grande maioria dos profissionais envolvidos e também das autoridades da área de saúde no Brasil, há opiniões divergentes ao apelo ideológico que essa modalidade de enfrentamento comporta.

Eu penso que existem alguns pacientes que são tratáveis e outros não. Não acredito cem por cento em tratamento em ambulatório [...] O mais difícil é a questão de você não tirar o paciente do ambiente de uso dele, não é? O ambiente social, onde ele tem conhecimento de onde comprar drogas, os amigos que oferecem e tal, não é? Ele vem para cá, ele se trata e volta para o ambiente, não é? Ele não está internado, ele não está afastado da sociedade, não é? Então é isso que realmente dificulta a abstinência (Psicólogo de um CAPS AD em Fortaleza).

Outra questão que se faz presente no cotidiano de trabalho dos profissionais do CAPS é a não aderência ao tratamento por parte dos dependentes químicos. Para o psicólogo entrevistado, mesmo ainda não havendo uma estatística que possa mensurar o número de abandonos, ele considera que os números são altos, em torno de cinquenta por cento de evasão. O psiquiatra membro do Colegiado de

Saúde Mental de Fortaleza assim expressa seu entendimento quanto à baixa aderência ao tratamento no CAPS AD:

A dificuldade é, inclusive, de saber como melhorar a aderência porque existem públicos diferenciados. Uma coisa é você pegar senhores de meia idade dependentes de álcool, tem uma aderência ao tratamento. Outra coisa é você pegar adolescentes dependentes de *crack*, é outro tipo de aderência ao tratamento. E o que a gente vê na maioria das vezes é que para essa população, fundamentalmente para a população mais jovem e que estão usando abusivamente ou dependem de *crack*, os serviços não são interessantes. Os serviços não trazem, eles não se sentem motivados ou interessados pelo serviço. As atividades propostas não são coisas que gerem modificação no dia a dia e que eles se interessem por aquilo.

O atendimento a dependentes químicos nos CAPS AD tem como exigência uma idade mínima de 16 anos, o que exclui de imediato uma faixa etária onde já se apresenta um número acentuado e crescente de crianças e adolescentes envolvidos com o uso de substâncias psicoativas⁷⁸.

Até os 16 anos, a criança e o adolescente adictos, no âmbito das políticas públicas, devem ser atendidos nos CAPSi. No Município de Fortaleza, mesmo se propondo a um atendimento amplo, os CAPS infantis não contam com nenhum profissional especializado na área de dependência química. A exigência dessa modalidade de atendimento é que o profissional “saiba lidar com a fase do desenvolvimento da criança” e que implemente uma forma de comunicação que possibilite trabalhar com essa criança.

A discussão sobre a abstinência das drogas no campo médico-psiquiátrico deixa de lado o fato marcante da medicamentação do indivíduo, usada sobremaneira para promover a “abstinência” almejada através da sedação, o que acarreta uma total ou parcial alienação em relação à realidade desse indivíduo e

⁷⁸ De acordo com uma pesquisa realizada pela Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará em parceria com a Universidade Estadual do Ceará - UECE, no ano de 2008, quando foram realizadas entrevistas com 504 moradores de rua e, desse número, 4,6% se situa na faixa etária de 09 a 14 anos, surge a questão do aumento do consumo de drogas, especialmente o *crack*, por parte de uma população cada vez mais jovem. A pesquisa aponta também para o exercício da criminalidade como forma de sustentação do vício e “que este público está cada vez mais abandonado à própria sorte” dentro de um panorama do não reconhecimento da grave questão de saúde pública.

desenvolve outras dependências⁷⁹. Tal incongruência nos leva, mais uma vez, a refletir que a questão central do discurso sobre a abstinência das drogas visa à ilegalidade na qual algumas substâncias estão inseridas, tornando-se alvo do discurso da normatividade.

Eu gosto muito dos doutores daqui, eles são muito bons, mas eu não tenho paciência pra vim pra cá todo dia ficar desenhando, pintando como se eu tivesse na escola. Ai eu venho para conversar com o psicólogo que eu gosto e para pegar o remédio, aí eles dizem que eu sumi (Ricardo, 24 anos, viciado em *crack*, várias vezes preso por roubo, já internado em HP e usuário dos serviços dos CAPS).

3. 2. Narcóticos Anônimos - NA⁸⁰

Alternativas outras se colocam para o toxicômano que busca “sobriedade”, como os grupos de ajuda mútua (irmandade) conhecidos como Narcóticos Anônimos – NA⁸¹. A filosofia do NA encontra-se no “Livro Azul da Irmandade”, o qual contém *Os Doze Passos*, que adquirem um caráter de “suporte moral” na caminhada para a “recuperação” e que têm como meta a ser alcançada a abstinência total das drogas, inclusive do álcool. O NA adota como exigência principal para que o indivíduo possa trabalhar *Os Doze Passos* o reconhecimento, por parte desse indivíduo, da sua impotência perante o vício⁸² e o reconhecimento de que é vítima de uma doença incurável. O “livro azul” contém também as *Doze Tradições*, que constituem as regras para regular as relações no interior dos grupos.

⁷⁹ O psicólogo entrevistado afirma que muitos usuários do serviço continuam o tratamento e frequentam o CAPS visando somente o acesso aos remédios que são distribuídos de forma gratuita e na própria unidade em que é atendido.

⁸⁰ Os “passos” de NA têm feito parte das ações terapêuticas das Clínicas de Recuperação, que trabalham com o adicto até o quinto passo, cabendo a ele, adicto, continuar “os passos” restantes fora da clínica participando dos grupos. No HP há um grupo de AA que funciona todas as quartas-feiras. Segundo um terapeuta do hospital, os “coordenadores” do grupo procuram focar as drogas ilícitas também, mas há certa resistência à participação dos dependentes químicos.

⁸¹ O NA possui grupos que funcionam de forma “aberta”, nos quais qualquer pessoa, adicto ou não, pode participar das reuniões; e grupos que funcionam de forma “fechada”, nos quais só adictos são participantes. A manutenção dos grupos é feita mediante contribuição “voluntária” dos membros.

⁸² Passo Um: “admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006, pg. 21).

Os grupos de ajuda mútua⁸³ - NA possuem uma organização flexível na qual cada grupo pode se constituir de forma diferenciada, resguardando a estrutura básica em que se baseia, como dito anteriormente, nas *Doze Tradições*. A quarta tradição assegura: “cada grupo deve ser autônomo, exceto em assuntos que afetem outros grupos ou NA como um todo” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006, p.65).

As três últimas tradições⁸⁴ ocupam-se da questão do poder e da vaidade entre os membros e demonstram o receio de desvirtuamento da função do grupo:

Essas tradições vedam o uso da instituição para satisfazer as vaidades individuais. O anonimato iguala a todos e evita que o grupo seja usado para dar vazão a estelismos, ou pior, a oportunismos (ALMEIDA, 2008, p. 65).

A fundação do NA se deu nos Estados Unidos, na década de 30 do século XX, alguns anos depois da fundação do AA, pois dependentes de drogas que não o álcool sentiram necessidade de criar um grupo próprio, mas mantendo os *Doze Passos* e as *Doze tradições* do AA. O crescimento dos grupos de NA em todo o mundo foi muito expressivo desde a fundação do primeiro grupo, e sua ampliação se constitui por meio da instalação de novas “salas”, fato que, segundo o meu entendimento, pode ser um “termômetro” do agravamento da problemática das drogas.

Os grupos de NA não têm cunho religioso, mas os doze passos são pautados por um viés espiritualista que, segundo seus adeptos, podem “acomodar” ateus e agnósticos. A figura do “poder superior da maneira como nós O compreendemos” dá uma noção de ambiguidade em relação a uma crença religiosa específica, o que, para o NA, significa deixar ao critério de cada indivíduo o que seria esse Poder Superior, que pode ser o próprio programa, o grupo, Deus ou “a força que nos mantêm limpos”.

⁸³ Também há grupos de ajuda mútua – NARANON, criados a partir da necessidade de muitos familiares de entender o processo no qual está inserido seu familiar adicto. O familiar que lida mais diretamente com o viciado tende a desenvolver a síndrome da codependência devido ao ambiente de tensão, medo e, muitas vezes, violência que a família vivencia. Em Fortaleza, participei da reunião de um desses grupos, que acontece semanalmente nas dependências da FUNCI.

⁸⁴ Tradição 10: Narcóticos Anônimos não tem opiniões sobre questões alheias; portanto o nome NA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas; Tradição 11: nossa política de relações públicas baseia-se na atração, não em promoção; na imprensa, rádio e filmes precisamos sempre manter o anonimato pessoal; Tradição 12: O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar princípios acima de personalidade.

A ideia de um “Poder Superior” personificado no programa dos Doze Passos pelos indivíduos participantes do NA ou pela força da união entre seus membros nos remete à “vitalidade” de um grupo “onde os sentimentos coletivos têm uma energia particular” [...] onde “a força com que cada consciência individual os sente, repercute-se em todas as demais, e reciprocamente” (DURKHEIM, 2003, p. 212). O sentimento de coletividade e de grupo gera vínculos que são vistos por Durkheim como uma “assistência moral mútua” que leva o indivíduo a participar de uma “energia coletiva” na qual esse indivíduo vai se recompor quando suas energias individuais se esgotam.

A única diretriz sugerida é que este Poder seja amoroso, cuidadoso e maior que nós. Não precisamos ser religiosos para aceitarmos esta idéia. O importante é abriremos nossas mentes para acreditar. Podemos ter dificuldades, mas mantendo a mente aberta, mais cedo ou mais tarde, encontramos a ajuda necessária (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006, p. 26).

Para o NA, a aceitação de um poder superior significa o reencontro com a sanidade e o preenchimento do vazio que a decisão de parar de usar drogas ocasiona⁸⁵.

Temos uma doença: progressiva, incurável e fatal. De uma maneira ou de outra, fomos lá e compramos a nossa destruição a prestações! Todos nós do drogado que rouba bolsas na rua à doce velhinha que consegue arrancar receitas de dois ou três médicos, temos uma coisa em comum: buscamos nossa destruição de grama em grama, de comprimido em comprimido, ou de garrafa em garrafa, até à morte. Isto é pelo menos parte da insanidade da adicção. O preço pode parecer maior para o adicto que se prostitui por um “pico” do que para o adicto que apenas mente para o médico. No fim, ambos pagam pela doença com suas vidas. Insanidade é cometer os mesmos erros, esperando resultados diferente (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006, p. 25).

O reconhecimento da adicção é, para o programa dos *Doze Passos* do NA, de importância fundamental. Aceitar que sua vida era regida pelas drogas, que o uso delas deixou de ser um prazer e transformou-se em necessidade, reconhecer que é doente e que tem uma doença incurável torna o adicto apto a se decidir pela abstinência e a entregar sua vida aos cuidados de Deus, afastando-se do “poder

⁸⁵ Passo Dois: “Vimos acreditar que um poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade”.

destrutivo” das drogas. Para o NA, a decisão do adicto de mudar e de buscar uma força para o crescimento espiritual é um ato de fé⁸⁶.

A partir da sua inserção em um grupo de Narcóticos Anônimos, o adicto ressignifica o estigma do drogado, assumindo então uma identidade do doente em recuperação. O isolamento social que muitos toxicômanos vivenciam pode romper-se no interior do grupo: ali eles falam de suas “dores” e ouvem histórias como as suas, nas quais quase sempre estão presentes “delitos”, “transgressões”, “fracassos” e recaídas. As narrativas em NA são eminentemente permeadas por trajetórias fragmentadas.

A partir dos três questionamentos iniciais, o indivíduo, no NA, vê-se instigado a elaborar um “inventário moral”⁸⁷ por meio de um relatório escrito sobre suas ações até então como uma forma de rompimento com o passado. “Queremos encarar nosso passado de frente, vê-lo como ele realmente foi e libertá-lo para podermos viver o hoje” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006, p. 31). Para um membro do NA e coordenador de uma “sala” do grupo, esse passo equivale à descrição do que existe dentro de uma casa e, ao escrevê-lo, o adicto, “com ajuda de Deus”, vai se colocar frente a frente com os seus defeitos, causa de “dor e sofrimento”. Para outro membro entrevistado, o Passo Quatro é “botar nossos podres para fora, o que é muito doloroso”.

Depois de escrito, o “inventário moral” deve ser compartilhado com outra pessoa, o que requer uma escolha cuidadosa que envolve confiança, certeza de integridade e discrição por parte da pessoa que escuta. “Nosso Poder Superior estará conosco” durante o Passo Cinco⁸⁸.

O NA sabe que apenas deixar de ingerir a droga não opera mudanças na personalidade. A abstinência é uma atitude muito benéfica para o dependente e para os que o cercam. Porém a psicopatologia continua presente. E é daí que vem a ameaça de recaídas. A proposta de NA é de que o dependente assuma os estragos que causou a si e para os outros. Com isso visa limpar o terreno da consciência moral. NA sabe que culpa, os remorsos, os ressentimentos, são fatores decisivos para a drogadição. A droga pode ser usada para calar as acusações do superego e também para atendê-lo nas suas exigências de castigo pelos erros cometidos (ALMEIDA, 2008, p.54).

⁸⁶ Passo Três: “Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos”.

⁸⁷ Passo Quatro: “Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos”.

⁸⁸ Passo Cinco: “Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas”.

Ao examinar e partilhar o inventário moral feito no quarto passo, segundo os preceitos do NA, surge a ânsia de libertação dos defeitos⁸⁹ que retiram “todo o nosso tempo e energia”. “Precisamos de uma mudança de personalidade, se quisermos nos manter limpos” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2006, p.37). Admitir a “destruição” em sua vida pode despertar em um membro do grupo um sentimento de humildade que, segundo a orientação da “irmandade”, é o ingrediente principal para o próximo Passo.

O crescimento espiritual é obtido através da ação e da oração e, como consequência direta, alcançar a abstinência total. É um ato de humildade⁹⁰ e de entrega a Deus, “da maneira como nós O compreendíamos”.

Alguns vão querer dar esse passo de joelhos. Alguns permanecerão em silêncio, e outros demonstrarão uma intensa boa vontade, através de um grande esforço emocional. A palavra humildade se aplica, pois nós nos aproximamos deste Poder maior do que nós, para Lhe pedirmos a liberdade de uma vida sem as limitações passadas. Muito de nós estão dispostos a trabalhar esse passo sem reservas, na base da pura fé cega, pois estamos cansados do que temos feito e de como nos sentimos. Iremos até o fim com qualquer coisa que funcione (pg. 39).

O ato de humildade pressupõe, também, a aceitação de um procedimento “honesto” para avaliar o grau de prejuízos causados a outras pessoas. Essa avaliação deve resultar em uma lista na qual se pode examinar abertamente os erros cometidos, visando reparações a pessoas que porventura tenham sofrido danos físicos ou mentais e até financeiros. O adicto frequentador de um grupo de NA deve entender a reparação como uma forma de livrar-se da culpa que “desvirtua seu caráter”, já que a culpa é vista como um defeito que precisa ser eliminado durante a sua caminhada para a abstinência⁹¹. De acordo com a psicanálise, a culpa é “um sentimento consciente ou inconsciente de indignidade” (CHEMAMA, 1985, p.37) e aponta para uma dívida em relação ao outro.

⁸⁹ Passo Seis: “Prontificamo-nos a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter”. Para o NA, esses defeitos podem ser: culpa, vergonha, remorso, autopiedade, ressentimento, raiva, depressão, frustração, confusão, solidão, ansiedade, deslealdade, desesperança, fracasso, medo e negação.

⁹⁰ Passo Sete: “Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos”.

⁹¹ Passo Oito: “Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas”. Passo Nove: “Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras”.

Minha mãe morreu e eu fui criado pela minha vó e pelas minhas tias porque meu pai logo se casou, sabe como é, né? No auge da minha adicção ativa eu roubava dinheiro da minha vó, que é aposentada, ganha pouco, né? Para comprar drogas, eu cheguei a empurrar ela para tirar dinheiro da bolsa dela. Ela foi a primeira pessoa que eu pensei em reparar, não tenho dinheiro, mas resolvi cuidar muito bem dela, dá carinho e amor sabe? E ela me perdoou. (Coordenador de uma “sala” de NA, está há três anos no grupo).

No programa dos *Doze Passos*, o “inventário pessoal” faz parte de um projeto contínuo de aprimoramento, e esse hábito significa um olhar vigilante sobre as próprias ações e atitudes e também sobre os relacionamentos. É um constante embate com velhos padrões comportamentais que se tornaram, segundo o NA, indesejáveis no processo de recuperação. O monitoramento das ações permite deixar o adicto convicto de que a primeira prioridade é se manter “limpo”. A continuação do inventário pessoal, segundo o Livro Azul, libertará o adicto de si mesmo e do seu passado⁹².

A partir do Passo Onze, a espiritualidade torna-se o componente elementar a ser trabalhado pelos grupos de NA. Os dois últimos passos são vistos como um programa espiritual e devem significar que os dez primeiros passos já são praticados rotineiramente pelo indivíduo adicto em sua vida pessoal, restando a este alcançar um estado espiritual, por meio de prece e meditação, que proporcione “crescimento ilimitado”⁹³ e daí a total abstinência.

A filosofia do NA se propõe isenta de religião, mas sustenta seu doutrinamento em um Deus democrático, nem por isso menos poderoso do que o Deus do cristianismo, dos muçumanos, do judaísmo etc, por sua capacidade de modificar vidas e de aferir valores ao indivíduo. De acordo com a proposta do Narcóticos Anônimos, a abstinência total é a expressão de um ato de fé que se traduz na entrega de sua vida, reformulada, a um “poder superior”.

Várias clínicas de recuperação, como já foi dito anteriormente, têm inserido em suas propostas terapêuticas os grupos de NA com salas funcionando em

⁹² Passo Dez: “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos”.

⁹³ Passo Onze: “Procuramos, através de prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da sua vontade em relação a nós e o poder de realizar esta vontade”. Passo Doze: “Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades”.

reuniões diárias e coordenadas pelos terapeutas e psicólogos. Esse momento terapêutico trabalha até o quinto passo. Ao receber alta, o adicto deve procurar a irmandade e se incorporar a um grupo de NA onde se pressupõe que dará continuidade ao estudo dos outros passos, atitude que fortalecerá sua decisão de se manter em abstinência. De acordo com uma psicóloga da clínica pesquisada, o NA é a “única coisa que funciona realmente na recuperação dos dependentes químicos”. Em alguns casos o Poder Superior não será suficiente para manter o adicto afastado das drogas, aí ele contará com a ajuda sempre possível da medicação.

A clínica de recuperação recebe membros da “irmandade” no sentido apenas de promover palestras para os residentes, de orientar sobre os *Doze Passos* e sobre o significado de Narcóticos Anônimos, já que o NA nega-se a se inserir em um contexto de institucionalização, mas seus princípios e o seu discurso foram apreendidos pelas instituições tornando-se dominantes no interior destas, fato facilmente verificado nas entrevistas com os jovens e com profissionais.

Aqui na clínica vim acreditar que existe um poder maior do que eu, de que nós adictos, que é capaz de devolver a minha sanidade, porque quando se usa drogas, você é insano. Nesses passos eu pude perceber aqui dentro que realmente eu não sou uma pessoa maior do que ninguém, eu sou uma pessoa igual a muitas outras pessoas, eu sou uma pessoa doente, errada, que fez muita coisa errada (Felipe, CR, 27 anos, 1ª internação).

O que se percebe nas falas de participantes de grupos de ajuda mútua como AA, NA, entre outros, é o entendimento de uma vida com limitação constante na qual o indivíduo estará sempre sob expectativa da “recaída”, como portador de uma doença incurável, mas com possibilidade de controle e que esse controle só depende dele e do “Poder Superior”. O adicto em “recuperação” e frequentador de NA assume um comportamento pautado na luta contra o vício, enquanto outros segmentos da sua vida são relegados a um patamar secundário e, em alguns momentos de maior fragilidade, constrói justificativas para a ausência de conquistas pessoais.

Nas clínicas em que estive, tinha NA. No começo fiquei impressionado com os depoimentos, me vi em alguns deles, mas não concordo em ser tratado só como adicto pelo resto da minha vida. O Coordenador do NA que foi dar uma palestra na segunda clínica em que estive, estava há 16 anos sem usar drogas e se apresentou: “Eu sou um adicto em recuperação”, ele não era outra coisa, não era

um médico, não era um advogado, não era um pai de família, ele era só um adicto. Sempre fazia meu depoimento e gostava de falar, mas não quero ficar com um letreiro na testa: Adicto. Eles falam sempre as mesmas palavras, adicto, recuperação, só por hoje, adicção ativa etc. Eles não fazem plano para o futuro porque só veem o vício e se sentem incompetentes para planejar a vida, mesmo tendo um Poder Superior. Vi várias pichações na clínica com a palavra adicto, feitas com letras diferentes nas paredes da clínica, o que significa que foram vários que fizeram. Tia, eles internalizam isso. Muitos jovens choravam nos depoimentos, contando seus defeitos, falando do sofrimento que causavam aos familiares, se reconhecendo como viciado e doente para sempre, mas que o Poder Superior ia ajudar a controlar o vício. À noite, só falavam dos quilos de maconha que fumaram, das muitas carreirinhas que cheiraram e das pedras que colocaram no cachimbo e quando “rolava a social” e um violão só cantavam músicas que falavam de droga e tudo o que eu não queria era falar de droga, eu queria esquecer. Não gostei muito da filosofia do NA, parece uma lavagem cerebral. Não encontrei o Poder Superior que eles querem que a gente tenha, eu não posso arrumar uma fé assim, dá um estalo e eu já tenho um Poder Superior. Se eu precisar desse Deus para parar de usar droga, serei sempre um drogado (Daniel tem 24 anos, esteve internado em duas clínicas e, segundo sua informação, saiu das duas por causa do NA. Atualmente, faz tratamento em um CAPS AD e está visivelmente medicamentalizado. Sua dose diária é de três comprimidos).

Essas relações inesperadas e não sistematizadas entre tratamento médico-psicológico (incluindo uso de farmacoterapia), tratamento por grupos filantrópicos (ajuda mútua), com viéses de tratamento e conversão religiosa (entrega a Deus), é algo que está bastante presente no cotidiano do sub-universo social investigado aqui e é algo que me permite vislumbrar um fértil campo para estudos futuros.

3.3 - Redução de Danos - RD

Outra alternativa que emerge e que se coloca como uma ação visando dar conta das múltiplas nuances do enfrentamento à drogadependência também é uma política oficial do Estado Brasileiro⁹⁴, a Redução de Danos - RD. A RD é um programa que visa dar apoio ao usuário de drogas, sem julgamentos, vendo-o como um indivíduo dotado de cidadania e, portanto, com direitos a escolhas. A estratégia é buscar alternativas para reduzir os danos causados pelas drogas e proporcionar melhor qualidade de vida ao usuário.

A RD é vista como contraponto ao modelo “proibicionista” até hoje utilizado na elaboração de ações em relações às toxicomanias, mas não é desprovida de caráter

⁹⁴ Portaria nº 1028, de 1º de julho de 2005, assinada pelo Ministro da Saúde.

intervencionista porque a perspectiva do profissional, redutor de danos, que está na ponta adentrando os territórios do “livre” uso de drogas, no interior das comunidades, é baseada no pressuposto de mudança e de regulação de vida do indivíduo, mesmo que este continue fazendo uso das substâncias. A proposta visa uma mudança de forma orientada no “cuidar de si” segundo critérios determinados por gestores públicos: beber muita água, comer frutas, trocar a “lata” pelo cachimbo no uso do *crack*, usar seringas descartáveis etc.

A redução de danos dá ao usuário de drogas a cidadania, o respeito, a consciência do direito e a alta estima dele vem imediatamente. Na hora em que ele sentir assim: eu estou doente porque eu estou usando essa droga, mas eu vou ali no postinho e eu vou conversar com o médico e ele vai me ajudar, ele vai me medicar, ele vai me atender [...] quem usa sabe que é uma doença, ele se sente doente, ele se sente impotente em relação a isso [...] quando a redução de danos entra na vida da pessoa, ela começa a caminhar para a abstinência, mas esse caminhar é de cada um, a gente não pode interferir (Redutora de danos do NUPRED).

As ações de RD são reguladas por dispositivos de saber/poder que semeiam entre as populações de drogados, em grande parte os que estão na última escala da condição humana, pressupostos normatizadores sob a égide de “uma melhor qualidade de vida”.

Para cheirar, prefira um canudo individual a notas de dinheiro, faça uma piteira de papel se for rolar um baseado; compartilhe a droga, nunca o material a ser usado (Parte de um impresso distribuído na passeata do orgulho GLBTT em São Paulo, com selo do governo federal).

No Brasil, a RD chegou em 1989, por orientação do Ministério da Justiça. Sua implementação, financiada pelo Banco Mundial, ocorreu inicialmente em Salvador com a distribuição de seringas descartáveis para os usuários de drogas injetáveis⁹⁵. Naquele momento, o foco era a prevenção do HIV/AIDS. Atualmente, os cuidados de RD estendem-se aos usuários de álcool, maconha, de cocaína, de *crack* e de outras drogas. Patologias diversas são foco de prevenção do programa: outras

⁹⁵ Anteriormente à experiência em Salvador, iniciou-se em Santos - SP uma ação no sentido de implementar um PRD- Programa de Redução de Danos, que visava a troca de seringas, sendo esta impedida por uma decisão judicial que via a “movimentação” como uma apologia ao uso de drogas.

DSTs, tuberculose, hepatite, herpes, hanseníase etc e também algumas consequências psíquicas como: depressão e fobias múltiplas.

O programa de Redução de Danos pauta-se em três características: não exige a abstinência como condição para se inserir nas ações do programa, não estigmatiza os que não estão em abstinência e respeita à diversidade, já que o programa procura abranger um público amplo e diferenciado. A orientação quanto à redução de danos baseia-se, principalmente, na concepção de que um toxicômano não consegue interromper o uso da droga de forma abrupta.

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (QUEIROZ, 2001).

Em Fortaleza, o NUPRED, Núcleo de Prevenção e Redução de Danos, implementado pela FUNCI, atua como formador de multiplicadores da ação da Redução de Danos (professores, facilitadores esportivos, instrutores de informática) nas comunidades e também com os educadores sociais no interior de outros projetos da Fundação, sem a perspectiva de impedir o uso de drogas e sim abrir espaços para um debate coletivo que visa educar e orientar sobre os riscos e sobre a construção de um ambiente de proteção à saúde, mesmo com a utilização de drogas.

O NUPRED atende à demanda que se apresenta e que pode ser espontânea, partindo da comunidade, encaminhada pelo Conselho Tutelar ou por ONGs. O trabalho é direcionado para um público formado por crianças e adolescentes⁹⁶ que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, vendo-os como indivíduos em estado de vulnerabilidade devido à busca constante pela droga, deixando outras demandas da vida em estado secundário, inclusive a prevenção⁹⁷. As ações de prevenção baseiam-se no direito à saúde e à educação do cidadão e visam algumas

⁹⁶ Mais especificamente uma faixa etária que vai até os dezoito anos.

⁹⁷ As ações de prevenções atuam em três âmbitos: primário (adolescentes que não fazem uso de substâncias psicoativas), secundário (usuários não dependentes e que querem parar de usar) e terciário (dependentes que querem parar de usar drogas). A coordenadora do NUPRED identifica ainda um quarto estágio – usuários ou dependentes que não querem parar de usar drogas.

populações que, de acordo com os profissionais que atuam no Núcleo, estão mais vulneráveis. Segundo a coordenadora do NUPRED, são quatro os bairros atendidos pela instituição: Bom Jardim, Lagamar, São Cristóvão e Floresta⁹⁸. O atendimento em outras localidades provém de convites de ONGs.

As ações advindas das ações de RD implementadas em Fortaleza podem situar-se como irreais levando em consideração o público alvo. A questão não passa apenas pela possibilidade ou não de aceitação da intervenção em “seu momento” por parte do drogado. Como pensar o acesso a suportes alimentares, sucos, água de coco quando estamos diante de uma população que se encontra em total estado de vulnerabilidade social?

Eu não posso tá lá pra preparar a hora do seu uso [...] você usa com outras pessoas, você pode usar em dois ou três, cada um vai ter que gostar, usa junto, mas você tem o seu e eu tenho o meu [...] a gente preparou aqui a água, a gente preparou aqui alguma coisa de comer que a gente pode ficar aqui muitas horas. De repente a gente tá aqui e a gente vai se forçar a comer alguma coisa, a tomar água, a tomar um suco, geralmente água, suco, um chá (Redutora de danos do NUPRED).

As experiências de consumo de drogas desses indivíduos alvo das ditas ações são, em grande parte, carregadas de angústias e de corpos ávidos pela substância que lhe trará alívio, daí ser possível pensar a limitação de algumas práticas norteadoras do Programa de Redução de Danos já que essas têm em seus cernes componentes que passariam pelo crivo da racionalidade em meio a um turbilhão de emoções confusas e de profundo sofrimento físico e psíquico.

⁹⁸ Os bairros atendidos pelo NUPRED têm, segundo à Coordenadora, os maiores índices de violência e de uso de drogas no Município e são também de baixo IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

CAPÍTULO 4: AS PROFANAÇÕES DO “EU” NA “CARREIRA MORAL” DOS JOVENS INTERNOS NAS INSTITUIÇÕES

“Não acredito em tratamento ambulatorial para o *crack*”. Essa é a declaração, dada no jornal Diário do Nordeste, no dia 24 de janeiro de 2008, de um psicólogo proprietário de clínica para tratamento de dependentes químicos que defende a tese de que a recuperação de um adicto passa pela mudança de “hábitos”, de “lugares”, “das pessoas com quem convive” e completa a declaração afirmando que, dos 35 internos no Instituto que preside, 80% “foram” usuários de *crack*.

O tratamento para a dependência química em “instituição total” (GOFFMAN, 2001) ou “instituição de sequestro” (FOUCAULT, 2003) é visto, por uma grande parcela da sociedade, e também por muitos médicos e psicólogos, como a única alternativa viável para recuperar adictos com acentuado grau de dependência de alguma substância psicoativa, principalmente as mais “pesadas”, como a cocaína e o *crack*. O grau de comprometimento com as drogas deve ser avaliado por um profissional especializado que também visa detectar se o dependente adquiriu alguma patologia física e/ou transtorno mental⁹⁹ ocasionados por uso das substâncias psicoativas. Existem, segundo a OMS, “evidências” relativas à hipótese da comorbidade psíquica.

É interessante notar que os efeitos de muitas substâncias psicoativas podem produzir síndromes do tipo psiquiátrico. Por exemplo, as anfetaminas e a cocaína podem provocar sintomas do tipo psicótico. As substâncias alucinógenas podem produzir alucinações, que são um aspecto de certas psicoses. Além disso, as substâncias psicoativas normalmente alteram o humor, produzindo quer euforia e sentimentos de felicidade, quer sintomas depressivos especialmente durante a abstinência. Também podem alterar a função cognitiva, o que também é o aspecto central de muitas doenças mentais (OMS, 2004, p.27).

A “instituição total” povoa o imaginário das famílias dos drogadependentes como “uma estufa para mudar pessoas”¹⁰⁰. Os familiares esperam que a trajetória de

⁹⁹ A OMS vê uma “ocorrência conjunta” de farmacodependências em indivíduos que sofrem de algum transtorno mental partindo do pressuposto de que o consumo de substâncias psicoativas pode trazer alívio para alguns dos sintomas manifestados pela doença, assim como algumas substâncias podem desenvolver transtornos como esquizofrenia, fobia social, ataques de pânico etc.

¹⁰⁰ A instituição total como “lugar natural” de manipulação das identidades (GOFFMAN, 2001).

vida do seu dependente será refeita a partir da internação, em um processo que Goffman (2001) intitula de “mudança na carreira moral” do indivíduo, além de não descartar a possibilidade de se “livrar” do problema. A simbologia da “estufa” faz parte da crença social da correção, da readaptação do indivíduo aos valores impostos pelo meio social do qual é membro.

A reclusão que surge no século XIX¹⁰¹, segundo Foucault (2003), é uma combinação do controle moral e social nascido na Inglaterra com a instituição propriamente francesa e estatal da reclusão em um espaço arquitetônico adequado que liga o indivíduo a um aparelho de normalização e correção. Para o autor, essas instituições de reclusão formam uma “rede de seqüestro no interior da qual nossa existência se encontra aprisionada” (p.115) em um efetivo sequestro da subjetividade do indivíduo.

Ao longo desses dois últimos séculos, a reclusão esteve presente nas sociedades ocidentais com a função de separar e interditar todos que “precisem” de um tratamento moral, que consiste em reeducar a mente dos loucos e delinquentes. Na contemporaneidade, pode-se incluir os drogados (síntese de louco e delinquente, tomando como base o discurso médico-jurídico) entre a família dos “anormais”, cabendo ao tratamento inculcar-lhes e impor-lhes princípios e valores, dominando suas emoções e reorganizando suas crenças em “si e nos outros” e até em Deus. O estatuto estabelecido para o louco e o alcoólico do sec. XIX é o mesmo estabelecido para os dependentes químicos na contemporaneidade e utiliza como recurso o confisco da autonomia do indivíduo nas instituições que visam ao seu adestramento físico e moral.

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo social atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí a supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo. O internamento seria assim a eliminação espontânea dos ‘a-sociais’; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia – tanto mais segura quanto cega – aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre

¹⁰¹ Tomo o século XIX como referência por apresentar instituições que visavam o “tratamento” através do encontro dos loucos com a psiquiatria, mas, segundo Foucault (2007), o século XVII já tinha criado casas para internamento: “Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentem de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (p.49).

prisões, casa de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas (FOUCAULT, 2007, p. 79).

Atualmente, tem-se constatado alguns discursos que apontam a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle (DELEUZE, 1992; LAZZARATO, 2006), mas que não sinalizam de que forma essa sociedade pode se construir e em que momento há aquele “desencaixe”. O que ainda se apresenta de forma ativa e contundente são os “símbolos” da “sociedade disciplinar”, conceito tão brilhantemente cunhado por Michel Foucault, pois prisões e hospícios continuam esquadrinhando o indivíduo e produzindo corpos dóceis.

As instituições disciplinares, mesmo “condenadas”, como afirma Deleuze (1992), vêm sendo objetos de constantes reformas, mas sem perder as características oriundas da “ortopedia social” do século XIX, até porque o indivíduo tido como “desviante” ou “anormal” necessita ser disciplinado para então ser inserido no sistema de controle. Não se pode deixar de lado as mudanças do mundo e nem descartar a reflexividade das ciências na contemporaneidade, que contribuem com novas formas para lidar com velhos paradigmas, mas que, nesse caso, se colocam como acréscimo e não como ruptura.

O uso compulsivo de drogas tido como uma doença mental se insere em um discurso dotado do viés moralizante que emerge no âmbito da psiquiatria, que assume a função de tornar “normal” o indivíduo considerado “anormal”, amparada pelo Estado e o seu aparelho organizacional, visando o “estado de saúde de sua população”, assim como algumas crenças religiosas que acrescentam ao debate o componente do “pecado”.

[...] os códigos e normas da vida social são outra face da realidade percebida. Erros de percepção dessas normas ou do comportamento dos outros são, também, erros de conhecimento (determinantes de idéias erradas, que dão origem a emoções e atos desajustados. Desajustados porque correspondem a uma realidade distorcida, errada, mal percebida). Se as emoções e atos socialmente desajustados são produto de idéias erradas; se o conhecimento (idéia) se faz e se altera a partir da experiência sensória, é no nível das experiências do real que o alienista deve operar (PESSOTI, 2001, p.124).

É nesse contexto que a concepção que o indivíduo drogado tem de si, da sua relação com a droga, com os outros, e com o grupo social no qual está inserido sofre

intervenção. A inculcação da compulsoriedade da abstinência e a revisão de valores individuais, objetivos fundantes das “instituições totais” para recuperação de drogadependentes, procuram desencadear, como disse Goffman (2001), uma sequência de ajustamentos pessoais que, como já vimos, o autor denomina de “mudança na carreira moral”. São acertos, correções e ajustamentos das subjetividades.

Quase sempre, muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados, mas, como já foi antes sugerido, usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. Já se sugeriu também que um freqüente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal (p. 70).

Para Goffman, essa “reforma” é composta por várias fases e, permeando a discussão, acrescenta o conceito de “estigma” que, segundo o autor, é composto de três tipos diferenciados. No caso específico do dependente químico, é no segundo tipo que ele se insere.

[...] as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical (GOFFMAN, 2008, 14).

Os indivíduos estigmatizados ao serem admitidos nas “instituições totais” sofrem novos processos de socialização. As crenças e disposições acumuladas na sua trajetória de vida são o alvo das ações que visam sua transformação. Como refere Goffman (2001), ao entrar na instituição o indivíduo é despido dessas crenças e disposições.

Na linguagem mais exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta por progressivas

mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 2001, p.24).

O processo de socialização dispensado ao adicto em instituições totais visando sua recuperação, isto é, a abstinência definitiva de drogas, impinge a ele gradativamente um distanciamento dos seus apoios anteriores (família, por exemplo) que se materializa na regulação dos contatos telefônicos, nos dias marcados para visitação e também para recebimento de telefonemas. Em algumas instituições, há a obrigatoriedade do trabalho, que Foucault (2009) entende como uma pedagogia universal, além da total aderência ao regulamento institucional. Os regulamentos institucionais fornecem o conteúdo necessário para que seja colocado em prática o processo de mortificação que será imposto.

Tendo esclarecido um pouco sobre as noções de carreira moral e profanações do eu, passo, agora, a descrever as instituições que pesquisei, e, ao narrar sobre a minha experiência no campo de pesquisa, num diálogo com os sujeitos com quem pude conversar, com quem pude conviver um pouco, e a partir dessa descrição, busco pistas analíticas para dar conta das principais impressões obtidas nessa inserção.

4. 1. Comunidade Terapêutica Religiosa¹⁰² - CTR

Uma comunidade terapêutica tem na convivência entre os pares o principal instrumento terapêutico, uma relação comunitária que, como identifica Weber (1994, p.25), “repousa no sentimento subjetivo dos participantes de pertencer ao mesmo grupo”.

Bauman (2003, p.7) define comunidade como um “lugar ‘cálido’, um lugar confortável e aconchegante”, mas também é um lugar onde há “tensão entre a segurança e a liberdade e, portanto, entre a comunidade e a individualidade” (p.10).

Para De Leon (2008, p.03), “a CT é fundamentalmente uma abordagem de autoajuda, desenvolvida de modo primordial fora das práticas psiquiátricas,

¹⁰² Uma das características das Comunidades Terapêuticas brasileiras, reconhecidas como tal, é que elas são, em sua grande maioria, de orientação religiosa: espíritas, católicas e, em maior número, evangélicas.

psicológicas e médicas tradicionais”, mas o que percebi durante a pesquisa é que clínicas particulares que disponibilizam um aparato médico, psicológico e medicamentoso para os seus clientes, inclusive a clínica objeto da presente pesquisa, se autodenominam “Comunidades Terapêuticas”.

Muitos programas de tratamento de drogas se autodenominam CTs. Mas muitas vezes não está claro se esses programas constituem modelos de CT válidos. Há, portanto razões pragmáticas para desenvolver padrões para programas de CT: manter a certeza da qualidade e das melhores práticas, orientar a formação de funcionários e avaliar a eficácia e a relação custo/benefício do tratamento que a CT oferece. Faz-se necessária uma formulação teórica sólida dos elementos essenciais da CT a fim de facilitar a elaboração de padrões de programa para os esforços de credenciamento e licenciamento (DE LEON, 2008, p. 07).

O conhecimento dos princípios filosóficos que norteiam uma CT não está claro, inclusive para alguns profissionais que atuam nas clínicas que assim se autodenominam. Quando feita a pergunta “porque a CR se reconhece como Comunidade Terapêutica se utiliza recursos clínicos e farmacológicos em profusão?”, a psicóloga da referida clínica respondeu: “Não sei qual a diferença, me fala?”.

Diante da argumentação teórica sobre o que diferenciaria uma CT de uma CR, como já visto anteriormente, a profissional assim definiu: “Então é uma clínica, mas é diferente de um hospital psiquiátrico”.

Ainda segundo De Leon, há duas variantes da CT. A primeira localiza-se no campo da medicina social, que de forma “inovadora” destina-se ao tratamento de pacientes psiquiátricos dentro dos próprios hospitais. Tiveram início na Europa, mais precisamente na Inglaterra e nos Estados Unidos, no período da 2ª guerra mundial, e foi vista como parte da “terceira revolução psiquiátrica”. A outra forma assumida pelas CTs são os programas de tratamento residencial, baseado na comunidade de dependentes de drogas.

Teoricamente, as CTs que se dispõem a atender diferentes populações de dependentes de drogas se organizam de maneira semelhante e têm em comum alguns elementos nos quais estão presentes as crenças, verdades e práticas de autoajuda que, segundo pesquisadores das CTs, funcionariam terapeuticamente (DE LEON, 2008).

Como De Leon, Amarante (2007) também percebe um “desvirtuamento” nessa proposta das CTs diante da proliferação de instituições religiosas com linhas terapêuticas ambíguas que se propõem a “tratar” dependentes químicos e que se autodenominam Comunidades Terapêuticas. Com rituais religiosos (missas, terços, cultos) utilizados como forma de tratamento do espírito, já que o viciado é percebido com um pecador, e o trabalho (capinar, cozinhar, fazer faxina, vender “souvenirs”) como forma de tratamento do corpo, as CTs no Brasil têm utilizado a conversão religiosa como um veículo para induzir nos dependentes químicos a abstinência definitiva.

[...] esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais fazendas e fazendinhas de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – ‘comunidades terapêuticas’ para ganharem legitimidade social e científica (AMARANTE, 2007, p. 43)¹⁰³.

O distanciamento da proposta inicial de funcionamento de uma Comunidade Terapêutica, no que se refere à instituição pesquisada, foi perceptível no primeiro contato entre eu e os dirigentes da referida instituição, inclusive no que se refere à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que regula o funcionamento das Clínicas de Recuperação e das CTs, já mencionada nesse trabalho.

O entrelaçamento de religião e toxicomania apresenta visibilidade por meio da proliferação de instituições religiosas que se propõem a tratar dependentes químicos em um processo que Castoriadis (1987) interpreta como uma ligação orgânica da religião com a “heteronomia da sociedade”. Para o autor:

A instituição heterônoma da sociedade e a religião são essencialmente idênticas. Ambas visam o mesmo objetivo e pelos mesmos meios. [...] Elas devem mascarar o caos em que consiste a própria sociedade (p. 382).

¹⁰³ Enquanto elaborava minha pesquisa, fui procurada por um cidadão, que representava uma comunidade de moradores próxima a uma instituição evangélica para tratamento de drogadependentes, que buscava esclarecimento de como denunciar a referida instituição, já que os internos pulavam o muro à noite e assaltavam os moradores da localidade.

Alguns trabalhos científicos discutem a “importância” da religião e das instituições religiosas no processo de recuperação de dependentes químicos e também como mais um elemento na prevenção: Garcia e Silva (2004), Sanchez e Nappo (2008).

Além de tranquilizar o usuário de drogas, por meio de um estado meditativo e de alteração de consciência, a oração também promove a fé, dividindo a responsabilidade do “tratamento” com Deus; ameniza o peso da luta solitária e permite Sua intervenção protetora frente aos “espíritos do mal” ou do “diabo” (SANCHEZ e NAPPO, 2008, p.269).

Autoridades brasileiras no campo da segurança pública e das políticas antidrogas perceberam a aceitação social da interferência religiosa no trato com dependentes químicos, mesmo com inúmeras denúncias de abusos cometidos por algumas instituições que se intitulam Comunidades Terapêuticas, e incluíram em sua programação atividades que visam o aproveitamento dessas instituições e dos seus códigos de moral como uma rede “protetora” em relação à aproximação com as drogas. O desamparo e o desencantamento face às questões contemporâneas encontram “conforto” na fé e daí são retiradas referências para colocar em funcionamento um sistema de valores que manteria o jovem “longe” do pecado e, portanto, “longe” das drogas:

A fé promove qualidade de vida. A adoção de referenciais da religião faz com que o fiel confie na proteção de Deus e respeite as normas e valores impostos pela religião, melhorando a qualidade de vida dos adeptos. Esse comportamento levaria ao afastamento natural das drogas, à falta de interesse impulsionada pelo medo ou apenas pela conscientização da degradação moral associada ao abuso dessas substâncias. O enfrentamento das dificuldades, a partir da perspectiva espiritual apoiado na fé, acaba proporcionando afastamento natural de atitudes contrárias a moral difundida pela religião. Além disso, o fato de se contar com ajuda irrestrita de Deus gera um amparo constante, conforto e bem-estar (SANCHEZ e NAPPO, 2008, p.269).

Figura 4: Cópia de site da SENAD, no qual é divulgado o Projeto Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins - "Fé na Prevenção".

Disponível em: <http://www.fenaprevencao.org.br/senad/public/index>

FÉ NA PREVENÇÃO

Home | Apresentação | Inscrição

PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS EM INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS E MOVIMENTOS AFINS - FÉ NA PREVENÇÃO

Teve início em fevereiro de 2009 o Projeto **Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins - "Fé na Prevenção"**, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) e executado pela Unidade de Dependência de Drogas (UDED) e pelo Laboratório de Ensino a Distância do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Aguardamos sua participação neste curso.

Curso: a confirmar
 Inscrição: Aberta até 10/07/2009

Atenciosamente,
 Equipe FÉ NA PREVENÇÃO

UNIFESP
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
 1933

PRONASCI
 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA COM CIDADANIA

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

BRASIL
 UM PAÍS DE TODOS
 GOVERNO FEDERAL

© Copyright 2009, Fé na Prevenção. Todos os direitos reservados.

Em sua grande maioria, as Comunidades Terapêuticas são oriundas da religião protestante. Os programas terapêuticos ofertados nessas instituições são longos, ou seja, têm a duração de vários meses, tempo que não se distancia do modelo psiquiátrico apregoado por profissionais médicos.

O nosso neurônio tem uma memória para a droga que não é em um mês ou dois que ele esquecerá isso, não. Então há necessidade, a meu ver, que haja um tempo mais prolongado de internação. Existem algumas clínicas que apregoam o mínimo de seis meses de internação para que a pessoa, a mente da pessoa se desligue, eh... se esqueça, entre aspas, aquela dependência e possa se desenvolver novos comportamentos (Médico psiquiatra, proprietário do HP pesquisado).

A instituição religiosa, um dos objetos da minha pesquisa, é uma instituição evangélica com orientação neopentecostal¹⁰⁴, tem sua matriz instalada em São Paulo e sedes em mais oito cidades brasileiras, inclusive Fortaleza, e atende dependentes químicos do sexo masculino na faixa etária dos 18 aos 40 anos. A referida instituição não é registrada na Associação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – ABRACT e se encontra “mapeada” pela Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD no campo de atuação intitulado **tratamento**, no item “**outros**”, o que sugere ambiguidade em relação à sua linha terapêutica. A SENAD tem um mapeamento das instituições brasileiras (incipiente, diga-se de passagem) que trabalham a questão da dependência química classificadas por campo de atuação: prevenção, tratamento, ensino e pesquisa e redução de danos.

A divulgação é a principal fonte de recursos da citada instituição, sendo gerada pelo trabalho (em algumas linhas de ônibus de Fortaleza) dos próprios dependentes químicos que se encontram em “tratamento”. Os “alunos” utilizam como método para a divulgação seus depoimentos sobre a relação com as drogas e apontam para uma recuperação a partir do “encontro” com Jesus Cristo. Esse momento de pregação religiosa também é utilizado para a venda de “kits” compostos por um panfleto com endereços da instituição em outros estados brasileiros e duas canetas. Ao iniciar minha pesquisa, em 2008, conforme já mencionei, os kits podiam ser comprados por R\$ 1,00, atualmente são vendidos por R\$ 2,00 e os panfletos tornaram-se mais elaborados, com pequenas fotos de algumas áreas internas da casa, além da foto do Pastor proprietário da instituição.

[...] hoje uma moça universitária disse para mim que 2,00 era muito caro por duas canetas, aí eu respondi para ela: mais caro é uma “pedra” que custa 5,00 e destrói tantos jovens. (Jovem de 22 anos, aluno da instituição, oriundo da Cidade de Salvador, pregando no ônibus).

Frequentei a instituição durante dois meses em uma rotina semanal que incluía dois ônibus no trajeto de ida e dois ônibus no trajeto de volta, com passagens por um terminal de ônibus do Município, percurso que muitas vezes ajudou na observação do trabalho dos “alunos” dentro dos ônibus, alguns, inclusive, já me

¹⁰⁴ “O modelo neopentecostal enfatiza, em suas práticas, a teologia da prosperidade e os mistérios da libertação. A carência e a necessidade do ser humano são sempre alimentadas pelas esperanças, aplicadas pelos pastores de que Deus solucionará todos os seus problemas de forma imediata” (GARCIA e SILVA, 2004, p. 245-246).

conheciam e perguntavam: “tá indo pra lá?” e sempre conseguiam me vender um kit. As visitas tinham dia e hora marcados previamente, e algumas “interdições” me foram colocadas pelos dirigentes da instituição logo nos primeiros contatos: não poderia fotografar a casa, nem os “alunos” e só poderia entrevistar os internos que a direção indicasse¹⁰⁵.

No primeiro dia de visita à instituição, fui encaminhada a um pequeno templo para lá aguardar e ser recebida pelo Diretor que, como ele mesmo informou depois, sintetiza as funções de líder espiritual e de administrador. A espera durou cerca de quinze minutos. O Templo tem as paredes ornadas com quadros com salmos oriundos da Bíblia, contém 22 cadeiras de plástico, um púlpito onde se encontra um pedestal com uma bíblia e há também alguns instrumentos musicais que são usados nos quatro cultos religiosos diários e fechados. Somente aos domingos o culto é aberto à comunidade. O culto, como considera Durkheim (1996, p.421), “é o momento de despertar nos fiéis um certo estado de alma, feito de força moral e de confiança”.

Enquanto aguardava ser recebida, observei que vários jovens entravam no templo, encaminhavam-se até a frente do púlpito, lá se prostravam ao chão em reverência religiosa, faziam algumas orações silenciosas e em seguida saíam. Fui informada depois que os alunos sempre “devem” ter esse comportamento ao sair da casa para trabalhar, quando pedem proteção a Jesus ou quando retornam para casa depois do trabalho, quando, então, devem agradecer a Jesus pelas vendas efetuadas. Esses rituais são incorporados à dinâmica do trabalho diário e, como pude perceber, são uma imposição dos dirigentes, tornando-se, como diz Durkheim, “modos de expressão” de uma crença religiosa que, nesse caso, necessita constantemente ser reafirmada.

Durante a espera, deixei minha imaginação agir e a “figura” do diretor era sempre pensada como um homem adulto, vestido de terno e gravata, características que compõem o nosso imaginário quando pensamos em um Pastor protestante. O jovem que entrou no templo, sorridente, apresentou-se e não correspondia à idéia que até então eu concebia: tinha os cabelos longos amarrados em um “rabo de

¹⁰⁵ Em uma única vez que permitiram minha circulação pelo interior da “casa”, procurei fixar na memória a divisão interna do imóvel e elaborar um croqui que permitisse uma visualização aproximada do interior da instituição. Quando estava concluindo as visitas a esse campo, o diretor da casa comunicou-me que no Orkut já havia fotos de alguns locais da instituição, como dormitórios e área de “recreação”, além de fotos de alguns internos.

cavalo”, vestia uma bermuda de “surfista”, uma camiseta e usava chinelos havaianos. Tratando-me por “irmã”, o jovem sentou ao meu lado e iniciamos uma conversa informal a respeito da Instituição e da sua vida.

Em alguns minutos, ele relatou parte da sua trajetória com as drogas e falou da sua conversão sem se esquecer de mostrar em seu corpo as marcas do “mundo”. Já tinha assaltado várias vezes, já tinha levado três tiros, estando estes registrados nas cicatrizes em seu corpo. Também já tinha sido preso.

A minha trajetória nas drogas não foi diferente de nenhum outro dependente porque normalmente só mudam os personagens. Eu fui dependente químico durante nove anos, comecei a usar drogas aos doze anos de idade em uma festa de aniversário por curiosidade e por causa das amizades ao qual eu já tinha naquela época, no bairro também, que eu morava na periferia de Salvador. E, ao longo dos anos, eu tive experiências com muitas drogas: maconha, bebida, cigarro, conheci a cocaína e, por último, o *crack*, o qual me levou para o fundo do poço. O meu fundo de poço, todo viciado tem um, foi quando abandonei a faculdade devido o *crack* ter tomado o meu tempo, eu me envolvi com más amizades onde eu comecei a praticar diversos assaltos, roubando constantemente em Salvador. Em um desses assaltos, eu perdi dois colegas e fui alvejado. Peguei dois anos e oito meses de pena e cumpri nove meses e doze dias e estou aqui hoje para a glória de Deus.

Na fala do jovem, percebi que para ele não havia a idéia do vício de drogas como uma doença incurável porque, segundo sua crença, todos os desejos “mundanos” cessam a partir do encontro com Jesus. Admitir que ainda é dependente químico seria a negação do poder de transformação e de cura da religião à qual se converteu.

O jovem relatou como conheceu a instituição da qual hoje é diretor:

Foi dentro de um ônibus. Entrei, inclusive tinha saído da cadeia tinha bem uns cinco dias. E continuei usando droga e fui praticar outro assalto [...] Creio que Deus me deu um livramento, deu livramento àquelas pessoas que estavam no ônibus, colocou esses anjos de luz lá dentro. Eles entraram e eu estava só esperando uma oportunidade que eu achasse certa. É todo o momento, você está ali e tal, e aquela adrenalina. Eles entraram e começaram a falar do projeto e aí comecei a chorar e tal e já não sentia mais o desejo de roubar o coletivo, nem de usar drogas, me tomou aquelas palavras e dali já fui fazer o contato para me internar, naquele momento eu vi que era um chamado de Deus na minha vida.

Para o jovem diretor, a instituição tem uma missão, que é transformar vidas não através do corpo, mas através do espírito, “porque é ausência de Deus no coração que faz uma pessoa procurar as drogas”. Os alunos da CTR, ao contrário da Clínica de Recuperação, não se reconhecem como doentes, mas como pecadores que estavam perdidos no mundo e agora estão buscando a salvação e o “caminho da glória do senhor”.

O diretor salienta, ainda, que a Instituição foi fundada “para libertar pessoas”.

A Instituição [...] nasceu na cidade de São Paulo há dez anos atrás, onde o nosso pastor presidente, que é o Pastor Marcos... (o sobrenome do Pastor é o nome da Instituição), idealizador dessa obra, teve o seu filho dependente químico e ele teve condições de bancar o tratamento para seu filho ao qual hoje se libertou das drogas. Então ele sentiu no coração a vontade de ajudar outras pessoas, inclusive amigos de seu filho que não tinham condições de bancar um tratamento que era muito caro. Então ele adquiriu experiência através da Casa de Recuperação na qual seu filho se tratou, que era uma casa evangélica e diante disso ele começou a ajudar os amigos dos filhos e os amigos dos amigos dos filhos ao qual hoje temos oito casas de recuperação espalhadas pelo Brasil num trabalho realizado já há dez anos.

A rotina da “casa” inicia-se às 04:00h para os alunos que já estão na segunda fase do tratamento e 06:00h para os que ainda estão no período de “desintoxicação” (iniciantes), cujo processo dura o tempo que for necessário para a adequação do jovem às normas da casa (segundo informação dos próprios alunos, em torno de 15 dias). A adequação inclui os horários para acordar, horários para os cultos e horários para o trabalho feito internamente. É a repartição da vida em horários, como lembra Foucault (2009), “sob uma vigilância ininterrupta: cada instante do dia é destinado a alguma coisa, prescreve-se um tipo de atividade e implica obrigações e proibições (FOUCAULT, 2009, p.120).

São duas fases o tratamento. A primeira fase é desintoxicação e a segunda fase é de reintegrar. O interno da primeira fase acorda seis horas da manhã, temos um culto de seis às sete, onde nós entregamos o primeiro minuto para Deus para que Deus possa estar abençoando o dia. Então eles passam por esse culto, depois tem o café da manhã e aí eles vão para as atividades da casa, limpeza, manutenção, isso vai até normalmente até o meio dia, até manter a casa toda asseada, meio dia tem outro culto, aí eles vão almoçar e descansar. Duas horas da tarde eles voltam às atividades de novo, aí vão fazer outras terapias, embalar caneta para o pessoal que sai, que são o material que vocês adquirem dentro dos coletivos, até quatro e meia da tarde, cinco horas é feito outro culto. Nós fazemos uma escolinha,

um estudo bíblico com eles, depois é servido um lanche e aí eles são liberados para um lazer e a noite tem outro culto, é servido o jantar e eles vão dormir. O pessoal da segunda fase, a única diferença é que eles não ficam na casa e acordam mais cedo, eles acordam às quatro e meia da manhã (Diretor).

O conceito goffmaniano de “profanação do eu” tornou-se aparente para mim durante todos os momentos em que estive em campo na CTR. O processo de admissão do dependente químico na instituição “leva a outros processos de perda e mortificação” (GOFFMAN, 2001, p.25): O “aluno” é enviado para outro Estado¹⁰⁶ e aí é despojado de qualquer bem que o ligue aos seus sentimentos e emoções: a obrigatoriedade dos quatro cultos diários, a exposição da sua figura durante o trabalho nos ônibus contando e recontando a sua trajetória com as droga e a sua entrega a Jesus, a música com letras religiosas que ouve obrigatoriamente durante o decorrer das suas atividades no interior da “casa”, o dia marcado para comunicar-se com a família¹⁰⁷ e a tensão constante ante o olhar do diretor ou do coordenador da “casa” são alguns exemplos desses processos.

Os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação da sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato (GOFFMAN, 2001, p. 42).

A aproximação com a instituição e com seus dirigentes, em Fortaleza, foi lenta e gradativa, as primeiras conversas foram informais, mas durante os dois meses em que frequentei a “casa” foi possível desenvolver alguns vínculos de confiança que permitiram, por exemplo, minha participação em uma entrevista para a admissão de um dependente químico na Instituição. Parte do diálogo entre o futuro interno e o coordenador da “casa”, além das exigências impostas, as questões

¹⁰⁶ Os dependentes químicos do Ceará que entram para a instituição são enviados para a “casa” de Salvador e os de Salvador enviados para a “casa” de Fortaleza, devido à maior proximidade geográfica entre os dois Estados, mas pode haver envio para outro Estado se a “casa” de Salvador não oferecer vagas. A regra é afastar o interno de seu Estado de origem.

¹⁰⁷ Os alunos só podem receber ou fazer ligação telefônica aos domingos.

financeiras discutidas e a relação de documentos exigidos foram registrados em meu diário de campo, já que não foi autorizada a gravação da entrevista.

Despesa de: R\$ 450,00. R\$ 400,00 em um depósito feito na conta bancária que centraliza as doações em todo o país e R\$ 50,00 doados à instituição de origem, no caso, Fortaleza.

- **Uma Bíblia Evangélica**
- **2 fotos 3x4.**
- **1 cópia da carteira de Identidade do responsável e 1 cópia da carteira de identidade do possível interno.**
- **1 envelope amarelo.**
- **1 cartão telefônico de 40 unidades.**
- **2 cópias de comprovante de residência.**

A entrevista inicia-se com uma fala do Coordenador para o Jovem: “só existe uma escapatória para você largar o vício, Jesus Cristo”. O jovem tem 27 anos e manifestou vontade de parar de usar álcool e *crack*. A internação seria consequência imediata de algumas tentativas frustradas de “largar o vício”.

O Coordenador chamou a mãe do rapaz, que estava na recepção aguardando, e discorreu para os dois, mãe e filho, sobre alguns dos propósitos da instituição:

Olhe, só ajudamos a quem quer deixar o vício. O tratamento na instituição é para pessoas cansadas de sofrer. Aqui tem que trabalhar porque o trabalho edifica o homem e molda o caráter: lava banheiro, capina, vende os kits e arruma a casa [...] o tempo de internação é de nove meses, porque significa o renascimento. Você vai para a casa de Salvador, porque a idéia é afastar você dos falsos amigos e do ambiente do vício¹⁰⁸.

Após a fala do funcionário houve uma “tentativa” de estabelecer um diálogo sobre o tempo de internação, por parte do jovem, que julgava ser o período de nove meses um tempo excessivo para ficar afastado da família. Sobre sua colocação, o Coordenador respondeu de pronto: “são nove meses e acabou, é regra da casa, não tem o que discutir”. A família despediu-se com a indicação de retorno para dar

¹⁰⁸ A compra da passagem, que pode ser aérea ou terrestre, é também de responsabilidade da família. Na cidade para qual for encaminhado, haverá um representante da instituição para esperar o futuro “aluno”.

encaminhamento à ida do jovem para Salvador. Fui informada, duas semanas depois, a internação não aconteceu.

O internamento de um drogadependente na instituição é baseado na decisão individual de recuperação, mas o tempo de permanência na casa é previamente estipulado em nove meses, quando só então o dependente está apto a retornar à sua cidade e à sua família. Esse tempo pré-determinado não inibe a frequência de abandono do tratamento, que é maior do que a de permanência prolongada na casa. Para o Coordenador, ele mesmo um ex-aluno que construiu uma trajetória profissional e religiosa dentro da instituição, a partir de funções diferenciadas, os nove meses de internação têm a simbologia do renascimento.

Bom, o tratamento em si, eu creio é para o resto da vida, mas a Instituição... ela tem um tempo que é de nove meses porque é o período da gestação, então na verdade eles vão estar nascendo novamente, vão estar tendo uma nova oportunidade de vida e é o tempo estabelecido. Mas aqueles que terminam o tratamento, como eu, muitas vezes criam um sentimento pelo ministério, pela obra, às vezes não tem mais família, é abandonado ou alguma coisa desse tipo e mudou a vida de verdade e que quer se tornar um colaborador, aí ele continua na obra, eu me doe (Coordenador da Instituição, 27 anos, originário da cidade de Salvador).

A dinâmica terapêutica da CT, como já vimos, é pautada na conversão religiosa e no trabalho utilizados de forma coercitiva com utilidade moral e econômica. A oração é outro instrumento terapêutico e, ao chegar à casa, o aluno iniciante trará em seus pertences a bíblia evangélica na qual buscará “conforto nos momentos de solidão e saudade da família”, além de utilizá-la nos quatro cultos de que participará durante o decorrer de todos os dias do seu internamento.

O caráter terapêutico ideológico presente nas CTRs explicita uma ação sustentada no fornecimento do discurso explicativo que aponta uma saída eficaz da condição de dor e sofrimento – a conversão religiosa (GARCIA e SILVA, 2004, p.243).

A religião professada pelos jovens (católica, espírita, umbandista ou outras) ou a ausência de uma crença religiosa é um fator que deve ser imediatamente abolido pelo dependente químico ao se tornar um aluno da instituição quando, a partir de então, deve proceder como um “convertido” à religião protestante,

transformando seu vício em instrumento religioso para acessar um mundo virtuoso onde deus e o demônio estão bem delimitados em um “bem” que recupera e um “mal” que destrói.

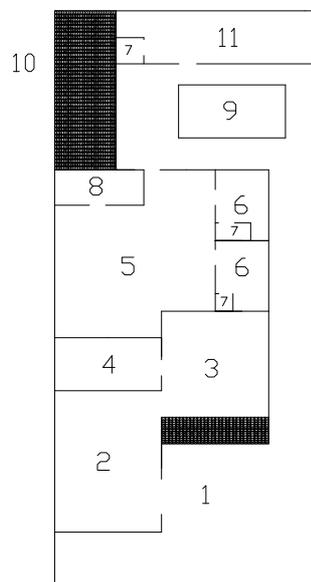
[...] olha irmã, para ser sincero mesmo é porque a Bíblia também fala que aquele que está de pé acautele-se para que não caia. A gente aqui vive baseado na Palavra do Senhor, a gente não pode dizer uma coisa, afirmar sem crer na convicção, a gente sabe que se sair daqui e se afastar de Deus por um centímetro que seja a gente volta para o mesmo buraco. Tem que sair daqui na convicção que Deus está na nossa vida e seguir a Jesus lá fora, ter uma vida com Cristo, não pode nunca se afastar de Deus. O dependente químico nunca pode se afastar de Deus, eu me sinto seguro sim. Eu me sinto seguro, hoje eu me sinto seguro porque a presença de Deus na minha vida é muito grande (Antonio, 25 anos, já terminou o tratamento, mas permanece na instituição “a serviço do Senhor”).

Durante o meu tempo de pesquisa na instituição, mencionei informalmente, algumas vezes, a questão da crise de abstinência presumida, levando em consideração que, majoritariamente, os internos da casa são dependentes de *crack*, como pude comprovar nas entrevistas realizadas. O diretor da instituição apresentou respostas diferentes em todas as ocasiões como: “Há muito respeito dos alunos por mim, então eles se comportam, eles me chamam até de pai”, “isso não existe aqui, nada que quatro cultos diários não resolva”, “quando a crise é muito grave, levamos para o IJF, aí eles dão um remédio”, e, no momento da entrevista gravada, diante do mesmo questionamento, o diretor assim se pronunciou

Lidamos como isso através de cultos, através de orações, através de pregações, nós não tratamos na base de medicamento algum tá? É um tratamento espiritual que a Instituição faz. Então levamos a eles o amor de Deus, o amor dos próprios irmãos e até mesmo de sua própria família que muitas vezes eles, por estarem envolvidos nas drogas, acham que a família já cansou e acabam abandonando. Então eles vêm se tratar e por estarem longe, eles já voltam com um sentimento, a saudade [...] Então quando eles estão longe se tratando, buscando a Deus, ele começa a adquirir tudo que ele tinha perdido, o sentimento da família e a responsabilidade.

Figura 5: Disposição física da casa

- 1 - área de circulação**
- 2 - templo**
- 3 - sala com 2 sofás, televisão e DVD.**
- 4 - sala do diretor**
- 5 - cozinha e sala jantar**
- 6 - quartos**
- 7 - banheiros**
- 8 - dispensa**
- 9 - piscina**
- 10 - deck**
- 11 - quarto dos “iniciantes”**



O croqui acima mostra a localização do quarto dos iniciantes, que se encontra instalado em um espaço fora do restante do prédio. Separados dos alunos mais antigos na casa no momento de dormir e também durante a “terapia” pelo trabalho, enquanto os mais antigos estão nos coletivos vendendo os “kits”, os dois grupos só se relacionam mais proximamente nas refeições, nos cultos e no poucos momentos de lazer que lhes são permitidos.

Na instituição, só dois programas de televisão são permitidos: o Jornal Nacional e o Globo Esporte. Quanto à música, somente música “gospel” pode ser ouvida. Essa, inclusive, toca ininterruptamente durante os momentos de trabalho interno. Aos domingos, os alunos podem jogar bola em um campo anexo à instituição e lhes é permitido contato telefônico com seus familiares, como na CR, sob a supervisão de um dos dirigentes da casa.

4. 2. Clínica de Recuperação – CR

A dependência química é causada por uma degeneração das emoções.

(Terapeuta Conselheira da clínica).

A clínica também está sujeita à regulação da ANVISA, é uma instituição fechada e está voltada para um público que detém maior poder aquisitivo e opera com o mesmo propósito da CTR: “recuperar” dependentes químicos e, para isso, utiliza-se de terapêuticas ditas científicas. De acordo com a legislação, tem como seu dirigente um profissional da área de saúde, além de contar também com uma equipe de “especialistas” em dependência química. Seu aparato terapêutico dispõe de recursos próprios da medicina e da psicologia: medicação e terapias, sem descartar o “reforço” de grupos de ajuda mútua como o NA.

No período em que realizei minha pesquisa na clínica de recuperação, o número de internos estava constantemente variando e essa variação, segundo informações dos profissionais, é sempre em torno de 30 residentes, em sua grande maioria do sexo masculino e viciados em *crack*. O alcoolismo também está muito presente entre os internos, mas como me afirmaram alguns profissionais da instituição, os que procuram tratamento para essa “doença” encontram-se em uma faixa etária que ultrapassa os 40 anos.

O mercado das clínicas de recuperação é restrito em Fortaleza, e a clínica objeto do meu estudo desponta como a mais “conceituada”, sendo procurada por famílias com alto poder aquisitivo. Recebe um público “seleto” porque, segundo entendimento dos usuários, dispensa aos internos um tratamento pautado em ações multidisciplinares: médicos, psicólogos, terapeutas etc., sem prescindir de um discurso moral através das terapias que se propõem trabalhar os “defeitos de caráter do interno”¹⁰⁹ e também o “lado espiritual” presente na filosofia do NA. Ao mesmo tempo em que o adicto é instigado a se perceber como doente e portador de uma doença incurável e progressiva, há a exigência de um enfrentamento em relação às

¹⁰⁹ O discurso que enfatiza os “defeitos de caráter” como características presentes na personalidade dos dependentes químicos, como já vimos, é oriundo do **sexto passo** do NA e é incorporado à dinâmica terapêutica da clínica.

características de sua personalidade, tendo em vista lidar com os sentimentos, especialmente, aqueles percebidos como negativos: a raiva, por exemplo. O que pude perceber é que os jovens desenvolvem um discurso dirigido pelas regras de um sistema doutrinário, as falas são essencialmente institucionalizadas e o que isso sugere é o desenvolvimento de um sentimento de culpa que precisa estar o tempo todo sendo revisitado.

O grupo tarefa é um trabalho terapêutico que elas passam as tarefas para nós, tipo para que nós possamos nos identificar com relação a defeito de caráter, certo? Com relação a sentimentos, sentimentos reprimidos [...] e vários fatores, tudo com relação à adicção, tudo em relação aos fatores que a adicção vem apresentar, não é? O fundamental mesmo é o defeito de caráter que nos leva a essa coisa do uso, não é? (Francisco, 27 anos, 9ª internação).

Eu identifiquei meus defeitos de caráter, por exemplo, a raiva foi um defeito de caráter fundamental que estava me levando à recaída, mas têm muitos outros, são duzentos e tantos, e entre eles os principais aqui eu vou conseguir reformular. Agora os outros eu tenho que trabalhar eles diariamente lá fora (Frederico, 29 anos, 2ª internação, já foi preso por tráfico).

Para a terapeuta conselheira, os defeitos de caráter são os “desvios de personalidades” que afloram com a dependência.

Se ele tem a índole de ser uma boa pessoa, a dependência química não vai fazer com que ele seja uma pessoa má. Se ele tem uma índole de uma pessoa má, com a dependência química aquilo ali vai fazer mais aflorar aquele defeito que ele tem.

Figura 6: refeitório e dormitório



As fotos acima foram retiradas do site da instituição e retratam com exatidão alguns dos espaços visitados por mim no transcorrer das visitas à clínica.

A Clínica está situada na periferia de Fortaleza. É uma franquia cuja sede encontra-se em Portugal e foi construída em um sítio com 10.000m² cercados por muros altos que não possibilitam qualquer observação do lado de fora da instituição.

Ao chegar ao portão principal e, em seguida, tocar a campainha ou a buzina do carro, o visitante é recebido por um funcionário que lhe abre o portão e, ao atravessá-lo, tem que imediatamente estacionar e descer do carro, sem portar bolsa, celular ou outros objetos. Aqui, também, os dependentes químicos internados são vistos como ameaça.

São dependentes químicos e podem querer seu celular, sob as mais diversas desculpas, aí o traficante vem jogar droga por cima do muro (Fala da funcionária que me recebeu na 1ª visita à instituição).

Ao lado do grande portão de entrada, está instalado o prédio da administração. Uma casa com pequenas salas confortáveis onde se desenvolve o trabalho dos funcionários, onde há consultório e uma sala de espera para os visitantes e também para os residentes que aguardam atendimento médico ou a resolução de alguma pendência burocrática, além de ser o local de uso do telefone pelos residentes, momento sempre compartilhado com um funcionário da clínica. É nesse espaço que tem sido feito o meu contato com a psicóloga-chefe e com alguns terapeutas, e é o local de onde também podem observar as minhas conversas com os jovens, que normalmente acontecem em um banco de madeira embaixo de uma árvore localizada em frente ao prédio.

Do portão de entrada, pode-se visualizar as outras pequenas edificações onde se localizam: refeitório, dormitórios, banheiros e os espaços para práticas de atividades esportivas. Há uma casa edificada no centro do terreno, com varanda e que abriga dois dormitórios, um salão e o posto de enfermagem onde se estalam os recém-chegados porque, segundo a enfermeira que me acompanhou em uma caminhada pela clínica, “eles precisam de um acompanhamento” mais próximo. Há, nesse acompanhamento, a constante vigilância em função da “temida” e “certa” crise

de abstinência. “Sabe como é, né? Quando bate a vontade eles ficam incontroláveis”¹¹⁰.

Na enfermaria também se encontram armários com alguns pertences pessoais de cada residente, como barbeadores. Depois dos primeiros dias (que são variáveis), o residente é transferido para outro alojamento e, a partir de então, ficará em constante rodízio de alojamento. A prática, segundo a enfermeira, visa “estimular” a socialização dos internos.

As terapias em grupo acontecem embaixo das árvores. Do meu local de entrevistas é possível ver pequenos grupos reunidos.

Outro elemento presente no tratamento é a medicamentação: alguns dos internos tomam vários medicamentos diariamente (remédio para dormir, antipsicótico e antidepressivo, entre outros) e essa carga de remédios acaba provocando neles dificuldade para articular idéias e para desenvolver um diálogo. Nas entrevistas suas falas se tornam repetitivas e percebo, inclusive, dificuldades de locomoção, mesmo preconizando em seu *site* o não uso de medicamentos.

[...] utiliza uma abordagem humanística, não medicamentosa, baseada nos Doze Passos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos e na Psicologia Arquetípica de C. G. Jung e James Hillman. (<http://www.vilaserena.com.br/fortaleza/>. Acesso em 13/05/2009).

Eu tomo vários remédios por dia: antidepressivo, antiansiolítico, eu tomo remédios indutores do sono, eu tomo calmante [...], são quatro calmantes, mais quatro antidepressivos, dois calmantes a mais, se necessário, mais três ansiolíticos e um indutor de sono à noite (Fernanda, 26 anos em sua 3ª internação).

O cotidiano da instituição traz para o debate categorias teóricas foucaultianas que se referem ao cerceamento do corpo e da alma do indivíduo: “tecnologias de controle do corpo e da alma” (FOUCAULT, 2003, p.1996). As “tecnologias de controle do corpo” estão presentes na materialidade da instituição (muros, portões) e na medicamentação que transforma o jovem ansioso, angustiado, “panicado”,

¹¹⁰ De acordo com um ex-interno da clínica, que presenciou algumas “crises de abstinência”, quando isso acontece à noite a contenção é feita pelos “companheiros”, até que a enfermeira providencie uma injeção para acalmá-lo.

sempre em busca da próxima “lombra”¹¹¹, em um indivíduo dócil, mas nem por isso menos “lombrado”.

As “tecnologias de controle da alma” referem-se aos saberes que nasceram da “observação dos indivíduos, da sua classificação, do registro e da análise dos seus comportamentos, da sua comparação, etc” (FOUCAULT, 2003. p.121). Entre esses saberes estão a psiquiatria, a psicologia, entre outros. No caso da clínica, o controle da alma se exerce nos grupos terapêuticos, nos quais os indivíduos são instados a definirem a si próprios como doentes, a confessarem seus “defeitos de caráter”, a proibição de relacionamentos afetivos no interior da clínica etc.

Nós temos duas conselheiras, duas psicólogas formadas, duas excelentes profissionais e nas quais eu confio demais. Elas são muito talentosas e acreditam em cada um de nós. Tudo tem que ser levado muito a sério, veja o meu caso, porque eu cansei da minha vida de droga, não tenho mais saco pra aquecer a droga. Eu dou graças a Deus que eu parei na cocaína (Felipe, 27 anos, 1ª internação).

Na Clínica de Recuperação, como na CTR, as atividades estão sujeitas a horários não tão rígidos como na segunda instituição, mas há uma programação diária pré-estipulada. O residente não é obrigado a participar de todas as atividades. Em contrapartida, é oferecido como incentivo à participação um sistema de bônus: quanto mais participação o residente tiver nos grupos sugeridos pela equipe, mais direitos ele conquista, principalmente no que diz respeito a telefonemas.

O meu dia é o seguinte, como o meu e todos; a gente acorda, tem um sino, 7 horas da manhã, 7:30 o sino bate novamente, tem o café da manhã. As pessoas que acordam mais cedo tem liberdade pra fazer uma atividade esportiva, a gente tem espaço para correr, tem a piscina para nadar, tem o campo de futebol para jogar bola. 8:30 existe a meditação, onde todos estão com um livro que a clinica tem que se chama 24 horas, para cada dia do ano tem um pensamento para meditar, depois da meditação tem o GT (grupo de trabalho), aí é feito em cima de cada interno, das necessidades dele. Mas para mim o mais importante é o grupo de sentimento que é quando a gente trabalha todos os sentimentos que a gente não consegue resolver (Felipe, 27 anos, 1ª internação).

De acordo com a Psicóloga entrevistada, saber lidar com os sentimentos é um passo fundamental na recuperação do adicto. Para a profissional, “todo” viciado

¹¹¹ Estado de torpor ocasionado pela droga. Esse termo é muito utilizado pelos usuários de maconha.

é imaturo emocionalmente e a identificação dos sentimentos que o angustiam pode ser relevante na “recuperação” e também na prevenção da recaída.

Para compor o quadro de funcionários da CR que trabalham diretamente com os residentes (psicólogas conselheiras, enfermeiras¹¹²), é exigido da candidata que tenha alguma experiência profissional com dependência química ou ter tido experiência com um adicto familiar próximo. É através dessas experiências que ela vai desenvolver ATC – atenção terna e carinhosa, informa a psicóloga.

4. 3. Hospital de Psiquiatria - HP

O HP no qual realizei parte da minha pesquisa faz parte de um “complexo” voltado para o atendimento a pacientes com transtornos mentais. É particular e conveniado com o Sistema Único de Saúde – SUS e não atende convênios ou seguros saúde. O “complexo” inclui um posto de emergência e de triagem¹¹³, um hospital-dia, um hospital para internação e um ambulatório, que atende seguros de saúde e consultas particulares a “preços populares”.

Na primeira visita ao hospital, fui recebida por uma das psicólogas da instituição, filha do proprietário, um médico psiquiatra com reconhecida trajetória profissional em Fortaleza e que defende o tratamento para dependência química em instituição fechada como a forma mais eficaz de recuperação. Para o médico, a “internação deve ser a mais prolongada possível, cerca de um ano, período em que o neurônio cerebral responsável por desencadear o prazer ocasionado pela droga necessita para aprender a viver sem a substância”.

Mesmo reconhecendo a internação como meio eficaz no trato da dependência química, o psiquiatra é contrário à internação de adictos em hospital de psiquiatria por reconhecer não ser o ambiente favorável para o trato dessa patologia, que

¹¹² Na CR não há funcionários do sexo masculino, com exceção do jardineiro.

¹¹³ O posto de emergência funciona 24 horas, incluindo sábados e domingo e, no caso da necessidade de internação o paciente é enviado para qualquer hospital psiquiátrico da cidade que dispor de vaga (central de leitos dos SUS). O referido local de atendimento se localiza a alguns quarteirões do hospital de internação e do ambulatório. No andar de cima do posto está instalado o hospital-dia que funciona de segunda à sexta-feira.

também é considerada um transtorno mental, mas que, segundo o médico, tem vários componentes comportamentais¹¹⁴. “É necessário que as autoridades entendam que não se trata transtorno mental com ideologia”. “Quando se ideologiza uma atividade científica, a coisa fica muita perigosa”, afirma o médico.

Após as apresentações formais e algumas conversas iniciais, foi designado um terapeuta para me acompanhar no transcorrer das minhas observações no interior do HP e para me fazer chegar até os dependentes químicos. Quando fiz as primeiras observações nesse campo, o hospital contava com 57 pacientes internados, e desses, dez eram dependentes químicos: nove do sexo masculino e um do sexo feminino.

O ambulatório é ligado por corredores, portas e grades - em intrincados caminhos que nos remete a um labirinto - com o prédio onde funciona o hospital. Cada corredor percorrido é uma porta ou uma grade que se abre, para se fechar logo em seguida à passagem de um membro da equipe ou à passagem do visitante. Ao final desse labirinto, surge uma quadra de esportes descoberta e de onde se pode vislumbrar um ambiente manicomial já incorporado no nosso imaginário e tão bem retratado no filme *Bicho de Sete Cabeças*¹¹⁵, com loucos “crônicos” medicamentalizados que caminham incessantemente vindos de lugar nenhum e se dirigindo a nenhum lugar, com gestos desconexos e balbucios incessantes.

A alienação e a demência são visíveis nos gestos, nas falas e no olhar daqueles indivíduos “perambulantes” que sempre esbarram nos limites físicos que caracterizam as instituições totais. O que ficou evidente à minha observação é algo de inumano que está presente naqueles indivíduos, é uma visão que “transgride a idéia habitual de humano” (LE BRETON, 2007, p. 76).

Durante alguns segundos me senti aturdida, experimentando emoções confusas e, por que não dizer, certo receio, para logo em seguida, perceber que se formou um “corredor polonês” por onde precisei atravessar, com os internos curiosos com a minha presença, me olhando, alguns me tocaram e outros perguntavam: é médica, é médica? O terapeuta procurava afastá-los sem muito sucesso, mas me

¹¹⁴ Segundo o psiquiatra a internação de dependentes químicos em hospital de psiquiatria tem facilitado o uso de drogas entre portadores de outras patologias psíquicas. No momento da visita amigos ou até de traficantes, têm levado maconha e *crack* para os adictos e essas drogas muitas vezes, são socializadas internamente.

¹¹⁵ O filme brasileiro **Bicho de sete cabeças**, lançado em 2000, foi dirigido por Laís Bodanzky e baseia-se no livro autobiográfico *Cantos dos Malditos* de Austregésilo Carrano Bueno.

garantiu de pronto: “não se preocupe, estão medicamentalizados e não oferecem perigo”.

No meio a esse turbilhão de rostos e falas, avistei um interno que despertou minha curiosidade, parei e perguntei: Quantos anos você tem? A resposta, 14 anos, o que me instigou a continuar: - Por que você está aqui? - Porque uso drogas. - Quem lhe trouxe para cá? - Meu pai, mas eu quis vir.

Momentos depois, instalada no posto de enfermagem e separada por uma grade daquela massa de “loucos”, o garoto¹¹⁶ com o qual havia falado e a quem chamarei de Thiago foi trazido à minha presença para que conversássemos. O terapeuta e o próprio interno autorizaram a gravação do que se tornou uma “curta” entrevista devido à dificuldade na fala do jovem e na sua limitação para articular as respostas que percebi como sendo muito mais uma questão cognitiva do que efeito da medicação. Além disso, seu olhar voltado para baixo constantemente e as pernas que balançavam sem parar, sob a mesa, sugeriam um momento desconfortável para o jovem, momento que procurei encerrar com rapidez. O diálogo foi pautado em perguntas curtas e respostas mais curtas ainda.

Thiago parou de estudar na 8ª série, segundo seu relato, por causa do uso de droga (*crack*). O adolescente faz planos para quando sair do hospital que inclui: ir para a igreja, estudar, trabalhar, morar no interior com a família que está de mudança para outra cidade. “Eu quero sair desse vício maldito”.

Sobre sua relação com a droga, Thiago coloca a responsabilidade do seu uso nos amigos, já que se considera inexperiente e por isso fácil de ser manipulado e induzido:

Comecei com 12 anos por influência de amigos que dizia que era para eu usar, eu bestinha fui e usei, aí me aviciei. Agora tenho vontade de ir para igreja. Todo dia eu leio o meu livrozinho *Testemunha de João*, todo dia eu tô lendo e tô gostando. Eu sou católico, fiz até catecismo, mas saí quando eu tava bem pertinho de fazer a 1ª comunhão.

¹¹⁶ Thiago está fora da faixa etária com a qual me propus trabalhar, mas o encontro com o adolescente naquele ambiente manicomial com adultos portadores de patologias psíquicas diversas trouxe à tona, de forma contundente, a problemática das drogas no contexto da saúde pública, o que nos leva a pensar na necessidade de ações emergenciais e reformadoras das ações até aqui utilizadas.

O jovem também relata como é o seu cotidiano no hospital em busca de “recuperação”: “tomo remédio (três por dia), vou para TO e fico lá pintando coisa e jogo muita sinuca”.

O dia a dia no HP transcorre envolto nessas três ações: tomar remédio (nos horários estipulados, 7h, 14h e 20h, impreterivelmente), fazer bonecos de pano, desenhar e jogar sinuca ou futebol. Nos dias de quarta-feira há o encontro com AA na própria instituição, mas como me informou o terapeuta, os dependentes químicos são renitentes em relação à participação naquele grupo de ajuda mútua.

Diferentemente do Thiago, Paulo, outro interno do HP, credita ao seu pai a responsabilidade pelo seu “começo” com as drogas:

Eu comecei a usar droga porque eu levei uma “pisa” do meu pai, sem nem usar droga. A primeira mesmo foi a cola. Eu vinha chutando uma lata de cola, aí um amigo meu foi dizer pro meu pai que eu tava cheirando, aí eu fui cheirar pra ver como é que era. Eu já tinha apanhado sem cheirar, aí eu resolvi cheirar (29 anos, já passou várias vezes pelo HP).

Paulo, que usa drogas há treze anos, tem atualmente o *crack* como sua droga de preferência, estudou até a 6ª série e tem uma trajetória com o crime que já o levou ao presídio e ao Manicômio Judiciário. O jovem faz uma leitura das suas internações e da sua relação com as drogas, que considera uma relação “para sempre”:

Eu sei que nunca vou parar, vou fumar até morrer, não adianta, eu não consigo, mas às vezes eu tô fazendo besteira demais (roubando, assaltando) que eu mesmo venho me internar. Passo um tempo aqui, meus inimigos esquecem de mim, eu dou um tempo da droga, depois saio. Eles me encaminham para os CAPS, mas pense que coisa besta, eu prefiro dar um tempo aqui, descansar, ficar chapado de remédio e começar de novo.

De acordo com uma psicóloga entrevistada no HP, o hospital não é um espaço terapêutico adequado para a internação de dependentes químicos, pensamento, aliás, compartilhado por médicos e terapeutas, como já tive oportunidade de mencionar:

Eu acho que não é um ambiente adequado para eles. O pessoal da psiquiatria não é qualificado para isso. Criou-se uma lei onde não se pode

recusar dependente químico dentro de hospital psiquiátrico, né? Como o poder público não criou serviços, por exemplo, a gente só tem do Estado o Elo de Vida, né, e temos os CAPS, mas a gente percebe que eles não conseguem atender toda a demanda, então muitos vêm para o hospital psiquiátrico [...] Hoje o dependente químico é estigmatizado dentro do hospital psiquiátrico, o dependente químico é visto como uma pessoa que não quer nada, uma pessoa que não quer se tratar, entendeu? Como um vagabundo, como uma pessoa que cometeu delitos. Inclusive, nem sempre é assim, mas existe um estigma, um preconceito dos profissionais em relação aos dependentes químicos (Psicóloga do HP).

Na fala da profissional prevalece a perspectiva de que o dependente químico, mesmo sendo considerado portador de transtorno mental, é visto diferentemente dos portadores de outros transtornos mentais como os esquizofrênicos, os depressivos, enfim, psicóticos em geral, que por sua vez já são tidos como cidadãos de segunda classe e como “refugo humano” (BAUMAN, 2005, p.12). No que diz respeito aos viciados, há as questões “morais” que se sobressaem sobremaneira e atravessam a “identidade social real”¹¹⁷ destes, já que são, como disse Foucault (2002), indivíduos anormais com condutas anormais.

O “estigma” a que se refere a psicóloga é, como enfatiza Goffman (2008), um atributo profundamente depreciativo, indesejável e que torna o indivíduo estigmatizado, diferente dos outros indivíduos.

Assim deixamos de considerá-lo uma criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (GOFFMAN, 2008, p.12).

Por fim, espero ter esboçado, neste capítulo, os ritos de recomposição identitária associados à carreira moral de jovem drogadicto, as tecnologias de controle do corpo e do eu empregadas nas instituições e as estratégias utilizadas pelos sujeitos para adaptar-se e/ou resistir a esses dispositivos de biopoder. O baixo índice de sucesso dos tratamentos talvez sinalize as pequenas resistências de normatização desses indivíduos, que insistem em práticas que perpetuam a estigmatização do seu eu, e que escondem satisfações incompreensíveis para a

¹¹⁷ Para Goffman (2008, p.12), o indivíduo estigmatizado é, muitas vezes, portador de duas identidades: a social real, que diz respeito aos seus próprios atributos; e a identidade social virtual, que resulta do caráter que lhe imputado.

sociedade (encarnada na família, na equipe médica, na religião etc.), muitas vezes incompreensível para eles próprios, dado que essa satisfação resume-se ao ritual compulsivo de reiteradas tentativas de fuga de uma realidade na qual não encontram lugar para acolher seus anseios, motivo que os faz tentar gozar de uma outra realidade cuja consistência é incessantemente desfeita, porque ilusória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um temperamento meio nervoso, meio bilioso, é o mais favorável às evoluções de uma tal embriaguez; acrescentamos um espírito culto, exercitado nos estudos da forma e da cor; um coração terno fatigado pela infelicidade, mas ainda pronto para o rejuvenescimento; iremos, se quiserdes, admitir até erros antigos e daí deve resultar numa natureza facilmente excitável senão remorsos positivos, pelo menos o pesar do tempo profanado e mal vivido.

(Charles Baudelaire)

Ao pretender “encerrar” esse trabalho, encontro-me diante de uma certeza: ainda há muito para ser pensado, observado e dito sobre dependência química, sobre as formas de abordagem do fenômeno e sobre os sujeitos nele envolvidos. Quando estava escrevendo o 4º capítulo, fui tomada pela necessidade de trazer à tona o sofrimento, a angústia e o medo que perpassam a vida dos meus jovens informantes, até porque retomar os depoimentos sempre me transporta para o momento da entrevista. Ao colocar o ponto final no meu texto fica à interrogação: consegui? Para mim, este é o ponto vital desta pesquisa.

O encerramento dessa dissertação, que academicamente é necessário, não significa um conhecimento abrangente sobre a temática, tendo em vista que as falas dos jovens que, em sua grande maioria, ecoam uníssonas, só me trouxeram dúvidas, interrogações e a previsão de que ainda tenho um logo caminho a percorrer. O que me instiga para o próximo trabalho é poder me aproximar mais do nível da experiência individual, é dar conta das produções subjetivas, o que vai exigir um deslocamento do eixo da minha atenção e do meu interesse pelo institucional, que procura uniformizar vivências e sentimentos.

Discutir dependência química e juventude no contexto contemporâneo significa não perder de vista os discursos que emergem de diversos segmentos da sociedade (científico, familiar, institucional) que colocam o jovem como uma vítima em potencial de uma “praga” sem precedentes, contra a qual tem sido usados vários modelos de antídotos, os quais, pelo que podemos perceber, todos em fase de experimentação e ainda muito distantes de um resultado. Não há fórmula mágica para o sofrimento que transforma o toxicômano em um indivíduo que mergulha em uma rotina de dor e alívio, alívio e dor, na qual o prazer tornou-se negativo, apenas um gesto maquinal e que faz da sua vida um ato de repetições monótonas e em grande parte solitárias.

As nossas sociedades, ainda marcadas pelo cunho disciplinar, procuram criar mecanismos de correção para lidar com a relação ambígua que o próprio Ocidente estabeleceu com as drogas e da qual surgem interesses econômicos imensuráveis circunscritos na distribuição e consumo das substâncias psicoativas.

O jovem contemporâneo, imerso em um presente angustiante e incerto (ruptura familiares, solidão, abandono, amores líquidos, frustrações, desemprego), se debate diante do apelo dos “paraísos artificiais”, procurando uma saída imediata para questões imediatas que causam agonia e inquietações, mas que podem significar o encontro com mais dor, mais rupturas e mais solidão.

Sendo assim, não podemos pensar em dependentes químicos como um grupo homogêneo de doentes, desviantes ou pecadores para os quais sempre haverá uma receita médica, uma lei ou uma oração, mas sim em indivíduos singulares que, a despeito da carreira moral em que suas identidades são recompostas e disciplinadas pelos saberes e tecnologias ditos competentes, de uma maneira própria e individual, vivenciam seu medo existencial e o seu desamparo.

O desejo de “mudança” presente nas falas dos jovens entrevistados explicita culpa, ideal de “normalidade”, arrependimento, valores amparados por discursos políticos, médicos, filosóficos e religiosos e que se propõem a refazer trajetórias de vida tidas como fragmentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, Helena Wendel. *Cenas Juvenis. Punks e Darks no Espetáculo Urbano*. São Paulo: Anpocs/ Scritta, 1994.
- ALMEIDA, Maria da Graça Blaya. *Alcoólicos Anônimos no Divã*. Porto Alegre: Ed. Evangraf, 2008.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- _____. *Saúde mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.
- ACSELRAD, Gilberta. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD, Gilberta (org). *Avessos do prazer*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2000.
- BARREIRA, César (org). *Cultura, narração e identidade*. São Paulo: Terceira Margem, 2000.
- BAUDELAIRE, Charles. *Os paraísos artificiais*. Tradução de José Saramago. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações, 2005.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2005.
- _____. *Comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2003
- _____. *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2005.
- BECKER, Howard S. *Outsiders*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2008.
- _____. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1977.
- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- _____. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- _____. *A psiquiatria como o discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BUENO, Austragésilo Carrano. *O Canto dos Malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.
- BURROUGHS, William S. *Junky*. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações, 2005.
- CAMÂMARA DOS DEPUTADOS. *Comissão especial destinada a acompanhar e*

estudar propostas de políticas públicas para a juventude. Relatório Final. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações. Brasília, 2004.

CARNEIRO, Henrique. *História das drogas e bebida*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2005.

_____. A fabricação do vício. In: XIII ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, (Anpuh-MG), Belo Horizonte, julho de 2002.

CASTANEDA, Carlos. *A erva do diabo: ensinamentos de Don Juan*. Rio de Janeiro: Record, 1968.

CASTORIADIS, Cornelius. *As Encruzilhadas do Labirinto 2: os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CESAROTTO, Oscar. *Um Affair freudiano: os escritos de Freud sob a cocaína*. São Paulo: Ed. Iluminuras, 1989.

CHEMAMA, Roland. Dicionário de Psicanálise. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CINTRA, Assis. *Escândalos de Carlota Joaquina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1934.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. 4.ed. ver. e ampliada, Rio de Janeiro, Xenon Ed., 1989.

COSTALLAT, Benjamim. *Mystérios do Rio*. Rio de Janeiro: Benjamim Costallat e Miccolis Editores, 1924.

CRUZ, Marcelo Santos. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção de cidadania. In: ACSELRAD, Gilberta (org), *Avessos do prazer*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2002.

DE LEON, George. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2008.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DIÓGENES, Glória. *Cartografias da cultura e da violência: gangues, galeras e movimento Hip Hop*. São Paulo: Annablume, 1998.

DURKHEIM, Emile. *As regras elementares da vida religiosa*. Tradução Paulo Neves. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

_____. *O Suicídio*. São Paulo, Martin Claret, 2003

ESCOHOTADO, Antonio. *História elementar das drogas*. Lisboa: Editora Antígona, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2009.

- _____. *Os anormais*. São Paulo: Fontes, 2002.
- _____. *As verdades e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- _____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Fontes, 2006.
- _____. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. In: _____. *Ditos e escritos, volume 5*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- _____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na cultura*. Vol XXI da Edição Standard Brasileira de Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.
- GARCIA, Maria Lucia Teixeira; SILVA, Jacirley de Almeida. *Comunidades Terapêuticas Religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 53, p. 243 – 52, 2004.
- GRAEFF, Frederico. *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. São Paulo: EPU/EDUSP/CNPq, 1984.
- GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.
- _____. *A Transformação da intimidade*. São Paulo: Editora UNESP, 1993.
- _____. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2002.
- GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômio, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- _____. *Estigma*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2008.
- GOMES, Edlaine de Campos; MENEZES, Rachel Aisengart. *Emoções de um antropólogo em campo: a etnografia em questão*. In: 31º ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS – ANPOCS. Outubro de 2007, Caxambu, MG.
- GURFINKEL, Decio. A Droga e A Coisa: Sobre a Delimitação do Conceito de Toxicomania. In: COHEN, Claudio, FERRAZ, Flávio Carvalho, SEGRE, Marco (orgs). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2ª Ed, 2006.
- HENMAN, Anthony Richard. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. In: ZALUAR, Alba (org). *Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

- HOMERO. L'Odisée. Paris: Les Belles Lettres, 1924.
- HUTCHINSON, Harry William. Patterns of marijuana use in Brasil. In: RUBIN, Vera (ed). *Cannabis and Culture*. Den Haag: Moutton, 1975
- HUXLEY, Aldous. *As portas da percepção – O céu e o inferno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1973.
- LAZZARATO, Maurizio. *As revoluções do capitalismo: a política no império*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- LE BRETON, David. *Adeus ao Corpo*. Campinas : Papirus, 2003.
- _____. *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.
- _____. *Antropologia das emoções*. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.
- LÉGER, Daniele Hervieu, *O peregrino e o convertido*. Lisboa: Gradiva, 2005.
- MAGALHÃES, Raul Francisco. *Crítica da razão ébria: reflexões sobre drogas e a ação imoral*. São Paulo: Annablume, 1994.
- MANSUR, Jandira. *O que é toxicomania*. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- MARINHO, Camila Holanda. *Viúvas de Gangues: o universo interdito da violência juvenil*. Dissertação de mestrado do programa de pós graduação da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 2004, 151 fls.
- MELMAN, Charles. *Alcoolismo, delinqüência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999.
- MORAES, Ana Emília Cardoso. *A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma Revisão Bibliográfica*. <www.pesquisando.eean.ufrj.br>. Acesso em: 10 jan 2008.
- MORIN, Edgar. *Cultura de Massas no Século XX. O espírito do tempo I – Neurose*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.
- MOTA, Leonardo de Araújo. *Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química*. Fortaleza, 2008. Tese de doutorado apresentada do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008, 246 fls.
- MONTEIRO, Rita Maria Paiva. *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil em Fortaleza: a distância entre a proposta e a efetivação*. Monografia de graduação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007, 65 fl.

- MURAD, José Elias. *Drogas: o que é preciso saber*. Belo Horizonte: Editora Lê, 1990.
- NARCÓTICOS ANÔNIMOS. *Narcóticos Anônimos* (Livro Azul). Chatsworth, Califórnia: Narcotics Anonymous Word Services, 2006.
- NOVAES, Regina. Os jovens de hoje: contextos, diferenças e trajetórias. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes; EUGENIO, Fernanda (orgs). *Culturas Juvenis*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas, (2004).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Classificação de transtornos mentais da CID10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artmed, 1993
- PAIS, José Machado. *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2003.
- PAIVA, Antonio Cristian Saraiva. *Reservados e invisíveis: o ethos íntimo das parcerias homoeróticas*. Fortaleza. Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará; Campinas. Pontes Editores, 2007.
- PESSOTTI, Isaías. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- POLESEL, Célia. *Benjamim Costallat: jornalismo e literatura na escrita do submundo*. Trabalho apresentado no VII Encontro dos Núcleos de Pesquisa em Comunicação – NP Jornalismo, no XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, realizado em Santos-SP, 2007. Disponível em: <www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/.../R0828-2.pdf>.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – Casa Civil. LEI nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas.
- QUEIROZ, Isabela Saraiva de. *Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas*. Revista de Psicologia, dez. 2001, vol. 21, nº 4, pg. 2-15.
- QUINCY, Thomas de. *Confissões de um comedor de ópio*. Porto Alegre: L&PM, 2007.
- REZENDE, Beatriz (Org.). *Cocaína: Literatura e outros companheiros de ilusão*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.
- RIO, João do. *A alma encantadora das ruas*. São Paulo: Companhia da Letras, 2008.

- ROSEN, George. *Da policia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.
- ROSZAC, Theodore. *A contracultura: reflexões sobre a sociedade tecnocrática e a oposição juvenil*. Petrópolis: Vozes, 1972.
- SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. *Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas*. Revista de Saúde Pública, v. 42, p.265-72, 2008.
- SANTIAGO, Jesus. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 2001.
- SISSA, Giulia. *O prazer e o mal: filosofia da droga*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- STRAUBER, Kátia. Weber e os desafios da juventude e da família contemporânea. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 181-91, maio/ago. 2005.
- SZASZ, Thomas S. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização Psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1977.
- TAKEUTI, Norma Missae. *No outro lado do espelho: a fratura social e as pulsões juvenis*. Rio de Janeiro, Relume Dumará; Natal, RN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002.
- TEIXEIRA, Maria Lina Leão. Só para iniciados: fragmentos articulados/histórias reconstruídas. In: PORDEUS JUNIOR, Ismael; BARREIRA, César (orgs). *Cultura, narração e identidade*. São Paulo: Terceira Margem, 2000.
- VELHO, Gilberto (org). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1974.
- _____. *Nobres e anjos*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- VARGAS, Eduardo Viana. *Uso de drogas: a alter-ação como evento*. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v.49, n. 02, 2006.
- _____. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais ilegais. In: DUARTE, Luiz Fernando; LEAL, Ondina Fachel (orgs) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- WEBER, Max. *Economia e Sociedade*. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; revisão técnica de Gabriel Cohn, 3ª edição, Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1994.
- _____. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2004.

_____. *Metodologia das Ciências Sociais*, parte 1. Tradução de Augustin Wernet. São Paulo, Cortez, 1992.

ZALUAR, Alba. *Integração Perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

SITES CONSULTADOS

AGÊNCIA BRASILEIRA DE INFORMAÇÃO - ABIN. <www.abin.gov.br>

AGÊNCIA BRASIL. <www.agenciabrasil.gov.br>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. www.portal.anvisa.gov.br

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS – CEBRID. <www.cebrid.br>

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE – CONJUVE <<http://www.juventude.gov.br/conselho>>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. <www.ibge.gov.br>

INSTITUTO DE CIDADANIA – IC. <www.institutocidadania.org.br>

MINISTERIO DA SAÚDE. <ms.saude.gov.br/bvs/publicações>

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO - PNAD-IBGE <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/coeficiente_brasil.shtm>

REDE BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS E DIREITOS HUMANOS – REDUC. <www.reduc.org.br>

www.spiner.com.br em 01.05.2008

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. <www.senad.gov.br>.

SECRETARIA NACIONAL DE JUVENTUDE. <www.juventude.gov.br>

VILA SERENA FORTALEZA. (<http://www.vilaserena.com.br/fortaleza/>). Acesso em 13/05/2009).

FILME

BICHO DE SETE CABEÇAS. Baseado no livro auto-biográfico *Canto dos Malditos* de Austregésilo Carrano Bueno. Dirigido por Laís Bodanzky. 2001.

ANEXOS