



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**MAIKA ARNO ROEDER DA SILVA**

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA:  
NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS  
SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA?**

**Florianópolis/SC  
2013**



**MAIKA ARNO ROEDER DA SILVA**

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA:  
NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS  
SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA?**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

**Orientador:** Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira Phd

Florianópolis/SC  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Maika Arno Roeder da

S586c **Comunidade terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica?** / Maika Arno Roeder da Silva; Orientador, **Walter Ferreira de Oliveira**. - Florianópolis, SC, 2013.  
265 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Comunidade Terapêutica. 2. Reforma Sanitária. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Uso e Abuso de Substâncias. 5. Tratamento de Usuários de Substâncias I. **Oliveira, Walter Ferreira de**. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Alimentos. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**“Comunidade Terapêutica: na Mão ou na Contramão das  
Reformas Sanitária e Psiquiátrica”.**

**Maika Arno Roeder da Silva**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Atenção e Reabilitação  
Psicossocial**

---

**Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**

Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

---

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Membro Externo)

---

Profa. Dra. Luzinete Simoes Minella (Membro)

---

Prof. Dra. Fátima Buchele (Membro)



*Dedico esta dissertação a  
todos àqueles que buscam  
alcançar a luz em suas vidas.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade de poder cursar o Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que são as áreas de maior paixão e dedicação de minha vida e desta maneira poder contribuir com a produção de conhecimentos nesta paisagem, por meio desta pesquisa.

Agradeço, também, a todas as pessoas que entraram em minha vida, me inspirando e me iluminando com suas presenças e suas idéias, em especial, a disponibilidade e o acolhimento que recebi de todos os colaboradores desta pesquisa.

Desta maneira, não posso furtar de externar minha gratidão aos companheiros abaixo relacionadas, pelo enorme apoio dispensado a mim para a realização deste estudo.

Ao meu orientador Prof<sup>ª</sup>. Walter Ferreira de Oliveira PhD, médico psiquiatra, Coordenador do primeiro Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Brasil, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, bem como a todos os professores do referido curso, por sua dedicação, além da oportunidade que tive em me deleitar de autores clássicos e atuais por eles trabalhados de forma a nos despertar para a importância de se realizar uma reflexão crítica nos campos da saúde mental e atenção psicossocial em defesa da vida e sob bases mais humanas, realistas e socialmente responsáveis.

Aos meus colegas de Mestrado: pela oportunidade de poder apreender estes campos sob o olhar de vocês que trabalham e pesquisam temas de tamanha relevância e complexidade lutando pelos Direitos Humanos daqueles que se encontram em sofrimento psíquico; pelo apoio nas horas de desafio; e pela paciência que tiveram comigo, em função das inúmeras intervenções a que me autorizaram a fazer durante as aulas, de forma a buscar uma interlocução que me permitisse alcançar meus objetivos neste curso. Além do mais, a possibilidade de podermos juntos, pensar na construção de nossos projetos de pesquisa me despertou o sentimento de que todos vocês se fazem aqui representados por meio de suas idéias e mesmo que aja certa divergência entre nossas impressões e pontos de vista, tenho certeza que estas linhas carregam um pouco de "todos nós". Tenho convicção, também, que nossos

encontros nesta jornada da vida, para além de ter um sentido acadêmico e de aprendizado despertou-me o sentimento de muita amizade, admiração, respeito e cumplicidade. Foi muito bom conhecer vocês!

Agradeço de todo o coração a todas as Comunidades Terapêuticas que abriram suas portas para a realização deste estudo, a todos os profissionais, dirigentes, residentes, egressos, pessoas que encontrei no meu percurso etnográfico e demais interlocutores desta pesquisa por não somente se dispuserem a contribuir para a minha inserção em campo como me acolheram e partilharam das suas experiências e das suas histórias de vida, de forma a ampliar o conhecimento neste campo.

À Raquel Ribeiro Bittencourt, diretora da Vigilância Sanitária de SC; Moisés Izidro Coelho, gerente de Estabelecimentos de Saúde e de Interesse da Saúde, onde trabalho, a as companheiras de jornada: Creivandete London Pires, Helena Cristina Oliveira Rosa, Margari de Lurdez Costello Notholt, Ana Paula de Almeida e demais colegas da Saúde, pela compreensão da importância de me apoiarem neste percurso.

Em especial minhas saudades a Branca Leitão Leite pelos anos de convivência e aprendizado. Tenho certeza que o lugar onde você se encontra está mais alegre com sua presença.

Aos meus filhos Ricardo e Felipe por todo amor e alegrias que tenho recebido. Às minhas queridas "norinhas" Nina, e Juliane que já fazem parte de minha família.

Ao meu marido Ronaldo, meu companheiro de jornada, por compreender que mesmo depois de ter cursado um Doutorado e dois Mestrados precisava ousar a vivenciar, novamente, coisas que aprecio fazer em minha vida: estudar, pesquisar, militar e compartilhar das minhas idéias para à Saúde Mental, no meio acadêmico, neste caso voltado para o âmbito profissional.

À tia Eva, por toda admiração à minhas obras e a toda minha família das Terras Fluminenses.

A meus pais, irmãos e sobrinhos, pelos laços de amor que nos une apesar da distância.

Aos meus amigos Marilda e Zeno, por todo amor e dedicação à nossa família.

À Neusa, por zelar pelo meu lar quando estou ausente.

A todos os meus colegas, que trabalham com a Saúde Mental e com a Atenção Psicossocial e compartilham comigo deste campo de conhecimento, nestes quase trinta anos que transito nesta paisagem.

A todos sou intensamente grata!

SILVA, Maika Arno Roeder da. **Comunidade terapêutica**: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica?. 2013. 265f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

**Orientador:** Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Phd.

## RESUMO

Esta pesquisa explorou, utilizando uma abordagem etnográfica e uma perspectiva fenomenológico-hermenêutica, significados da Comunidade Terapêutica (CT) para residentes de seis Comunidades Terapêuticas no Estado de Santa Catarina. Buscou uma reflexão crítica sobre a complexidade do funcionamento e das ações destes serviços, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, e compreender como os residentes interpretam este modelo de tratamento de usuários de substâncias. As teorias, modelos e métodos da CT, assim como os costumes, os ritos, as normas e formas de organização e interação entre seus membros também constituíram objeto de análise. Ao se constituir o conhecimento a partir da singularidade dos sujeitos a pesquisa dialogou com a lógica das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. A abordagem etnográfica contribuiu para localizar discursos e compreender a atribuição de significados bem como as formas como os profissionais estão respondendo às necessidades destes usuários. Foram empregadas técnicas de observação participante, histórias de vida, análise documental e coleta de narrativas por meio de entrevistas semi-estruturadas. Os registros observacionais e discursivos foram trabalhados para se obter uma apreensão mais ampla da realidade. Foi empregada a amostra intencional sendo entrevistadas quarenta pessoas, sendo vinte e nove residentes (pessoas que se encontravam em tratamento), oito profissionais que trabalham nas CTs (coordenadores e diretores), um representante do Conselho Estadual de Entorpecentes e dois egressos. A análise dos dados sugere que as CTs pesquisadas dispõem de proposta assistencial provida de sustentação teórica, técnica e ética e que a articulação das mesmas com a Rede de Atenção Psicossocial do SUS ainda é modesta. De acordo com os entrevistados e com base na análise geral dos dados, pode-se afirmar que as CTs pesquisadas têm investido em ações de promoção, prevenção, tratamento, assistência e reinserção social. A ação estratégica que subsidia a terapêutica está voltada para a preparação para a vida, para a construção de redes sociais de apoio e para o estímulo à alteridade, no contexto de um modelo de atendimento menos hierarquizado e mais democrático. O tratamento é construído com a participação dos residentes e realizado em ambientes com maior liberdade, se

comparados à internação convencional em hospital psiquiátrico. O isolamento é tido como fator de proteção e de continência para situações de crise. A identidade familiar é vista como contributiva para a desconstrução de um circuito estigmatizante do usuário. Para residentes e egressos a qualidade do acolhimento é fator para que se sintam seguros, com melhor auto-estima, valorizados e estimulados a protagonizar seu próprio processo de mudanças. De maneira geral, constatou-se que as CTs pesquisadas trabalham sob orientações humanistas e têm contemplado aspectos éticos e morais no tratamento, favorecendo a inclusão social, autonomia, emancipação e integração sociocultural de seus residentes. Estas CTs utilizam uma abordagem centrada no sujeito e não na doença preocupando-se com a dimensão subjetiva e com a integridade da própria comunidade de companheiros, o que contribui para o enfrentamento de recaídas. Estas CTs investem em estratégias de desinstitucionalização, no despertar de valores sociais e na ampliação da consciência sanitária, servindo como interlocutoras na relação entre residentes, familiares e sociedade. Seu funcionamento pouco burocratizado fornece apoio psicológico, social, clínico, educacional, vocacional, espiritual, atenção de longa duração, apoio financeiro e de moradia, mediando a re(construção) de projetos de vida, com tratamentos centrados mais no apoio psicossocial que no medicamentoso. Embora consideradas Instituições Totais, estas CTs apresentam certas peculiaridades que as distinguem dos demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Por isso, com base na visão das instituições visitadas, pode-se afirmar que sob certos aspectos estas CTs caminham na mão das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, mas por outro lado a CT causa estranhamento devido ao isolamento, ao tratamento moral, à organização disciplinar e a sinais de proselitismo e conversão dogmática, dentre outros.

**Palavras-chave:** Comunidade Terapêutica. Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica. Uso e Abuso de Substâncias. Tratamento de Usuários de Substâncias.

**Therapeutic community:** for or against the psychiatric and sanitary reforms?

## **ABSTRACT**

This research explored, through an ethnographic approach and a phenomenological-hermeneutic perspective, the meanings of the Therapeutic Community (TC) to the residents of six Therapeutic Communities, in the State of Santa Catarina. It tried to produce a critical reflection on the operation complexity and the actions of these services in the context of the Network for Psychosocial Care of the SUS, and understand how the residents interpret this treatment model for substances users. The TC theories, models and methods, as well as customs, rituals, norms and forms of organization and interaction among its members also formed the analysis subject. Knowledge was constituted from the uniqueness of the research subjects along with the logic of Psychiatric and Sanitary Reforms. The ethnographic approach contributed to locate discourses, understand the attribution of meanings and how the professionals are responding to these users' needs. It was possible to employ, in the technical research of participant observation, life histories, document analysis and collection of narratives through semi-structured interviews. The observational and discursive records were developed in order to obtain a broader apprehension of the reality. In this investigation, it was used the purposive sample and forty people were interviewed. Twenty-nine residents participated within this universe (people who were on treatment), eight professionals working in the TCs (coordinators and directors), a representative of the State Board of Narcotics and two graduates. Data analysis suggests that the researched TCs have assistance proposal with theoretical, technical and ethical support, and their articulations with the Psychosocial Care Network of the SUS is still modest. According to the respondents and based on general data analysis, it is possible to state that the researched TCs contributed to the health of their users, investing in actions of promotion, prevention, treatment, care and social reintegration. The strategic action that subsidizes the therapeutic one is focused on the preparation for life, for building social networks of support and stimulating otherness, in the context of a less hierarchical and more democratic care model. The treatment is developed with the residents' participation, and it is conducted in an environment with more freedom, in comparison to the conventional hospitalization held in a psychiatric hospital. The isolation is considered as a protective factor that serves to the contenance of crisis situations. It is possible to emphasize the family importance, and the family identity is seen as contributory to the deconstruction of a user's stigmatizing circuit. Residents and patients discharged indicate the reception quality as a factor to make them feel secure, with better self-esteem, valued and encouraged

to star their own process of changes. In general, it was found that the researched TCs work under humanists' guidance and fulfilled ethical and moral aspects of the treatment, promoting social inclusion, autonomy, emancipation and socio-cultural integration of its residents. These TCs use a subject-centered approach instead of concentrate in the disease. They are concerned with the subjective dimension and at the same time with the integrity of the community of peers, which helps to cope with episodes of relapse. These TCs invest in strategies of deinstitutionalization, in the wake of social values and the expansion of sanitary consciousness, serving as interlocutors in the relationship among residents, relatives and society. Their little bureaucratic functioning provides psychological, social, medical, educational, vocational, spiritual, chronic care, financial support and housing, mediating for the reconstruction of life projects with treatments more focused on the psychosocial support than the medicines. Although they are still considered Total Institutions, these TCs have certain peculiarities that distinguish them from other services of the Psychosocial Care Network. Therefore, based on the vision of the visited institutions, it is possible to say that the TC is on its way for Psychiatric and Sanitary Reforms. However, they also cause certain strangeness due to isolation, moral treatment, disciplinary organization, signs of proselytism and dogmatic conversion, among others.

**Keywords:** Therapeutic Community. Sanitary Reform. Psychiatric Reform. Use and Abuse of Substances. Treatment for Substances Users.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo nível educacional..... 122
- Figura 2.** Distribuição do número de residentes e egressos por Estado com base em seu lugar de procedência. .... 125
- Figura 3.** Distribuição do número de residentes e egressos por Estado com base em seu lugar de moradia..... 126
- Figura 4.** Caracterização dos residentes segundo o tempo de tratamento à época da entrevista (n=29). .... 127



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Capacidade de Atendimento do CERENE das Unidades de Santa Catarina.....	73
<b>Tabela 2.</b> Distribuição do número de funcionários no setor terapêutico por função nas Unidades do CERENE pesquisadas.....	81
<b>Tabela 3.</b> Distribuição de frequências da faixa etária e gênero dos sujeitos da pesquisa .....	121
<b>Tabela 4.</b> Distribuição simples de frequências do estado civil dos sujeitos da pesquisa. ....	123
<b>Tabela 5.</b> Distribuição simples de frequências da profissão e da concessão do benefício auxílio doença aos sujeitos da pesquisa. ....	123
<b>Tabela 6.</b> Distribuição simples de frequências da religião dos sujeitos da pesquisa. ....	124
<b>Tabela 7.</b> Distribuição simples de frequências das substâncias que os residentes e egressos consumiam antes do tratamento na CT.....	127



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	–	Alcoólicos Anônimos
ACCTE	–	Associação Catarinense de Comunidades Terapêuticas
ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CEAS	–	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEJA	–	Centro de Educação de Jovens e Adultos
CEPSH	-	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CERENE	–	Centro de Recuperação Nova Esperança
COMADS	–	Conselhos Municipais de Políticas Sobre Drogas
CONAD	–	Conselho Nacional Antidrogas
CONEN	–	Conselho Estadual de Entorpecentes
CONFEN	–	Conselho Federal de Entorpecentes
CT	–	Comunidade Terapêutica
DVS/SC	–	Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina
EJA	–	Educação de Jovens e Adultos
FEBRACT	–	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FECOTESC	–	Federação Catarinense das Comunidades Terapêuticas
FETEB	–	Federação das Comunidades Terapêuticas do Brasil
GAPA	–	Grupo de Apoio à Prevenção a AIDS
GRAF	–	Grupo de Apoio às Famílias
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
MEUC	–	Missão Evangélica União Cristãos
MS	-	Ministério da Saúde
NA	–	Narcóticos Anônimos
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONG	–	Organização Não Governamental
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PEAD	–	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool
RAPS	–	Rede de Atenção Psicossocial
RP	–	Reforma Psiquiátrica
RS	–	Reforma Sanitária
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

- SEJA – Secretaria de Jovens e Adolescentes na Missão  
Evangélica União Cristã
- SENAC – Serviço Nacional do Comércio
- SENAD – Secretaria Nacional de Antidrogas
- SENAI – Serviço Nacional da Indústria
- SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UA – Unidade de Acolhimento
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- VISA – Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
OBJETIVO GERAL .....	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>31</b>
1.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA, TÉCNICAS EMPREGADAS .....	34
1.2 A INSERÇÃO EM CAMPO .....	35
1.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	35
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADE TERAPÊUTICA</b> .....	<b>37</b>
2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ÁREA DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	37
2.2 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A POLÍTICA PARA O ENFRENTAMENTO DO CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	47
2.3 COMUNIDADE TERAPÊUTICA E SUA INSERÇÃO NA REDE SUS .....	53
2.4 COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CONCEPÇÕES, TEORIAS, MODELOS E MÉTODOS .....	60
2.5 AS PRIMEIRAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM SANTA CATARINA .....	70
2.6 A LÓGICA DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	72
2.6.1 CTs filiadas à cruz azul no brasil .....	72
2.6.1.1 O CERENE de Blumenau .....	87
2.6.1.2 O CERENE de Palhoça .....	92
2.6.1.3. O CERENE de São Bento do Sul.....	96
2.6.1.4 O CERENE de Ituporanga .....	99
2.6.1.5 Pró-Vida .....	102

2.7 A LÓGICA DO CUIDADO DOLAR RECANTO DA ESPERANÇA .....	110
--	-----

### **CAPÍTULO III**

#### **PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E USO PRÉVIO DE SUBSTÂNCIAS DOS RESIDENTES E EGRESSOS..... 121**

3.1 FAIXA ETÁRIA E GÊNERO .....	121
3.2 NÍVEL EDUCACIONAL.....	122
3.3 ESTADO CIVIL.....	123
3.4 PROFISSÃO E BENEFÍCIO AUXÍLIO DOENÇA.....	123
3.5 RELIGIÃO.....	124
3.6 PROCEDÊNCIA.....	125
3.7 LOCAL DE MORADIA.....	126
3.8 SUBSTÂNCIAS QUE OS RESIDENTES E EGRESSOS CONSUMIAM ANTES DO TRATAMENTO NA CT .....	127
3.9 TEMPO DE TRATAMENTO DOS RESIDENTES .....	127

### **CAPÍTULO IV**

#### **COMO RESIDENTES E EGRESSOS SE VÊM E SE DEFINEM..... 129**

4.1 O QUE É SER DEPENDENTE.....	130
4.2 RESIDENTE: PROTAGONISTA DA PRÓPRIA MUDANÇA.....	140

### **CAPÍTULO V**

#### **CT COMO MEDIADORA DA RE (CONSTRUÇÃO) DE PROJETOS DE VIDA..... 151**

### **CAPÍTULO VI**

#### **A LÓGICA DO CUIDADO E O IMPACTO DA CT NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO ..... 157**

6.1 A TERAPIA POR MEIO DA FÉ.....	157
6.1.1 Definições de religiosidade e espiritualidade.....	159
6.1.1.1 O Catolicismo .....	164
6.1.1.2 O Protestantismo.....	166
6.1.2 Espiritualidade e religiosidade na prevenção e na recuperação da saúde de usuários de substâncias.....	168
6.1.3 A espiritualidade e a religiosidade no contexto das comunidades terapêuticas.....	170
6.1.4 A terapia por meio da fé.....	172
6.2 LABORTERAPIA COMO PREPARAÇÃO PARA A VIDA....	179

6.3	COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO MEDIADORA DA PREPARAÇÃO PARA A VIDA .....	187
6.4	O RE(ENCONTRO) COM A FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES .....	189
6.5	A COMUNIDADE DE COMPANHEIROS E A REDE DE APOIO SOCIAL .....	193
6.6	O ISOLAMENTO COMO PROTEÇÃO E AS REGRAS COMO APRENDIZAGEM .....	195
6.7	SEXUALIDADE: O QUE OS OLHOS NÃO VÊEM O CORPO NÃO SENTE?.....	198
6.8	ABRINDO-SE À METAMORFOSE PARA ALÉM DOS MUROS.....	199
6.9	RECUPERAÇÃO POR MEIO DA AUTOESTIMA .....	201
6.10	O RE(ENCONTRO) COM DEUS, COM O OUTRO, CONSIGO MESMO E COM O SENTIDO DA VIDA .....	203
6.11	DIFERENÇAS ENTRE A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E OUTROS DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	205

## **CAPÍTULO VII**

### **COMUNIDADE TERAPEUTICA: NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA? .....**

**213**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS .....**

**223**

### **REFERÊNCIAS .....**

**237**

### **ANEXOS .....**

**259**

### **ANEXO I - ROTEIRO TEMÁTICO.....**

**261**

### **ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....**

**263**



## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa explorou os significados da Comunidade Terapêutica (CT) para a vida de residentes, egressos e profissionais de dois grupos de CTs no Estado de Santa Catarina. A partir de uma reflexão crítica sobre a complexidade do seu funcionamento e das suas ações, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se compreender a dimensão terapêutica deste equipamento social.

A CT é um dos serviços sujeitos à atuação profissional da autora na área de Estabelecimentos de Interesse da Saúde<sup>1</sup> no Estado de Santa Catarina. Deste lugar ela tem acompanhado a ascensão desta abordagem no campo da saúde mental e da atenção psicossocial. Em um espaço de dez anos no Estado de Santa Catarina (um dos Estados pioneiros neste tipo de modelo no território Nacional), o número de “Serviços que Prestam Assistência a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso, Abuso ou Dependência de Substâncias Psicoativas”, as denominadas CTs (também chamados de Serviços de Atenção em Regime Residencial) cresceu 120% (SES/DVS, 2012b). Apesar desta expansão pouco se conhece sobre o significado destes serviços para a vida dos seus usuários, egressos e profissionais. Ademais, o Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial incentivou a autora a produzir conhecimentos sobre o tema, aliando o conhecimento teórico adquirido no Curso a sua prática profissional.

O crescimento das CTs nos últimos anos, no território catarinense, pode ser caracterizado como um movimento da margem para o centro no campo do tratamento de abuso de substâncias. O estágio atual dessa evolução aponta que pela primeira vez as CTs - enquanto instituições representantes da sociedade civil, também definidas como Equipamento Social - são chamadas a estabelecer

---

<sup>1</sup> A Divisão de Estabelecimentos de Interesse da Saúde subordina-se, no Estado de Santa Catarina, à Gerência de Inspeção de Produtos e Serviços em Saúde da Diretoria de Vigilância Sanitária (VISA). Esta área se responsabiliza por ações de VISA para populações excluídas e/ou mais vulneráveis a estressores epidemiológicos de natureza psicossocial: população indígena, pessoa idosa, adolescentes em conflito com a lei, população carcerária, dispositivos de alta complexidade do SUAS, rede de saúde mental do SUS, CTs, e clínicas privadas de dependência química, dentre outros.

parcerias com o SUS para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso e abuso de crack, álcool e outras drogas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi o primeiro órgão a legislar sobre as CTs, ficando a coordenação das ações a cargo da sua esfera Estadual. As ações de VISA no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Estado de Santa Catarina são relativamente recentes. Há cerca de oito anos apenas tal relação foi estreitada com a criação da Divisão de Estabelecimentos de Interesse da Saúde na tentativa de se propor um trabalho de acompanhamento destes estabelecimentos, de forma mais organizada, sistematizada e participativa. Até então, as ações de VISA neste âmbito eram fragmentadas, pontuais e permeadas por uma visão que não ousava ir além dos parâmetros relacionados à infra-estrutura física dos serviços.

No Estado de Santa Catarina ao final do século XX, a internação era o dispositivo central da Saúde Mental, principalmente nos hospitais especializados ou no caso do tratamento do usuário de substâncias, também em clínicas privadas ou em CTs. Desta forma dispunha-se, por um lado, das instituições médicas que permitiam agrupar as doenças, observar seu curso e evolução propondo o tratamento da enfermidade mental pautado na forma convencional, essencialmente com intervenções medicamentosas, físico-químicas e biológicas; e por outro as CTs com base na intervenção de cunho moral e fundo religioso. Nos dias atuais, com a criação e expansão dos serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos de moradia como os Serviços Residenciais Terapêuticos e os programas da Rede de Atenção Primária, dentre outros, vem se conseguindo ampliar o olhar sobre as diferentes maneiras de se trabalhar com a atenção psicossocial no SUS.

Recentemente o Governo Federal vem investindo aproximadamente 4 bilhões de Reais em recursos para todo o país com vistas a fortalecer e deflagrar ações de enfrentamento do uso de drogas. Por conta disso, o Estado de Santa Catarina assinou em maio de 2012 o termo de adesão ao Programa de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas de forma a atuar em três linhas de ação que dizem respeito: (1) ao cuidado (com aumento da oferta de tratamento de saúde e assistência social aos usuários, além de investimentos na prevenção); (2) à autoridade (através do enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado); e (3) à educação (com ênfase na informação e na capacitação). Isto envolve ações conjuntas para a elaboração de diagnósticos sobre a realidade local e propostas de planos de ação com cronograma definido e estratégias para sua implantação. Assim, o

Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) vem selecionando projetos voltados para a reinserção social das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, centrados em instituições que prestem serviços de atenção em Regime de Residência, dentre elas, as CTs.

As CTs como abordagem de auto-ajuda, são ideologicamente e funcionalmente distintas dos demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, pois empregam a religiosidade e a espiritualidade com fins de recuperação de usuários de substâncias. Apesar de inúmeras suposições teóricas ainda se conhece pouco sobre como esses recursos atuam sobre a saúde, questão que também motivou a realização desta pesquisa.

Na configuração do estudo partiu-se do princípio que as CTs são construídas historicamente, no campo das interações, com influência de estruturas em constante processo de transformação, sobretudo no que se refere às relações “entre os pares”, à legislação e à pressão social. As interações entre profissionais de saúde, usuários e serviços, como afirmam Bosi e Mercado (2007, p.101) “podem ser um *locus* privilegiado de análise para se compreender o que representa a “doença” ou o “tratamento”.

Considerar a CT como objeto de pesquisa permitiu criar uma base de informações que orienta a interpretação de seu significado, a partir da análise das maneiras de pensar, sentir e expressar de seus usuários, egressos e profissionais. O estudo buscou conhecimento da organização interna e da articulação externa das CTs estudadas com a RAPs, haja vista este dispositivo ter sido recentemente incluído na atenção à saúde ofertada através do SUS. O estudo das suas teorias, modelos e métodos, assim como dos costumes, ritos, normas e formas de organização e interação praticadas por seus membros foram objeto de interesse. Neste sentido, ao interpretar os significados das CTs a partir da singularidade dos sujeitos da pesquisa dialogou-se com as diversas estruturas contextuais que circunscrevem as CTs.

Os sentidos atribuídos pelos sujeitos às experiências nas CTs, ao longo do tratamento apontam janelas interpretativas para as formas como os residentes, egressos e profissionais lidam com o processo de saúde-adoecimento e como entendem as finalidades da produção de cuidados que constituem a paisagem destes serviços. A pesquisa procurou, também, analisar relações e vivências nestas Comunidades, desvelar singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca pela saúde. A compreensão da experiência do adoecer (como também a construção de um plano de tratamento) pode ser atingida,

afirma Velho (2003), mediante a interpretação que os próprios sujeitos elaboram sobre suas próprias experiências - que são delimitadas por um campo de possibilidades.

Pesquisando os diferentes significados atribuídos às CTs buscou-se compreender as distintas lógicas culturais que orientam as ações de saúde neste campo, ao mesmo tempo desvelando o motivo da procura cada vez maior por parte da sociedade catarinense por este tipo de serviço.

Ao considerar que a subjetividade se constitui por meio da construção de sentidos compartilhados investigou-se, ainda, como ocorrem os processos: de comunicação e interação, haja vista a matriz do atendimento se fundamentar na “relação entre os pares” que se dá no *setting* da vida cotidiana vivida grande parte do tempo na própria CT.

As profundas mudanças que ocorrem na sociedade contemporânea têm suscitado novas conformações para as políticas públicas, provocando redefinições do papel do Estado no campo da saúde mental e da atenção psicossocial. As Reforma Sanitária (RS) e Reforma Psiquiátrica (RP) têm demonstrado que existem muitas formas de se intervir nas liberdades particulares de maneira a proteger a saúde da população, imbricadas com o imaginário social, ou melhor, com o lugar social que é delegado às pessoas em sofrimento psíquico. Neste sentido, a reflexão conduzida sobre as CTs orientou-se por dimensões de análise: epistemológica, assistencial, política, social, cultural e ética. Em uma perspectiva sócio-histórica e cultural a pesquisadora se voltou para o significado destas CTs para os seus residentes, encontrando-se com uma forte tendência por parte destes, para o emprego da espiritualidade e da religiosidade como categorias explicativas de modos e circunstâncias de vida, inclusive como recursos utilizados no processo de recuperação.

No âmbito político emergiram os conflitos e ajustes decorrentes das interações internas e externas destas CTs com a Rede de Assistência. Surgem aí questões relativas à interpretação das normas, bem como ao cumprimento e à revisão da legislação.

Do ponto de vista epistemológico, um desafio proposto é o da relação entre os tratamentos convencionais em saúde mental, centrados na formulação medicocêntrica e hospitalocêntrica do sistema de atenção, no uso de medicamentos industrializados e nos procedimentos físicos e biológicos e as formas discursivas utilizadas nas CTs, cujo centro é o ambiente e a dimensão relacional. Em jogo encontram-se, nesta discussão, a construção de saberes e modelos, refletidos nos diferentes discursos, e a constatação das práticas, objeto de polêmicas tanto no

modelo clínico-hospitalar como no modelo terapêutico-comunitário.

Intencionou-se ainda contemplar, neste estudo, análises das propostas assistenciais das CTs, conforme os discursos organizacionais frente aos oferecidos pelos sujeitos da pesquisa. As contradições surgidas entre discurso e prática na paisagem das CTs ilustram também alguns contrapontos entre as formas de interpretação concreta dos princípios das RS e RP. Estas visões imbricam-se com considerações éticas pertinentes a cada dimensão considerada.

A produção de vínculos por meio de afetos e negociações mediados por intervenções no campo político da assistência constitui-se em assunto extremamente complexo. Não existe uma receita de bolo pronta a ser adotada em todas as ocasiões e momentos. Não se pretende, portanto, generalizar os resultados desta pesquisa a ponto de se afirmar que todas as CTs funcionam da mesma maneira ou sob a mesma lógica ou que suscitem entre seus usuários, os mesmos significados aqui apresentados. O estudo aqui apresentado se refere a um grupo específico de comunidades terapêuticas, a um apanhado de impressões e significados emitidos pelos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, em um determinado momento histórico. E é somente a esta análise que podemos nos ater. Quaisquer inferências, generalizações, ou mesmo tentativas de atribuir a outras comunidades terapêuticas os mesmos atributos e significados colhidos neste estudo seriam temerários.

Pessoalmente, a pesquisadora considera que o mais difícil nesta jornada foi se despir de seus próprios preconceitos de forma a possibilitar, com isso, uma abertura para novos saberes e interpretações. Desta feita, nada mais justo que se permitir mergulhar em um conhecimento que a possibilitasse aproximar-se da visão dos atores sociais envolvidos, buscando um maior esclarecimento sobre o tema, uma vez que a bibliografia que trata do assunto ainda é relativamente escassa. Muito há ainda a questionar acerca do assunto.

Partindo das considerações apresentadas, esta pesquisa teve como objetivos:



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Conhecer o funcionamento das CTs pesquisadas e analisar o significado atribuído as mesmas por residentes, egressos e funcionários.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender como as CTs pesquisadas inserem-se na Rede de Assistência do SUS;
- Verificar as políticas públicas, os convênios e o amparo legal que sustentam esta inserção;
- Conhecer a história destes serviços;
- Identificar o perfil sócio-econômico de residentes e egressos;
- Compreender como residentes e egressos se vêem e se definem;
- Registrar as principais mudanças atribuídas por egressos e residentes, propiciadas neste serviço e sua percepção sobre a influência das CTs para a elaboração e execução de seus projetos de vida;
- Estudar a lógica de cuidados ofertados e o papel das estruturas social e cultural das CTs no processo de recuperação;
- Compreender o significado atribuído as CTs à luz das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.



## **CAPÍTULO I**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

Esta pesquisa qualitativa mescla abordagens etnográfica, fenomenológico-hermenêutica e antropológica e teve como foco as falas e as interpretações dos sujeitos pesquisados. Buscou-se apreender os múltiplos olhares sobre um mesmo fenômeno, as vivências no âmbito do cuidado em CTs, em uma tentativa de ampliar o escopo do conhecimento sobre questões conceituais, técnicas, políticas, sociais e éticas relativas à atuação destes serviços.

O uso de métodos diferentes de pesquisa visou ampliar o entendimento sobre o tema. A aproximação de diferentes metodologias realizada previamente por outros autores (GARRO, 2003; KATZ, SORDAS, 2003; KUSENBACH, 2003; MOREIRA; CAVALCANTI, 2008) se fundamenta na idéia de que o homem é sujeito e objeto, mistura-se ao mundo e à história, ao mesmo tempo em que se singulariza com suas ações, pensamentos e discursos. Nesta visão, nenhum método, isoladamente, dá conta de entender as inrpretações produzidas nas relações com os fenômenos relacionados à vida social.

Neste sentido, tanto o sujeito participante da pesquisa quanto o pesquisador são considerados como seres interligados ao mundo, entendidos simultaneamente como sujeito e objeto que fazem parte de um mundo cultural. Este ponto de conexão diz respeito tanto à Antropologia Moderna quanto a Fenomenologia. Cada situação cultural vivida é parte de um mundo subjetivo. Trata-se de um mundo histórico - que têm significado e valor para os membros de uma sociedade em um determinado tempo e lugar -, criado pelo esforço e o pensamento humano. Neste sentido, por meio de entrevistas inspiradas no método fenomenológico buscou-se compreender a experiência vivida na perspectiva singular dos sujeitos. O fio condutor para a análise dos resultados colhidos apoiou-se na obra de Ricoeur (1978).

Para Ricoeur (1978), por estar no mundo somos afetados por situações, a partir das quais adquirimos compreensão e precisamos contar sobre isso a outrem, ou seja, a experiência propicia a linguagem. Assim, o discurso colhido por meio das narrativas possibilita revelar algo para além da fala. Compreender, nesta visão, não é somente repetir o discurso do outro, mas gerar um novo acontecimento que principia

com o texto. A interpretação, por sua vez, deve ser considerada como um episódio especial da compreensão aplicada às expressões escritas da vida. Neste caso a interpretação abarca tanto a explicação quanto a compreensão.

Adicionamos, neste estudo, a perspectiva cultural, por meio da utilização dos instrumentos da etnografia. A compreensão da experiência vivida se dá em um contexto de imersão cultural. Na perspectiva etnográfica esta compreensão se constrói mutuamente entre o sujeito e o mundo.

O leitor que examina um texto pode interpretá-lo de forma diferente da intenção do autor. Assim, a experiência relatada é percebida de forma individual, passa de uma esfera de vida para outra. Isto, na concepção de Ricoeur (1978) não se trataria de uma "experiência experienciada", mas de sua significação, pois enquanto experiência privada é algo vivido e permanece privado. O que se torna público é sua significação, o significado que lhe é atribuído.

A abordagem fenomenológica busca penetrar no significado e em seu contexto com refinamento e previsão compatibilizada à natureza do fenômeno estudado, buscando trazer a luz o que se apresenta dos próprios fatos, o que se apresenta por si mesmo ao observador e ouvinte (HUSSERL, 1965). Associando-se esta visão à hermenêutica busca-se relacionar o fenômeno e a essência, conceitos centrais da fenomenologia, com o exame crítico. Desta forma questionam-se e discutem-se os pressupostos tidos como naturais e óbvios, da intencionalidade do sujeito-consciência frente à realidade de sua ação.

Assim, a realidade individual de cada residente das CTs pesquisadas pode ser compreendida como um complexo inter-relacionamento permanente e mutável de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e culturais, pois o Homem só existe, nos alerta Velho (2003) através da vida sociocultural e isolá-lo em termos puramente analíticos poderia induzir ao erro e distorcer o processo de conhecimento.

Para a apreensão do significado da CT para a vida dos residentes foi preciso, então, dispor de uma atitude pré-reflexiva. Buscou-se conhecer os objetos dos atos dos sujeitos e dos outros sujeitos (como os terapeutas, por exemplo), assim como o envolvimento existencial, que diz respeito a experiência direta do mundo social que se refere a tudo que está a volta dos sujeitos.

Na perspectiva fenomenológico-hermenêutica a pesquisadora, como passo inicial de um caminho de aproximação àquilo que se dá, buscou ampliar e enumerar os aspectos indispensáveis para apreensão

do fenômeno. O cuidado era para não omitir aspectos que integrassem a estrutura do fenômeno. Impunha-se estabelecer relações tanto no interior da estrutura fenomenal como entre a estrutura e seu contexto. Procurou-se identificar as principais características dos relatos que pudessem indicar e conduzir aos aspectos fenomênicos focados, ao que é percebido daquilo que se mostra.

Sendo assim, procurou-se descrever os significados nos termos enunciados, apreender a lógica de sua enunciação e incorporá-la de acordo com os padrões de seu próprio aparato intelectual e de seu sistema de valores e percepção, o que requereu uma interação entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa por meio da participação em grupos e demais atividades cotidianas.

A abordagem etnográfica possibilitou um olhar mais detalhado sobre o funcionamento destas Instituições, sobre as pessoas a elas ligadas, sobre os fenômenos vinculados e sobre a história dos participantes. Contribuiu ainda para o processo de relação do próprio pesquisador com o contexto e o processo de pesquisa.

Compreensões pós-modernas da etnografia são marcadas pela concepção de que todo aspecto da existência humana é culturalmente construído, o que os torna particulares e localizados, sem possibilidades de generalização. Nesta concepção, o significado social de uma situação histórica é sempre relativo e temporário. A etnografia dedica-se, para Vidich e Lyman (2000) a compreender como este momento histórico universaliza a si próprio na vida de indivíduos específicos. Neste sentido o etnógrafo não é um mero observador da história, mas sim um participante e informante do processo.

Ao entender a cultura em seu sentido antropológico, com a interseção entre significado e experiência, a experiência também passou a ser apreendida com sentido ideológico, para além do seu significado cultural. Esta constatação apontou para uma abordagem crítica sobre o fenômeno estudado e que enxergasse sua complexidade política e histórica como produto de um contexto cultural particular no qual ele emerge. Além de considerar a experiência como um fenômeno existencial foi preciso considerar, também, como seu processo está relacionado a forças sociais, culturais e políticas específicas.

Sob o ponto de vista epistemológico, a etnografia permitiu explicar os conteúdos culturais (como por exemplo a lógica e formas de funcionamento das CTs pesquisadas. Buscou-se adicionar à explicação de fatores culturais, políticos e ideológicos a compreensão dos os fenômenos emergentes das narrativas colhidas.

Partindo das considerações apresentadas, as próximas linhas se

dedicam ao detalhamento dos procedimentos metodológicos adotados neste estudo.

### 1.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA, TÉCNICAS EMPREGADAS

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada (Anexo I) e o diário de campo, este último fruto da observação participativa realizada na imersão em campo. Foi realizada a análise fenomenológica das entrevistas e a análise cultural das vinhetas (produto do diário de campo).

Para identificação das CTs em funcionamento em Santa Catarina utilizou-se a pesquisa Levantamento das Condições Sanitárias das Comunidades Terapêuticas (SES/DVS, 2012b). O levantamento da história e a contextualização das CTs no Estado contaram com a colaboração de pessoas em relação próxima às CTs, bem como os residentes e egressos. O perfil socioeconômico e situação familiar dos sujeitos da pesquisa foram registrados durante as entrevistas.

A análise de documentos oficiais (leis, regulamentos) e outros relacionados às CTs (programas terapêuticos e normas internas), complementaram as entrevistas em profundidade e a abordagem etnográfica para fins de compreender a história e a lógica de funcionamento destes serviços.

Através das narrativas coletadas em entrevistas foi possível processar registros observacionais e discursivos, conhecer as experiências de vida dos residentes e egressos destas Comunidades, suas crenças, mitos e tradições, perspectivas e valores, bem como registrar a imagem que atribuem a si mesmos seus contextos de vida. As entrevistas foram conduzidas de modo a motivar os discursos, respeitando o princípio da livre associação de idéias. Todas as entrevistas foram registradas em gravador e transcritas na íntegra.

A exploração da história e trajetórias destes sujeitos facilitou a apreensão da seqüência de eventos, a identificação de processos, categorias, juízos e argumentos, que foram elaborados para compreender a lógica dos relatos das experiências. Essas biografias registram a percepção, por parte deles, do impacto da CT na vida destas pessoas, ao mesmo tempo em que possibilitou questionar se as CTs pesquisadas estão correspondendo aos significados atribuídos por seus residentes.

A amostragem, do tipo intencional, contemplou as CTs filiadas à Cruz Azul no Brasil, sediadas em SC (Centros de Recuperação Nova Esperança (CERENEs) de Blumenau, de Ituporanga, de Palhoça, de São

Bento do Sul e Pró-Vida). Foi incluído também o Lar Recanto da Esperança, que embora não seja filiada à Cruz Azul no Brasil é uma das CTs pioneiras no atendimento aos portadores de HIV/ AIDS no Estado.

Foram entrevistadas 40 pessoas sendo vinte e nove destas residentes (pessoas que se encontravam em tratamento pelo menos há três meses), oito profissionais que trabalham nas CTs (coordenadores e diretores), um representante do Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN) e dois egressos.

Esta amostra foi selecionada a partir de informantes-chave, que facilitaram a aproximação com a população-alvo. Utilizou-se a técnica de “bola de neve”, caracterizada por sucessivas indicações de informantes (COLTRO, 2000).

## 1.2 A INSERÇÃO EM CAMPO

Ao adentrar as CTs a pesquisadora precisou tentar primeiro neutralizar seus próprios preconceitos e julgamentos, processo que na fenomenologia denomina-se *epoché* (HUSSERL, 1965). À medida que imerge em uma realidade, em uma perspectiva etnográfica, a pesquisadora não fica imune a impactos que este ambiente exerce sobre si. O processo propicia uma auto-descoberta, o surgimento de novas idéias e a possibilidade de auto-transformação. Enquanto percorria as estradas de SC ela exercitava a busca por um equilíbrio entre sua visão de fiscal sanitaria e o estranhamento de uma realidade, na qual se via gradativamente imersa.

A participação em reuniões de equipe, em grupos terapêuticos e reuniões de familiares compuseram o *setting* natural, onde se procurou maximizar o entendimento dos pontos de vista dos sujeitos da pesquisa em relação a situações da vida cotidiana.

A coleta de dados se deu de julho a outubro de 2012 e este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cumprindo com os termos das resoluções vigentes do Conselho Nacional de Saúde.

## 1.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se deu em quatro fases. A primeira fase se destinou à leitura inicial das transcrições, onde as primeiras impressões

foram registradas, avaliadas e eventualmente aprofundadas com atenção especial para as vivências dos entrevistados sem a preocupação de buscar uma explicação para as declarações.

O segundo momento foi destinado a uma leitura crítica do texto reforçada por re-leituras, com a finalidade de interpretar e intuir prováveis significados. Ao manter aproximação com o texto procurou-se refletir acerca das situações existenciais e interpretar significados, sobretudo os que dizem respeito à essência do vivido na relação com o outro.

A apropriação constituiu a terceira fase da análise, onde se buscou atingir a compreensão e a assimilação das mensagens desveladas. Temas foram agrupados evoluindo para categorias construídas a partir dos relatos dos interlocutores.

Partindo do princípio de que o significado é constituído em unidades de sentença (linguagem) foram sublinhadas as idéias que mostravam uma ligação com a fundamentação teórica deste estudo. À leitura, enquanto se processava o aprofundamento da semântica e enquanto momento existencial procurou-se reavivar, tematizar e compreender os significados que habitam estes diálogos.

No quarto e último momento processou-se o material produzido pela coleta de dados relacionando-o ao referencial teórico-filosófico adotado, buscando-se a compreensão dos significados das situações desveladas. Realizou-se aí uma análise dialógica à luz dos preceitos das Reformas Sanitárias e Psiquiátrica relacionando a os significados das CTs apreendidos com os preceitos epistemológicos, assistenciais, políticos, socioculturais e éticos destes movimentos.

A relação das CTs com as políticas públicas de saúde na área de álcool, crack e outras drogas, tornou-se, assim, ponto de partida para a compreensão do tema.

## **CAPÍTULO II**

### **POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Este capítulo trata da contextualização das CTs no processo de elaboração e implementação das Políticas Públicas de Saúde. Está dividido em cinco seções que abordam temas como: a formulação das políticas públicas de saúde na área de crack, álcool e outras drogas; a inserção da CT na Rede de Atenção Psicossocial do SUS enquanto Equipamento Social e Serviço de Atenção em Caráter Residencial; as principais concepções, teorias, modelos e métodos das CTs; a história da criação destes serviços no território catarinense; e a lógica da produção de cuidados das CTs pesquisadas.

Este capítulo também destaca a legislação que regulamenta o funcionamento destes serviços.

#### **2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ÁREA DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Esta seção aborda a formulação das políticas públicas de saúde na área de crack, álcool e outras drogas destacando as diferentes concepções e discursos sobre as drogas bem como as principais legislações incidentes sobre este campo.

O conhecimento do processo de formulação de políticas públicas passa pela compreensão dos múltiplos fatores envolvidos nos problemas sociais contemporâneos. A compreensão destes fatores requer que se leve em conta dimensões psicológicas, sociais, culturais, políticas e econômicas envolvidas com as drogas. Como aponta Minayo (2003), estes fatores e muitos outros ajudam a complicar socialmente a questão:

[...] a própria sociedade se "droga" com as "drogas", criando sua toxicomania, buscando escapar, sobretudo, de problemas socioestruturais-culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura [...]. Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais acontece na sociedade a não ser a droga, a violência e suas conseqüências (MINAYO, 2003, p.20).

Ao fim do século XIX, ficou visível a constituição do problema social das drogas (FIORE, 2004; RALET, 2000, ROMANÍ, 1999). Nos Estados Unidos este processo incluiu alguns determinantes - fatores de ordem moral, religiosa, política e econômica. Fiore (2004) destaca entre as causas desse “pioneirismo norte-americano” a antipatia cristã da sociedade norte-americana pelas substâncias psicoativas e pela alteração dos estados de consciência por elas provocadas e a preocupação das elites políticas e econômicas com os excessos das classes ou raças vistas como perigosas. Para conter esses excessos que, nesta visão, ameaçavam o projeto de construção da grande nação norte - americana, foram estabelecidas formas de fiscalização e de proibição das drogas (álcool, ópio e cocaína) nos anos 1920 e 30, que se constituíram em pilares para o desenvolvimento de um modelo de controle social coercitivo e legitimado pela sociedade, baseado principalmente em aspectos morais (ROMANÍ, 1999).

Na atualidade, segundo Ralet (2000) diferentes e contraditórias concepções e discursos sobre as drogas coexistem no âmbito da Justiça, da Segurança Pública e da Saúde em muitos países. Tal é o caso das ações de redução de danos e riscos adotadas e as ações antidrogas, voltadas para a redução da oferta de drogas e para a eliminação do consumo.

As políticas sobre drogas são fortemente influenciadas pelas definições de organismos supranacionais. Os acordos e convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) definem as grandes linhas ordenadoras das políticas de drogas no mundo, seja no campo da redução da oferta de drogas, seja no campo da redução da demanda por drogas (TORRES, 2000). O Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) é um dos órgãos responsáveis pela formulação de políticas relativas aos problemas relacionados à questão. Vinculado à Comissão de Narcóticos (CND) se responsabiliza pelo controle internacional de abuso de drogas. O outro órgão é a Organização Mundial de Saúde (OMS), que possui programas específicos para o abuso de drogas e é responsável por prestar informações sobre as características toxicológicas, epidemiológicas e sanitárias do consumo de drogas ao CND.

No Brasil, no início do século XX, foram adotadas ações governamentais, sobretudo no campo legislativo, para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas. A manutenção da ordem social e a preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira serviram como justificativas para o estabelecimento desse controle. Os saberes jurídico e psiquiátrico

forneceram as bases técnicas e científicas necessárias à elaboração e à legitimação dessas medidas (MACHADO, 2006).

A escassez de informações a respeito dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil no início do século XX dificultou uma avaliação sobre a necessidade de estabelecimento dessas medidas de controle. Lembra Musumesci (1994) que o alcoolismo já era considerado um dos maiores flagelos da humanidade naquela época. Mesmo assim, as primeiras intervenções governamentais foram motivadas por drogas como a cocaína e a heroína que, à época, eram pouco consumidas no Brasil. A inércia dos governantes frente ao alcoolismo, no início do século XX, possibilitou o surgimento de sociedades de caráter privado, marcadas por concepções moralistas e higienistas, que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e configuraram, assim, as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas no país (MUSUMESCI, 1994).

Durante o século XX o processo de deterioração das condições de vida nos grandes centros urbanos brasileiros contribuiu para que as camadas mais pobres da população fossem marginalizadas e vulneráveis ao alcoolismo. Costa (1980) mostrou que, por ter sido constante nessas populações, o alcoolismo foi tomado pela Psiquiatria como causa de desorganização moral e social. A Psiquiatria, influenciada pela abordagem moral e pela eugenia, colocava como necessário o estabelecimento de medidas de caráter repressivo e de ordem jurídica para diminuir o índice de alcoolismo (SÁAD, 2002). Era natural, portanto, que o governo brasileiro se tornasse signatário de documentos internacionais que abordaram a questão das drogas. Em 1911 o Brasil aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional que propôs controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína (MACHADO, 2006).

Ainda nas décadas de 20 e 30 constatou-se a ocorrência do consumo de cocaína entre os jovens de classes mais abastadas e o consumo de maconha entre as classes mais baixas. Essa constatação foi acompanhada por um grande alarme social e, na tentativa de estabelecer controle sobre o uso de drogas, o governo brasileiro começou a desenvolver ações para a redução sobre a oferta de drogas. Algumas mudanças foram introduzidas no Código Penal Brasileiro por meio do Decreto nº 4.294 de 1921 que propunha pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse atos nocivos à pessoa ou à ordem pública passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado” (MACHADO, 2006). Já o Decreto nº 14.969 de 1921 criou o

“sanatório para toxicômanos” e propôs, com base na ameaça à ordem social, a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social.

A partir da década de 60 o consumo de maconha, antes restrito a setores marginalizados das grandes cidades (malandros, contraventores, detentos, prostitutas) se estendeu às classes médias (jovens artistas, intelectuais e universitários). A partir dos anos 70 o aumento da oferta e a redução do preço da cocaína favoreceram o crescimento do consumo dessa substância (CRUZ; FERREIRA, 2001).

Outros decretos-lei reafirmaram a perspectiva repressiva e criminalizante do uso de drogas no Brasil. Em 1971, a Lei nº 5726 introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas no âmbito da justiça penal. A concepção médico-psiquiátrica tornou-se preponderante: o usuário de drogas passou a ser considerado doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os dispositivos assistenciais privilegiados para sua atenção, passando a ter como objetivos salvar, recuperar e não simplesmente punir (MACHADO, 2006).

O Brasil compareceu às reuniões da ONU realizadas em 1961, 1971 e posteriormente, em 1988, que deram origem a convenções que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas e que influenciaram as respostas elaboradas pelo governo brasileiro para abordar o fenômeno.

Em 1976, foi promulgada a Lei nº 6.368, que reafirmou a tendência já verificada na Lei 5.726/1971 a colocar o abuso e a dependência de substâncias no campo médico-psiquiátrico. Nas propostas assistenciais, modificações conceituais reafirmaram a tendência de medicalização do uso de drogas, entre elas a substituição do termo viciado por dependente de drogas; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes na rede pública de saúde, a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento - e não mais da internação - como medida compulsória (BRASIL, 1992c). A Lei também estabeleceu atribuições para o Sistema de Saúde e para o Ministério da Previdência e Assistencial Social, então responsável pela assistência médica no País:

Art. 9º - As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

Parágrafo 1º- Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

Parágrafo 2º - O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde (BRASIL, 1992c, p.3).

O impacto destas políticas na ordem institucional é anotado por Bittencourt (1986: 1-2):

Se em parte os estabelecimentos especializados emergiram para atender a um problema formulado na esfera social da própria comunidade, por outro lado, serviram (e servem ainda hoje – obs. da autora) como suporte institucional ao cumprimento da prescrição legal existente na atual legislação brasileira (Lei 6.368, de 1976). Esta, entre outras coisas, visa abrir as portas assistenciais do Estado aos dependentes de drogas [...]

As portas foram abertas aos consumidores de drogas ilícitas, mas muitos centros de tratamento a princípio não atendiam alcoolistas. Na década de 80, o Ministério da Saúde constatava a necessidade de elaboração de programas para minimizar o impacto do consumo de bebidas alcoólicas na saúde da população. Verificava-se, também, que uma parcela significativa das internações e consultas ambulatoriais psiquiátricas e dos benefícios previdenciários (licença médica, aposentadorias, entre outros) era utilizada por alcoolistas. A cobertura assistencial à princípio destinada apenas para os usuários de drogas ilícitas, confirmava a tendência do governo brasileiro de estabelecer ações consonantes aos compromissos assumidos internacionalmente de controle e repressão da oferta e do consumo de drogas ilícitas. Ações que, argumentam Carlini e Cotrim (1998), serviram mais ao propósito de estabelecer controle social sobre segmentos específicos da população do que de enfrentar os problemas que impactavam negativamente a saúde da população como um todo.

A Lei nº 6368 de 1976 estabeleceu ainda as bases legais para a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e de seu órgão central, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), no âmbito do Ministério da Justiça,

estabelecidos pelo Decreto nº 85.110 de 02 de setembro de 1980. O CONFEN tinha como principais funções:

Art 4º - [...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica [...]. (BRASIL, 1992c, p.19).

O CONFEN, surgido neste período final do regime militar, era composto por representantes dos vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda, e Relações Exteriores), por um representante do Departamento da Polícia Federal, um da Vigilância Sanitária, um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça e um médico psiquiatra escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça. Passou a exercer ações normativas sobre os diversos assuntos e as ações programáticas governamentais associadas ao tema drogas. A princípio abordou apenas questões relativas às drogas ilícitas e, em meados da década de 80 passou a abordar também questões relacionadas às drogas lícitas. O órgão foi extinto em 1998, quando se criou a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD (BRASIL, 1992c).

Autores como Mesquita (2003), Musumesci (1994) e Procópio (1999) reconhecem que muitas iniciativas surgidas no Brasil na área de álcool e outras drogas devem ser atribuídas ao CONFEN. Porém, consideram a maioria destas iniciativas pontuais, sem efeito transformador significativo na abordagem do fenômeno das drogas. Mas algumas dessas iniciativas, como o apoio aos programas de redução de danos, por exemplo, contribuíram para viabilizar uma nova forma de abordagem do fenômeno do uso de drogas no Brasil. Machado (2006) pondera que o CONFEN, em diferentes momentos de sua história, alternou seu foco entre o compromisso com o desenvolvimento de ações repressivas e a abertura de possibilidades de construção de práticas não orientadas por esta perspectiva.

Em 1988 o CONFEN publicou a “Política Nacional na Questão das Drogas”, cujo conteúdo refletiu o cenário de redemocratização vivido no Brasil. O documento propôs o estabelecimento de uma abordagem “destituída de preconceitos”, de “certezas absolutas”, “do discurso aterrorizante”, de maneira a ampliar o debate sobre as drogas, adequando o CONFEN “às propostas de uma sociedade moderna e

democrática” (BRASIL, 1988b: 1). Sem minimizar a importância das ações repressivas, o documento propôs uma abordagem centrada na pessoa e em suas motivações e não na droga. Algumas ações previstas nas Leis nº 5.726 de 1971 e nº 6.368 de 1976 foram questionadas nesse documento, como as prisões e as internações dos usuários de substâncias.

Em 1992 o conselheiro Domingos Bernardo Silva Sá apresentou ao CONFEN um novo documento, o “Projeto para uma Nova Política de Drogas no País”, reafirmando a necessidade de modificações já apontadas no documento de 1988. Este documento apontava problemas na política de drogas brasileira, baseada em uma visão jurídico-penal e fortemente associada à perspectiva médico-psiquiátrica. No decorrer da década de 1990 o CONFEN, apesar de alguns impasses, passa a apostar na construção de uma política mais razoável, mais harmônica e mais equilibrada, em termos de prevenção e repressão, valorizando centros de referência, órgãos científicos e apoio econômico.

No campo do tratamento ou das ações de recuperação, foram apresentadas, no período propostas para o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento; substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às dependências químicas; apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1996). Os documentos mais importantes da época, inclusive o Projeto do Conselheiro Sá, não propunham de forma central articulações com o setor público de saúde. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento das ações de tratamento e de recuperação foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes.

Machado (2006) observa que, em 1996, quando o CONFEN publica o Programa de Ação Nacional Antidrogas (BRASIL, 1996), já estavam em curso a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a reestruturação da atenção em saúde mental e os programas de redução de danos. Estes últimos, voltados especificamente para usuários de drogas injetáveis, não chegaram nem mesmo a ser mencionados no documento, que também não cogitou a inserção da questão do tratamento e da prevenção no âmbito do SUS. As ações para abordagem de usuários de álcool e outras drogas permaneciam no âmbito da Justiça, sem a preocupação de estabelecer uma articulação intersetorial com a Saúde, mantendo a tendência, observada desde o início do século XX e que, em certos sentidos, permanece até os dias atuais.

Ainda na década de 90 buscou-se a valorização e

aperfeiçoamento das CTs, colocadas como uma nova maneira de encarar as drogas. O surgimento e ampliação do número destes serviços têm várias explicações, entre elas o crescimento do consumo de álcool e outras drogas e a ausência de atenção aos dependentes no setor público de saúde. Ao mesmo tempo, a emergência da pandemia de AIDS problematizou de maneira mais forte as questões relativas ao preconceito e ao estigma que atingiam também os usuários de drogas (MACHADO, 2006).

Para Mont Serrat (2002) até o fim da década de 80 podia ser constatado um antagonismo entre grupos ligados ao meio científico e aqueles que trabalhavam nas CTs, que eventualmente foi cedendo e dando lugar a parcerias. A criação das federações de CTs, fruto destas parcerias, justificou-se pela finalidade de garantir qualidade técnica e ética ao trabalho realizado nesses espaços. Emergiram duas federações: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), criada em 1990, e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), criada em 1994, cabendo ao CONFEN a atribuição de aumentar a relação entre elas (MACHADO, 2006).

O Estado de Santa Catarina, por sua vez, conta com a Associação Catarinense de Comunidades Terapêuticas (ACCTE), criada em janeiro de 2012 e com a Federação Catarinense das Comunidades Terapêuticas (FECOTESC), criada em abril de 2012 e que definem como seus objetivos principais reunir e fortalecer as CTs no território catarinense elevando o nível de qualidade e a imagem destes serviços.

Em 19 de junho de 1998 o presidente Fernando Henrique Cardoso, por meio da Medida Provisória nº 1.669, extinguiu o CONFEN assim como a Secretaria Nacional de Entorpecentes, criando o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Estes foram criados em um novo espaço institucional, não mais ligados ao Ministério da Justiça, mas ao Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Entre os objetivos do SISNAD destacam-se a formulação da Política Nacional Antidrogas e a revisão dos procedimentos administrativos nas áreas de repressão, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. O sistema visava(1) a integração das atividades de repressão ao uso indevido, ao tráfico ilícito e a produção de drogas e (2) a integração das atividades de prevenção ao uso indevido, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes. O Ministério da Justiça aparece como o órgão central e a Polícia Federal

o órgão executivo do primeiro grupo de atividades.

A SENAD ficou com a responsabilidade sobre o segundo grupo de atividades. Apesar do Ministério da Saúde integrar o SISNAD, nenhuma das atividades do segundo grupo foi a ele atribuída.

O CONAD é o órgão normativo do SISNAD. Apresenta composição semelhante à do CONFEN e conta com a participação do Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, do Secretário Nacional Antidrogas, de representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social, das Relações Exteriores, da Justiça, da Fazenda, da Defesa, um jurista indicado pelo Ministério da Justiça, um psiquiatra indicado pela Associação Médica Brasileira, um representante do órgão de Inteligência do Governo Federal e um representante do setor de Prevenção da SENAD.

Esse novo arranjo institucional reafirmou a tendência de duplicidade de lugares institucionais no que se refere à responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de saúde associadas ao uso de álcool e outras drogas. Se por um lado, no SISNAD, a SENAD é o órgão executivo das ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes, por outro, o SUS é responsável por prestar atenção integral à saúde dos cidadãos brasileiros.

A ausência do poder público na prestação da assistência a usuários de álcool e outras drogas vinha possibilitando o surgimento de diversas propostas assistenciais, algumas vezes desprovidas de sustentação técnica e ética. Em 2001, com o protagonismo da SENAD e das Federações de CTs, iniciou-se o estabelecimento de normas mínimas de funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (como as CTs) que culminou com a publicação, neste mesmo ano, da Resolução RDC nº 101 da ANVISA (BRASIL, 2001d), que será abordada detalhadamente mais a diante. Por meio dessa Resolução buscava-se evitar a “disseminação desorganizada de organizações que se denominavam comunidades terapêuticas e que eram depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias” (FEBRAC, 2005).

O apoio do CONFEN, continuado pela SENAD, às CTs havia contribuído para a aproximação destas com o meio acadêmico e com o poder público, com objetivo da melhora assistencial. Permitiu também que essas comunidades, criadas a partir de iniciativas pessoais ou de grupos religiosos, passassem a reivindicar financiamento público para sua operacionalização. Do ponto de vista conceitual, o apoio a essas instituições contribuiu para a difusão de uma forma de atenção e

cuidado baseada em preceitos morais (MACHADO, 2006).

Mesmo tendo sido um processo protagonizado pelas federações de CTs, o estabelecimento das normas mínimas de funcionamento gerou muita resistência por parte destes serviços. As vistorias e inspeções realizadas passaram a dar mais visibilidade a esses espaços, tornando-os mais vulneráveis a interpelações públicas. O processo favoreceu a demanda por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção dessa atenção fora do âmbito do setor público de saúde. As CTs, pelo grau de organização que alcançaram e pela vinculação a instituições religiosas, conseguiram exercer pressão junto às organizações governamentais, buscando estabelecerem-se como o modelo de tratamento na área de drogas no Brasil. Esta participação intensa se fez sentir inclusive na coordenação de oficinas e grupos de trabalho nos três fóruns nacionais antidrogas realizados pela SENAD nos anos de 1998, 2001 e 2004.

A publicação da RDC 101/2001 pela ANVISA coincide com um momento em que o Ministério da Saúde (MS), até então não oficialmente excluído das articulações políticas e operacionais sobre o tema, tinha firmado posição de inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas na atenção integral oferecida pelo SUS. Apesar da pressão política contra este posicionamento por parte das CTs junto ao governo federal, inclusive com apoio da SENAD, o MS não retrocedeu e em outubro de 2004, na reformulação de sua política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, proporcionou às CTs o *status* de rede de suporte social. Após muitas pressões dirigidas aos gestores do MS, as CTs passaram a receber financiamento do SUS através de convênios vinculados ao Programa de Enfrentamento do Crack e Outras Drogas, conforme estipulado na Portaria nº 2.197, de outubro de 2004 (BRASIL, 2004d).

Sumarizando, as primeiras medidas de tratamento destinadas aos usuários de álcool e outras drogas não surgiram no campo da Saúde Pública, foram propostas no âmbito da justiça penal, a partir de um aparato legislativo que criminalizava as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao ato ilícito do consumo. Essas medidas legitimaram-se com a contribuição da Psiquiatria e comprometiam-se fundamentalmente com o estabelecimento da repressão e do controle do uso de drogas no País. A base era a compreensão do usuário de drogas como doente e/ou como criminoso (FIORE, 2005). Iniciou-se, dessa forma, um processo de indefinição, tanto da necessidade quanto da responsabilidade pela implementação de ações de saúde, na área de álcool e outras drogas no Brasil (MACHADO, 2006).

O diálogo entre segurança pública e saúde pública tem sido por vezes árido, outras vezes frutífero, pois as racionalidades nestes campos nem sempre se harmonizam. Algumas práticas que emergiram do processo dialógico entre os dois campos parecem ter contribuído para a criação de políticas públicas e de novas formas de abordagem da questão. Uma política importante, que será abordada na próxima seção, é a inserção das CTs na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

## 2.2 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A POLÍTICA PARA O ENFRENTAMENTO DO CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As políticas e práticas dirigidas a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, devem estar obrigatoriamente integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas do MS. As diretrizes da política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos devem estar em consonância com a política de saúde mental vigente e respaldada pela Lei Federal 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001c), instrumento legal máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Com sentido de viabilizar as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e normatizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o MS publicou diversas portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), por exemplo, define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, incluídos os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas (os CAPSad).

A necessidade de definição de estratégias específicas de fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, levou o MS a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, via Portaria GM 816 de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002c). Este considera, fundamentalmente, a multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da

incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Devido à problemática emergente relacionada ao uso do crack, álcool e outras drogas foi instituído, no ano de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (BRASIL, 2009). Criou-se um Comitê Gestor de forma a operacionalizar ações imediatas de enfrentamento desta questão, por meio de medidas como: ampliação do número de leitos e da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sóciofamiliar; promoção da inclusão social de usuários de crack e outras drogas; capacitação de profissionais; ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social; investimento em sítio eletrônico de forma a expandir os canais de comunicação; e ampliação de operações especiais voltadas à desconstituição da rede de narcotráfico.

De forma a ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção e diversificar as ações orientadas para a promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, instituiu-se o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS - PEAD 2009-2010. Este plano teve por objetivos construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, de forma a ser capaz de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, 2010a). Em 2012 o MS lançou o edital de Chamamento Público nº 8, de forma a cadastrar possíveis serviços que contribuam para a reinserção social de pessoas com necessidades recorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em regime de residência.

O PEAD parece ter orientado a edição de novas portarias. Assim, em 2011, o MS instituiu, através da Portaria GM MS nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a) a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, de maneira a organizar a rede de serviços de saúde mental de forma integrada, articulada e efetiva, nos diferentes pontos de atenção, para atender, ampliar e diversificar os serviços do SUS. A Rede de Atenção Psicossocial deve ser constituída pelos seguintes componentes: a) atenção básica em saúde; b) atenção psicossocial especializada; c) atenção de urgência e emergência; d) atenção residencial de caráter transitório; e) atenção hospitalar; f) estratégias de desinstitucionalização; e g) reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Segundo o Art. 6º da Portaria nº 3.088/2011 a Unidade Básica de Saúde deve ser constituída por equipe multiprofissional que se responsabiliza por um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo, abrangendo promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Neste nível busca-se desenvolver atenção integral que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, a UBS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado das pessoas com transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Em situações distintas destinadas a populações específicas tem-se: as Equipes de Consultório na Rua constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas necessidades de saúde. Deve ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como UBS, CAPS e Unidades de Pronto Atendimento, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das UBS do seu território.

A Portaria define ainda que equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, devem oferecer suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Já os Centros de Convivência devem ser articulados às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde oferecendo à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Esses Centros são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por sua vez, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, atuando diretamente no apoio

matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) está vinculado. Tal estratégia inclui também o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Na atenção psicossocial especializada conta-se com os CAPS que devem ser constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O trabalho no CAPS deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembléias de usuários, reunião de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado deve ser desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado é responsabilidade do CAPS ou da atenção básica, buscando permanentemente um processo de co-gestão e acompanhamento longitudinal dos casos.

Os CAPS ad devem atender adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Deve atuar como um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011 a).

O CAPS AD III (foi recentemente regulamentado pela Portaria GM MS nº 130 de 2012 (BRASIL, 2012b), que redefine este serviço e dispõe sobre respectivos incentivos financeiros. Deve atender adultos, crianças e adolescentes com necessidade de cuidados clínicos contínuos, possuindo no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, funcionando 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

Com relação à atenção de urgência e emergência a Rede de Atenção Psicossocial deve contar com os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências (SAMU, Sala de Estabilização, UPA vinte e quatro horas, portas hospitalares de atenção à urgência e pronto socorro, entre outros), que são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

Os CAPS realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em

fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de álcool e drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Com relação a Atenção Residencial de Caráter Transitório é preciso dispor de:

a) Unidade de Acolhimento (UA), que é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na UA é de até seis meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência, que deve ser responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As UAs foram regulamentadas posteriormente pela Portaria GM MS nº 121 de 2012 (BRASIL, 2012a), na tentativa de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas. Esta Portaria organiza as UA nas seguintes modalidades: UA para adultos, destinadas a usuários maiores de 18 anos; e UA Infanto-Juvenis, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

A RAPS conta também, com Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais as Comunidades Terapêuticas, destinadas a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Estes serviços devem funcionar de forma articulada com a atenção básica, que deve apoiar e reforçar o cuidado clínico geral dos seus usuários e com o CAPS, responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Com relação à atenção hospitalar a RAPS deve contar com(a) enfermarias especializadas oferecendo tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e

outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração, até a estabilidade clínica. O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência. No caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso. A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar;

b) Serviço Hospitalar de Referência, oferece suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações que indiquem ocorrência de co-morbidades de ordem clínica e ou psíquica, sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Devem funcionar em regime integral, (24 horas) nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

A rede hospitalar, em nível local ou regional, deve servir de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS. A definição de normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência e a instituição de incentivos de investimentos e de custeio foram regulamentadas pela Portaria GM MS nº 148 de 2012 (BRASIL, 2012c).

Ainda com base na Portaria GM/MS nº 3088/2011, em seu Art. 7º, a RAPS deverá contar com Estratégias de Desinstitucionalização, constituídas por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), por sua vez, também são considerados pontos de atenção dessa Rede - são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos (HPs) e de custódia. Neste caso, o HP poderá ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da RASPS ainda não se

apresenta suficiente. Estas regiões de saúde devem priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em HPs. Concomitante à execução destes serviços foi instituído o Programa de Volta para Casa, pela Lei 10.708/2003 (BRASIL, 2003c), política de inclusão social que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência e visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização.

O componente Reabilitação Psicossocial da RAPS deve ser composto ainda por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, de modo a articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da Rede e seus familiares.

E é nesta trama de uma rede diversificada de serviços que encontram-se as CTs cuja criação e funcionamento serão mais detalhados na próxima seção.

## 2.3 COMUNIDADE TERAPÊUTICA E SUA INSERÇÃO NA REDE SUS

No ano de 2001 a autora desta pesquisa, então Coordenadora de Saúde Mental de Santa Catarina, compareceu a uma reunião com representantes das CTs, cujos proprietários mostravam-se apreensivos e cheios de dúvidas a respeito das adaptações necessárias em seus estabelecimentos em face dos padrões exigidos pela RDC ANVISA nº 101/2001, colocada por estes representantes como uma reivindicação antiga. Seria necessário um tempo para internalizar a nova legislação e adequar as Comunidades para receber o alvará sanitário, que garantiria seu funcionamento dentro da lei e permitiria a consagração de convênios para a manutenção financeira de grande parte destes estabelecimentos.

Na ocasião daquela reunião conhecia-se muito pouco sobre o funcionamento e a organização destes serviços. Para fins de localizá-los geograficamente recorreu-se então aos cadastros estaduais e municipais dos Conselhos de Entorpecentes, das Secretarias de Assistência Social, das Secretarias de Saúde, e do Ministério Público e do Poder Judiciário. Esta entrada no campo rendeu uma pesquisa intitulada “Perfil Sanitário das Comunidades Terapêuticas do Estado de Santa Catarina” (SC, VISA/DVS, 2004) e o “Manual de Segurança Sanitária para

Comunidades Terapêuticas” (SC/ SES, 2005a).

Partindo dos pontos mais críticos constatados neste trabalho, no ano de 2004 foi realizado o primeiro “Seminário Estadual de Comunidades Terapêuticas” organizado pela Diretoria de Vigilância Sanitária – DVS/SC com a finalidade de divulgar a RDC 101/2001 e pactuar prazos de adequação para que os fiscais VISA pudessem, dentro de um ano, realizar inspeção em todas as instituições que chegassem ao conhecimento deste órgão.

À primeira vista, o tratamento em CTs, na perspectiva das VISAs estaduais e municipais, gestores, usuários e outros atores sociais, causava certo estranhamento, embora estes dispositivos já funcionassem há aproximadamente dez anos em Santa Catarina. O número de serviços destinado ao tratamento da dependência química era incipiente, se comparado à demanda, cabendo às clínicas privadas e aos grandes hospitais psiquiátricos o compromisso maior de atendimento à população abusiva de substâncias que crescia a passos largos.

Enquanto o número de Comunidades se expandia, crescia também a pressão da RP, com o crescimento do número de legislações na área da saúde mental. A Reforma buscava politizar a questão da saúde mental, lutar contra as instituições manicomiais, produzir reflexões críticas que provocassem ruptura epistemológica, ao mesmo tempo em que se criavam experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicos e efeitos no campo sociocultural. As RS e RP, evidenciavam, assim, uma luta pela transformação das condições de saúde da população, entendendo que estas condições incluem determinantes sociais, ou seja, é permeada por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Assim, o esforço para transformar a saúde inclui a transformação do modelo de assistência.

Neste contexto de necessidade de compreensão das funções sociais das instituições, as CTs, ao se responsabilizarem por um número expressivo de pessoas no Estado, despertavam interesse inclusive a partir de sua relação com o poder judiciário que, a partir da regularização das Comunidades, passou a dispor destas como locais para abrigar internações compulsórias. Na visão destes atores sociais as CTs preenchiam o vazio que as instituições do SUS não conseguiam suprir, em decorrência da escassez de dispositivos e de recursos humanos, além do modelo obsoleto então utilizado para o tratamento na área da dependência química.

A ANVISA continuou trabalhando no campo e a RDC ANVISA nº 101/2001 foi substituída pela RDC ANVISA nº 29 de 2011 (BRASIL, 2011b). Neste período de dez anos grandes mudanças foram

provocadas no cenário das CTs. A nova RDC indica que a revisão sobre a regulação sanitária sobre o tema deu-se em consonância com as ações do Governo, especialmente do Ministério da Saúde, de forma integrada com o SUS. Tal revisão buscou aumentar o acesso a alguma possibilidade de tratamento em face da crescente demanda. O processo de revisão contemplou ainda, segundo a ANVISA (BRASIL, 2011b), sugestões das federações de CTs e de órgãos de Governo, notadamente o MS e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), reunidos em Grupo de Trabalho coordenado pela Casa Civil da Presidência da República.

Ao realizar uma análise comparativa entre a RDC 101/2001 e RDC 29/2011 constatam-se mudanças significativas. A primeira diz respeito à nomenclatura. A nova norma não fala de “comunidades terapêuticas”, mas “instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, abrangendo todas as instituições que prestam serviço neste formato.

A responsabilidade técnica que antes ficava a cargo de profissional de nível superior da área da saúde (incluindo o serviço social), passa a exigir um profissional e um substituto, ambos de nível superior mas de qualquer área de formação.

Com relação a recursos humanos, a RDC 101/2001 adotava o “agente comunitário” capacitado em dependência química. Já a RDC 29/2011 determina a existência de recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas, embora não mencione que atividades sejam estas. A capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes” passa ao simples registro de ações de capacitação para equipe.

O programa terapêutico, que antes especificava um rol de atividades fixas com a respectiva frequência de realização, é substituída pelo registro de atividades em ficha dos residentes, o que pode ser interpretado como uma tentativa de singularizar o atendimento. Tais fichas individuais devem contemplar itens como: “horário de despertar; atividade física e desportiva; atividade lúdico-terapêutica variada; atendimento em grupo e individual; atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; atividade que promova o desenvolvimento interior; registro de atendimento médico, quando houver; atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; atendimento à família durante o período de

tratamento; tempo previsto de permanência do residente na instituição; e atividades visando à reinserção social do residente” (§1º da RDC 29/2011).

A extensa lista de aspectos a serem contemplados na admissão e durante o tratamento foi simplificada. A nova RDC veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição. Prestação de serviços de saúde aos atendidos pelas CTs fica agora a cargo da rede pública ou privada, a partir do encaminhamento à rede. Se por um lado a ANVISA limita o acesso de determinada clientela que necessita de atendimento à saúde não disponibilizado pela instituição, por outro permite que os residentes com comprometimento orgânico e ou psicológico graves possam ser admitidos em CTs caso a instituição ofereça condições para tal.

No que diz respeito aos medicamentos o RT continua responsável pelos em uso pelos residentes e é vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

O compromisso com o sigilo segundo normas éticas e legais e a garantia do anonimato continuam a ser resguardados.

Com relação à infra-estrutura física, dispensa a aprovação de projeto físico arquitetônico (com exceção das áreas de saúde quando for o caso) e exige ambientes compatíveis com o número de residentes da instituição e determina as áreas que a instituição deve possuir.

A Diretoria de Vigilância Sanitária de SC legislou sobre norma complementar (VISA/DVS nº 002/2011) com vistas a estabelecer um número máximo de residentes, assim como parâmetros dimensionais com relação a dormitórios e banheiros dos residentes e funcionários na tentativa de proporcionar-lhes condições dignas de habitação e segurança. Além disso, procura através de reuniões, encontros e outros eventos promover discussões sobre a adequação à norma, em prazos estabelecidos.

Em 2010 o MS lançou o Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS, que se refere a financiamento a municípios e Distrito Federal para projetos de leitos de acolhimento para usuários de crack e outras drogas em CTs. Este edital faz parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, 2010.<sup>2</sup> Com este apoio financeiro aumentou consideravelmente o número de internações *sub-judice*, bem como o

---

<sup>2</sup> É curioso que a seleção realizada em 2010 pela Senad e MS para financiamento de leitos em CTs não levou em consideração se as CTs a serem conveniadas possuíam ou não alvará sanitário. A maioria das instituições selecionadas não estava no cadastro das VISAS dos Estados e não tinham condições mínimas de funcionamento, em conformidade com a RDC VISA 2001.

número de pessoas que procuram as CTs para tratamento de uso de drogas.

A título de informação, além das exigências determinadas pela RDC 29/2011, caso a CT seja conveniada pelo edital do Senad, esta deverá cumprir outros requisitos como, por exemplo, apresentar parecer de avaliação do Conselho Municipal de Saúde; o gestor local deverá designar uma Equipe de Referência mínima da rede SUS para acompanhar o usuário durante o período de acolhimento na CT. O número de leitos contratados, a descrição do território de abrangência onde serão utilizados os leitos e a regulação de acesso a estes leitos também são de competência do gestor local. Caberá à CT a descrição do fluxo das atividades realizadas no cotidiano, a descrição das ações desempenhadas por cada profissional e a indicação de pelo menos três profissionais da CT para se matricularem em cursos de capacitação à distância a serem oferecidos pela Senad. Deve-se considerar, neste caso, o parâmetro populacional de um leito para cada dez mil habitantes, até o limite máximo de vinte leitos contratados por instituição contemplada levando-se em conta as prioridades da cobertura regional. Tudo isso para garantir o repasse do MS aos municípios como forma de incentivo, no valor de R\$ 800,00 por cada leito utilizado, no período de doze meses.

Com a RDC 29/2011, a instituição pode passar de equipamento social a serviço de saúde caso os residentes necessitem de atendimento desta natureza. Desta forma é possível que a seleção de problemas nestes serviços aconteça de acordo com a lógica da própria competência.

A possibilidade de funcionamento como equipamento social e de saúde apresenta um dilema ético. O limitar-se a uma forma especializada traz o risco, como apontam Rotelli *et al.*, (2001), de se assumir a 'postura de que isso "não é um problema nosso". Optar por não oferecer ações de saúde equivale a indicar à pessoa que está procurando ajuda que encontre outra porta, propiciando uma forma de desresponsabilização. Alertada, de certa forma, por Rotelli *et al.* (2001:22): "Ao final, e como consequência esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços, faz com que as pessoas sejam separadas, "despejadas", jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas".

Para além dos convênios celebrados com o Governo Federal algumas prefeituras em Santa Catarina têm financiado alguns convênios com as CTs. No Estado, por via da Coordenação Estadual de Saúde Mental, nenhum convênio foi, até o momento (julho de 2013), realizado.

Para as ações de fiscalização das CTs o Estado conta com alguns órgãos, como a Vigilância Sanitária e o Ministério Público. No que tange às atividades desenvolvidas nas CTs, em face da especificidade dos projetos terapêuticos, outros órgãos também se responsabilizam pela saúde dos envolvidos, sejam residentes, funcionários ou mesmo animais. As CTs devem, ainda, estar regularizadas perante o Poder Público local, o que envolve outras entidades como Prefeitura e Corpo de Bombeiros.

Desde 2003 as ações de fiscalização neste âmbito em SC têm acontecido em grande parte de forma intersetorial, com a presença de diversas secretarias. A Secretaria de Estado da Saúde, a Diretoria de Vigilância Sanitária, a Secretaria de Segurança Pública, o Conselho Estadual de Entorpecentes, a Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca, a Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina, o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina e o Ministério Público do Estado de Santa Catarina vêm trabalhando de forma mais integrada, estimulada por Termos de Cooperação Técnica. A última formulação se deu em fevereiro de 2012 de forma a estabelecer intercâmbio e cooperação das partes celebrantes para a fiscalização das CTs e outras instituições destinadas ao atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, com especial atenção ao cumprimento da RDC 29/2011.

Há grandes desafios a serem enfrentados pela VISA no que diz respeito às CTs no Estado, a começar pela falta de vagas para abrigar residentes oriundos de instituições que foram fechadas devido a suas condições higiênico-sanitárias. Ademais, o número de profissionais destinados a fiscalização das comunidades é modesto, assim como os recursos materiais e humanos que dão suporte logístico às ações de fiscalização. Não bastasse a complexidade apresentada, as ações de VISA estão sendo descentralizadas para as Vigilâncias Sanitárias dos municípios que, além de sofrer pressão política de gestores e demais segmentos da sociedade, carecem de pessoal especializado.

Em meio a este contexto, a Divisão de Estabelecimentos de Interesse da Saúde que se responsabiliza pela coordenação das ações e fiscalização das CTs no Estado, vem desenvolvendo pesquisas diagnósticas sobre a rede de atenção, em especial as CTs, de forma a monitorar a qualidade dos serviços ofertados. O Relatório de Avaliação das Condições Higiênico-Sanitárias das Comunidades Terapêuticas no Estado de Santa Catarina - versão 2012 (SES/DVS, 2012b), por exemplo, informou se as CTs estavam cumprindo os quesitos determinados pela RDC 29/2011. A pesquisa, realizada com uma amostra de 128 CTS (das quais 27 encontravam-se fechadas ou

interditadas) constatou que: aumentou o número de CTS no Estado, principalmente depois da promulgação da RDC nº 29/2011; somente 57 das 101 CTs em funcionamento dispunha de Alvará Sanitário e estaria portanto apta a participar de convênios e subvenção social; 54% dispunha de alvará do corpo de bombeiros ; somente 36% atesta a qualidade da potabilidade da água oferecida; 40% ofereciam algum tipo de serviço de saúde; 77% utilizam a Rede SUS para encaminhamento de intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substâncias, ou para os outros agravos à saúde. somente 43% dispunham de responsável técnico (profissional de nível superior); existiam 704 leitos vagos; o gênero masculino representava 89% da população atendida; O relatório também apontou que parte das CTs no Estado dispõe de infra-estrutura física adequada (em termos de habitabilidade e conforto); dispõe de programa terapêutico individualizado; e estão organizadas em termos de documentação (como registro das avaliações diagnósticas na admissão, termo de consentimento do residente para tratamento de forma voluntária, normas, rotinas, etc.); e cuidados relacionados à medicação. Pode-se constatar, também, uma redução do número de profissionais após a RDC nº 29/2011, se comparado a vigência da RDC 101/2001. Com relação à percepção dos avaliadores, 40% das CTs foram classificadas como "boas", 43% como "regulares", e 17% como "ruins"

A crescente visibilidade das CTs levou o MS a legitimá-las no SUS, por meio da Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. E através da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b) o MS institui incentivo financeiro, destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, (incluídas as CTs), voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do SUS. O MS passa, assim, a ver as CTs como uma espécie do gênero de Serviços de Atenção em Regime Residencial. Desta forma, cada CT poderá pleitear incentivo financeiro de custeio da ordem de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de dois módulos por entidade beneficiária, desde que o número de leitos não ultrapasse 30 (trinta) e desde que se adéque às exigências previstas naquela Portaria.

O MS também passa a incluir na Tabela de Tipo de

Estabelecimento do CNES o tipo 78 - que se destina a UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL, através da Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012e), passando cada uma das CTs habilitadas a contar com médico clínico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e psicanalista, terapeuta ocupacional, profissional da educação física e pedagogo no corpo terapêutico. Estes profissionais deverão prestar serviços de Atenção em Regime Residencial de caráter transitório, inclusive atividades de caráter terapêutico, individuais e coletivas, enfocando lazer, cultura, esporte, alimentação e outros dentro e fora da entidade, com vistas a estimular o convívio social, com promoção de reuniões, assembléias, orientação e prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas e sobre os direitos dos usuários do SUS. Os serviços são considerados de média complexidade, prevendo tempo máximo de permanência de nove meses e população alvo com idade mínima de 18 anos. A demanda a ser acolhida pelas CTs habilitadas deve ser regulada pelo CAPS dos territórios em que estão inseridas e o projeto terapêutico deve pautar-se pelos projetos terapêuticos singulares, construídos em parceria com a equipe do CAPS de referência.

A próxima seção abordará as principais concepções, teorias, modelos e métodos que fundamentam estes Serviços de Atenção em Regime Residencial.

## 2.4 COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CONCEPÇÕES, TEORIAS, MODELOS E MÉTODOS

Ao descrever as concepções, teorias e modelos que embasam o funcionamento das CTs a autora não os está defendendo ou criticando. O objetivo é apresentar estes modelos de forma a que aqueles que não conhecem as idéias subjacentes a eles possam ter uma compreensão sobre a estrutura teórico-conceitual onde estas CTs se apóiam. Não é objetivo, aqui, considerar como estas práticas são efetivamente realizadas, nem proceder à sua análise crítica, mas levar um conhecimento ao leitor que possibilite um melhor entendimento das justificativas e procedimentos defendidos no âmbito das CTs.

A CT é fundamentalmente uma abordagem de auto-ajuda desenvolvida fora das práticas psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais. Sua abordagem básica, desenvolvida originalmente para atender ao problema do abuso de substâncias, se fundamenta no tratamento da pessoa inteira por meio da comunidade de companheiros. Na qualidade de entidade híbrida, fruto da união entre auto-ajuda e

apoio público, a CT é uma experiência em contínuo desenvolvimento que vem reconfigurando os ingredientes de cura e de formação das comunidades de auto-ajuda numa metodologia sistemática de busca de transformação de vidas (DE LEON, 2003).

Nunes (2001), tomando como referência os aspectos propostos por Maxwell Jones (1968) define CT como o lugar que integra os meios que permitem otimizar benefícios terapêuticos, os quais podem ser alcançados pelo desenvolvimento dos potenciais de adaptação cultural, de auto-realização, de criatividade e de socialização das diferentes pessoas que integram a comunidade terapêutica: pacientes, famílias e equipe técnica. Nesta perspectiva, a CT tem por objetivos: cuidar a pessoa adoecida, integrando-a em um ambiente onde não seja estigmatizada; promover o envolvimento de cada indivíduo no processo terapêutico; ter em conta o valor e a qualidade das diferentes interações surgidas entre pessoas que entram direta ou indiretamente em contacto, no contexto comunitário; valorizar a qualidade da comunicação, privilegiando a horizontalidade da mesma; iniciar a pessoadoecida no processo de tomada de decisão e de responsabilização por sua própria vida.

Para atingir seus objetivos a CT, aponta Nunes (2001), deve ser, além de um meio propício ao estabelecimento de contactos sociais favoráveis à gestão e promoção da saúde, um lugar onde a comunicação seja democrática e espontânea, no contexto do grupo, e onde possa ser experimentada a liberdade de expressão, em um clima de respeito mútuo. Para isso as relações de autoridade devem ser horizontais e o exercício do poder partilhado, permitindo que as decisões sejam tomadas por consenso. A ação terapêutica baseia-se, portanto, na qualidade das relações interpessoais que se estabelecem na vida cotidiana, o que deve favorecer um autoconhecimento progressivo, com a utilização de estratégias relacionais mais adaptadas.

Com base nestes pressupostos a criação de CTs foi uma tentativa de resposta ao problema da droga, com objetivo de ajudar o indivíduo a encontrar uma nova maneira de estar no mundo mediante adesão ao processo terapêutico, adaptação a um novo contexto geográfico e social, mudança e reestruturação de hábitos e formas de funcionar, respeito a regras, confronto com os limites externos e internos da realidade, descoberta de novos interesses e atividades, desenvolvimento de estratégias adequadas na forma de lidar com o estresse em situações de frustração e angústia, aceitação da autoridade e a integração de novos valores na sua vida (ROSÁRIO, 2009). Neste cenário, diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais,

profissionais da educação física, terapeutas ocupacionais, coordenadores, obreiros, dentre outros) participam com conceitos, linguagens e métodos distintos que muitas vezes se contrapõem às características do trabalho de auto-ajuda.

A idéia de comunidades que ensinam, curam e dão apoio se manifesta em seitas religiosas e comuns utópicas, bem como em movimentos de reforma espiritual, de temperança e de saúde mental. Para De Leon (2003:13) expressões limitadas da comunidade como “terapia” também estão presentes em várias formas de processo grupal.

A expressão “comunidades terapêuticas” foi usada inicialmente no âmbito da psiquiatria curso dos anos 1940. A CT psiquiátrica prototípica foi primeiramente desenvolvida por Maxwell Jones e seus colegas na unidade de reabilitação social do Belmont Hospital na Inglaterra. Esta experiência se estendeu para outras partes da Europa e em menor grau, para os Estados Unidos, em versões modificadas da proposta inicial (DE LEON, 2003).

A passagem do uso de terapeutas individuais a uma abordagem psiquiátrica social que acentua o envolvimento multipessoal, o uso de métodos grupais e a terapia do ambiente no contexto psiquiátrico configuram o que De Leon (2003) denomina de “terceira revolução em psiquiatria”. Uma ideia central é que a maximização do resultado terapêutico depende da organização dos serviços. Designando-se como organização democrática a CT preconiza que todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos atribuindo grande valor à comunicação e a atmosfera do ambiente social, no sentido de equilibrar a aceitação, o controle e a tolerância com respeito aos comportamentos disruptivos. O grupo deve se orientar para o trabalho produtivo onde devem ser empregadas técnicas educativas. A pressão do grupo deve servir a propósitos construtivos e a autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis pelos residentes (KENNARD, apud DE LEON, 2003, p.15).

Nas CTs atuais, no Brasil, a dependência por substâncias parece ser concebida como doença da alma que, na concepção de De Leon (2003), se manifesta como um transtorno que atinge a pessoa inteira e que invoca a necessidade do envolvimento do grupo para se resolverem os problemas de autocontrole comportamental e emocional dos indivíduos.

O que se percebe é a existência de muitas concepções, teorias, modelos e técnicas na paisagem das CTs. O Grupo de Oxford, organização religiosa fundada na segunda década do séc. XX por Frank Buchman, ministro evangélico luterano, propõe um retorno à pureza e a

inocência dos primórdios da Igreja Cristã, contemplando todas as formas de sofrimento humano, como base para a cura (DE LEON, 2003).

Já o modelo Minnesota nasceu naquele estado americanoa cerca de 50 anos e por seu sucesso tem sido implantado em todo o mundo, inclusive nas CTs de Santa Catarina. Começou a ser implantado, no serviço de psiquiatria do hospital estatal de Wilmer pelo Dr. Nelson Bradley. O método, considerado um dos mais eficazes no tratamento do alcoolismo, foi aperfeiçoado e alargou sua aplicação, incluindo outras drogas. Consiste em um modelo psicoterapêutico de origem humanista, baseado na confrontação da realidade, cujo objetivo é a abstinência total do consumo de substâncias capazes de provocar alterações no comportamento. Fundamenta-se em atividades em grupos de auto-ajuda, terapia racional emotiva, palestras e filmes didáticos, com a finalidade e se adquirir consciência sobre as implicações da dependência, tratada como doença, o e conseqüentemente a uma responsabilização pela própria recuperação. Através da partilha de sentimentos e emoções o residente (cliente ou paciente) aprende com seus pares a identificar e lidar de forma positiva com seus sentimentos. Trata-se de um modelo multidisciplinar, que utiliza profissionais de diversas áreas bem como "conselheiros leigos" e visa, sobretudo, a integração de diferentes abordagens. É central a concepção de dependência química como fenômeno bio-psico-sócio-espiritual e a ancoragem em numa dinâmica essencialmente grupal na qual os residentes compartilham entre si suas histórias e dificuldades, aprendendo a identificar suas emoções, valores e atitudes e como estes são distorcidos pelo uso de drogas. A partir daí, podem aprender um novo estilo de vida, livre das drogas. A ideia essencial é que, em um clima amoroso, de aceitação mútua, os residentes descubram que não estão sozinhos, que outros já passaram por sofrimentos semelhantes e hoje estão a viver a vida de forma integral, com todas as dificuldades, e sem drogas. Para tanto, o método emprega como matriz terapêutica as 12 tradições e os cinco primeiros dos 12 passos da Associação de Alcoólicos Anônimos", (ANDERSON, 1981; BATESON, 1971).

A aplicação dos princípios dos 12 Passos enfatiza a perda do controle da pessoa com relação à substância, a necessidade de entrega dessa pessoa a um "Poder Superior", o auto-exame, na busca de ajudapara operar uma mudança do eu e o reparo dos males causados a outros. A oração na luta pessoal e o oferecimento de ajuda a outras pessoas para que se empenhem em um processo semelhante também parecem fazer parte deste processo. A diferença entre o membro

individual da AA e o modelo de Oxford, adotado em algumas CTs no Estado de SC é que o primeiro pode envolver-se privadamente com seu próprio conceito de poder superior, enquanto que o segundo preconiza a crença cristã.

O programa Synanon, por sua vez, surgido em Santa Mônica, Califórnia, em 1958, nunca endossou a designação Comunidade Terapêutica. Incorpora outros elementos aos modelos anteriormente conhecidos, mas considera o próprio grupo como uma nova modalidade de terapia. Este modelo de recuperação busca mudar a personalidade e o estilo de vida do sujeito (DE LEON, 2003). Como a AA o Synanon adota a premissa da recuperação por meio de auto-ajuda e se fundamenta na crença de que a capacidade de curar e a mudança encontram-se no indivíduo. A cura, neste sentido, ocorreria por meio de relações com outros indivíduos em situações similares.

Embora sem prescrever um protocolo explícito de 12 passos o Synanon prevê a mudança do indivíduo em estágios paralelos aos Passos da AA. A fase inicial da recuperação envolve vencer a negação e engajar-se no processo de mudança, o que equivale a ir da negação à decisão de mudar (passos 1-3). O período de autoexame e de socialização, que marcam as fases intermediárias do processo da CT, refletem os Passos 4 a 9 e envolvem o inventário moral pessoal, a confissão a outra pessoa e o esforço de autocorreção. Espera-se maior autonomia maturacional nas fases de reentrada na CT, o que reflete as fases ulteriores da AA (passos 10-12), que preconizava honestidade pessoal, a humildade de pedir ajuda para manter-se recuperado e a ajuda ativa a outras pessoas (DE LEON 2003).

As CTs contemporâneas, ainda para De Leon (2003), têm sofrido uma significativa influência dos campos tradicionais da educação, da medicina, da psiquiatria, do direito, da religião e das ciências sociais. Embora elas tenham conservado muito dos elementos do protótipo de Synanon, dos elementos essenciais da AA, e do modelo de Oxford, observam-se mudanças na filosofia, nas práticas e nas formas de organização. Vejamos algumas destas mudanças:

*Daytop*, uma das pioneiras em programas de CT no mundo, preconiza a criação de raízes e o crescimento pessoal compartilhado com os Outros. A *Greenhouse* é uma filosofia que busca olhar para nós mesmos, de onde viemos e para onde estamos indo. Acredita que os dependentes em recuperação têm uma dificuldade mental ou emocional pois são pessoas autocentradas, irritadas, críticas e solitárias. Assim prevê a extirpação de hábitos ruins utilizando a metáfora da “árvore do crescimento” que precisa de cuidado para crescer e desabrochar. A

comunidade de auto-ajuda seria a que oferece apoio aos outros e responsabiliza cada um pelo compromisso com o outro. O *Recovery Program* é um programa modificado de tratamento diurno adaptado do ambiente da clínica hospitalar. Prevê que a partir da percepção danosa da droga na vida, a pessoa pode assumir o compromisso de mudar, por si e por aqueles quem ama, com a finalidade de buscar o sucesso e o lugar de direito em sua comunidade. A *Stay'n Out* busca a capacidade de criar compreensão sobre a auto-existência, a beleza, a verdade e a realização pessoal, mostrando novas direções, oferecendo materiais, recursos e ambientes condutores de mudança. Dedicar esforço à capacidade máxima do indivíduo a fim de que ele adquira confiança em seu verdadeiro eu (DE LEON, 2003).

De uma forma geral a Comunidade seria usada tanto para curar emocionalmente os indivíduos quanto para educá-los sobre seus comportamentos, atitudes e valores, promovendo uma vida saudável. A cultura terapêutica, neste caso, seria basicamente centrada na democratização e na reabilitação ativa ao mesmo tempo que se combate a custódia e a segregação. Como método, a Comunidade propõe, ainda, que os indivíduos sejam instruídos a usar a relação com seus companheiros para aprenderem sobre si mesmos, responsabilizando-os por sua própria recuperação. O ambiente geral da CT, seus funcionários e os companheiros, a rotina diária de trabalho, os grupos, as reuniões, os seminários, o ambiente e as intervenções mais diversas podem tornar-se parte do tratamento no processo de recuperação. Todavia, a eficácia desses elementos como agentes indutores de mudança depende do indivíduo.

Há que se considerar ainda que as CTs sustentam claras posições morais que orientam o comportamento pessoal e social dentro e fora da comunidade residencial, expressos em regras essenciais, regras da casa, normas da comunidade e expectativas éticas gerais, vistas como necessárias à mudança. De Leon (2003:82) reflete esta posição ao afirmar que “sem um código moral firmemente estabelecido, a recuperação do indivíduo e seu crescimento pessoal são ameaçados”.

A terapia, nestes serviços, não seria entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo e também cotidiano e elementar de estratégias diretas e indiretas que se dão na relação entre os pares, sendo elementos condutores do processo de transformações a própria subjetividade e a sociabilidade. Isto requer o enfrentamento de problemas e uma participação proativa no percurso e na corresponsabilização pelo próprio tratamento.

A avaliação regular diária dos papéis e dos comportamentos

conduz a mudanças efetivas na própria estrutura social e pode influenciar em grande escala as práticas de tratamento. A idéia de trabalhar na CT com procedimentos de confronto face-a-face liga-se a estimular os residentes a lidar com situações de crise na própria instituição e a tentar resolver este desafio, o que favoreceria o crescimento e a aprendizagem tanto por parte dos mesmos, quanto por parte da equipe (JONES, 1968).

Mesmo com metodologias muito diferenciadas existem algumas características básicas nas propostas de funcionamento de CTs:

1. A crença de que as atividades religiosas (cultos, cursos, palestras) estão no cerne da recuperação das pessoas. Usada como recurso para reorientar psicológica e moralmente o interno, a religião estimularia valores como a solidariedade. Nessa linha, muitas comunidades procuram reproduzir a rotina familiar, unidade básica da sociedade, com sentido de provocar a participação e o envolvimento do residente. A sua própria família é estimulada a participar. Entretanto as visitas podem ser restritas e algumas vezes monitoradas.

2. A disciplina costuma ser rígida. O cumprimento das regras e dos horários e a freqüência às atividades são cobrados. Toma-se como imperioso o respeito aos demais membros da comunidade. A justificativa é que os residentes tenham consciência de suas responsabilidades e tarefas, inclusive por trabalharem em equipe. Eles devem cuidar de seus próprios pertences e das instalações da comunidade, além de preparar e servir a própria comida.

3. Entendido como uma forma de terapia ocupacional, os residentes trabalham. Aquilo que produzem ou plantam pode ser vendido, em muitos casos, para gerar renda, que deve ajudar a sustentar a comunidade em que estão internados e na maioria das vezes subsidiá-la. A atividade é vista, ainda, como preparação profissional para ajudar na reinserção social da pessoa depois do tratamento, para que ela se sinta incluída na sociedade e com isso diminuir as chances de recaída.

4. A atenção e o acompanhamento do residente são realizados de forma individual ou em grupo.

5. O trabalho terapêutico deve ser voluntário, orientado por pessoas vocacionadas. Muitas das comunidades, no entanto, recorrem aos serviços remunerados de profissionais habilitados em áreas como psicologia, medicina, assistência social, enfermagem, dentre outras.

6. Separação por sexo (praticamente todos os estabelecimentos só atendem a pessoas de um mesmo sexo) e exigência de abstinência sexual durante a internação.

7. A abstinência do álcool e das drogas deve ser total.

8. O contato com a natureza, com animais, esporte, cultura e lazer em grupo, facilitados pela instalação das CTs em fazendas, é visto como fator para eliminar as fontes de estresse e ansiedade da vida urbana.

9. O tempo médio de tratamento gira em torno de nove meses. Simbolicamente este período sugere uma gestação onde no final deste período a pessoa estaria apta a receber alta, salvo os casos em que se perceba a necessidade de um tempo maior de tratamento.

Esta metodologia peculiar que identifica o programa terapêutico das CTs, junto ao poder da mídia e da força política movimentada pelo poder econômico, além da própria cultura de incentivo à "internação", podem ser a causa da procura por estes serviços que se beneficiam da necessidade de se abordar o tema do uso abusivo de substâncias em face da grande demanda e da complexidade em lidar com ele.

O incentivo à expansão destes serviços pressupõe várias contradições uma vez que o sistema legislativo brasileiro define o Estado como laico, embora este mesmo sistema apóie instituições, como as CTs, com claras posições religiosas.

A CT demonstra que, se por um lado a RS e a RP avançaram em seus escopos, por outro, não bastam novas paisagens para se estabelecer uma reforma. É preciso dispor de novos olhares, pois a criação de dispositivos substitutivos de saúde mental e atenção psicossocial podem estar reproduzindo a lógica manicomial.

As CTs, apesar de alegarem sua preocupação com um atendimento integral, se pautam em noções da doença como defeito moral. Bittencourt (2003) esclarece o motivo de existirem tantas instituições evangélicas dedicadas ao tratamento de toxicômanos: o pentecostalismo vincula o dom da cura ao processo de conversão. Ao atribuir o adoecimento a problemas morais e espirituais, oferece uma explicação para a dependência de drogas e um modo de resolvê-la. O sucesso obtido pelas igrejas evangélicas na cura da toxicomania deve-se em grande parte ao apelo que é feito à responsabilidade moral do indivíduo que se droga e à promoção da "aceitação do sujeito à inscrição no Outro, o qual se aliena a ponto de não ser mais dono do seu corpo" (BITTENCOURT, 2003, p.269) nem de sua subjetividade. O dependente troca a obediência cega à ordem tirânica da fissura pela obediência a Jesus.

A doença é tratada como pecado e falha moral. Para o toxicômano em sofrimento, o alívio é encontrado na garantia do poder de Deus que pune o mal e recompensa aqueles que seguem o estreito caminho do bem (BITTENCOURT, 2003, p.265-273).

A religião oferece ao usuário uma solução moral porque restringe o jogo de escolhas e adaptações que cada ser humano tem que efetuar ao longo de sua vida por ser um membro da sociedade. Oferece a todos um caminho único para a obtenção da felicidade e proteção contra o sofrimento, o da submissão aos desígnios de Deus (FREUD, *Ibid.*, p.94).

As contradições se estendem por outros terrenos. O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011) aponta para indícios de violações de direitos em 68 CTs distribuídas em 25 unidades da federação. Estas violações incluem imposição de credo e desrespeito à orientação sexual, além de casos de violência física, castigos e torturas, demonstrando que muitas CTs fundamentam-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, como o respeito à cidadania.

Em alguns locais pesquisados pelo CFP constatou-se espaços de isolamento (ou seja, quartos fechados com cadeado, escuros e pouco arejados) para os quais eram levados os recém-chegados ou os que tinham comportamento agressivo. Em outras instituições, os internos eram enterrados até o pescoço e sofriam castigos como beber água do vaso sanitário e comer alimentos estragados. O trabalho forçado era outra característica recorrente. Segundo o Relatório os dependentes de substâncias eram mantidos em lugares cujas bases eram a fé religiosa e o trabalho sem remuneração. A maioria das comunidades terapêuticas não tinham psicólogos, assistentes sociais, médicos ou técnicos em enfermagem e além disso, pareciam que estavam assumindo a prática da normalização, pois muitas das pessoas capturadas pela engrenagem da máquina fundamentalista acabam por reproduzir modelos que aprisionam e mortificam modos singulares de existência: o entendimento é que há um sujeito errado a ser corrigido.

Com relação às CTs pesquisadas no Estado de Santa Catarina, o Relatório do CFP aponta para algumas irregularidades presentes como o emprego de mão de obra não remunerada e o desrespeito à escolha ou à ausência de credo. Algumas delas não possuíam proposta terapêutica, havia cerceamento à comunicação dos internos, violações de correspondências, cerceamento do convívio familiar e monitoramento de ligações, constrangimento público como punição, privação das atividades de lazer como punição e alguns riscos sanitários, dentre outras irregularidades.

Com base em uma pesquisa efetuada em CTs de base religiosa voltada par o tratamento de adolescentes do sexo feminino Raulpp e

Milnitisky-Sapito (2008) concluíram que a instituição proporcionava continência, segurança e acolhimento às adolescentes, ajudando-as a restabelecer relações de confiança e reestruturação egóica, mas o modelo moral que embasava o tratamento prejudicava o desenvolvimento de suas singularidades e potencialidades e, conseqüentemente, o alcance de uma recuperação duradoura. Constataram também que o programa terapêutico da instituição não estabelecia distinções entre uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. Aplicava exatamente o mesmo tratamento a todas as residentes, independente de seu grau de envolvimento, substância utilizada ou idiossincrasias. Paralelamente a essa indistinção, e agravando o problema por ela representado, o tratamento não previa espaços terapêuticos individuais, dispositivos considerados fundamentais para a construção de um entendimento aprofundado das relações do sujeito com o uso de drogas como um sintoma de sua problemática psíquica. No que concerne à imposição da moral cristã como o cerne do tratamento, responsável pela "fervorosa" conversão de algumas residentes ao catolicismo, Raulpp e Milnitisky-Sapito verificaram que, na maioria das vezes, a mesma se configurava como uma doutrinação e não como uma resposta adequada às suas necessidades. A maioria das adolescentes, ao sair da CT, não teria desenvolvido os recursos necessários para fazer outras opções devida, a não ser voltar para suas condições anteriores, ser monitora de CT. Por isso, consideram que o estilo de vida incentivado pelo programa da CT pesquisada fornece modelos de identificação que não instrumentam as adolescentes para a construção de opções viáveis de vida.

Por outro lado, Barros, Rosseto e Alves (2008) concluíram, através de uma pesquisa realizada em uma CT, que esta contribuía para a promoção e reabilitação social dos residentes, por envolver sua intervenção em outros locais fora do espaço da instituição. Segundo os autores, além dos princípios de recuperação, a instituição visava o resgate da cidadania, a reabilitação física e psicológica e a reinserção social, promovendo a transformação da personalidade do indivíduo e o seu amadurecimento pessoal. O processo terapêutico analisado focava intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades aos residentes. Como característica dessa abordagem terapêutica destacam a promoção de "ambientes residenciais" livres de substâncias tóxicas, sendo utilizada a influência de companheiros mais velhos na instituição para ajudar os iniciantes a aprender e assimilar as normas sociais e desenvolver habilidades eficazes.

Scadutoo (2010), ao pesquisar o tratamento em uma CT em

Ribeirão Preto (SP), sugeriu que houve melhoras no funcionamento psicológico para dois subgrupos de participantes, em graus diferentes, em todas as dimensões do processo de mudança. Os resultados foram discutidos em termos de aspectos como a estrutura e o nível de funcionamento da personalidade e qualidade da introjeção das experiências durante o tratamento. SHARLES (2011), por sua vez, em sua dissertação de mestrado, destacou que a CT pode contribuir para o bem-estar das pessoas em sociedade, destacando a importância da religião no processo terapêutico.

As pesquisas apresentadas apontam para características próprias de CTs individualizadas. Aparentemente foram encontradas instituições com maiores ou menores contribuições e prejuízos ao processo terapêutico e à reinserção social do residente da CT. Os modelos teóricos nem sempre garantem as realizações da prática. As contradições são flagrantes, tanto em tese como nas verificações do trabalho no campo.

Interessa-nos, agora, descrever o processo de criação deste dispositivo no território catarinense.

## 2.5 AS PRIMEIRAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM SANTA CATARINA

A primeira CT criada em SC foi a “Porta Aberta” localizada no morro do Pantanal, na Rua Rosa, no dia 19/9/1984. O Padre Evaristo convidou um grupo de pessoas a criar esta primeira CT que na época se chamava “Fazenda Alternativa”. Alternativa porque os centros regulares de atenção na área eram as clínicas privadas ou os Hospitais Colônia Santana e Instituto São José.

A CT do Pantanal era sediada num pequeno sítio que tinha duas ou três vacas, no alto de um morro que dava para a Baía Sul. Foi um empresário de pesca que tinha um filho usuário de drogas que ouviu falar sobre CT e acabou por doar um imóvel para iniciar este serviço, em uma casa pequena de dois quartos. Conseguiu-se três barracas militares emprestadas para iniciar o Porta Aberta.

Já a primeira CT do CERENE foi criada em Blumenau, numa instalação simples dentro de um estábulo de gado leiteiro.

O número de CTs foi se expandindo para a Palhoça, São Bento do Sul e outros lugares. Ainda na década de 90, através de um deputado estadual criou-se a Semana Catarinense de Prevenção às Drogas que passou a ser comemorada na terceira semana de agosto, assim como a

CT denominada Desafio Jovem de Criciúma.

Em 1993 com a criação do Lar Recanto da Esperança que funciona em um imóvel apreendido de um traficante, dispunha de uma boa casa e gado com *pedigree* para iniciar suas atividades. A casa apreendida encontrava-se em péssimas condições de conservação e precisou do apoio do CONEN para ajudar na sua ocupação a fim de criar este serviço. Como o Grupo de Apoio à Prevenção a AIDS de SC - GAPA necessitava urgentemente de um local para seu funcionamento acabaram invadindo a residência.

A invasão foi muito polêmica, mexeu com o imaginário social. As pessoas da comunidade diziam que a casa ocupada estava cheia de "aidéticos". Na ocasião o CONEM serviu como depositário fiel dos bens apreendidos e conseguiu o transporte das pessoas que estavam vinculadas ao GAPA para realizarem a mudança. Tendo se tornado patrimônio da União a Casa deveria ser restituída, por isso o CONEM alegou que se tratava de uma ocupação emergencial, em um lugar que estava apodrecendo e onde, a partir do tráfico, as pessoas foram exploradas. Nada mais justo, então, que usufrussem daquele lugar. "Quando fui conhecer a casa ela já estava com o mato roçado e então comuniquei ao Secretário de Segurança, que foi ver as quinze pessoas que estavam ali amontoadas". (Entrevista n. 1).

O estigma era grande e se potencializava pela associação da dependência à loucura. Segundo informante desta pesquisa, "as pessoas diziam que hospício era para doidos e havia discriminação para àqueles que ousavam se internar. Além do mais, a internação era no máximo no período de trinta dias".

Assim, à medida que a problemática das drogas crescia, aumentava o número de CTs no Estado e dois fatores podem ter estimulado este crescimento, segundo o Entrevistado n. 1: o crescimento do número de usuários de cocaína injetável e dos que consumiam o medicamento *Algafan*. A internação, como relatou o informante, tinha um significado pejorativo e se destinava exclusivamente aos pobres, pois o custo para pagar um tratamento em clínica privada era alto.

Os residentes das CTs que terminavam o tratamento e que tinham alguma habilidade nas relações sociais passavam a ser os coordenadores em outra comunidade e alguns, cujas famílias dispunham de recursos, como propriedades rurais, um sítio ou um rancho, criavam sua própria comunidade.

O indivíduo entra no mundo da droga muito jovem, pára de estudar e trabalhar e quando se recupera não dá mais para voltar atrás do tempo perdido e acaba

vendo na CT uma solução positiva para a sua vida. Status de empresário é uma oportunidade para uma nova vida [...] trabalho, oração e disciplina, com o apoio dos 12 Passos. (Entrevista. n. 1)

Na próxima seção buscamos compreender a lógica da produção de cuidados ofertada nas CTs pesquisadas.

## 2.6 A LÓGICA DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Esta seção trata dos objetivos, fontes mantenedoras, unidades de funcionamento, capacidade de atendimento e outras informações consideradas relevantes para cada uma das CTs pesquisadas.

Primeiro será tratado da lógica da produção de cuidados das CTs filiadas a Cruz Azul no Brasil apresentando primeiramente as do CERENE, para então tratar da CT não filiada as mesmas. Estas, por um lado, apresentam certa semelhança com relação a diversos aspectos e, por outro, dispõem de determinadas diferenças que as distinguem uma das outras. Recorremos, para além dos documentos analisados, à fala de profissionais que trabalham nestes serviços.

Para tanto, a própria definição da Cruz Azul no Brasil será o assunto a ser tratado a seguir.

### 2.6.1 CTs filiadas à cruz azul no brasil

A Cruz Azul no Brasil é uma federação que congrega comunidades terapêuticas, bem como outras pessoas físicas e jurídicas que atuam na área da dependência química a nível nacional e internacional. O Reverendo Luis Lucien Rochat, vendo que muitos dos membros de sua igreja tinham problemas em lidar com a bebida alcoólica, se preocupou em encontrar uma solução, e um meio para ajudá-las. Convicto de que a palavra de Deus podia mudar a vida moral e social do homem, iniciou uma série de reuniões - estilo grupos de auto-ajuda - com dependentes. Nelas, além de discutir o problema e a temática do álcool, havia o estudo e a pregação do Evangelho. Dessas reuniões nasceu a Cruz Azul, que posteriormente veio a se espalhar por toda Europa e pelo resto do mundo. A denominação "Cruz Azul" veio a partir do fato de que vários trabalhos humanitários usavam a cruz para

identificar o trabalho de ajuda e uma cor para identificar que tipo de ajuda a entidade prestava. Pode-se citar como exemplo a conhecida Cruz Vermelha que presta socorro humanitário, a Cruz Branca que trabalha na área de aconselhamento para aqueles envolvidos em prostituição ou que perderam a vontade de viver; a Cruz Preta, envolvida com o trabalho de ajuda a presidiários condenados à morte; a Cruz Verde, com questões de ecologia, e para identificar a ajuda a pessoas usuárias de substâncias, a Federação Internacional da Cruz Azul.

### **O CERENE**

O Centro de Recuperação Nova Esperança - CERENE®, por sua vez, é uma associação civil, de caráter privado, sem fins lucrativos, portador do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEAS, o que o caracteriza como entidade filantrópica. Esta associação emprega o modelo psicossocial de CT no tratamento de dependentes de crack, álcool e outras drogas e na prevenção ao uso/abuso de substâncias.

A Missão Evangélica União Cristã – MEUC, fundadora e mantenedora do CERENE, é uma entidade religiosa, fundada em 1927, que tem por objetivo a pregação do Evangelho cristão. O CERENE é filiado à Cruz Azul do Brasil.

O CERENE possui atualmente cinco unidades de tratamento, situadas nos municípios de Blumenau, Palhoça, São Bento do Sul e Ituporanga, no Estado de Santa Catarina e na cidade de Lapa no Paraná. Estas CTs juntas possuem capacidade de atendimento de 212 pessoas, sendo 180 do Programa de Tratamento e 32 no Programa de Reinserção Social.

**Tabela 1.** Capacidade de Atendimento do CERENE das Unidades de Santa Catarina

<b>Capacidade de Atendimento das Unidades</b>	<b>Adultos</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Acolhimento em República</b>	<b>Total</b>
Blumenau	44	12	10	66
Palhoça	35	8	10	53
S. Bento do Sul	35	7	10	52
Ituporanga	11	3	2	16
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>187</b>

Fonte: CERENE (2011, p. 23) adaptado.

No ano de 2011 o CERENE informa que registrou 667 adultos e 91 adolescentes, totalizando 758 novos atendimentos. Naquele ano o maior número de internações se deu em função da dependência do crack (47%), seguido do álcool (28%), cocaína (13%), maconha (8%) e outras drogas (5%). A permanência média foi de 74 dias para adultos e 76 dias para adolescentes. Com relação às internações por faixa etária constatou-se que a faixa de 19 a 25 anos apresenta a maior procura (CERENE, 2011, p. 26-28).

Os Programas de Tratamento para Dependentes de Substâncias do CERENE são desenvolvidos considerando a dependência química como uma doença, com diagnóstico e prognóstico conhecidos, em conformidade com a Organização Mundial da Saúde - OMS (CERENE, 2010). A visão de homem e mundo adotada fundamenta-se na antropologia judaico-cristã, que considera o ser humano como um ser em sua totalidade, constituído de corpo, alma e espírito, integrado em um determinado contexto sócio cultural. O art. 5º do Estatuto Social (atualizado em 15.03.2008) preceitua: O CERENE como entidade cristã, convicta do poder salvífico de Jesus Cristo, fará o seu trabalho de tratamento de dependentes em substâncias psicoativas e demais programas de atendimento, com base na espiritualidade cristã evangélica, tendo as Sagradas Escrituras (Bíblia Judaico-Cristã) como referência no atendimento do seu público alvo, aliado ao atendimento multiprofissional (CERENE, 2011).

O lema do CERENE é: “Para uma Vida sem Drogas” e sua missão é: “Atuar na prevenção da dependência de álcool e outras drogas e no tratamento do dependente e seus familiares, a partir de uma visão cristã de ser humano integral, buscando a reinserção social e uma melhor qualidade de vida”. Para tanto sua visão é: “Ser um centro de referência de comunidade terapêutica, de caráter social, no tratamento de dependentes de álcool e outras drogas” (CERENE, 2011).

O tratamento no CERENE, tanto para adultos quanto para adolescentes, tem por objetivo oferecer um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, bem como suporte e tratamento para dependentes de álcool e drogas. Para tanto busca: a) viabilizar ao dependente em tratamento a possibilidade de viver abstinente de álcool e drogas; b) apresentar uma proposta de estilo de vida em sobriedade; c) promover a saúde integral dos dependentes por meio de proposta de acompanhamento por equipe interdisciplinar; d) oferecer aos familiares e/ou grupo de responsáveis do residente um lugar para serem ouvidos, orientados e acompanhados; e) transmitir informações que auxiliem o residente a compreender suas dificuldades e a lidar com elas de modo

adequado; promover aptidões para atividades práticas do cotidiano; f) viabilizar o aprendizado e/ou aperfeiçoamento de conhecimentos através de atividades psico-educativas; g) possibilitar a reintegração social por intermédio de atividades sócio-educativas; h) promover o lazer e uma construtiva administração do tempo livre; e h) interagir com a família e outros representantes da rede social do residente, visando exercitar e promover a restauração e relacionamentos e vínculos afetados e/ou rompidos (CERENE, 2011).

De forma a atuar na área da dependência em Substâncias Psicoativas – SPA (álcool e outras drogas) visando à reabilitação física, psíquica, espiritual, emocional, a reinserção social e o exercício da cidadania de forma autônoma de pessoas dependentes de substâncias, seus familiares e/ou responsáveis, o CERENE se propõe:

- a) oferecer tratamento a pessoas dependentes de substâncias e a seus familiares e/ou responsáveis, segundo modelo psicossocial de comunidade terapêutica e/ou outras formas de atendimento, seguindo os princípios e normas do seu estatuto;
- b) realizar ações, programas e atividades de Reinserção Social;
- c) realizar atividades de prevenção ao uso s/ou abuso de substâncias psicoativas, podendo para isto se utilizar de todos os meios e forma disponíveis para consecução deste objetivo e de acordo com os princípios expressos em seu estatuto;
- d) apoiar, fomentar, criar o coordenar grupos de apoio, tanto a dependentes como seus familiares e/ou responsáveis, pessoas ligas e/ou de seus relacionamentos; e
- e) atuar no enfrentamento da pobreza e na assistência ao dependente, sua família e/ou responsável, assim como pessoas ligadas ou afetadas na sociedade em geral, visando à proteção da família, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice e outros públicos alvos da política nacional, estadual e municipal de assistência social, realizando esta ação a partir das suas condições econômicas e financeiras (CERENE, 2011).

Os Programas de tratamento consideram a abstinência total do consumo de drogas uma condição obrigatória, segundo critério adotado pela Cruz Azul Internacional e brasileira. Estes programas têm como foco as mudanças comportamentais e a qualidade de vida dos dependentes e seus familiares, através da assistência aos recuperandos com acompanhamento médico, laborterapia, atividades de lazer, esportivas, educacionais, palestras, terapia em grupo, terapia individual,

aconselhamentos e a espiritualidade com base na Palavra de Deus (CERENE, 2011).

As terapias e métodos terapêuticos contemplam os aspectos bio-psico-espirituais do ser humano, a alienação social decorrente e a co-dependência familiar, visando autonomia, mudança de estilo de vida, prevenção de recaída e a reinserção sócio-familiar. As atividades desenvolvidas são pensadas sob a perspectiva de processos de ensino-aprendizagem que consideram o ser humano modificável (CERENE, 2011). Para a consecução dos objetivos propostos a CT coloca a disposição dos residentes alojamentos, banheiros, cozinha e refeitório, salas de reunião e terapia grupal ou individual, área de lazer e esportiva e oficinas diversas (CERENE, 2011).

### **Metodologia do atendimento**

A internação é precedida de uma entrevista com o dependente e sua família ou responsável, realizada por pessoa autorizada do CERENE. Esta entrevista tem por objetivo: a) avaliar a condição geral do usuário de substância, com base em seu histórico, grau de motivação ao tratamento (adesão) e avaliação psicológica; b) avaliar a condição sócio-econômica do dependente, sua família e/ou responsável, e que servirá de base para acordo de contribuições financeiras ao CERENE; c) apresentar o Programa Terapêutico; d) solicitar documentos pessoais e encaminhamento judicial se houver; e) solicitar exames laboratoriais pré-requisitados pelo médico responsável do CERENE; e f) providenciar a internação.

Para que a pessoa seja internada são solicitados exames laboratoriais: hemograma, glicose, VDRL (para doenças venéreas). Outros exames, opcionais, são: HIV, parcial de urina, parasitologia de fezes e hepatite B. É preciso portar a Carteira de vacinação com o comprovante da 1ª dose da vacina antitetânica.

A rotina da internação compreende: a) entrega dos documentos pessoais, encaminhamento judicial e exames laboratoriais solicitados na entrevista; b) avaliação médica; c) recepção de remédios com prescrição médica (quando for o caso) e carteira de vacinação; d) leitura do Regulamento Interno e posterior assinatura da Ficha de Adesão, afirmando a plena concordância ao Programa de Tratamento por parte do dependente e de seus responsáveis; e) revista do dependente para verificação de porte de substâncias e outros pertences não permitidos pelo Regulamento Interno; f) encaminhamento para alojamento, ao conselheiro e ao grupo.

## **O tratamento e suas fases**

O Programa de Tratamento encontra-se dividido em fases constituídas por determinados períodos de tempo. Estas fases levam em conta, inicialmente, as condições clínicas e psicossociais do dependente, permitindo um tempo para adesão à proposta de tratamento. Segundo o Programa de Tratamento do CERENE (2011), superados os sintomas de abstinência serão oferecidas orientação e ajuda ao dependente para auxiliá-lo a retomar o controle de sua vida de modo autônomo e retornar ao convívio sócio-familiar a fim de exercer novamente sua cidadania.

A passagem do residente de uma fase para outra está condicionada a uma avaliação do tratamento realizada em conjunto com o residente, baseada nos critérios de alta previstos no Programa de Tratamento. Somente o Conceito Geral de Aproveitamento (constante no formulário para o registro da avaliação) “Apto” permitirá a mudança de fase, excetuando a passagem para a fase 2 que não requer tal procedimento.

A “fase” é compreendida por um determinado período de tempo que corresponde a objetivos terapêuticos específicos. São as seguintes as fases do tratamento propostas pelo CERENE:

### **Fase 1: Adesão (até o 30º dia)**

Na Fase 1, que pode durar até 30 dias, deverá ser elaborado um plano de atendimento individualizado de forma que o residente: a) experimente o acolhimento social; b) supere os sintomas da abstinência; c) encontre equilíbrio emocional; d) avalie as condições em que se encontram seus relacionamentos familiares e sociais; e) compreenda a importância do tratamento e busque aderir ao Programa Terapêutico; f) e experimente um afastamento dos relacionamentos sócio-familiares como forma de valorização dos mesmos. Nesta fase deverão ser iniciados contatos telefônicos ou pessoais com Grupos de Apoio ou similares, visando integrá-los à proposta de tratamento.

Segundo o CERENE, para auxiliar no processo de adesão ao Programa de tratamento, nos primeiros sete dias, o residente não poderá visitar nem ser visitado, nem comunicar-se diretamente com quaisquer pessoas fora da instituição. A correspondência é permitida após esse período. Telefonemas poderão ser realizados pelo adolescente somente após os 30 dias, duas vezes por semana, para números telefônicos declarados na internação ou a critério da CT, a cobrar e em horários estipulados.

**Fase 2: reencontros sócio-familiares (entre o 9º e 75º dia)**

Esta fase visa, segundo o CERENE, o fortalecimento ou a reconstrução dos vínculos sócio-familiares, bem como orientar a família em relação à co-dependência.

Os encontros com a família no ambiente do CERENE poderão ser planejados a partir de sete dias da data da internação. Essas visitas acontecerão pela combinação entre o conselheiro do residente e sua família ou responsável, preferencialmente nos finais de semana e feriados, e às famílias deverão ser dadas oportunidades de participar dos programas oferecidos.

Os objetivos terapêuticos nesta fase consistem, de acordo com o CERENE, em: a) promover a adesão ao tratamento; b) esclarecer o papel do residente e da sua família no tratamento, enfatizando a importância da participação de cada uma das partes; c) transmitir informações a respeito do uso indevido de substâncias e suas consequências; d) desenvolver auto-estima e a auto-afirmação do residente; acompanhar o contato familiar; e) auxiliar na solução de problemas; e f) oferecer um novo estilo de vida com base na proposta bíblica e visão cristã de ser humano integral.

**Fase 3: visitas domiciliares (entre o 76º e o 120º dia)**

Após a avaliação da equipe terapêutica, em conjunto com o residente e sua família ou responsáveis, poderão ser iniciadas visitas domiciliares, com finalidade do retorno gradativo do residente ao seu ambiente sócio-familiar. As visitas deverão ocorrer preferencialmente nos finais de semana, com intervalo de 14 dias em horários previamente combinados e ficam condicionadas ao acompanhamento dos residentes por seus familiares ou responsáveis. A equipe terapêutica poderá adotar critérios diferenciados com relação às visitas domiciliares que atendam situações específicas.

Os objetivos terapêuticos nesta fase consistem, de acordo com o CERENE, em possibilitar e mediar: a) aprendizagem da prevenção à recaída através da auto-observação e planejamento para evitá-la; b) o retorno gradativo e acompanhado ao ambiente sócio-familiar; c) o enfrentamento de questões pendentes da realidade anterior à internação; d) o enfrentamento de dificuldades e problemas de relacionamento familiar; e) a assunção de responsabilidades; e f) a continuidade de construção de um novo estilo de vida na proposta bíblica e visão cristã de ser humano integral.

#### **Fase 4: preparativos de alta terapêutica (entre o 121º e o 180º dia)**

Esta fase visa intensificar o processo de reinserção ao ambiente sócio-familiar iniciado na fase anterior, e promover a autonomia do residente. Consolidadas as visitas domiciliares nos termos da fase anterior, por volta dos 120 dias de internação, o residente poderá intensificar suas saídas de finais de semana em consonância com sua família, conselheiro ou equipe terapêutica.

Os objetivos terapêuticos desta fase consistem em: a) intensificar o retorno ao convívio sócio-familiar e comunitário; b) acompanhar o retorno ao convívio sócio-familiar e comunitário; c) desenvolver a construção de autonomia; d) consolidar mudanças de comportamento; e) buscar alternativas para manutenção da prevenção de recaída sob outras formas de tratamento; e f) ajudar ao acesso dos direitos e deveres de cidadania promovendo a reinserção social através de encaminhamentos à rede de serviços de atenção próximos ao seu domicílio.

Nesse período poderá haver o aumento na carga horária diária de atividades práticas, visando o desenvolvimento do residente quanto à assunção de responsabilidades e preparo para o trabalho fora da CT.

#### **Fase 5: reinserção social**

A reinserção Social é um programa voltado aos residentes que cujos vínculos familiares e profissionais estão rompidos ou cujo local de origem represente um grau de risco elevado para recaída. Neste sentido, o CERENE oportuniza ao residente um espaço para moradia assistida e provisória, auxiliando-o na busca de emprego e qualificação profissional. O Objetivo principal do Programa é realizar acolhimento, abrigo, alimentação e apoio técnico através de equipe interdisciplinar, buscando sua reinserção social, familiar e profissional. Os objetivos incluem ainda: a) intensificação das visitas domiciliares; b) intensificação dos encaminhamentos a serviços de atenção no domicílio residencial; c) inserção na rede escolar (em caso de adolescentes); e d) inserção no mercado de trabalho de até oito horas semanais no caso de adolescentes maiores de 16 anos de idade, ou na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos, em locais de trabalho próximos à CT.

Transcorridos os 180 dias de participação no Programa de tratamento e em se constatando vulnerabilidade social e contextual no domicílio de origem o residente, a equipe terapêutica, em conjunto com o residente e seus familiares ou responsáveis, avaliará a prorrogação do prazo de permanência na CT.

Desta forma o público alvo desta fase programática é de sexo masculino, a partir de 18 anos de idade, que preencham os requisitos

básicos necessários ao ingresso no programa e estejam desprovidos parcial ou integralmente de moradia, vínculos familiares, sociais e ou profissionais ou apresentem vulnerabilidade para recaídas nestes contextos (CERENE, 2011).

Esta avaliação terá por critérios o aproveitamento por parte do residente, seu desenvolvimento pessoal e social e o grau de vulnerabilidade a qual será exposto em seu domicílio residencial. Caso conclua-se que é melhor para o residente permanecer por mais tempo na CT, através do Programa de Reinserção Social serão tomadas as seguintes providências: a) estabelecimento de objetivos terapêuticos e de reinserção social; b) busca de autorização dos pais e responsáveis, ou autoridade judicial – se for o caso - para a prorrogação do prazo de permanência do residente na CT; c) busca de recursos financeiros que garantam a prorrogação do prazo de permanência na CT.

O Programa de Reinserção Social admite uma vertente de acolhimento em República, visando oportunizar ao residente: a) um espaço de moradia assistida e provisória durante a busca de objetivos pessoais; b) construção de um plano individual de atendimento; c) afirmação de competências pessoais, sociais e profissionais; c) informação de competências e limitações, minimizando possibilidades de recaída; d) orientação e apoio na busca de um emprego e qualificação profissional; e) identificação de obstáculos à empregabilidade; h) articulação com entidades públicas ou privadas visando empregabilidade; i) auxílio na identificação de redes sociais e profissionais disponíveis; j) acompanhamento e monitoramento de encaminhamentos realizados; k) orientação e interlocução que promovam a parceria de familiares; e l) atividades sócio-educativas que o auxiliem na reinserção social.

Confirmada a vaga pela CT e agendada a data para a migração para o Programa de Tratamento de Acolhimento em República, será providenciada a mudança de alojamento, a assinatura da documentação pertinente, composta de termo de ingresso e aceitação do regulamento interno específico; e a comunicação aos demais residentes a respeito da migração a ser efetivada.

Cabe salientar que nos casos de desligamento e alta, enquanto o residente não deixar o CERENE não perde sua condição de residente, permanecendo sujeito ao Regulamento Interno até assinar sua saída na Ficha de Admissão e Alta.

Segundo o CERENE (2011), também é de responsabilidade da equipe terapêutica lançar no prontuário do residente as ocorrências, avaliações e evolução dos objetivos propostos.

### Colaboradores do CERENE

O CERENE apresenta-se como uma organização cujas características são a de uma grande família onde o convívio entre as pessoas tem um papel terapêutico fundamental. Esta “família CERENE” é composta pelos funcionários denominados de Obreiros

A equipe terapêutica é constituída de conselheiro pastoral, psicólogo, assistente social, educador físico, técnico de enfermagem, pedagogo, profissional de atividades práticas, entre outros. Alguns residem com suas famílias próximo à CT.

Segundo o Relatório de Atividades do CERENE, em dezembro de 2011 a organização contava com 67 colaboradores e o apoio de sete voluntários. Constam em seu quadro mais sete funcionários que se encontram afastados ou licenciados.

Os funcionários trabalham nos setores administrativo, terapêutico e de apoio. No setor administrativo as unidades do CERENE contam com diretor, secretário executivo, coordenador administrativo, técnico contábil, de relações institucionais, escriturário e auxiliar de escritório. No setor de apoio contam com pedreiros e voluntários. Com relação ao setor terapêutico é possível destacar a função e o número de profissionais por categoria como demonstra a tabela a seguir.

**Tabela 2.** Distribuição do número de funcionários no setor terapêutico por função nas Unidades do CERENE pesquisadas.

<b>Função/Unidade</b>	<b>Blumenau</b>	<b>Ituporanga</b>	<b>Palhoça</b>	<b>São Bento Sul</b>
Médico			1	
Psicólogo	2	1	1	1
Terapeuta Pastoral	5	1	3	4
Assistente Social			1	
Educador Físico	1			
Técnico de Enfermagem	1	1	1	1
Monitor			1	1
Cozinheiro	1		1	
Auxiliar monitor	3	1		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>7</b>

**Fonte:** Relatório de Atividades do CERENE (2011, p. 13) adaptado.

O CERENE dispõe também de capacitação para seus funcionários em suas unidades, visando oferecer suporte pedagógico, técnico e motivacional, qualificar o atendimento, fundamentar teoricamente os métodos terapêuticos adotados e integrar as práticas das

unidades de tratamento. Nestas capacitações devem ser apresentados temas relacionados ao modelo de tratamento psicossocial, com ênfase em teorias de aprendizagem humana (CERENE, 2011). Os programas de tratamento do CERENE, destinados aos adultos e aos adolescentes, serão abordados a seguir.

### **Programa de internação para adultos**

O Programa de Internação para Adultos tem por objetivos específicos: a) promover a saúde integral por meio de acompanhamento de equipe interdisciplinar; b) ouvir, orientar e acompanhar o dependente de SPA em tratamento, procurando atender suas necessidades individuais; c) apresentar uma proposta de estilo de vida em sobriedade com base na fé cristã; d) mediar à capacidade de elaboração e apoio a um projeto de vida futuro visando o desenvolvimento da auto-estima; e) viabilizar a possibilidade de viver em abstinência; f) transmitir informações que o auxiliem o residente a compreender suas dificuldades e a lidar com elas de modo adequado; f) reconhecer fatores de proteção e de risco à recaída; g) reconhecer fatores de proteção e de risco à recaída; h) orientar ao desenvolvimento de fatores de proteção e de estratégias de enfrentamento de fatores de risco; i) viabilizar o aprendizado e/ou aperfeiçoamento de conhecimentos científicos sobre SPA e conseqüências de seu uso indiscriminado através de atividades psicoeducativas e sociais; j) ensinar sobre a administração responsável de finanças; k) despertar e promover a aptidão e o vínculo saudável com o trabalho através de atividades de laborterapia; l) promover a cultura, o lazer e uma construtiva administração do tempo livre; m) oferecer aos familiares e/ou grupo de responsáveis pelos residentes um lugar onde possam ser ouvidos, orientados e acompanhados; n) interagir com a família e demais pessoas da rede social do residente visando exercitar e promover a restauração de relacionamentos e vínculos afetados e/ou rompidos; e o) acompanhar a reinserção social.

### **Programa de tratamento para adolescentes**

O Programa de Tratamento para Adolescentes tem por objetivo oferecer um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, bem como suporte e tratamento através de um processo de ensino e aprendizagem sobre o próprio eu, do relacionamento com os outros, com o mundo, com Deus e um estilo de vida em sobriedade. O Programa de Tratamento para Adolescentes visa possibilitar:

- Acompanhamento por equipe interdisciplinar, visando saúde integral e respeitando especificidades próprias de sua fase de

vida;

- Um lugar para ser acolhido, orientado e acompanhado;
- Oportunidade de viver abstinente de substâncias;
- Informações que o auxiliem na conscientização de suas dificuldades e aprendizado em como lidar com elas de modo adequado;
- (re) aprendizado na realização de atividades práticas;
- (re) aprendizado de conhecimentos psico e socioeducativos;
- (re) aprendizado à administração do lazer e do tempo livre;
- Orientação para escolhas profissionais;
- Orientação preventiva às DSTs/AIDS;
- Orientação sobre direitos e deveres com base no Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Desenvolvimento de autonomia;
- Retorno às atividades de ensino formal;
- Preparo à reinserção sócio-familiar;
- Encaminhamento a programas de reinserção social;
- Estimulação a adesão a um estilo de vida com base na espiritualidade religiosa cristã;
- Participação da família no tratamento; e
- Intermediação para acesso à rede de serviços de atenção específica.

O público beneficiado neste programa são adolescentes usuários de substâncias do sexo masculino, entre 12 a 17 anos de idade completos.

### **Terapias empregadas**

De uma forma geral o CERENE se utiliza das seguintes terapias desenvolvidas no âmbito da equipe interdisciplinar:

- a) *Psicossocial*: objetiva o o convívio social e mútua ajuda entre os pares, valoriza as regras sociais, estimula a mudança de comportamento, desenvolve a compreensão da personalidade e da sexualidade; a resolução de conflitos e traumas; informações sobre a dependência química; a abstinência de SPA; a prevenção à recaída; e a construção de um projeto de vida, entre outros.
- b) *Laborativa*: visa o contato com a natureza, desenvolve conceitos de responsabilidade social, exercita o corpo, ocupa os pensamentos de modo construtivo e permite fortalecer a relação do residente com o trabalho.

c) *Espiritual*: reporta-se à prática do amor ao próximo respaldada nos ensinamentos bíblicos. Abordam-se temas de reconciliação espiritual com a divindade, consigo mesmo e com o próximo; valores morais e éticos; suporte ao enfrentamento das adversidades e conflitos pessoais e interpessoais; identidade e a importância de limites.

De acordo com o CERENE o residente é convidado à reflexão temática, respeitando-se sua liberdade em concordar ou não com estas. A participação nas programações, por uma questão de ordem, é obrigatória, por isso o residente deve concordar no momento da internação (CERENE, 2010, p. 12).

No contexto das terapias empregadas admitem-se métodos terapêuticos. O CERENE considera como métodos terapêuticos:

- a) *Aconselhamento individual*: busca-se manter diálogos terapêuticos periódicos com o residente e com integrantes de seu círculo familiar ou seus responsáveis. A indicação de conselheiro específico não restringe o acesso do residente a outros profissionais do CERENE;
- b) *Aconselhamento familiar*: visa oferecer aos familiares e/ou grupo de responsáveis do residente um lugar para serem ouvidos, orientados e acompanhados;
- c) *Reuniões de grupo*: encontros periódicos nos quais os residentes deverão ter a oportunidade de expor aos colegas situações pessoais e ouvir deles recomendações e críticas construtivas. Podem ainda ter o intuito de trabalhar temas específicos, tais como os 12 Passos e a prevenção à recaída;
- d) *Práticas espirituais*: de realização individual ou coletiva, consiste em atividades como orações, meditações e palestras;
- e) *Palestras informativas*: costumam abordar a dependência química, SPA e riscos provocados à saúde, o programa de internação, qualidade de vida e outros temas;
- f) *Feedback*: A equipe terapêutica, em reuniões periódicas deve avaliar individualmente a evolução do processo terapêutico do residente. Os aspectos básicos para o *feedback* pertencem aos critérios de alta, que serão abordados mais a frente;
- g) *Atividades esportivas e recreativas*: com objetivo de estimular o exercício físico através do lúdico e do lazer, de dinâmicas, jogos, torneios, gincanas e outros;
- h) *Atividades de ensino*: buscam ampliar o conhecimento,

motivar à conclusão de cursos regulares pós-tratamento e elevar a auto-estima;

- i) *Cursos de caráter profissionalizante*: busca-se ampliar conhecimentos profissionais, fortalecer a relação com o trabalho, motivar a perseverança e conclusão de projetos iniciados e promover a auto-estima. Do CERENE informa que são disponibilizados cursos de panificação, confeitaria, marcenaria, horta e fruticultura, piscicultura, informática, e outros. A participação nos cursos é opcional, antes de iniciados, e obrigatória após opção realizada;
- j) *Oficinas*: atividades que buscam possibilitar a prática artística e artesanal, estimulando a criatividade e uma ocupação saudável;
- k) *Acompanhamento médico e medicamentoso*: buscam sobretudo amenizar os sintomas de abstinência. Para casos de emergência o residente deve ser conduzido à rede pública de saúde. Os atendimentos de média e alta complexidade são de responsabilidade da família do residente;
- l) *Reunião sócio-educativa*: conjunto de atividades através das quais se busca (re) construir meios de acesso e reconhecimento da cidadania do indivíduo (documentos, tratamento de saúde, educação, lazer);
- m) *Laborterapia*: A agenda diária prevê horários para atividades laborais, não restritivas às demais atividades terapêuticas. Utiliza-se o grupo operativo agregando-se setores tais como cozinha, horta, jardinagem. O residente permanece certo número de dias em cada setor, em combinação com seu coordenador e respeitando as suas condições biopsíquicas (CERENE, 2010, p. 13-15).

Além dos métodos acima citados, o CERENE dá importância para o tratamento, ao cumprimento de seu *Regulamento Interno*, instrumento que normatiza a vida comunitária na CT, e que apresenta os direitos e deveres do residente, promove o respeito mútuo pela obediência de regras sociais de comportamento e busca reeducar um ritmo biológico em consonância com a saúde.

Da mesma forma o CERENE valoriza a *Assembléia Geral*, fórum de diálogo sobre a funcionalidade e as condições gerais da CT. Nessa oportunidade o residente deve ser estimulado a contribuir com sugestões visando melhorias e o bem-estar de todos.

### **Procedimentos de desligamento e alta**

No Regulamento Interno do CERENE estão descritos os procedimentos de desligamento e alta:

- a) *Alta Administrativa*: desligamento por motivo disciplinar (infrações ao Regulamento Interno) ou por não alcance do Conceito Geral de Aproveitamento “Apto” por ocasião das mudanças de fases. Nesse caso a iniciativa é do CERENE;
- b) *Alta pedida ou desistência*: pode ser feita a qualquer tempo, o residente poderá interromper voluntariamente o tratamento;
- c) *Alta terapêutica*: transcorrido o prazo acordado de internação e alcançado o conceito geral ‘Apto’ durante as fases;
- d) *Evasão* (fuga): caracteriza-se pela não informação do residente à equipe terapêutica sobre sua desistência;
- e) *Casos de mandado judicial*: Nestes casos caberá ao CERENE comunicação da alta à família ou aos responsáveis (CERENE, 2010, p.15).

### **Crítérios de alta terapêutica**

Os critérios de alta como apresentados pelo CERENE são baseados em:

- a) Grau de gravidade do caso (início do tratamento até o momento);
- b) Melhora substancial do comprometimento biológico;
- c) Estabilidade psicológica para lidar com frustrações e conflitos;
- d) Restabelecimento de vínculos familiares e sociais;
- e) Grau de consciência sobre o problema com SPA;
- f) Capacidade para fazer escolhas;
- g) Capacidade para sentir-se responsável por si próprio e por outras pessoas;
- h) Capacidade para tomar decisões, fazer planos, avaliar situações e criar soluções para as dificuldades de sua vida;
- i) Equilíbrio na administração de finanças; e
- j) Motivação para dar continuidade ao tratamento sob outras formas e manter mudanças em sua vida (CERENE, 2010, p. 16).

### **Seguimento pós-alta**

Durante o período de tratamento e após a alta, o residente e sua família deverão ter a oportunidade de participar, periodicamente, dos Encontros de Famílias, com objetivo de fortalecer os vínculos entre o residente, sua família, os egressos, comunidade local e o CERENE. É

recomendada pelo CERENE a participação em uma comunidade cristã e um grupo de apoio ou de auto ou mútua ajuda como da Cruz Azul, Narcóticos Anônimos - NA, Alcoólicos Anônimos – AA ou Amor Exigente, entre outros.

Ao longo do ano seguinte ao da alta terapêutica, o CERENE entra em contato com o ex-residente e sua família para obter informações a seu respeito. Os dados colhidos são registrados no prontuário do residente (CERENE, 2010).

O tempo de tratamento proposto, de 180 (cento e oitenta) dias, poderá ser menor ou maior em casos específicos, com interrupção possível a qualquer momento, por iniciativa de qualquer uma das partes.

Cada unidade de recuperação do CERENE funciona de forma independente, administrativa e financeiramente, com diretorias próprias. Com objetivo de descrever a forma de funcionamento de cada uma das unidades pesquisadas as próximas linhas relatam algumas peculiaridades de cada uma delas, por meio de falas colhidas nas entrevistas. Para melhor organização a apresentação será feita de acordo com a ordem cronológica de criação das unidades (primeiramente as mais antigas) deixando para o final a unidade não filiada destacando algumas semelhanças e diferenças na forma de funcionamento destes serviços.

### *2.6.1.1 O CERENE de Blumenau*

O CERENE de Blumenau iniciou seus trabalhos no dia 04 de maio de 1989, a partir da Missão Evangélica União Cristã, entidade religiosa, civil, sem fins lucrativos, cujos membros buscaram expressar sua convicção cristã em ações de apoio aos usuários de substâncias e suas famílias. Inicialmente acolheu seu primeiro e único interno, que morou com a família do primeiro colaborador. Logo em seguida, um rancho foi transformado em alojamento, cozinha, refeitório, sala de reuniões, etc... Com o aumento na demanda para internamento e com o apoio da Missão Evangélica União Cristãos - MEUC, da Cruz Azul da Alemanha, da Gnadauer Brasilien Mission, da Hilfe für Brüder (entidades da Alemanha), da Prefeitura Municipal de Blumenau, do Governo do Estado de Santa Catarina e de inúmeras pessoas e de amigos da comunidade foi possível ampliar seu trabalho.

Mas antes de adentrar a estrutura física do CERENE de Blumenau cabe registrar a inserção neste campo, da autora desta pesquisa, de forma a contextualizar o presente tema.

Depois de percorrer mais de cento e setenta e sete quilômetros de estrada, de Florianópolis à Blumenau, o carro da pesquisadora quebrou e foi rebocado até uma oficina e lá teve a oportunidade de se orientar melhor sobre o seu destino, uma vez que se encontrava perdida em relação ao caminho mais adequado a tomar para chegar à CT. Numa destas ruas por onde passou encontrou um senhor com uma placa oferecendo seus serviços de pintor. Na oportunidade ela parou para perguntar onde ficava o CERENE e ele gentilmente ofereceu conduzi-la até seu destino. No meio do caminho para surpresa da autora o caroneiro fez um relato detalhado das suas internações no CERENE devido ao uso de álcool e da importância desta CT para sua vida. Entretanto, como foi afastado por medida administrativa devido a ter discutido seriamente com outro residente, teve de sair daquele lugar acabando novamente por se entregar ao vício. Agora com problemas de saúde e de ordem legal, aguardava o prazo estipulado pela CT para poder voltar a dispor daquele serviço, o que serviu, para a pesquisadora, como um indicativo da abordagem disciplinar adotada pela CT e sua relação com a acessibilidade daqueles que necessitam de ajuda.

Já na CT a autora presenciou as orações que antecedem ao almoço nesta CT, onde foram servidas verduras provenientes da horta cultivada pelos residentes. Depois de visitar as instalações da Casa, pode conversar com alguns residentes e observar a dinâmica das atividades ali ofertadas iniciando, em seguida, as entrevistas.

O CERENE em Blumenau está situado em uma área rural com 25,2 hectares, 23,2 deles cedidos pela MEUC, em contrato de comodato por quarenta e cinco anos, que prevê, em caso de rescisão, a cessão do patrimônio a outra entidade congênere. Conta também com dois hectares do próprio CERENE, onde encontram-se construídas as seguintes edificações: a Ala I, com cozinha e respectiva ala de apoio, refeitório, área de serviço e três apartamentos para colaboradores. Na Ala II encontram-se a marcenaria e alojamento para dez residentes, além de depósito para marcenaria e lenha, almoxarifado de apoio de manutenção e para oficina mecânica. Na ALA III encontram-se auditório, escritórios, salas de terapias, garagem para veículos, área de lazer, residências para funcionários, academia de ginástica, sala de jogos e chalé para chimarrão. Já a Ala IV possui alojamento para 46 residentes, em forma de *suites* para quatro residentes, além de áreas de lazer, de terapia e lavanderias. O CERENE dispõe ainda de lavanderia, área de criação de animais e área de esportes, além de quiosque e um belíssimo açude, muito apreciado pelos residentes, para fins lazer, inclusive a pesca. Os adolescentes dispõem de local próprio para tratamento, além de projeto

terapêutico voltado para suas necessidades específicas.

Os alojamentos são construções de alvenaria, com quartos para até quatro pessoas e banheiro coletivo. A cozinha está dimensionada para servir até 200 refeições e o refeitório tem espaço para cerca de 70 pessoas. A Comunidade está cercada de exuberante área verde, com plantas ornamentais e muitas flores.

Os residentes dispõem de local para guardar seus pertences e que são em geral personalizados, cada residente criando seu nicho de sua maneira própria. A impressão inicial da pesquisadora foi de que as pessoas que ali se encontravam demonstravam satisfação em estarem lá e em participarem das atividades observadas, como as rodas de chimarrão e de música e reuniões de grupos. Não se notou ociosidade, em grande parte do tempo.

Outros detalhes considerados, a seguir, para melhor contextualização deste lugar.

O CERENE de Blumenau (onde se encontra a administração central) costuma entregar um certificado de “Felicitações” para aqueles residentes que completaram o tratamento. A entrega deste certificado é parte de um evento onde ocorrem uma palestra e um almoço para confraternização dos participantes - residentes, familiares e funcionários da equipe técnica. Todos os residentes são avaliados pela equipe da CT e podem receber, um pouco antes ou depois de seis meses, este Certificado de Conclusão do Programa. Na linguagem biomédica ou do SUS este momento equivaleria à alta médica.

Já o Programa de Reinserção Social a princípio é de três meses para àqueles que podem e precisam ficar além dos seis meses previstos de tratamento.

Existem convênios do CERENE com os CAPS de Blumenau e Brusque. Os residentes atendidos pelo convênio com o CAPS são encaminhados pela equipe técnica da CT. Uma vez por mês representantes dos CAPS vêm ao CERENE, inclusive do CAPS Infantil de Blumenau, e no final do tratamento os residentes são incentivados a participar dos CAPS.

A equipe técnica do CERENE de Blumenau conta com assistente social, psicólogo, educador físico, médico e técnico de enfermagem e monitores.

Grupos terapêuticos são realizados dentro da CT. Todos os residentes devem ter atendimentos individuais pelo menos uma vez na semana. O CERENE trabalha com grupos diferenciados para cada fase do tratamento, grupos de sentimentos e grupos operativos para distribuição de atividades, recomendando-se os residentes a passar por

todas as tarefas. Pessoas cuja condição física ou psicológica não permite exercer determinada atividade podem escolher atividades mais adequada às suas necessidades.

Além dos grupos há atendimentos individuais com um terapeuta pastoral. O foco principal do trabalho na CT, segundo uma profissional entrevistada, é a espiritualidade. Um dos terapeutas trabalha com os 12 Passos, no contexto da metodologia própria do CERENE já descrita anteriormente.

Uma ideia central no grupo terapêutico é levar os residentes a refletir sobre o sentido das atividades oferecidas, utilizando-se como norte a laborterapia. Segundo a profissional entrevistada (n. 20):

O objetivo terapêutico do trabalho aqui no CERENE é fazer com que os residentes voltem a ter vínculo com o trabalho perdido no período da drogadição e incentivá-los a ter responsabilidade, habilidades em cumprir metas e em executar tarefas – horta, jardinagem, cozinha [...], além de aprenderem a viver em grupo. A maioria das pessoas que procuram a CT já está desempregada. Poucos estão afastados por auxílio doença. A relação entre os pares que também se dá no trabalho os auxilia a aprender a resolver conflitos e desafios postos neste cenário da vida.

Os medicamentos dos residentes que vêm pelo convênio com o CAPS devem ser dispensados pela CT, devendo os residentes passar por consulta com o médico da instituição. Nestes casos uma triagem é feita pela assistente social através de roteiros elaborados pela Equipe Terapêutica do CERENE, onde se procura conhecer o perfil sócio-econômico, a história familiar e o histórico de dependência.

O tratamento custa em média R\$1.620,00 por pessoa por mês. A maioria dos residentes não tem condições de pagar este valor e a CT vive de doações, de campanha de arrecadação da CELESC e convênios com os Municípios de Blumenau (via CAPS) e as Secretarias de Assistência Social de Brusque e Balneário Camboriú. No Estado o convênio é feito com a Secretaria de Justiça e Cidadania para os adolescentes. No município de Navegantes têm duas situações pontuais. Há pagamentos através de nota de prestação de serviços devido à ausência de um convênio formal, talvez em face da pequena demanda. O valor pago por alguns convênios é de R\$ 954,00 por residente/mês, durante seis meses.

Analisando estas situações, a entrevistada n. 20 comenta:

O CAPS só dá assistência aos residentes encaminhados por eles. Recomendamos que após saírem daqui os residentes participem do AA e do NA e dos Grupos Evangélicos destinados a eles a seus familiares realizados na Igreja. No momento não está sendo fornecido ensino devido a problemas de convênios. Todos os residentes estão aqui no momento sem o ensino fundamental e médio.

Os residentes também participam de atividades externas como caminhadas e outras na comunidade local, como o Grupo de Jovens da Igreja Evangélica, além de visitas a pontos turísticos, como o museu da fábrica Hering e outros, deslocando-se com ônibus próprio do CERENE. Em um dos finais de semana os residentes foram a São Bento do Sul, na comemoração dos dez anos do CERENE deste município.

As atividades oferecidas na CT de Blumenau incluem aula de música e coral para os adolescentes que também têm aulas de violão.

Segundo uma das entrevistadas da equipe técnica, o CERENE também se preocupa com a colocação do residente no mercado de trabalho. Quando termina o tratamento, segundo informado pela CT, o residente é orientado para procurar o serviço social para fazer seu currículo e após este serviço fazer uma pesquisa de mercado, procurando encaminhá-los com sua documentação na busca de emprego.

Com relação à avaliação dos residentes parece que existem regras claras a serem seguidas através de uma negociação entre os residentes e a equipe técnica, pois eles sabem que estão sendo avaliados e que dispõem de direitos e deveres a serem respeitados. Caso não cumpram suas atividades não poderão gozar de atividades como jogar bola ou participar de visitas externas.

O CERENE de Blumenau oferece alguns cursos em parceria com instituições de ensino profissionalizantes como o SENAC sobre horticultura e curso de vendas e economia doméstica com a Prefeitura local na área de Assistência Social, onde os residentes, ao concluírem seus estudos, participam de uma cerimônia de entrega de seu certificado. Toda última quarta feira do mês comemora-se os aniversários do mês, e os residentes e funcionários organizam festas comemorativas como Páscoa, Natal e Festa Junina, onde são preparadas apresentações por parte dos próprios alunos.

### 2.6.1.2 O CERENE de Palhoça

O CERENE de Palhoça, município pertencente à grande Florianópolis, foi fundado no dia 23 de maio de 1995. Situado às margens da BR 101, na Praia de Fora, no topo de um morro que confere a todos os seus visitantes uma bela vista. Em uuma área de 610 hectares, junto ao Morro do Cambirela, dispõe da seguinte edificação: Na Ala I no andar superior de uma casa com varandas, sala de reuniões, seis salas de atendimento, dois banheiros, recepção e depósito. No andar térreo encontra-se a enfermaria, sala de plantão, sala de televisão/terapia, varanda, refeitório, cozinha, depósito de produtos de limpeza, depósito de gêneros alimentícios e sala de *freezers*. Na Ala II do piso superior estão situados: um quarto para funcionários, seis quartos para 26 residentes e cinco banheiros. No térreo desta ala estão dois quartos para funcionários, seis quartos para 26 residentes, além de banheiros. No andar térreo existem dois quartos para funcionários, seis quartos para 17 residentes e três banheiros. A ALA III do andar superior dispõe de sala de laborterapia, sala de aula/terapia, sala para artesanato, dois banheiros e quitinete. No térreo está a casa de moradia pra funcionário e família. As ALAs IV e V são destinadas à casa dos colaboradores. A ALA VI é para o acolhimento em república para 12 pessoas com banheiros, auditório, sala de música, depósito e processamento de frutas e verduras. A ALA VII, destinada à residência mista, conta com sala de aula, banheiros, duas residências para colaboradores e depósito para materiais diversos. A Unidade conta ainda com área de esportes, açudes, galpões de madeira para depósitos diversos, almoxarifado, criação de frangos, galinhas poedeiras, área de lazer e oficinas.

Os alojamentos em Palhoça segundo CERENE (2011, p.51) são em alvenaria, com quartos coletivos de doia até quatro pessoas, com banheiro coletivo. A cozinha está dimensionada para servir até 200 refeições/dia e o refeitório tem espaço para cerca de 80 pessoas. Há de se considerar que, no universo pesquisado, todas as instituições do CERENE ou a ela filiadas, bem como a Comunidade Terapêutica Fazenda Esperança dispõem de Alvará Sanitário<sup>3</sup> atualizado.

A principal informante nesta unidade, a psicóloga da Unidade, explicou o funcionamento da Unidade e do Programa Terapêutico, discorreu sobre a história e os desafios inerentes ao seu campo de

---

<sup>3</sup> O Alvará Sanitário é fornecido pela Vigilância Sanitária, que atesta que àquele estabelecimento está cumprindo as exigências de funcionamento estabelecidas na legislação vigente. Todos os estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde devem renovar anualmente este documento, por meio de inspeção sanitária por fiscais da VISA.

atuação neste espaço e organizou o acesso a todos os entrevistados desta CT. Ela se intitula, assim como os outros colaboradores, de "obreiros". Obreira "por amor e vocação" esta profissional. A pesquisadora participou de um grupo terapêutico com mais três residentes, previamente por eles consentidos.

Os obreiros geralmente residem próximo à Comunidade, em moradias cedidas pelo CERENE. A psicóloga considera a CT como uma "grande família", da qual se sente parte, comentou:

A CT auxilia numa nova configuração familiar que serve de apoio aos residentes. Nós obreiros moramos aqui. Eles vêem nossas famílias que servem de exemplo e de apoio aos residentes, pois eles convivem com a gente. Eles não podem se aproximar das nossas casas, mas aqueles que não têm uma família acabam batendo em nossas portas. Como mulher e psicóloga sou muito procurada. Tem adolescentes que me procuram duas a três vezes por dia. Eu acabo sendo a referência deles de mãe, por ser mulher e por se sentirem mais à-vontade para falar sobre certas coisas. (Entrevistada n. 14).

Antes de terminar a faculdade esta profissional já trabalhava em uma CT no Rio Grande do Sul. Antes de ser contratada para trabalhar no CERENE realizou cursos pela Cruz Azul. Ela tece alguns comentários sobre algumas questões com que lida no contexto do trabalho na CT com os dependentes:

A dependência química não escolhe classe social. Antes a droga era mais restrita a classe pobre. Hoje em dia temos médicos internados, professores, advogados, estilistas, cozinheiros, etc. A Dependência está hoje em dia em todas as classes sociais e a dor da dependência não escolhe lugares, nem família... Os casamentos defeitos, a ausência paterna, onde os pais se separam, dividem tudo e os filhos ficam de fora porque cada um forma a sua própria família é um dos problemas trazidos pelos residentes. (Entrevista. n. 14).

Assim como acontece em outras Unidades do CERENE, os residentes que são trazidos pelo convênio com o CAPS fazem a triagem naquele centro e são por ele encaminhados. Já nos convênios com as prefeituras os residentes são encaminhados por seu serviço social,

embora também exista demanda espontânea onde as pessoas não passam pelo CAPS. Os adolescentes são geralmente encaminhados pelo Poder Judiciário e costumam ficar por seis meses, tempo determinado pelo Juiz e pela CT. Nem todos os que vêm pela Justiça ficam os seis meses, pois muitos fogem.

O CAPS só atende os residentes encaminhados pelos CAPS. Quem faelabora e executa o Programa Terapêutico dos residentes é o CERENE. Não há, portanto, uma relação muito próxima da CT com o CAPS pois não são partilhados os prontuários, existe apenas o encaminhamento.

Cada um dos residentes tem atividades em um setor: jardinagem, cozinha, serviços gerais, galinheiro, horta, etc. Sabem que estas atividades são de sua responsabilidade e o trabalho no grupo induziria a discussão sobre o que é ser responsável lá fora e com a família. Segundo a profissional entrevistada os grupos discutem as vantagens e desvantagens de usar SPA, o que é dependência química, assertividade nos relacionamentos, e critérios de alta, que é trabalhado durante os seis meses. Os residentes têm que estar aptos para a alta. No final do tratamento também entregam um certificado, denominado de Felicitações, como em outras Unidades.

O tratamento é dividido em fases. A primeira fase, de desintoxicação ou de adaptação, corresponde aos 30 primeiros dias, que ocorrem sem visitas. “Todas as dores dos residentes aparecem: no dente, no corpo, em tantas outras partes, porque a droga não deixa que os residentes sintam seu corpo e sua vida”. (Entrevistada n. 14).

Na segunda fase trabalha-se como se relacionar diante do preconceito e estigma da dependência química; cuidados nas saídas; o medo por parte da família e das pessoas, como lidar com os confrontos e relações; visão de homem e mundo; relação com Deus, a importância da fé e da espiritualidade.

Nosso carro chefe é a espiritualidade, independente da religião. Eles têm que participar de toda a programação [...] Muitos chegam ateus, mas depois se apegam ao Evangelho, saem Evangélicos. Não usamos os 12 Passos, mas nossas falas abrangem os preceitos desta filosofia. (Entrevista n. 14).

Na fase 3 avalia-se se o residente está apto à ressocialização. Primeiro ele sai em um sábado e volta domingo, depois permanece fora duas noites e dois dias. Finalmente ele pode ir para casa sozinho,

ficando mais independente e aumentando sua responsabilidade. A família acompanha os que não conseguem sair sozinhos.

Segundo a opinião da profissional informante, o que tem de mais terapêutico na CT é a organização das rotinas:

Cobramos dos residentes a mesma organização que damos a eles. Aqui trabalhamos com terapeutas de referência. Cada terapeuta tem em média quinze residentes. Além dos atendimentos psicológicos existem [...] grupos de prevenção à recaída enfatizando a necessidade do cuidado com pessoas, hábitos e lugares. Além disso, os residentes têm a escola SEJA [...] e todos têm que trazer seu histórico escolar para continuar os estudos dentro da CT. Muitos terminam a escola aqui. Já temos médicos e advogados formados. Oferecemos, também, escola de música e curso de tear, com um casal voluntário, duas vezes por semana. Temos grupos sobre direitos e deveres do cidadão, responsabilidade e inclusão social. Antes tínhamos a tarde da família para os que completaram o tratamento. Essa atividade foi modificada e usamos hoje no lugar do certificado a palavra FELICITAÇÕES, pois notamos que a palavra certificado parecia induzir à recaída. (Entrevista n. 14).

Para além das atividades citadas são oferecidos cinco grupos de apoio às famílias nas cidades onde ficam sediados os CERES: Praia de Fora, Aririú, Palhoça e Florianópolis são os municípios onde ocorrem estes grupos organizados pela própria equipe do CERENE. Cada um dos obreiros escolhe um tema, um versículo do evangelho, e relaciona o assunto à dependência química. Este espaço tem por objetivo estimular que as pessoas conversem entre si, falem das suas dificuldades e aprendam umas com as outras sobre a sua dor. Quando o residente completa o tratamento ele deve frequentar esses grupos.

Na visão da profissional entrevistada,

O sucesso do tratamento está condicionado à participação nestes grupos. Acredito que recuperamos 30% dos residentes, mas ainda é um índice baixo. Os que se evadem ou recaem só poderão retornar ao CERENE após 30 dias. Já chegamos a atender criança de 12 anos por medida judicial e o crack, a maconha e a cocaína são as drogas mais frequentes, junto ao álcool. Começam na

maconha, passam para a bebida, depois a cocaína e o crack. É preciso tratar a disfunção familiar e o dependente. Por isso investimos na terapia familiar (Entrevistada n. 14).

No CERENE de Palhoça os critérios de alta também são trabalhados com os residentes por meio dos seguintes temas: como o residente chegou e como está aqui agora; melhora do estado físico; estabilidade psicológica para lidar com os conflitos e frustrações; a dependência química é como uma bengala onde o residente se segura, pois não consegue resolver um conflito sóbrio; restabelecimentos de vínculos familiares e sociais; como lidar com a saudade; arrependimento e ampliação do grau de consciência sobre as causas da SPA em sua vida; capacidade de fazer escolhas; responsabilidade pela própria vida e com outras pessoas; estabilidade de planos de vida; criação de soluções para as dificuldades; e equilíbrio na administração das finanças.

Para uma funcionária entrevistadas é de grande importância a forma de aprendizado a partir do lidar com a realidade financeira: "quando o residente recebe dinheiro da família ele aprende a administrá-lo até o fim do mês, pois deposita seu dinheiro numa caixinha, faz uma lista do que quer comprar, como biscoitos, balas, etc. e aprende o exercício de equilibrar as suas finanças. Isso proporciona mais motivação para continuar o tratamento".

Além das atividades citadas aparecem no cardápio da CT de Palhoça aulas de informática e atividades externas como caminhadas, passeios à Igreja e ao cinema, para as quais informam contar com um ônibus privativo.

### 2.6.1.3. O CERENE de São Bento do Sul

Depois da criação da Unidade da Lapa no Paraná, em 2001, O CERENE de São Bento do Sul foi a quarta unidade a ser inaugurada, no dia 21 de julho de 2002, com capacidade inicial de tratamento para 16 pessoas. Na inauguração registrou-se a presença de mais de 700 convidados (CERENE, 2010).

Na entrevista inicial, em uma sacada onde se vislumbrava a área verde e uma impressionante estrutura física, ao perguntar sobre as atividades ofertadas aos residentes o diretor, um homem com forte sotaque alemão, característico daquela região, declarou: "Aqui tem muito trabalho, no verão a grama cresce e no inverno as folhas caem"

sugerindo que existe muito a ser feito para conservar e manter o local em boas condições de habitabilidade.

O CERENE de São Bento do Sul também está situado em uma área rural, com 8,4 hectares, cuja edificação comporta casas destinadas ao alojamento em forma de República com 16 vagas cada, residência para colaboradores e escritório, quadra de esportes, chalé, rancho e um prédio central com quatro pavimentos, assim dividido: 1º pavimento: cozinha, refeitório, padaria; 2º Pavimento: escritórios de atendimento e área administrativa; 3º e 4º pavimentos: alojamento para 40 residentes e quartos para colaboradores. Os alojamentos são de alvenaria com *suites* para até quatro pessoas. A cozinha e o refeitório estão dimensionados para servir até 200 refeições/dia e o refeitório tem espaço para cerca de 80 pessoas.

Segundo entrevista realizada com o atual diretor da unidade, esta unidade apresenta algumas diferenças das demais unidades do CERENE. Atualmente não existe programa terapêutico diferenciado para adulto e adolescente como no CERENE de Palhoça, por exemplo. Somente as estatísticas são diferenciadas. A procura por parte de adolescentes é menor e ainda não se tem estrutura física separada por segmento etário. À época da pesquisa a CT contava com 52 vagas e 42 pessoas internadas, com seis adolescentes em tratamento. Apesar do grande número de usuários de crack observa-se um aumento das internações para alcoolismo e, em menor escala, para cocaína inalada, além de apenas dois casos de cocaína injetável.

O CERENE de São Bento do Sul tem convênio com as Prefeituras de Rio Negrinho, São Bento do Sul e Major Vieira e com a Secretaria de Justiça e Cidadania, para população de adolescentes infratores. Estavam, à época da pesquisa, pleiteando o convênio com o Plano de Enfrentamento contra o Crack e com a Prefeitura de Joinville, “que é de difícil acesso, pois já tem sua rede organizada”. (Entrevista n.9).

Segundo o diretor da Unidade trabalhar com adolescentes infratores é um grande desafio, pois existem diferenças se comparado aos que não estão *sub judice*:

Eles chegam com a idéia de cumprir a determinação judicial e custam mais tempo a entrar no tratamento. Chegam com a convicção de que estão cumprindo pena. Até desconstruir essa idéia faz com que nós tenhamos muitas desistências neste período. Quando o adolescente infrator percebe que está livre e que aqui não tem grades, ele foge e é difícil trabalhar esta questão no sentido de conscientizá-lo que ele tem

uma dependência, que ele tem vários problemas com a justiça em função desta dependência e que é por isso que está aqui. Para os que ficam eles acabam se conscientizando e se tornando uma pessoa tranqüila. (Entrevista n.9).

A articulação da CT com a Rede SUS é muito modesta, pois segundo o diretor existe resistência para com as CTs. A desintoxicação em alguns casos é feita na CT. Problemas clínicos são encaminhados ao Hospital Sagrada Família de São Bento do Sul. Um problema adicional é que esta articulação com o SUS pode demandar mudanças na essência do que a CT entende como terapêutico, sua filiação ideológica e religiosa, conforme explica o profissional:

Temos certa dificuldade de articulação com o SUS quando precisamos de um atendimento mais especializado. O próprio SUS tem suas limitações. Os Pacotes do Governo vão mudar o perfil das CTs e este é o nosso desafio: se adaptar as exigências do SUS. Mas até onde nós estamos dispostos a abrir mão de nossas convicções ideológicas, filosóficas, religiosas, etc., para ir ao encontro destas exigências? Estamos num momento de acertos diante de conflitos. Dá para trabalhar junto sem abrir mão das nossas convicções e temos que fortalecer o que precisamos melhorar. “Como estamos nadando em águas totalmente desconhecidas, isso nos causa medo e insegurança. (Entrevista n. 9).

A articulação com o CAPS de São Bento do Sul também parece se constituir em um desafio, pois este só começou a funcionar recentemente (em maio de 2012) e ainda não estava, à época, bem estruturado. Mesmo atribuindo importância a se articular à rede de atenção à saúde do SUS, segundo o diretor, ainda não há uma rotina de atendimento com o CAPS. Apesar disso, a grande maioria dos residentes passa pela triagem do CAPS, segundo o diretor, porque o CERENE faz questão desta parceria.

O diretor analisa estas parcerias também em função do preconceito sofrido pela Unidade:

Nós somos avaliados pela média das CTs e isso dificulta devido ao preconceito que se tem das CTs como um todo, pois algumas não têm a menor condição de funcionamento, nem estrutura física, nem recursos humanos.

O diretor entende que, com relação à Vigilância Sanitária – VISA, existe a necessidade de uma relação mais próxima, pois a VISA só vai à CT uma vez por ano, para renovação do Alvará Sanitário. Um dos problemas da concessão do Alvará Sanitário diz respeito, no caso do CERENE de São Bento do Sul, à certificação do profissional Responsável Técnico – RT. Os conselhos profissionais defendem que o RT só pode atuar sobre as atribuições inerentes ao seu Código de Ética e não está previsto ser articulador do Programa Terapêutico da instituição como um todo, como determina a RDC 29/2011. Neste momento alguns conselhos, como o de psicologia em Santa Catarina, estão fazendo uma consulta ao Conselho Nacional de Psicologia e à ANVISA para elucidar esta questão.

O CERENE de São Bento do Sul, assim como as outras Unidades também conta com um Plano de Cargos e Salários.

#### 2.6.1.4 O CERENE de Ituporanga

O CERENE de Ituporanga difere das demais Unidades por atender somente mulheres. Esta Unidade está em processo de reformulação, pois sua direção mudou há dois anos. Antes a CT se chamava Renascer e era ligada a Obra Evangélica, depois se ligou ao CERENE em período de comodato. Após estes dois anos de funcionamento a CT deve passar por uma avaliação para ver se continua ou não a ser administrada pelo CERENE ou se volta à Obra Evangélica. Período esse denominado pela Equipe de laboratório.

A inserção em campo da pesquisadora no CERENE de Ituporanga foi bastante desafiante. Depois de dirigir 160Km pela belíssima e perigosa Serra Dona Francisca, parou na CT, uma casinha de madeira de cor azul situada em uma zona rural cujos pinheiros, árvores e flores despertaram sua atenção pela enorme beleza. A narrativa do diretor foi seguida por entrevistas com residentes, que disponibilizaram suas experiências de vida, para depois explorar o espaço da CT.

A CT, com capacidade para atender 16 *meninas* (termo utilizado pelos profissionais para se referir às residentes) atendia na data da entrevista 11 mulheres. Até o final do ano de 2013 a idéia é ampliar para 20 a capacidade de residentes.

O diretor da CT informa que nestes dois anos de funcionamento foram atendidas cerca de 100 residentes. Que taxa de desistência é grande, só 15 a 20% terminam o tratamento. A taxa masculina é, segundo ele, mais elevada, cerca de 30% chegam ao fim do programa.

Que a droga mais freqüente é o crack e nunca tiveram casos de drogas injetáveis.

Segundo o diretor, gestantes ainda não são atendidas por falta de estrutura e em função do medo que a Equipe possui em arriscar um trabalho novo. A CT solicita na à entrada exames específicos para gravidez, além dos exames exigidos em outras unidades do CERENE: hemograma, glicose, VDRL, raios-X e secreção vaginal. Não existem restrições para o atendimento de pessoas diagnosticadas com infecção por HIV e AIDS.

Com relação à infra-estrutura física esta CT situa-se em uma área de dois hectares, dispõe de seis quartos para quatro pessoas, dois banheiros, sendo o banheiro acoplado ao quarto somente no caso das adolescentes. As demais contam com banheiro coletivo. A CT não tem quadra de esportes, mas segundo seu diretor pretendem construir uma quadra de vôlei. O alojamento conta com refeitório, sala, quartos, dois banheiros e cozinha. A residência de alvenaria se destina ao colaborador e ao escritório. Há, ainda, um galpão onde ficam instaladas a garagem de ônibus, oficina de artesanato, área de criação de animais e armazenamento de lenha. Há ainda um chalé destinado à área de lazer.

Pode-se observar o toque pessoal de cada uma das residentes em seus alojamentos e as entrevistadas sugeriram uma esfera familiar, compartilhada com os profissionais. Um toque feminino é ressaltado pelos objetos pessoais que ali se encontravam. Talvez não seja esta Comunidade a que dispõe de ambientes mais sofisticados, porém de todas as que visitei, foi aonde mais foi mencionado contentamento por parte das residentes, algumas delas referindo-se à oportunidade de viverem em um lugar onde se sentiam em casa. O esmero em fazer o melhor, como no preparo de uma refeição, e o toque decorativo dos ambientes chamou a atenção desta pesquisadora.

Por ser considerada uma unidade distante a maioria das residentes são encaminhamentos, não é feita triagem no CERENE de Ituporanga, como nas demais CTs do CERENE. A CT recebe também demanda espontânea, embora seja raro.

Não existe CAPS em Ituporanga, somente em Rio do Sul, cerca de 28 Km e que foi recentemente inaugurado - em 2012. Portanto a relação da CT com estes serviços é modesta. Há encaminhamentos de outras cidades, onde há CERENES e CAPS, por parte dos CAPS destas cidades, que encaminham as dependentes para as Unidades do CERENE local que fazem o primeiro acolhimento e em seguida as re-encaminham para a CT de Ituporanga. Quando "as meninas" completam o tratamento o CERENE, afirma seu diretor, as estimula a participar do CAPS de sua

região.

Atualmente o CERENE de Ituporanga não administra nenhum convênio. O custo mensal de um residente adulto, conforme informa seu diretor, é de R\$ 1.620,00 e o de um adolescente é de R\$ 1.850,00. O valor a ser cobrado pelo tratamento depende de avaliação sócio-econômica feita à entrada.

A residente é avaliada, segundo o diretor, por meio do relatório mensal que a equipe técnica da Comunidade realiza para entregar aos órgãos que encaminham as residentes, como os Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas - COMADS, por exemplo, de maneira a informá-los sobre a situação e a participação das mesmas no tratamento. A equipe técnica conta com: médico clínico geral que atende de 15 em 15 dias; estudante de psicologia sob supervisão de uma professora de seu curso. Além destes, dois teólogos e auxiliar de enfermagem que trabalha de tarde e noites. Eles empregam os 12 Passos com dois grupos de residentes: um com menos de 75 dias e outro grupo com mais de 75 dias de internação. Para o futuro está planejada somente a realização de um grupo.

Além dos 12 Passos, o CERENE oferece, segundo seu diretor, aulas de ensino fundamental e de ensino médio, ministrados dentro da CT. Além disso, promove palestras todos os dias das 8:30h às 9:30h. Os palestrantes convidados são geralmente pastores da Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil ou missionários da Missão Evangélica da União Cristã. Voluntárias da Igreja Luterana da região também trabalham na CT com atividades de artesanato, música e pintura, além de trabalhos manuais. No momento não havia atividades de geração de renda nem cursos profissionalizantes.

Esta CT conta também com duas vagas destinadas a Reinserção Social. Segundo o Diretor,

Tivemos um caso de reinserção social de uma menina que conseguiu completar o tratamento e hoje trabalha como voluntária no CERENE. O outro caso foi uma adolescente de risco, porque seu irmão também era usuário de drogas, e ela esperou que ele se tratasse permanecendo um ano e três meses na CT. Participava das atividades do CERENE pela manhã e a tarde ia à aula aqui no bairro.

Para trabalhar no CERENE, relata o diretor, os funcionários foram primeiro conhecer outra CT feminina, pois, segundo ele,

Trabalhar como mulheres é diferente. Tudo aqui é mais intenso. Trata-se com um público cuja demanda é reprimida por falta de instituições destinadas a ele. É uma demanda nova e que vem crescendo em função dos problemas de ordem legal que estão acometendo cada vez mais um maior número de mulheres. Só pegamos meninas acima de 16 anos embora tenhamos residentes mais jovens encaminhadas *sub judice*.

Como atividades de laborterapia há o cuidado com o jardim e com o bosque, de limpeza, panificação, corte de lenha, manutenção, etc.

Além das atividades internas as residentes participam, segundo o diretor, de outras fora da CT, tendo citado como exemplo os cultos religiosos na comunidade. No dia das mães foram a Rio do Sul na Missão Evangélica e participaram de palestras sobre temas como agressão à mulher dentre outras, embora esta tenha sido uma atividade desestimulante, na visão do diretor, pois as residentes foram às únicas pessoas da região que compareceram a este encontro.

Assim como os CERENEs de público masculino, no CERENE de Ituporanga as residentes também têm horários a cumprir, como para acordar, se alimentar e participar dos grupos terapêuticos, dentre outras atividades.

Após a descrição do funcionamento e da estrutura física e humana dos recursos disponíveis dos CERENEs de Santa Catarina, o Pró-Vida, que também é uma instituição evangélica e uma das filiadas do CERENE será o objeto das próximas linhas.

#### 2.6.1.5 Pró-Vida

O Pró-Vida é uma das CTs filiadas à Cruz Azul do Brasil, está localizado em Itajaí, considerada a maior cidade portuária do Estado, a 98Km da capital. A cidade possui especificidades, dado o grande número de usuários de substâncias, característica das cidades portuárias.

A CT conta com biblioteca; salas de atendimento; uma pequena sala para guarda de medicamentos; sala de estar, TV e música; cozinha e refeitório; sala de informática; sala administrativa que estampa em suas paredes grande número de certificados de cursos realizados por membros da equipe terapêutica; área externa coberta; almoxarifado de ferramentas; horta; estufa para plantas medicinais; um local para a

segregação de hortifrutigranjeiros; galinheiro; pomar; lavanderia; garagem; dormitórios para colaboradores; quadra coberta de esportes polivalente; campo de futebol; salas de aula equipadas. Está cercada por gramados bem conservados e aparados. No corredor de acesso aos quartos e à administração encontram-se cartazes de trabalhos educativos, mensagens espirituais, fotos de passeios e pinturas confeccionadas pelos residentes. Os quartos são para até quatro residentes, cada um com dois beliches e armários. À época e à primeira vista as dependências encontravam-se em boas condições sanitárias.

Para contar a história desta CT foi entrevistado seu diretor, cuja história de vida se confunde com a história do funcionamento da Unidade.

Vinculada à Igreja Plesbisteriana o Pró-Vida fundamenta seu trabalho no método Minnesota e nos 12 Passos, adaptados a uma visão cristã. Segundo o diretor da Unidade na década de 80 o município de Itajaí estava num contexto difícil de enfrentamento do crescente número de pessoas portadoras de HIV/AIDS associado ao uso de drogas. A cidade, na década de 90, chegou a ser a número um, junto à cidade de Santos, em número de pessoas contaminadas.

O início do trabalho marca-se pela doação de uma casa, por um dos membros da Igreja, para abrigar os dependentes químicos soropositivos que eram recolhidos das ruas.

Começamos a recolher estas pessoas em casas cedidas por irmãos da Igreja. Não sabíamos o que fazer. Em 1997 foi um grupo de pessoas até o Ministério para saber o que fazer. Recolhemos um rapaz com 22 picadas no braço, sem luva, sem nada. Começamos a ler, a estudar e a envolver o pessoal da saúde. Em 1991 começamos a funcionar e em 1992 legalizamos a instituição e tivemos um projeto do Governo Federal aprovado de forma a construir o Pró-Vida que foi inaugurado em 1994. O primeiro passo foi a construção da CT. O segundo passo foi montar uma equipe multidisciplinar dentro da visão cristã. Então me capacitei e fiz muitos cursos. Consegui uma psicóloga, depois uma assistente social e capacitamos a equipe e aprendemos primeiro o que não fazer. Vi horrores, grupos de confronto onde uma pessoa ficava no centro das acusações dos outros. Isso me chocou, ficar sem comer, ter que decorar versículo bíblico, etc. (Entrevista n.6).

O Pró Vida foi declarado de utilidade pública através da Lei Municipal nº 2.728 de 11 de junho de 1992, da Lei Estadual nº 8.959 de janeiro de 1993 e da Lei Federal nº 5.558 de 24 de julho de 2001.

Até o ano de 2005 não havia uma responsabilidade real da Igreja Presbiteriana, no que concerne à sua administração. No referido ano houve uma Assembléia mudando estatuto e regimento internos da entidade que, legalizaram a total dependência da Instituição à Primeira Igreja Presbiteriana de Itajaí. Hoje em dia contamos com um Conselho Diretor. (Entrevista n.6).

O programa terapêutico do Pró-Vida começa com o despertar do desejo de vir para a instituição. A pessoa vem primeiro visitar a CT e a família é convidada para conhecer o tratamento e o local onde ficam os residentes.

A entidade atua no tratamento de dependentes químicos portadores ou não do vírus HIV. O Programa de tratamento tem duração de seis meses; sendo cinco de internação e um de reintegração à família e à sociedade. Além das atividades realizadas na Instituição, são também utilizadas as dependências da Igreja para os encontros do Grupo de Apoio às Famílias – GRAF e, para a realização das entrevistas iniciais (triagem), com vistas à internação. Entre outros atendimentos, os internos têm: assistência psicológica, despertar espiritual, práticas terapêuticas desportivas e ocupacionais e prevenção.

O Programa Terapêutico é inspirado no trabalho dos CERENEs e, segundo o diretor do Pró-Vida, funciona da seguinte maneira: é em uma primeira visita residente informa-se sobre o funcionamento, o programa terapêutico e as normas da Casa. Depois os residentes passam por uma triagem efetuada pela equipe terapêutica, constando de entrevista onde a pessoa é acolhida pelo Programa "Seja Bem Vindo". Neste programa o grupo explica as etapas e informações sobre, por exemplo, a troca de quarto - na medida em que as fases do tratamento vão passando os residentes vão mudando de quarto. No quinto quarto considera-se que o residente já está inserido na "família".

Depois do acolhimento inicial há um período de adaptação de dois meses. É o convívio diário em que são trabalhados conteúdos da vida cotidiana como, por exemplo: o porquê da higiene, dos horários, etc. Só depois a pessoa entra no tratamento propriamente dito.

No Grupo de Princípios (que é uma adaptação aos 12 Passos) a CT trabalha com leituras a fim de reduzir as resistências e ampliar a

consciência sobre a resistência. Neste grupo a CT inclui os princípios do esporte, onde são trabalhadas situações de estresse e violência e outros temas emergidos do contexto terapêutico.

Depois de vivenciar os 12 Princípios através de exercícios, os residentes participam do Grupo de Prevenção à Recaída onde se percebem fora da dependência química e tomam consciência das atitudes que tiveram no período da drogadição, os riscos e danos baseados em uma avaliação do residente sobre si mesmo e sobre a sua própria vida.

A CT desenvolve seis outros grupos onde trabalha-se como lidar com os relacionamentos, o rompimento, morte e perda de entes queridos, depressão, etc.

Vem então a fase da vivência onde o residente põe um jaleco azul para se identificar como membro da CT e ele ajuda em tarefas, inclusive acompanhar os obreiros em visitas domiciliares e administrativas. Busca-se aí trabalhar no contexto externo a vivência do que ele aprendeu na CT. O residente visita famílias de outros residentes e estas atividades o ajudam a fazer uma leitura sobre como lidar com a complexidade da vida.

Durante o tratamento são realizados passeios à praia e a pontos turísticos, como o Museu histórico etnográfico. Nestas visitas, segundo o diretor, "eles se apropriam da cidade, conhecem a história do local." (Entrevista n.6)

São oferecidos também cursos do EJA e do CEJA.<sup>4</sup>

Nós temos dois alunos fazendo estágio de protético, um deles menor de idade. O professor é um ex-aluno nosso e eles fazem dentaduras, arrumam os dentes dos internos e não nos cobram nada. (Entrevista n.6).

Assim como a maioria das CTs pesquisadas, o Pró-Vida oferece estrutura para a prática de esporte e outros tipos de atividades corporais. O diretor, que é professor de educação física, comenta que "difícil foi convencer os membros da Igreja sobre a importância de investirmos no esporte e fazer um programa terapêutico diferenciado".

A CT também é vista por seu diretor como um espaço cultural:

---

<sup>4</sup> Educação de Jovens e Adultos (EJA) é uma modalidade de ensino que oferece ensino fundamental e/ou médio para pessoas que não concluíram na idade apropriada. Busca respeitar características desse alunado mediante cursos e exames próprios. O Projeto EJA BRASIL é certificado pelo CEJA - Centro Integrado de Educação para Jovens e Adultos, que é credenciado pelo Conselho Estadual de Educação (EJA BRASIL, 2012).

"Nós agora estamos preparados para as Olimpíadas e temos a nossa própria programação voltada para o assunto. Tudo na cultura é aproveitado". (Entrevista n.6).

Ao final do tratamento o residente vai para a reinserção social. Neste período, o residente vai para casa e preenche uma ficha de auto-avaliação e outra é entregue à família para voltar respondida. As dificuldades apontadas passam a ser trabalhadas nos Grupos e em atendimentos individuais. Esta medida tem por finalidade preparar os residentes para o retorno ao lar.

O Pró-Vidaparece dar importância à identidade familiar entre seus membros. Quando a família conhece a CT assina um termo de compromisso de que vai participar do tratamento e dos grupos de família. Segundo o diretor da Unidade:

Temos um número satisfatório de membros participantes [dos grupos de família] que é paralelo ao tratamento. Fazemos oficinas, dinâmicas, prevenção dos riscos e temos as tarefas de final de ano, onde os residentes recebem o indulto de Natal e onde preparamos a família de forma a fazer um Natal diferente. Os que não têm família fazemos uma cerimônia especial aqui dentro e trazemos a nossa família para ficar com eles. Fazemos a ceia aqui dentro... os egressos nos visitam, almoçam, fazem lanche, ficam com a gente. Eles gostam daqui, porque voltam. (Entrevista n.6).

O Pró-Vida, como as outras CTs pesquisadas, conta ainda com o GRAF, o grupo de famílias que se encontra na própria Igreja para discutir aspectos relacionados ao uso e à prevenção do uso de drogas.

Para dar continuidade a seu trabalho o Pró-Vida bem enfrentando, como outras CTs pesquisadas, uma série de dificuldades que passam pela questão financeira. Hoje a CT não conta mais com enfermeiro nem psiquiatra por falta de verbas, informa o diretor, e usam a Rede do SUS para suprir as necessidades de saúde. A equipe terapêutica do Pró-Vida trabalha por turnos: manhã, tarde, noite e finais de semana.

Outras dificuldades envolvem, segundo seu diretor, a necessidade de que se compreenda melhor o papel das CTs na Rede de Assistência do SUS e de melhorar a comunicação e a articulação destas Comunidades com os demais dispositivos desta rede. O diretor é particularmente crítico no que se refere ao CAPS:

Só não tenho relações públicas por falta de verba. Teríamos que investir em nosso marketing para divulgar nosso trabalho. Hoje só temos 16 internos e capacidade para 35 pessoas. Isso porque o CAPS não encaminha pacientes. Temos convênio e protocolo com o CAPS, mas parece que ele está resolvendo o problema da dependência química no município transformando todo mundo em zumbis. Todo mundo usando drogas legais para combater as ilegais. É um contexto de dependentes químicos com problemas sociais que não parecem ser levados em consideração. Tem que haver um contexto para cobertura do CAPS, mas ele parece não dar outra opção senão usar medicamentos [...] Depois de três meses recebo um residente do CAPS em função de um problema de saúde para aderir aos retrovirais. Isso é diabólico! [...] Se não vem pelo CAPS eles não atendem. Só os residentes encaminhados por eles é que são atendidos por sua Equipe Terapêutica. Eles não oferecem consulta nem com médico clínico, nem com psiquiatra. Eles não nos ajudam. E com o contexto do crack deveria ter uma parceria para o tratamento medicamentoso que é necessário nestes casos... Seria muito bom uma maior aproximação com o CAPS. Eles só vem aqui uma vez por mês mas nós vamos lá com maior frequência. Ninguém desce dos seus egos, de suas vaidades [...] Parece existir um preconceito com a CT. Eles são um bando de crentes. (Entrevista n.6).

Com relação à comunicação com a rede de Atenção Psicossocial, grande parte dos desafios a serem equacionados dizem respeito à relação da CT com a Rede do SUS. Entretanto, ao procurar fazer esta análise o diretor volta a falar sobre os problemas com o CAPS:

Não temos a menor dificuldade de penetração na rede SUS, pois a CT é muito respeitada em nosso município. Somos tratados com amor e carinho. Exceto pelo CAPS ad que colocou a Redução de Danos como a única possibilidade de tratamento. Na entrada da CT existe um cartaz que diz o seguinte e precisa ser respeitado: A CT não é [...] depósito de seres humanos; nem lavagem cerebral; nem a única forma de tratamento. A CT é... ambiente curador, um lugar que busca a honestidade como instrumento terapêutico, um lugar onde todos são tratados de

igual para igual" [...] "o CAPS não encaminha mais ninguém, é difícil alcançar o número de residentes exigido pelo EJA e o SEJA para o seu funcionamento na CT. Nós recebemos demanda espontânea. O CAPS só atende os encaminhados por eles mesmos e quando os residentes vão ao CAPS eles se negam a atender os residentes que não passaram por eles. Precisamos que as autoridades tomem conhecimento disso. Trata-se de uma questão ideológica, filosófica e política, os fatores que dificultam maior articulação com o CAPS. (Entrevista n.6).

Os convênios propostos pelas esferas de Governo parecem que vão alterar o perfil original das CTs em termos de propostas de tratamento. Como afirmou o diretor da Unidade:

Os convênios do Governo Federal vão transformar as CTs em Clínicas, além de serem difíceis de aplicar... se fizéssemos tudo dentro da legalidade as CTs deixariam de existir. Neste período da história estão tentando fazer com que as CTs deixem de funcionar como organização e passem a ser um organismo, como uma clínica e com isso estão minando a resistência daquele que já desenvolviam o seu trabalho. (Entrevista 6).

O tratamento para o residente munícipe é custeado por meio de convênio com as Secretarias de Saúde, de Assistência Social e da Justiça de Itajaí a CT e conclama a CT para alguns serviços pontuais.

Estes convênios são de suma importância para a CT. Terminamos uma casa para a ressocialização com verba de um convênio. A Prefeitura paga R\$959,00 por residente por mês. Com R\$13.000,00 pintamos, arrumamos e o melhor disso é que os residentes participaram de um curso do SENAI onde tiveram aulas de construção civil – assentamento de piso e pintura sendo as aulas práticas realizadas neste espaço. Todos receberam certificado no ano passado. Tivemos outros convênios que muito nos ajudaram, mas foram extintos, pois estão voltados mais para a área educacional. (Entrevista n.6).

O Pró-Vida também enfrenta problemas de transporte, pois só

contam com um carro em precárias condições de uso e há sérias dificuldades devido a sua localização topográfica. O terreno da Comunidade pertence a uma área considerada de risco pela Defesa Civil porque um rio passa a 200 metros na frente da CT sua cheia costuma atingir a CT, como ocorreu na em 2008, evento que está cuidadosamente retratado nas paredes da administração do Pró-Vida.

Ao falar sobre a dificuldade de administrar tamanha complexidade em face das dificuldades presentes, o entrevistado desabafa:

Eles me chamam de sobrevivente. Estou esmorecendo, mas minha força vem de Deus [...] por conta da minha dedicação a CT acabei me separando. É difícil ser diretor de uma CT e conciliar as responsabilidades profissionais com as pessoais. É difícil ficar longe das preocupações inerentes a minha função. Eu tento fazer diferença. Minha família dedicou suas horas para a CT. A Igreja os faz sentirem-se pertencidos. Se tudo isso não serviu para nada, a sociedade ficou longe de pessoas que estavam roubando, traficando e até matando em função da droga. São seis meses que a cidade descansa e se alguns deles ficarem por mais tempo em abstinência tudo melhora, a família melhorou. (Entrevista n.6).

Do desabafo o diretor do Pró Vida passa a uma maior animação enquanto continua a falar de seu trabalho com a CT:

CT apaixona qualquer um. Quem vem trabalhar não larga mais o serviço porque vai se deparando com coisas maravilhosas acontecendo e se dando conta que é tão pequeno nosso mundo diante de um universo tão grande. É maravilhoso. Vivo isso há vinte e um anos. (Entrevista n.6).

O diretor avalia o trabalho da CT frente aos problemas devidos à dificuldade percebida em manter os efeitos terapêuticos e à luz da crença religiosa:

Aqui temos que dizer e provar que Deus existe. É diferente de ser pregador. Temos que aproveitar o que tem de melhor em nossos alunos. Os que vieram trabalhar aqui têm carteira assinada. Um deles era

morador de rua cobria-se com um jornal. Hoje tem família, é um dos melhores profissionais de nossa casa, está de casamento marcado com outra funcionária da CT. Até casamento acontece aqui. São pessoas desarrumadas a vida inteira. Nós arrumamos. Aqui ele tem um tempo para reformular suas vidas.

Muitos podem cair. Quando isso acontece não os mando embora. É nesta hora que temos que provar que Deus existe. Isso é difícil de administrar diante do preconceito dos outros que consideram ele um problema e como algo que dá mal exemplo à sociedade e, portanto, deve ser banido. A equipe terapêutica trabalha para ampliar a sua consciência e conviver com situações de terceiros é algo conflitante e que requer acolhimento de todos devido a vulnerabilidade desta pessoa. O que posso fazer para ajudá-lo eu faço. (Entrevista n.6).

Após a apresentação da lógica e forma de funcionamento do Pró-Vida e das filiadas à Cruz Azul do Brasil em Santa Catarina, a próxima seção destina-se ao Lar Recanto da Esperança, a partir do relato do diretor desta Unidade.

## 2.7 A LÓGICA DO CUIDADO DOLAR RECANTO DA ESPERANÇA

O Lar Recanto da Esperança não faz parte das CTs filiadas à Cruz Azul no Brasil, nem ao CERENE, mas o trabalho desenvolvido neste serviço é muito parecido com o das demais CTs pesquisadas. Esta CT, situada no bairro Rio Vermelho, em Florianópolis, foi a primeira a ser estudada pela autora desta pesquisa dada a facilidade de sua proximidade.

Como relatou o Jornal a Notícia, em junho de 2008, os muros altos escondem o casarão onde a CT está sediada. A propriedade pertencida a um lendário traficante brasileiro, filiado ao Comando Vermelho carioca, que figurava em uma lista dos bandidos mais perigosos do país e que se refugiou em Santa Catarina nos anos 80. Segundo A Notícia moradores do Leste da Ilha relataram que a propriedade dispunha de pequena pista de pouso no mato em frente à Casa. Contam também que havia uma onça no pátio. Com a prisão do proprietário pela Polícia Federal em 1986 e sua posterior soltura e morte

em confronto com a polícia no Rio, o casarão foi ocupado por voluntários do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) e posteriormente pela CT.

Com relação a inserção em campo da pesquisadora, apesar de estar meio apreensiva, por ter sido esta, a primeira CT por ela visitada, também se sentiu bem acolhida, com respeito e consideração, e lhe foram disponibilizados documentos solicitados. Alguns residentes, ao verem a pesquisadora conversar com outras pessoas, pediam que fossem também entrevistados.

Depois de participar da cerimônia religiosa na Capela a pesquisadora permaneceu ao lado de alguns dos residentes que estavam envolvidos com laborterapia para acompanhá-los mais de perto. Alguns destes residentes fizeram questão de mostrar sua casa, seu quarto, seus pertences e disseram que estavam felizes com àquele momento, pois se sentiam valorizados, pela possibilidade de tornar visível as suas falas.

Diferente das demais CTs pesquisadas, havia uma grande quantidade de profissionais e estagiários de escolas de enfermagem que prestam serviços semanalmente aos internos. Àquele burburinho de pessoas tornava a presença da autora da pesquisadora menos notada, o que pareceu enriquecer a abordagem etnográfica.

Com relação à estrutura física, o Lar Recanto da Esperança conta com um setor de triagem que é uma casa onde se concentram as atividades administrativas. Os residentes mais graduados são recrutados para trabalharem como agentes administrativos, além de outras atividades de manutenção do próprio lugar, onde são realizadas as reuniões e grupos com famílias e onde os residentes muitas vezes são atendidos pelos profissionais.

Ao adentrar os muros altos da CT, é possível se deparar com uma piscina de água bem tratada que fica diante de uma pequena capela e ao lado de um pequeno agrupamento de árvores que sombreiam os bancos destinados às horas de folga. Ao lado da capela encontram-se também a cozinha e o refeitório cujos comensais incluem os estagiários, residentes e funcionários, além dos visitantes. A casa dispõe de amplas portas que dão acesso ao saguão de entrada, com cadeiras em frente à sala de estar. Esta sala dá acesso a alguns quartos e banheiros destinados aos residentes. A sala tem vários sofás, cobertos por mantas de pano, uma grande lareira de alvenaria e quadros com fotos dos residentes em diversas atividades. Cada quarto desta residência comporta quatro residentes que dispõem de armários, cujas roupas e demais pertences pessoais estão, aparentemente, cuidadosamente organizados.

A padaria, a área de separação de hortifrutigrangeiros; a horta; as

áreas de criação de animais; campo de futebol; quadra de voleibol; bem como outra pequena casa de madeira que é destinada aos moradores da ressocialização, ficam quase em frente a outra residência de dois pavimentos, que também dispõe de estrutura para abrigar residentes. Há também uma lavanderia em boas condições de uso e um local específico para lavagem de panelas. Tudo rodeado por uma grande área verde, cuidadosamente habitada por flores e exuberante natureza.

Segundo o diretor da Unidade a disciplina e a oração podem ser consideradas a base terapêutica do Lar Recanto da Esperança.

A criação deste serviço tem algo de muito peculiar, pois se trata da primeira CT a ser criada no Estado. A história é contada pelo diretor:

Em 1989 eu trabalhava em outra CT e na época havia muita gente dormindo na sede do CAPS, na rua. Ninguém aceitava essas pessoas por discriminação, morriam rápido, muito custo e todos tinham medo deles. Aí uma senhora e um padre descobriram que havia essa casa abandonada, chamaram o CONEM e invadiram a casa com oito casais. Houve então uma reunião na prefeitura e me chamaram para assumir a coordenação do Lar. Eu não sabia direito o que fazer, não tínhamos carro e íamos de ônibus ao centro de Florianópolis buscar verduras, frutas [...] Não tínhamos banheiro e tive que comprar duas telhas para construí-lo lá fora, água nós íamos buscar a um quilômetro, luz não tinha, era um fio que passava no meio do corredor. E comecei com oito pessoas, mas era difícil, eles saíam, usavam drogas e teve uma noite com brigas e eles tentaram me esfaquear. Tive que chamar a Polícia Federal e todos saíram em dois camburões: um deles de gente e outro de roupas. Acabei com a CT porque não estava de acordo com este tipo de trabalho. Aí eu fiquei um mês sozinho arrumando tudo e só tinha em mão o regimento de uma outra CT.

O diretor ressalta as dificuldades específicas que sentiu ao trabalhar, inicialmente, com pessoas portadoras de HIV/AIDS:

Depois de um mês liguei para o [GAPA [Grupo de Apoio aos Portadores do HIV/AIDS] e disse que a CT estava pronta, só para o sexo masculino, que era o que sabia fazer. Naquela época não se tinha informações sobre HIV/AIDS. Apesar de ter ficado quase dois anos internado em CT não sabia nada

disso. Existe diferença de trabalhar com portador de AIV/AIDS. Eles são especiais, tomam medicamentos que mesmo sendo hoje considerados de ponta, possuem muitos efeitos colaterais como insônia, irritabilidade e temos que ter muita paciência. Quando ficam inchados levamos rapidamente ao médico, dor de estômago, a necessidade de se dar cinco refeições por dia e uma vitamina à noite para fortalecê-los, tem que ter geladeira especial para os remédios com termômetro especial (máx. e mín.), é feito um cronograma de forma que tomem as medicações exatamente na hora, pois se atrasar o nosso infectologista disse que é melhor nem tomar. Além disso tem a necessidade do médico de vir aqui ou temos que levá-los ao consultório sempre que necessário [...]. (Entrevista n. 31).

A continuidade do trabalho também contou com momentos de rupturas e desafios:

De lá para cá houve resistência entre a CT e o GAPA a ponto de nos tornarmos independentes e assumirmos tudo. Com o fim dos convênios fui a Igreja e pedi para a freiras R\$ 3 mil por cada residente para manter a Casa. Com esse dinheiro mais a doação de alimentos deu para levar. Depois de um ano independente do GAPA conseguimos o título de Utilidade Pública e criamos nossa identidade sozinhos. (Entrevista n. 31).

Como grande parte das CTs no Estado, a direção desta também contou com o apoio e o trabalho de alguém que já passou pelo tratamento em CT e que se especializou no tema da dependência química como ponto de partida para a criação de um novo trabalho. Neste caso, seu atual diretor, que declara:

Eu sou adicto em recuperação. Consegui me recuperar e fiquei um ano e oito meses sem sair da Fazenda, como um propósito de vida. Houve o convite para assumir como coordenador da CT onde me recuperei e o Lar foi um desafio e ao mesmo tempo eu me fortalecia cada vez mais por estar envolvido com a dependência. Eu tive a chance da minha família me ajudar a me recuperar. Eu pensava muito nessas pessoas de rua, que não tinham família, que não tiveram a chance que eu tive, daí pensei, tai

uma coisa que eu posso ajudar. A droga tomou conta da minha vida por 17 anos e agora eu vou tirar proveito dela. Eu vou me especializar. Fiz psicologia em dependência química, estou fazendo administração depois de velho, com 48 anos. Vê como minha vida mudou. De repente passei a ser profissional da área, estou ajudando alguém, me ajudando e faço o que eu gosto. Esse é o desafio. A CT tem um significado de construtor da minha vida. Por isso me considero um advogado dos residentes. Eu cobro sempre o bem estar deles. Cheguei aqui com a imagem de coronel, não quer ficar vai para rua, com o passar do tempo me tornei mais humano. Aprendi que só se recupera com carinho e amor. As pessoas longe da droga se mostram pessoas especiais, que conseguiram reformular a vida, foram no fundo do poço e conseguiram se levantar. (Entrevista n. 31).

Atualmente o Lar Recanto da Esperança dispõe de um coordenador geral, um enfermeiro, uma parceria com a Escola de Enfermagem Geração e um psicólogo.

O tratamento é de nove meses, mas se o residente não tiver para onde ir quando completá-lo vai para a casa que se destina ao Programa de Reintegração Social. Neste período ele deve ir ao centro de Florianópolis para procurar emprego, com cartão telefônico nas mãos para informar a CT sobre seu estado e pode permanecer na casa enquanto não arrumar emprego e pode ficar até receber o seu primeiro salário para poder pagar uma moradia. O diretor explica alguns detalhes deste período:

Nós arrumamos geladeira, cama e montamos uma casinha para ele. Para tanto o Lar cobra a presença deste residente pelo menos duas vezes na semana no AA ou NA e eu acompanho a frequência deles. Sei quem vai e quem falta. Às vezes passam aqui o final de semana porque somos a rede de apoio social deles. A Casa é um ponto de referência que não pode ser tirado deles, somos a sua família. (Entrevista n. 31).

O tratamento de nove meses emprega os 12 Passos e é dividido em três partes. A primeira refere-se à desintoxicação, a segunda à interiorização (onde ele vai conhecer o que o levou ao uso) e depois há a graduação. A graduação é o momento em que o residente recebe um

diploma onde se compromete com o Lar a viver em abstinência das drogas. Neste momento ele ganha também uma Bíblia e, se for o caso, recebe recursos para permanecer na casa no Programa de Reintegração Social. Mesmo quando vai procurar emprego o residente tem que cumprir as regras da Casa. Ele se levanta, toma café, participa nas orações na capela e só depois de participar do grupo vai procurar emprego. Quando ele volta no final da tarde alimenta-se e vai dormir.

A participação da família, salvo casos especiais, é obrigatória durante o tratamento.

A família vem duas vezes por mês [...] é obrigada a participar de nossas reuniões. Se a família começa com resistência ao tratamento ela deixa de visitar o filho. A família é co-dependente e não sabe o que fazer quando o filho se recupera e volta para casa. Nós preparamos a família para lidar com o filho, o psicólogo trabalha algumas questões emergentes, pois a família também é doente e abordamos as dificuldades deles. (Entrevista n. 31).

O Lar Recanto da Esperança utiliza a terapia familiar sistêmica, abordagem em que todos os familiares devem participar das sessões, interagindo e dando apoio uns aos outros. O pensamento sistêmico considera que o todo é mais que a soma de suas partes e que cada parte só pode ser entendida no contexto de um todo, ou seja, uma mudança em alguma parte vai afetar todas as outras. Entende-se a família como um sistema, um complexo de elementos colocados em interação. Este sistema possui elementos interatuantes e interdependentes que respondem um ao outro de forma auto-corretora.

Para trabalhar com a família a CT realiza uma primeira entrevista familiar onde o terapeuta deve criar um sentimento de amparo e confiança, clarear informações, negociar e traçar com a família seus objetivos e as mudanças desejadas. Neste sentido procura favorecer uma evolução e um amadurecimento do comportamento do residente e em todo o sistema (Lar Recanto da Esperança, sd).

A terapia tem implicado novos desafios em face da chegada do crack que hoje, segundo o entrevistado, atinge 99% dos residentes. O crack e a terapêutica dependem, entretanto, da articulação com o CAPS, do ponto de vista do diretor da CT:

Nós não estamos conseguindo recuperar sem colocar outra droga junto. Antes era mais fácil recuperar

porque o crack é pior que a droga injetável. Porque o injetável você cortava por completo e os residentes conseguiam se segurar e conseguia fazer um bom tratamento. Hoje em dia esses usuários de crack se não tomarem a medicação fogem pois não agüentam a crise de abstinência e começa a violência, o xingamento e a briga com outros parceiros, devido ao nervosismo da abstinência, da crise e da fissura e desta forma hoje em dia não internamos ninguém sem passar pelo CAPS. É uma parceria excelente mas o Lar não conseguiu trazer todos os especialistas para cá, então foi feita uma parceria entre nós e assim levamos o residente lá e eles o recebem a qualquer hora. O custo do transporte é nosso. A partir do momento que inicia o uso da medicação o psiquiatra quer vê-lo toda semana, tem que fazer uma série de exames. Então trabalhamos o físico, a parte clínica, primeiro, para depois aplicar o tratamento para dependência química [...]. É possível tratar o crack e outras drogas em CT, desde que articulado ao CAPS. Existe diferença entre o CAPS e a CT. Os psiquiatras dão remédio para o resto da vida dos dependentes, mas eu como ex-dependente químico consigo entrar no coração do dependente muito mais rápido, sem pagar uma fortuna e sem tomar medicação para o resto de minha vida. Se o residente participar de reuniões duas vezes por semana, praticar a sua espiritualidade e ter o reforço não é necessário recorrer a internação convencional. Nosso acordo com o CAPS é que o residente tome remédio se necessário no máximo por três meses. (Entrevista n.31).

A parceria com o CAPS e os pacotes de financiamento do Governo por meio de convênios, ao mesmo tempo em que são importantes parecem gerar preocupação, por parte da CT, que teme descaracterizar seu serviço em face das exigências dos contratantes do serviço. Segundo o diretor:

As CTs vão acabar se descaracterizando e se transformando em clínica porque o Plano de Enfrentamento Contra o Crack é confuso e o Lar não vai entrar nessa porque a Portaria da Prefeitura de Florianópolis quer que cada CT destine dez vagas para atender crianças, mulher, adolescentes e adultos e isso não vai resultar em um bom trabalho. Os recursos e os eventos feitos pelos Ministérios da

Justiça e da Saúde não envolveram o Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN) para participar deste processo e o Secretário da Saúde do Município de Florianópolis só chamou o CAPS para efetuar os convênios com as CTs. O CAPS, por sua vez, levou tudo pronto, pois a maior dificuldade do CAPS é justamente com adolescentes e mulheres, pois ninguém quer trabalhar com essa clientela, então empurraram para as CTs que vai dispor de dez vagas pagas através de R\$70 mil de entrada, e na minha visão isso não é financiamento, mas um consórcio, e R\$30 mil por mês, ou melhor, R\$3 mil por residente ao mês. O Lar não está preparado para atender mulheres, casa mista, ainda com adolescentes. A Prefeitura não propôs nenhuma capacitação. Quem aplicar o Programa Terapêutico escrito somente pelo CAPS vai acabar decidindo até o tempo de permanência e o tratamento. Aí as CTs vão ficar somente com a parte de hotelaria. Como representante das CTs fui a Prefeitura obter esclarecimento e me disseram ou trabalham com todos os gêneros ou não tem recurso. Então o Lar vai mudar sua modalidade. Quem está preparado para isso? O propósito do Lar não é servir de depósito de pessoas e virar essa miscelânea que não vai dar certo. E o Estatuto da Criança e do Adolescente como fica? E a estrutura física e humana? Esse Projeto envolve a criação de uma nova CT sob esses moldes... nós dependemos dos recursos para sobreviver. Ano que vem não vamos mais ter convênios, para não transformar a CT em clínica. (Entrevista n.31).

Hoje o Lar Recanto da Esperança dispõe de 30 vagas sendo 15 destinadas para o CAPS Ilha e quinze para o CAPS Continente, referente ao Projeto de Abordagem de Rua da Prefeitura de Florianópolis; e dispõe de convênio com o DST/AIDS de R\$14 mil que vem do Ministério da Saúde, fundo a fundo. A CT não tem vaga fixa, o convênio é mantido por ter sido considerada a pioneira na abordagem de portadores do AIV/AIDS usuários/dependentes de drogas. A CT renovou seu contrato em Brasília, que repassa dinheiro fundo a fundo para o Município que. Estes convênios, entretanto, não garantem a sustentabilidade da CT, na visão do entrevistado:

A Prefeitura disse para colocarmos 18 pessoas na rua por falta de verba. Os convênios não têm sustentabilidade porque a Prefeitura enrola as CTs

em todos os municípios. Isso não é convênio, no fundo e subvenção social. O que existe é um percentual de arrecadação da Prefeitura que exige que passem para entidades sociais. O Prefeito faz o convênio, põe no orçamento, mas diz que não tem financeiro e por isso não pode pagar. A saúde também atrasa e pior quando libera o dinheiro é quase no final do prazo em que temos que prestar constas, aí temos que gastar tudo na pressa sem pesquisar preços para dar tempo de comprar tudo o que precisamos. Eu tenho às vezes só uma semana para estourar o dinheiro da Prefeitura. Estamos devendo R\$90 mil só no supermercado, então vou pagando na medida em que o dinheiro vai entrando. Não há responsabilidade com as pessoas, quem paga comida, água, luz, medicamentos, que nem sempre o SUS fornece. (Entrevista n.31).

Esta parceria por meio de convênio resulta numa primeira triagem dos residentes que deve ser feita primeiro pelo CAPS e uma segunda triagem é feita pela equipe da CT. Em alguns casos os residentes não são aceitos na CT, como um menino internado outras duas vezes nesta comunidade e que roubou outros residentes. Ele teve que aguardar nove meses para voltar ao Lar.

Na concepção do representante da CT, dependência química é uma doença.

Quem tem predisposição não para de usar a droga. A predisposição faz com que o dependente precise sair do convívio social e busque uma estrutura que lhe dê suporte ao tratamento [...] aprendi que só se recupera com carinho e amor. As pessoas longe da droga se mostram pessoas especiais, que conseguiram reformular sua vida, foram no fundo do poço e conseguiram se levantar. (Entrevista n.31).

A proposta da CT é que os residentes vivam num espaço sadio, aberto, com liberdade e com a preocupação com o trabalho, entendido como laborterapia e considerado uma das principais atividades terapêuticas ofertadas. O diretor preocupou-se em mencionar que existe o cuidado de não sobrecarregar os residentes e não explorá-los, não se aproveitar da mão de obra disponível e barata, para finalidades exclusivas de beneficiar a CT.

Hoje o trabalho aqui é das 8h as 11:30h e não mais o dia todo. O período da tarde é destinado aos estudos dos 12 Passos. Ninguém aqui constrói nada para mim. Eu não uso os meninos, eu contrato profissionais quando for o caso. O tempo de nove meses é curto e logo passa. Temos vinte coordenadores para atender quarenta pessoas. CT que está rica, problema tem, pois vive-se no vermelho... nosso galpão vai se transformar numa fábrica de bolinhos de peixe e vai absorver alguns residentes em condição social desfavorável, como empregados do supermercado Imperatriz que vai dar a infra-estrutura e os que serão contratados por meio de carteira assinada. (Entrevista n. 31).

Pode-se observar também, nesta interlocução com o entrevistado, o significado da CT para a reformulação da sua própria vida:

Eu recuperei tudo aqui na CT que a droga me levou. Recuperei tudo em dobro, até casamento, financeiro, família. A pessoa que eu ia me casar antigamente, quando o pai dela descobriu que eu era um dependente químico acabou tudo. Ela se casou com outro, teve uma filha, se separou e hoje sou casado com ela. Eu recuperei o amor da minha vida. Ontem eu dei uma palestra no NA e disse que a recuperação devolve tudo é só ter paciência, nós somos imediatistas, mas com serenidade é possível. (Entrevista n.31).

Segundo o diretor a CT está sempre lotada de residentes que não querem ir embora, fato que o preocupa, pelo medo de institucionalizá-los haja vista a problemática social que acompanha grande parte dos residentes das CTs. O diretor pondera que não pode, entretanto, “jogá-los na rua” e revela estar considerando “um prazo de permanência para procurar emprego”. (Entrevista n. 31).

A procura pela CT não levou poder público a dar crédito às CTs, que não aparentemente não têm recursos para apresentar acomodações mais adequadas para os residentes, melhorar a qualidade da alimentação e dos serviços oferecidos.

Traçamos, assim, um panorama geral sobre a criação e o funcionamento das CTs pesquisadas. O próximo capítulo se destina ao perfil demográfico da clientela atendida, para posteriormente discorrer sobre como estes indivíduos se definem e quais as principais mudanças

percebidas em suas vidas em decorrência do tratamento a que estão ou foram submetidos.

## CAPÍTULO III - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E USO PRÉVIO DE SUBSTÂNCIAS DOS RESIDENTES E EGRESSOS

Como relatado no capítulo destinado ao percurso metodológico, seis CTs foram pesquisadas no Estado de Santa Catarina sendo entrevistadas quarenta pessoas. Neste universo participaram vinte e nove residentes (pessoas que se encontravam em tratamento), oito diretores ou coordenadores que trabalham nas CTs (a maioria já foi residente em CTs), um representante do Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN e dois egressos. Nesta amostragem quatro residentes encontravam-se nas CTs por determinação judicial.

Este capítulo, que se destina a apresentação do perfil sócio-econômico dos sujeitos da pesquisa tratará das seguintes informações: faixa etária e gênero, nível educacional, estado civil, profissão, benefício auxílio doença, religião, procedência, moradia, de todos os sujeitos da pesquisa. Tratará ainda das características do uso de substâncias que consumiam antes do tratamento por parte de residentes e egressos. Com relação ao tempo de tratamento à época da entrevista foram considerados somente os que se encontravam na condição de residente. Há de se destacar que a amostragem do tipo Bola de Neve não teve a preocupação em selecionar os sujeitos por faixa etária ou qualquer outras das categorias aqui apresentadas Neste sentido, os dados levantados servem de base somente para o conhecimento do perfil sócio-econômico dos sujeitos da Pesquisa.

### 3.1 FAIXA ETÁRIA E GÊNERO

**Tabela 3.** Distribuição de freqüências da faixa etária e gênero dos sujeitos da pesquisa

Faixa Etária	Homens		Mulheres		Total de Amostragem	
	n	%	n	%	n	%
15 a 25 anos	6	18,1	-	-	6	15
26 a 36 anos	8	24,2	3	42,8	11	27,5
37 a 47 anos	10	30,3	2	28,6	12	30
48 a 58 anos	7	21,2	2	28,6	9	22,5
59 anos ou mais	2	6,2	-	-	2	5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>07</b>	<b>07</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

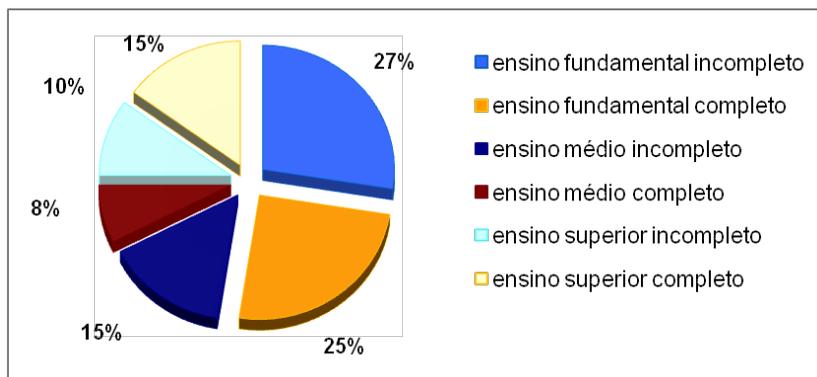
Os dados da tabela 3 demonstram que o maior número de entrevistados eram homens, na faixa etária entre 37 a 47 anos (30,3%); segue-se a faixa etária de 26 a 36 anos (24,2%) e em menor número, os que se situam na faixa etária de 48 a 58 anos (21,2 %). Um número ainda menor de homens pertence à faixa etária de 15 a 25 anos (18,1%), e somente dois entrevistados possuem 59 anos ou mais (6,2%).

Com relação às mulheres a faixa etária de maior predomínio situa-se entre vinte e seis a trinta e seis anos (42,8%), as demais estão igualmente distribuídas nas faixas etárias de trinta e sete a quarenta e sete anos (28,6%) e na de quarenta e oito anos a cinquenta e oito anos (28,6%). Não formam entrevistadas mulheres com menos de vinte e cinco anos, nem acima de cinquenta e oito anos.

Se compararmos o número total de homens e mulheres entrevistados a faixa etária de maior predomínio é de trinta e sete anos a quarenta e sete anos (30%).

### 3.2 NÍVEL EDUCACIONAL

**Figura 1.** Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo nível educacional.



Com relação ao nível educacional, apresentado na figura 1, verificou-se que 27% dos interlocutores da pesquisa possuem ensino fundamental incompleto e 25% possuem o ensino fundamental completo. Em menor número encontram-se os que possuem ensino médio incompleto (15%) e ensino superior completo (15%), seguido dos que possuem ensino superior incompleto (10%) e ensino médio

completo (8%). Dos que possuem ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto, 12 (30%) dos residentes que estão em tratamento nas CTs pesquisadas estão estudando na própria CT onde estão se tratando.

### 3.3 ESTADO CIVIL

**Tabela 4.** Distribuição simples de freqüências do estado civil dos sujeitos da pesquisa.

<b>Estado Civil</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentagem</b>
Solteiro (a)	11	27,5
Casado (a) ou união estável	14	35
Separado (a)/ Divorciado (a)	13	32,5
Viúvo (a)	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

A Tabela 4 mostra que o maior número (35%) de pessoas entrevistadas encontrava-se casada ou com união estável seguido daqueles que se encontravam separados (32,5%) e dos que se encontravam solteiros (27,5%). Uma pequena parcela (5%) eram viúvas.

### 3.4 PROFISSÃO E BENEFÍCIO AUXÍLIO DOENÇA

**Tabela 5.** Distribuição simples de freqüências da profissão e da concessão do benefício auxílio doença aos sujeitos da pesquisa.

<b>Profissão</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentagem</b>
Auxiliar de enfermagem	1	2,5
Cuidador de idosos	1	2,5
Soldador de transformadores	1	2,5
Motorista	3	7,5
Carpinteiro	1	2,5
Psicólogo	1	2,5
Advogado	1	2,5
Profissional da Ed. Física	1	2,5
Coordenador de CT	3	7,5
Servente/pedreiro	4	10
Engenheiro Eletricista	1	2,5
Operador Portuário	1	2,5

**Continua...**

<b>Profissão</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Continuação</b>		
Confeiteiro	1	2,5
Diretor CT	5	12,5
Borracheiro	1	2,5
Agricultor	5	12,5
Pintor	1	2,5
Chefe de Cozinha	1	2,5
Jornalista	1	2,5
Rebocador	1	2,5
Piloto de Avião	1	2,5
Estudante	3	7,5
Comunicador Visual	1	2,5
Pessoas que estão afastadas por auxílio doença	23	57,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Os dados da tabela 5, demonstram que existe uma diversidade de profissões dos interlocutores desta pesquisa: cinco deles são agricultores (12,5%); cinco são diretores de CTs (12,5%); quatro são serventes ou auxiliares de pedreiro (10%); três são motoristas (7,5%); três são coordenadores de CTS (7,5%); três são estudantes (7,5%); e encontrou-se um representante de cada uma das seguintes profissões: auxiliar de enfermagem, cuidador de idosos, soldador de transformadores, carpinteiro, operador portuário, confeiteiro, pintor, chefe de cozinha, rebocador e comunicador visual (2,5%). Dentre as profissões de nível superior havia um piloto de avião, um engenheiro eletricista, um advogado, um jornalista, um profissional da educação física (2,5%). Com relação aos residentes grande parte deles (57,5%) encontra-se afastado por auxílio de doença.

### 3.5 RELIGIÃO

**Tabela 6.** Distribuição simples de frequências da religião dos sujeitos da pesquisa.

<b>Religião</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Protestante	21	52,5
Católica	14	35
Espírita	3	7,5
Não possui religião	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Na Tabela 6 se percebe que a maioria dos sujeitos da pesquisa se declaram de religião protestantes (52,5%), seguidos por 35%) que se declaram católicos Uma pequena parcela(7,5%) se considera da religião espírita e uma parcela menor ainda não possui religião (5%).

### 3.6 PROCEDÊNCIA

**Figura 2.** Distribuição do número de residentes e egressos por Estado com base em seu lugar de procedência.



Estado de Santa Catarina			
Procedência	Nº pessoas	Procedência	Nº pessoas
São Miguel do Oeste	2	Indaial	1
Blumenau	6	Itajaí	4
São José	2	Timbó	1
Florianópolis	4	Jaraguá do Sul	1
Ituporanga	1	Mafra	2
Palhoça	2	Papanduva	1

O mapa da figura 2 demonstra que grande parte dos sujeitos da pesquisa é proveniente do Estado de Santa Catarina, concentrados em maior número nas grandes cidades. Os demais migraram de outros Estados como: Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás e Ceará.

### 3.7 LOCAL DE MORADIA

**Figura 3.** Distribuição do número de residentes e egressos por Estado com base em seu lugar de moradia.



Estado de Santa Catarina			
Local de moradia	Nº pessoas	Local de moradia	Nº pessoas
São Miguel do Oeste	2	Florianópolis	5
Caçador	1	Itajaí	5
Ituporanga	1	Rio do Sul	1
Blumenau	6	Timbó	1
São José	6	São Bento do Sul	2
Balneário Camboriú	1	Papanduva	1

O mapa da figura 3 demonstra que grande parte dos sujeitos da pesquisa migrou para o Estado de Santa Catarina se concentrando nos municípios onde se situam-se às CTs pesquisadas. Os demais continuam morando em outros Estados como: Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo.

### 3.8 SUBSTÂNCIAS QUE OS RESIDENTES E EGRESSOS CONSUMIAM ANTES DO TRATAMENTO NA CT

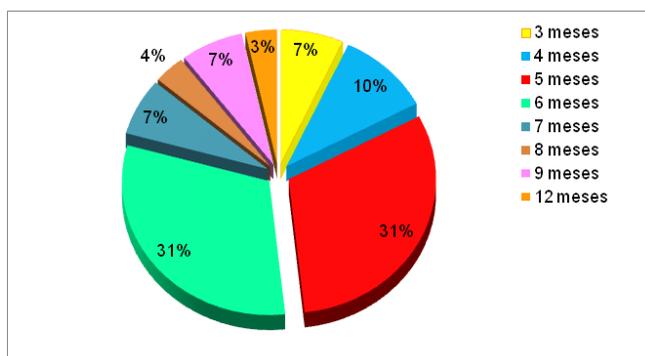
**Tabela 7.** Distribuição simples de freqüências das substâncias que os residentes e egressos consumiam antes do tratamento na CT.

<b>Substâncias</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
Álcool, cocaína, maconha e crack (dependência cruzada)	18	58
Somente álcool	10	32
Sómente crack	1	3,2
Sómente cocaína	1	3,2
Sómente maconha	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>

Segundo a Tabela 7 a maioria (58%) dos residentes e egressos tinha dependência cruzada, ou seja, consumiam diversas substâncias como álcool, cocaína, maconha e crack. Um número menor de pessoas consumia somente álcool (32%). Apenas 3,2% dos residentes e egressos usava somente crack, ou cocaína ou maconha.

### 3.9 TEMPO DE TRATAMENTO DOS RESIDENTES

**Figura 4.** Caracterização dos residentes segundo o tempo de tratamento à época da entrevista (n=29).



A maior parte dos residentes entrevistados estava a seis meses em tratamento (36%), seguido daqueles que se encontravam a cinco meses (29%). 10% estava na CT a quatro meses, outros 6% a sete meses, 3% a oito meses e outros 3% há um ano (Figura 4).

Após a apresentação do perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa o próximo capítulo se destina à compreensão de como os residentes e egressos se vêem e se definem e como se situam no contexto terapêutico. Fazemos também uma tentativa de compreender quais foram as principais mudanças percebidas por estes sujeitos em suas vidas, e que são reputadas por eles como conseqüências de seu tratamento na CT.

## **CAPÍTULO IV**

### **COMO RESIDENTES E EGRESSOS SE VÊM E SE DEFINEM**

Este capítulo privilegiou a perspectiva dos(das) residentes, profissionais e egressos que completaram o tratamento nas CTs pesquisadas, razão pela qual utilizo o termo *residente* ou algumas vezes *aluno* ou mesmo, no caso das mulheres, o termo *meninas* enfatizando como os(as) próprios interlocutores(as) desta pesquisa se vêem e se definem.

A visão dos residentes e egressos tem como ponto de partida a distinção que fazem entre a situação de vida atual e a situação de vida pregressa. Esta distinção parece estar intimamente relacionada com o estado de saúde/doença. O recorte observado nas narrativas a respeito das suas trajetórias de vida induz a acreditar que fazem uma nítida cisão entre o tempo dedicado à dependência (antes de entrarem na CT) e o outro relacionado à abstinência (em tratamento na CT ou após completarem o tratamento em CT).

Esta noção de saúde e de melhoria da qualidade de vida diretamente relacionada à mudança de vida não se resume à abstinência. Ela se refere também a um percebido aporte terapêutico proporcionado no ambiente da CT. Em alguns casos este aporte é enfatizado por ser duradouro, na medida em que alguns egressos e profissionais que trabalham nestas CTs, na maioria das vezes intitulados de *coordenadores* ou *obreiros*, já passaram pelo tratamento neste tipo de dispositivo. Ressalte-se que existem coordenadores e obreiros nas CTs, mas que nunca passaram por qualquer tipo de tratamento relacionado à dependência química. Como será melhor detalhado neste capítulo, muitos dos residentes se consideram recuperados mas todos se vêem como sujeitos a recaídas o que, na visão dos interlocutores, faz parte do processo de recuperação da pessoa considerada dependente.

Ao compartilhar do entendimento de Dalmolin (2006, p. 62) sobre o processo saúde e doença procurou-se compreender este processo em seu caráter dinâmico e contraditório, vinculado a situações singulares e complexas da existência humana.

Mesmo sendo impossível dar conta da riqueza de todas as dimensões envolvidas procurou-se dar visibilidade à relação entre disponibilidade de um dispositivo de cuidado, a experiência do uso de

substâncias, que é atividade geradora de prazer inerente à vida, e a dependência química, que significa também sofrimento, produzindo rupturas entre o mundo interno e externo do usuário de substâncias e um descompasso entre o que é aparentemente vivido pelo sujeito e o que dele espera no contexto cultural e social.

A dependência não está excluída dos demais aspectos da vida, ao contrário, ela passa a integrar-se aos sistemas simbólicos, às significações e aos contextos que estruturam a subjetividade; a sua relação com o trabalho, com os direitos de cidadão, com os processos de sua inclusão e exclusão social. Desta maneira, o olhar da pesquisa, o uso das terminologias, a tentativa de aproximação com o contexto vivido na CT buscou possibilitar uma compreensão de um momento particular em que estas pessoas atribuem particulares significados ao processo saúde/doença e a sua própria subjetividade, em estreita relação com uma realidade específica, na qual a CT tem um papel visto como proeminente.

#### 4.1 O QUE É SER DEPENDENTE

A fim de adentrar ao significado da palavra residente é preciso, primeiro, interpretar o que os entrevistados denominam "dependente". Na visão dos residentes o uso abusivo de substâncias significa dependência, e esta significa estar doente.

Eu mesmo vim descobrir aqui que dependência química é uma doença. Estou convicto. Antes eu pensava que usar não era nada e eu não admitia minha dependência. Até que você quebra o seu orgulho consigo mesmo e admite que tem um problema [...] O dependente químico tem muitos planos mas nunca termina o que começou. (Entrevista n. 17).

Uma doença crônica, progressiva e multicausal, associada, portanto, a diversos elementos de ordem biopsicossocial. Aparece com muita frequência em suas falas que a dependência ocasionou grandes perdas em suas vidas e problemas de ordem pessoal, social, cultural e existencial foram mencionados como fatores que induziram ao consumo de substâncias.

A interferência do abuso de substâncias sobre os relacionamentos afetivos é marcante. Algumas vezes os entrevistados apontavam as

drogas como causadoras desta ruptura, outras culpavam o outro, outras ainda reconhecem sua própria falta de controle interno como o problema central. O entrevistado n. 36, por exemplo, explicita sua visão, em que a culpa pela sua aderência ao álcool vem da ruptura matrimonial provocada pela esposa:

Meu astral vivia baixo. Trabalhava como vigilante noturno há três anos. Minha vida complicou devido a um problema familiar, uma separação, minha esposa é que me levou à queda. Porque eu nunca fui assim e nunca usei álcool antes. Eu senti um impacto grande, no início eu não conseguia aceitar ficar longe da minha filha.

Ao contrário, este entrevistado analisa a perda do casamento a partir de sua dependência:

Comecei como maconha aos 16 anos, depois a cheirar cocaína, mais tarde conheci o crack que veio para nos destruir. Eu mentia para a minha mulher que achou um cachimbo de crack e se separou de mim. Por conta disso me separei quatro vezes da mesma mulher, um casamento de quinze anos que acabou por causa das drogas. (Entrevista n. 18).

Outros ainda, reconhecem que o uso das drogas os levava a brigar com namoradas e companheiras, ou ainda que após brigar com estas iam compulsivamente usar substâncias.

Seja qual for o ângulo, todos concordam, entretanto, em que estar usando alguma substância ilícita ou lícita sem controle é estar doente. A compulsão pela droga estaria relacionada a uma predisposição do sujeito. Essa predisposição é descrita como propulsora de um sistema psicofisiológico que propicia uma potente adicção que “torna seu corpo escravo da dependência”. (Entrevista n. 23). A interpretação de alguns residentes liga a pré-disposição à necessidade de tratamento e este inclui a exclusão temporária do convívio social:

Doente é quem tem pré-disposição e não para de usar a droga compulsivamente. A predisposição faz com que a gente precise sair do convívio social e busque uma estrutura que dê suporte ao tratamento. (Entrevista n. 32).

À ideia da predisposição associa-se a de que a dependência é doença incurável, que precisa ser tratada através da exclusão temporária e da abstinência e uma das formas de se manter abstinência é o tratamento na CT. É também importante, nesta visão, frequentar a CT após a alta, para participar dos grupos terapêuticos, rever os amigos e manter vivo o investimento feito no contexto da CT em seu processo de mudanças. Este entendimento é ensinado pela própria CT, como revela o entrevistado n. 27:

Aqui aprendi que tenho uma doença que posso controlar como se fosse uma diabetes, é só conviver com ela.

Este aprendizado sobre o surgimento e desenvolvimento desta condição se corrobora na fala de outros entrevistados:

Eu sempre venho visitar a CT. É bom pra minha reciclagem, que significa que a dependência química, que é uma doença incurável, necessita ser cuidadosamente tratada. (Entrevista n.6).

A "adição" (termo empregado por grande parte dos entrevistados) também parece ser um fator de identidade do sujeito dependente como um sinal de pertencimento a um grupo.

Tenho 55 anos, sou adicto em recuperação, pessoa batalhadora e com objetivos claros, e muito sofrido. (Entrevista n. 37).

Aqui descobri que tenho uma doença e que outras pessoas que estão aqui também têm, não estou sozinho nessa doença, que não escolhe cor ou raça e, além disso, vi o que a droga pode fazer, destrói completamente uma pessoa. (Entrevista n. 36).

A doença também é vista por alguns residentes como "falha de caráter", apontado pelo entrevistado n. 23 como "mudanças na personalidade". Isso também é ensinado no contexto do sistema de cuidado:

Nos Alcoólicos Anônimos - AA eu ouvi que a gente tem uma doença que é um defeito de caráter que faz com que a gente use drogas. Nós temos coisas que precisam ser mudadas não como algo pejorativo, mas um indicativo que precisamos nos tornar melhores. (Entrevista n. 28).

Mas esta designação, bem como seu uso no contexto dos sistema de cuidado não é partilhada por todos os interlocutores.

Eu não concordo com a palavra defeito de caráter [...] mas a Casa trabalha nesse sistema. (Entrevista n. 36).

Associada à noção de defeito ou falha de caráter a dependência é interpretada no âmbito da ordem moral. O estigma e o preconceito a respeito do usuário (a) de substâncias são reconhecidos pelos entrevistados e a busca pela recuperação da vida social e da quebra do estigma constitui-se como novo projeto de vida. Entendem que a recuperação virá por meio da abstinência, do autoconhecimento e do autocontrole, cultivada pela mudança no estilo de vida.

Tu recupera o caráter, as relações familiares, aprendi que as coisas materiais vêm com o tempo e que o principal é o respeito perdido pela família, pois tu não tem moral para cobrar nada do seu filho. O estigma é grande [...] Não é um defeito de caráter, mas ao usar a droga seu caráter muda e você passa a ser visto com outros olhos pelos vizinhos, mesmo que você seja uma boa pessoa. Muitas pessoas julgam a gente.

Ao buscarem na recuperação a sua redenção passam a se preocupar em corrigir as falhas de caráter que caracterizam a drogadição para aliviarem a culpa relacionada a este tempo.

Minha mulher morreu de overdose. Criei quatro filhos dela pequenos usando drogas. Nem a morte dela me fez parar com as drogas só a CT. Dois dos meus filhos seguiram meu exemplo e estão internados em CT. Isso me dói e tenho sentimento de culpa por conseguir ajudar tanta gente, mas acho que não consegui ajudá-los. Um está internado pela segunda vez e o outro pela primeira vez, mas eu acho que vou conseguir tirá-los dessa. (Entrevista n. 33).

O uso de substâncias também está intimamente relacionado à significância da liberdade. Entre os entrevistados há os que em sua adolescência buscaram na droga este sentimento de liberdade, mas hoje entendem esta busca como um equívoco:

Eu procurava liberdade me tornando presa às drogas [...] Eu era completamente rebelde, contra as leis. Eu contradizia minha mãe para ter voz e batia de frente. Tenho pai e uma irmã de nove anos. Minha mãe está sempre ao meu lado e minha irmã de nove anos se espelha muito em mim. Quando estava chapada ouvindo música ela via meus olhos e me dizia: por que você não para de usar essa porcaria. Eu era rebelde sem causa. (Entrevista n. 30).

Ao invés de encontrarem a liberdade muitos se envolveram em atividades que hoje renegam, tais como se prostituir, roubar e traficar para poderem sustentar o vício.

Sem emprego eu não tinha condições de sustentar meu vício. Assim passei a roubar, a vender coisas da minha casa. Eu tinha duas motos e vendi uma, depois a outra e depois fiquei sem nada [...] Eu ficava sujo, mal vestido e ia para lugares escusos, sujos, escuros, me metia com aquelas pessoas, elas usavam e eu ficava junto. Não me sentia bem. Até trafiquei. (Entrevista n. 16).

Eu usava crack, maconha e cocaína. Desde os onze anos de idade. Eu recaí uma vez e dessa vez estou tentando fazer tudo certinho. Estou *sub judice* porque tinha vários boletins de ocorrência policial por roubo para sustentar o vício. Ao invés de ir para o CIPE o juiz me mandou para esta CT porque acreditou que eu poderia mudar de vida e por isso estou fazendo o que há de melhor. (Entrevista n.13).

As histórias de vida se repetem, mostrando rompimentos familiares e com o trabalho, preconceitos étnicos, perdas materiais e financeiras, problemas de saúde e de ordem social e legal que reforçaram ou estimularam a fuga por meio das drogas.

A droga me matou, destruiu minha família, meu patrimônio. Eu era camelô e perdi minha banca, minhas coisas, meu dinheiro. Perdi a espiritualidade. (Entrevista n.24).

Comecei a usar depois que descobri que já não podia trabalhar como chefe de cozinha e tinha que arrumar outro trabalho [...] Eu sofro muitos preconceitos raciais e ainda usando drogas, acabei ficando fraco

espiritualmente, perdi meu carro e todos os meus bens [...] tudo por negligência do médico que não poderia ter me afastado do trabalho. Como poderia sobreviver e, além disso, o INSS não aceitou me aposentar. (Entrevista n. 36).

Eu era muito aloprado e ficava meio fora da casinha. Muito louco, agressivo, às vezes, porque eu quebrei o portão da minha casa, porque na casa onde morava eles não me deixavam usar a máquina de lavar, tinha que lavar minha roupa na mão e eles me negavam comida [...] Eu fui internado e quando vi não tinha mais família [...] minha mãe também tem problemas nos nervos e não pode ficar comigo. Eu já morei com ela mas meu padrasto morreu. Pai eu não conheço. Fui criado pelos meus avôs. (Entrevista n. 2).

Uma das metáforas mais fortes para a dependência é a da escravidão. Esta escravidão, como se refere um entrevistado, ocorre tanto pelos efeitos do uso das substâncias e da dependência quanto devido às situações a que se fica exposto pelo vício.

Eu ficava enjoado quando usava e ficava estúpido com minha família, não me lembrava do que fazia, me sentia culpado depois com a minha estupidez e quando acordava eu precisava ir para o bar porque senão, não tinha condições de trabalhar. Eu era escravo do vício. (Entr. 4 - Pró- Vida).

A dependência, na visão dos entrevistados, leva à perda do autocontrole e sobre a própria vida. A busca pela droga muitas vezes é estimulada pelo convívio com outros usuários, mencionaram quase todos os entrevistados.

Eu perdi o controle da minha vida. Eu tive que me afastar do convívio familiar, emprego, salário, carteira assinada... perdi totalmente a educação, o caráter, a responsabilidade. Não tinha compromisso com nada. Perdi vínculo familiar, respeito. Usei crack por três anos, um ano eu controlei, depois não [...] Você perde o controle de si próprio, nada mais importa, eu nunca ligava para minha mãe que tinha um celular já há quatro anos... Arrumei um amigo que fumava maconha e usava crack e trabalhei com esse garoto por três anos. Eu não me agüentava mais e pedi demissão do emprego, mas não contei sobre o meu amigo que trabalhava lá. Eu não disse que ele

usava drogas para não sujar a sua imagem até porque ele gostava muito de trabalhar lá. (Entrevista n. 16).

A dependência também é associada a problemas relacionados à ociosidade ou ao trabalho. Algumas profissões como a pesca, por exemplo, requerem que o sujeito trabalhe de forma sazonal deixando a sua vida ociosa por algum tempo. Por outro lado, é às vezes por meio das profissões que se pode ter acesso mais facilmente à droga. Dois entrevistados relataram sua dificuldade em lidar com suas profissões devido à facilidade de acesso ao álcool e outras substâncias.

Trabalhava na pesca. Quando ficava embarcado, quase 21 dias eu não usava nada. Quando ficava parado em terra é que era o problema, pois usava todos os dias. Isso me atrapalhava a vida, a família e tudo. A mulher não agüentava. Eu discutia com ela e com a minha filha.... A pesca é o dilema, descarregar em outro porto, ter contato com as drogas. Isso leva agente a procurar coisas erradas e sou meio fraco para isso. Eu tenho que procurar novas amizades. (Entrevista n. 1).

A Dependência também pode ser interpretada como uma espécie de muleta para enfrentar sentimentos de solidão: “Eu sempre ficava sozinho e corria para a bebida [...] Eu era um homem acabado, não tinha sentido de nada”. (Entrevista n. 13).

O entrevistado n. 5 corrobora esta fala: “Estou melhor do que antes, mas estou sozinho na vida e minha única companhia eram as drogas e isso é muito complicado”. Um entrevistado elaborou sobre os problemas causados pela solidão e o papel da família em fomentar habilidades sociais e defesas contra a pressão que pode, conseqüentemente, ser propiciada:

O problema não era a bebida, era a conversa. Eu queria conversar porque na minha casa eu não sabia conversar e não procurava conversar. Ia para o bar conversar e acabava bebendo e me afastando de tudo até o ponto de perder meus filhos [...] Tinha sete irmãos, pouco diálogo em casa e pouca atenção dos meus pais. Faltou explicarem sobre o mal das drogas. Meu pai não servia de exemplo. (Entrevista n. 12).

A ausência de suporte social e o empobrecimento da rede social, em função da dependência, podem reforçar estes problemas. Este

empobrecimento é às vezes causado pelo próprio usuário, como aponta o entrevistado n. 12: "Eu vivia com a minha esposa [...] o meu filho de dois anos. Era melhor ficar longe para eu poder beber". E este afastamento voluntário é às vezes exposto em toda sua radicalidade:

Usei álcool por três anos. O Vício começou devagar e foi se agravando. Meus filhos tinham medo de eu ficar sozinha em casa. Eu bebia. Frequentava o AA, mas ficava ainda mais deprimida com as histórias que ouvia [...] Quando bebia qualquer coisa que tomava já me fazia mal. Eu não queria sair para conversar com ninguém. Me isolava de todo mundo. Eu moro afastada da estrada e eu só deixava a janela de minha casa aberta um pouquinho e ficava bebendo quietinha e fazia de conta que eu não estava em casa quando chegava alguma visita. Não queria ninguém. Eu via que estava num estágio muito só. Não gostava de pessoas ao meu redor falando, conversando. Gostava mesmo era de ficar sozinha. (Entrevista n. 27).

Para além de servir-se como um apoio ao sentimento de solidão, o uso abusivo de substâncias também parece amenizar conflitos de ordem social. O consumo está relacionado, por exemplo, à dificuldade em lidar com problemas de ordem social como o assédio moral. Um dos residentes julga ter sido vítima constante de assédio moral, na trajetória de sua vida, inclusive no período em que se encontrava em tratamento na CT.

Eu já trabalhei, mas fui demitido. Depois trabalhei numa emissora de TV por 22 anos e tudo começou a piorar quando tive um problema no menisco, porque fazia dança clássica por muitos anos e por causa do joelho comecei a sofrer assédio moral na empresa que trabalhava, pessoas me chamavam de mentiroso e sofri sérias conseqüências e com isso eu ia me drogar. Antes desse fato eu já usava drogas, mas tinha controle, usava na sexta, no sábado e no domingo, mas depois usava todos os dias e eles me demitiram porque eu fiquei doente. Eu era digitador e fui parar no setor administrativo. Neste meu trabalho também sofria assédio sexual, recebia cantadas de homens sérios só porque sou gay. Não entendiam que sou gay, mas não sou prostituta. (Entrevista n. 36).

O impacto do crack na vida do sujeito é grandemente enfatizado se comparado a outros tipos de drogas (incluindo álcool, cocaína, maconha e a nicotina). Todos os entrevistados relataram que enquanto consumiam outras substâncias e antes de terem contato com o crack ainda conseguiam trabalhar, estudar ou mesmo manter um certo regramento das suas atribuições de vida. Mas, ao conhecerem o crack houve um rompimento com todas estas atividades. Consideram esta droga a mais destrutiva e a que causa maior dependência, se comparado às demais, e a associam a episódios de violência, ao roubo, à prostituição e ao tráfico como meio do usuário sustentar seu vício.

Crack é mais destrutivo, mais rápido e mais devastador. Maconha você compra um torrãozinho e usa durante toda a semana, consegue até trabalhar chapada, mas o crack destrói sua vida social, seu trabalho, seu emprego, sua vida familiar. Você não quer ver e nem estar com alguém, só a droga. Faz violência com meu corpo, rouba... o crack é violento. Você vende tudo por ele. (Entrevista n. 28).

O crack detona. Não deixa agente estudar, trabalhar, você quer usar o crack por causa da depressão que ele dá e você quer sair da depressão e usa mais e cada vez mais. (Entrevista n. 10)

Eu vim de uma família alemã em que a festa, a cerveja são naturais. Com doze anos tomava cerveja beliscando. Aí veio o cigarro, a maconha e a cocaína que parei de usar por uns 10 anos e acabei voltando. Em 2008 conheci a pedra e de lá para cá tudo acabou. O crack é devastador. Só mesmo quem viveu com o crack sabe o que eu estou dizendo A pedra acaba com o sujeito... A família percebia minha drogadição, o emprego não dura, as relações se complicam. (Entrevista n. 22).

Mesmo constatando os efeitos devastadores da dependência do crack esta não é a única droga capaz de causar danos a vida do seu usuário, como aponta o entrevistado n. 22:

A sensação de fumar maconha é ótima, mas com o tempo você queima neurônios, não se lembra mais das coisas, não consegue acompanhar um cursinho, fica parado na vida. .... Antes todo dia eu fumava um baseado. Era um calmante, mas você vai percebendo que o uso não te satisfaz mais.

O álcool também é visto como uma influência destrutiva na vida do indivíduo, que mostram suas histórias como uma sucessão de perdas, às vezes seguidas de recuperações, mas que anunciam novas perdas, tudo mediado pelo uso do álcool.

Com 16 anos tirei o Segundo Grau e depois contabilidade. Casei de novo com 20 anos. Não sabia nem jogar cartas e detestava a cidade. Aí comecei a me entrosar e caí na farra e fiquei desempregado. Fiz concurso para o Banco de Brasil e passei. Trabalhei lá por dois anos e deu na louca pedi demissão e depois de um ano sucumbi pelo arrependimento de ter deixado o emprego. Tentei voltar não deu. Nunca trabalhei com meu pai e fui pedir ajuda a ele. Comprei um caminhão e fui puxar pedra, comprei três caminhões, carro zero Km, dinheiro e tudo mais. Isso durou quatro anos e me deu uma crise econômica pois não sabia administrar. Perdi tudo novamente e me separei. Fui morar em Porto Alegre e comecei tudo de novo. Trabalhei na rodoviária, tinha ótimo salário e de *office boy* cheguei a gerente com salário que se fosse hoje seria dez mil reais. Mesmo assim, pedi demissão e fui trabalhar na companhia de seguradora. Larguei o emprego na rodoviária, pois fui atrás da minha esposa tentando reconquistá-la, mas só tinha vaga no interior e para ficar perto dela fui trabalhar de borracheiro. Depois no comércio com meu irmão até que fui para o transporte, mas sempre no ritmo da bebedeira. (Entrevista n. 34).

Os relatos dos entrevistados revelam o significado que atribuem ao temo dependente e como encaram problemas relacionados à dependência. A partir da consciência das perdas decorrentes do uso abusivo de substâncias alguns residentes se referiram a uma reação que inclui o desejo de recuperação a que chamam “despertar” que causa, por vezes, a busca de ajuda e do tratamento. Este momento de “despertar” pode ocorrer durante o processo de tratamento, particularmente no casodos que foram encaminhados a uma terapia por determinação judicial ou por familiares e não por vontade própria. Este tema, “despertar”, será exploradona próxima seção, como meio de adentrarmos o significado atribuído à palavra “residente”, ou seja, a maneira como são identificadosos indivíduos em tratamento da dependência em CTs.

## 4.2 RESIDENTE: PROTAGONISTA DA PRÓPRIA MUDANÇA

O desejo de mudança (o “despertar”) para uma vida melhor é um passo essencial para a transformação do sujeito, assim como a constatação de que precisa de ajuda. A consciência das perdas ocasionadas pela dependência e a convicção da possibilidade de uma vida melhor certamente podem ser considerados gatilhos estimuladores do processo de mudança. A adoção de novos valores positivamente reconhecidos pela sociedade contribui para que os dependentes sintam que estão efetivamente mudando e, com isso, se recuperando frente a esta sociedade, na medida em que se percebem novamente como parte do tecido social, ou seja, como membros sociais. Isso ocorre em função de adotarem hábitos reconhecidos por suas comunidades de origem ou pelas em que atualmente residem, moralmente mais condizentes com os estatutos sociais destas comunidades.

O desejo de mudar de vida - o "despertar" - constitui-se em fenômeno psicossocial de grande complexidade. Parece que somente uma parcela dos que buscam a mudança conseguem atingi-la e sustentá-la, pois isto envolve a volição e diversos outros aspectos relativos à subjetividade e ao contexto sociocultural. A mudança está involucrada em um conjunto de alternativas construídas no processo sócio-histórico e sujeita ao potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura, constituindo-se a partir de um "campo de possibilidades" (VELHO, 2003). O campo de possibilidades se conforma também à responsabilização pela própria vida e pela a vida de terceiros, principalmente dos que sofreram maior impacto ao partilharem suas vidas com o usuário de drogas. No trilhar do campo de (muitas) possibilidades há os que colocam a abstinência como projeto de vida, os que lutam para manter a esperança de gozarem uma vida com maior plenitude, os que eventualmente recaem, e os usuários verbalizaram suas preocupações em meio a esta trajetória, como vemos nos depoimentos abaixo:

Eu quero ficar limpa, recomeçar e pagar minha dívida na justiça... Você tinha valores que perdeu com o mundo das drogas, perdeu o respeito da sua família, mas você pode sair disso não curada, mas transformada. (entrevista n. 28).

Morava com minha mãe, pois o meu pai era separado. Com 21 anos fui morar sozinha e sempre sustentei meu vício: maconha, cigarro e crack, desde os 15 anos. Deus que me ajudou, foram 10 anos de

uso e eu só fiquei com problemas no estômago. O crack usei por dois anos e estava destruída. Fui para um abrigo, fiquei sete meses e pedi para ir embora. Então fugi e fiquei duas semanas sem usar, mas voltei. Eu era auxiliar de uma empresa e eles pagavam meu aluguel e morava sozinha e assim o uso se tornou contínuo. Eu saía de um emprego e logo começava outro e isso ia me mantendo. Ano retrasado eu morava num apartamento com uma senhora e um dia eu acordei e caí na real. Eu vi que perdi 10 anos, que poderia ter um carro, dinheiro, eu usava a grana para a droga e então entrei em desespero. Foi aí que procurei ajuda. (Entrevista n. 29).

Quando eu me dei conta que magoei tanta gente, que fiz minha família tão infeliz percebi que já não havia mais volta. Procurei um tratamento. (Entrevista n. 27).

Ao procurar ajuda a a pessoa que precisa se sentir acolhida e protegida e é neste sentido que a CT pode funciona como ponto de referência. Para o sistema é um dos únicos dispositivos existentes e para muitos usuários se trata da última opção de vida frente às agruras infringidas pelo uso das drogas. Ao internar-se na CT o usuário passa a ser reconhecido por uma nova denominação, uma nova forma identitária, a de residente, em alguns casos interno ou aluno. Ao analisar esta denominação alguns falam do apoio, da segurança de estar interno, da possibilidade de falar sobre o uso, ignorada, escondida ou negada muitas vezes no lar original, da afirmação de sobriedade que a internação pode ajudar a promover, do fato de estar residindo após ter enfrentado a realidade de não poder residir realmente em nenhuma outra parte, de não poder estar em nenhum outro lugar. Valorizam a importância sentida no fato de poderem novamente conversar, falar, serem ouvidos.

Aqui se chama aluno, interno ou residente. Eu prefiro interno que é uma pessoa que procura se resguardar do mundo exterior. A CT é um lugar para se sentir protegido. Mais do que isso, acolhido. Interno é sinônimo de acolhido. Portão aberto, livre arbítrio para sair, mas você não quer ir embora e sim ficar mais. O estranho é que no começo do tratamento o tempo não passa, no meio e no fim passa tão rápido que você precisa de mais tempo. (Entrevista n. 3).

Antes da internação propriamente dita e antes de ser legitimado legalmente e burocraticamente como residente pode haver, em algumas CTs, uma etapa de pré-acolhimento, quando são veiculadas informações sobre o programa de tratamento, apresentação de vídeo institucional e das normas da Casa. Aí, segundo os administradores das CTs, busca-se levantar as expectativas do recém chegado em relação ao tratamento e integrá-lo ao ambiente de tratamento. O acolhimento pode acontecer, em outros casos, no momento da entrevista, por ocasião da internação. Estes ritos de passagem levam o recém chegado a fazer parte da Casa e, com isso, a se identificarem como residentes (ou internos ou alunos). A disposição para mudança deve constituir, na visão dos coordenadores e diretores, o pré-requisito para se iniciar o tratamento.

O rito de passagem para assumir a identidade de residente é um ponto de ruptura com outra potente denominação identitária, a que o usuário traz de sua vida social, ou seja, a de “viciado”, “usuário”, “dependente”, que se acompanha muitas vezes de outras identificações sociais pertinentes às circunstâncias criadas pelo uso, como as de “bandido”, “marginal”, e outras similares.

Ao mesmo tempo, a adoção desta nova identidade é um momento de institucionalização em um ambiente que pode ser classificado como de instituição total (GOFMAN, 2001). Nestes termos, o novo residente toma esta denominação como definidora de sua personalidade, de sua existencialidade, de sua vida cotidiana, de seus objetivos como cidadão e como ser humano. Seus hábitos, suas posses, sua forma de se portar, se vestir, exercer as atividades da vida diária de forma cotidiana, passam a ser pautados pela Instituição, que passa a ter a última palavra sobre suas condições de vida durante a internação e, muitas vezes, mesmo após este período.

Para o processo de mudanças proposto institucionalmente durante o tratamento (e também para toda a vida), são requeridos introspecção e um retorno a si mesmo, através da entrega de sua vida a um Poder Superior.<sup>5</sup> O tratamento só é considerado como tal, segundo o entrevistado n. 30, quando estes começam “a se sujeitar e a se entregar”. A narrativa do entrevistado n. 28 ilustra o sentimento internalizado de necessidade de introspecção e de entrega ao processo espiritual:

Tem tarefinhas do dia, o pastor vem pregar, tem leitura bíblica, tem atendimento, e mil coisas para se ocupar. Por isso tem que se concentrar em si. Tem

---

<sup>5</sup> Este tema será mais explorado no capítulo destinado à espiritualidade e à religiosidade.

que se entregar. Estou aqui para mim e preciso me desligar de tudo lá fora e me envolver com meu tratamento. Isso corresponde ao 2º Passo. Nós aqui entregamos nossa vida a Deus. (Entrevista n. 28).

A manutenção da condição de residente está sujeita a avaliações a fim de fazê-los alcançar todas as metas previstas pela instituição para as diversas fases do tratamento conforme o relato de alguns sujeitos entrevistados.

Para ser residente tem que corresponder às inúmeras avaliações incluindo sua auto-avaliação e a dos dois monitores. A avaliação é muito importante porque nos possibilita passar de uma fase para outra, o que demonstra que você é capaz. Eu consegui, quando cheguei eu não conversava, hoje estou mudada. (Entrevista n. 22).

A condição de residente também está sujeita às assimetrias e peculiaridades relativas à diversidade de gênero. Os entrevistados reconhecem diferenças significativas no tratamento dispensado a homens e mulheres nas CTs. O gênero feminino constitui um assunto particular, com complexidades específicas e representa uma demanda reprimida, e em constante crescimento. O número de serviços que atendem este público é relativamente pequeno e não há muitos recursos terapêuticos específicos à disposição, pelo menos em CTs. Além disso, as mulheres estão mais sujeitas a terem a internação negada, pois o número de exigências são maiores no processo de admissão se comparados aos dos homens.

Solicitamos das meninas, que é como chamamos as residentes, exames específicos na triagem, além dos solicitados pelas outras CTs masculinas: hemograma, glicose, VDRL, beta gravidez, raio-X, e secreção vaginal. Não existem restrições para o atendimento do HIV/AIDS .... Trabalhar como mulheres é diferente. Tudo aqui é mais intenso. Trata-se com um público cuja demanda é reprimida por falta de instituições destinadas a ele. É uma demanda nova e que vem crescendo em função dos problemas de ordem legal que estão acometendo cada vez mais um maior número de mulheres. (Entrevista n. 25).

Além das dificuldades burocráticas, a mulher vem de um lugar social onde sofre o preconceito, que é visto por algumas como maior do

que sobre os homens.

Aqui as pessoas te vêem de outra forma, porque mulher viciada é vista também como vagamunda. Homem não se trata e está tudo bem. Mulher é prostituta e para adquirir novamente o respeito da família, dos amigos, é muito mais difícil do que o homem. (Entrevista n. 28).

Sobre a experiência de mulheres usuárias de drogas, Prado e Queiróz de (2012) fazem duras críticas à CT, que consideram um dispositivo de saúde anacrônico do ponto de vista das conquistas apresentadas pela RP. Para estes autores a CT perpetua a idéia de reclusão do dependente químico e conseqüentemente a lógica manicomial, uma vez que é rígida quanto ao princípio da abstinência e não consideram a redução de danos como uma possibilidade a ser trabalhada.

Na CT tornam-se visíveis as diferenças no modo como se concebe e direciona o tratamento a homens e mulheres. Para os homens o tratamento é visto como um meio de aquisição ou retomada de habilidades pessoais e técnicas para o retorno à vida social, especialmente ao trabalho. Já para as mulheres o tratamento tem a ver com a retomada dos vínculos familiares e a adequação social, um viés conservador e patriarcal. Ajuda, com isso, a perpetuar o preconceito de gênero, naturalizando condutas tidas como inerentes à mulher, reforçando o lugar das mesmas como agentes exclusivamente do cuidado e da maternidade. A alegada condição de fragilidade feminina justificaria estratégias especiais de proteção, controle e vigilância, e reforça uma lógica de cuidado diferenciado decorrente de sua função reprodutora. Assim, as mulheres vistas como dependentes podem facilmente tornar-se alvo de programas de caráter essencialmente assistencialista.

Para Oliveira, Paiva e Valente (2006), o uso abusivo de drogas por mulheres está associado a necessidades e situações específicas, mas quase nunca consideradas nos serviços de atenção a usuários de drogas, tendo em vista a tendência à homogeneização das práticas neste campo.

Outro grupo enfrenta desafios especiais ao partilharem da condição de residentes. Os adolescentes infratores, encaminhados por determinação judicial, tendem a apresentar mais resistência ao tratamento. Esta resistência, segundo os entrevistados, dificulta a aderência e a permanência na CT e os impedem de se envolver com seu

processo de mudanças. As taxas de recaída e desistências desta população, apresentadas pelas CTs, são mais altas do que a dos homens e a das mulheres adultas. Sobre o assunto, comenta um entrevistado:

Existem diferenças entre adolescentes infratores e não infratores principalmente nos primeiros meses. Eles chegam com a idéia de cumprir a determinação judicial e custam mais tempo a entrar no tratamento. Eles chegam com a convicção de que estão cumprindo pena. Até desconstruir essa idéia faz com que nós tenhamos muitas desistências neste período. Quando o adolescente infrator percebe que está livre e que aqui não tem grades, ele foge e é difícil trabalhar esta questão, no sentido de conscientizá-lo que ele tem uma dependência, que tem vários problemas com a justiça em função desta dependência e que é por isso que está aqui. Para os que ficam eles acabam se conscientizando e se tornando uma pessoa tranqüila. (Entrevista n. 9).

De uma outra perspectiva, estas desistências e fugas não são somente resultado da condição judicial ou da falta de amadurecimento, mas um problema causado pela falta de atividades especificamente voltadas para este público. A ociosidade, em oposição à existência de atividades é criticada por alguns entrevistados:

Eu gosto muito daqui, mas deveria ter algo mais para fazer com que os adolescentes permaneçam até o fim do tratamento. Quem sabe uma academia de ginástica, um campinho de gramado, ou um jogo de basquete, acho que ajudaria muito. (Entrevista n. 19).

Já os menores infratores a coisa é diferente porque só a laborterapia não parece ser suficiente para segurá-los no tratamento. Mas o que eu sei é que comigo deu certo. (Entrevista n. 16).

Outros grupos diferenciados são os usuários de crack e os portadores de HIV/AIDS, que também demandam cuidados especiais, inclusive atendimento em outros dispositivos de atenção à saúde do SUS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste campo de ação o fenômeno da medicalização toma espaço especial.<sup>6</sup>Ao utilizar o CAPS o residente

---

<sup>6</sup> Este assunto foi tratado, em parte, na seção 2.6.1.5.

O residente, ao ser atendido no CAPS, torna-se paciente, uma identidade diferente, na visão deste entrevistado:

Quem mora aqui é o residente, a pessoa que faz o tratamento. Residente porque a casa deles agora é aqui, pelo menos nesses nove meses. Eles não são considerados pacientes. Paciente diz respeito a parte médica, ao uso de medicação. .... Antes a CT era mais psicologia, conversa, só contato humano, hoje tem também a preocupação com a parte clínica. A diferença é por causa do crack que exige a medicação no processo de recuperação. Além disso, a seqüela do crack é bem maior, tanto mental, quanto física. A pessoa não pensa direito, não raciocina, não tem como aplicar o tratamento para quem é paciente, ou seja, usuário de crack [...] porque faz uso da medicação e tem que ser encaminhado para um posto de saúde ou para o CAPS. Na minha época de tratamento não se tinha este apoio todo porque não precisava. (Entrevista n. 33).

A condição de residente implica um desejo e uma prática, pelo menos temporária, de abdicar do vício das drogas. Implica também em se tornar dependente de um contexto terapêutico que o auxilie (pelo menos durante o tratamento e algumas vezes após o tratamento) e é nesta dependência que ele deverá buscar maior independência, (re) conquistar sua auto-estima, de forma a continuar sua jornada sem substâncias psicoativas fora da CT. O retorno a vida social após a alta foi sinalizado por todos os entrevistados como grande fonte de preocupação. O retorno à fé, neste caso, é visto como componente importante para os residentes se manterem sóbrios e para readquirirem autoconfiança de forma a enfrentarem o medo de permanecer longe das drogas. Este entrevistado retrata exatamente esta dinâmica promovida pela CT:

Agora sou evangélico. Quem está aqui é aluno que é a pessoa que aprende a se manter sozinho, saber viver lá fora. Antes eu não sabia o que era isso. Hoje me sinto confiante porque tenho fé. (Entrevista n. 4).

Para além de se ajudar, estender a mão ao outro também é um elemento que faz parte, no ideário da CT, da constituição da subjetividade dos residentes. Esta solidariedade é referenciada à própria CT, e considerada um fator de proteção e afirmação da própria sobriedade.

Residente é uma forma carinhosa de chamar o dependente químico em recuperação. Ser residente é ser voluntário. É prestar o seu serviço para os outros. É ser um colaborador da CT. Isso é importante para firmarmos a nossa sobriedade. (Entrevista n. 22)

Meu projeto de vida é continuar a trabalhar na CT onde estou hoje em dia. Eu já tenho minha família, minha casa, meu carro, minha moto. Isso é uma perspectiva de vida, pois meu propósito de vida é ajudar os outros. Isso não tem preço, não existe salário. (Entrevista n. 33).

### A ação voluntária se mescla com a ação de fé religiosa:

Eu sempre venho visitar a CT.... O fato de eu vir aqui me fortalece e sirvo de exemplo para outras pessoas... Ser residente é perseverar, ir aos cultos, chorar e se arrepender pelo que fez, orar e agradecer. (Entrevista n. 6).

A recaída, como sinalizado em algumas das narrativas, parece ser o fantasma que ronda os mais distraídos, e um esforço permanente é requerido pela manutenção da sobriedade e do novo estilo de vida. A esperança é estar no grupo privilegiado dos que completam o tratamento e não recaem. Ser residente, então, também pode ser interpretado como alguém que se permite destinar pelo menos seis meses de sua vida ao tratamento e estar disposto, no tempo que se segue, a reformular muitos aspectos da sua personalidade e da sua própria vida.

Se todo mundo tivesse a oportunidade de parar cinco a seis meses para rever toda a sua vida, organizar tudo novamente e recomeçar [...] isso não diz respeito só a questão das drogas, mas se trata de uma reformulação de vida. (Entrevista n. 22).

Eu recuperei tudo aqui que a droga me levou [...] até casamento, financeiro, família e a pessoa que eu ia me casar antigamente, quando o pai dela descobriu que eu era um dependente químico acabou tudo. (Entrevista n. 32)

Ser residente também significa se colocar como protagonista de seu próprio tratamento, aprendendo a ser construtor do seu próprio percurso de vida.

Quando cheguei aqui eu botava minha roupa suja de molho e me esquecia dela por três dias e me dava conta que tinha que começar a me organizar melhor. Até eu aprender levou tempo, via como as outras pessoas faziam e eu aprendia. Residente é isso, é fazer as coisas certas, é escutar os terapeutas, escutar as pessoas mais antigas que estão na casa, é participar junto do programa terapêutico. (Entrevista n. 19).

O protagonismo e a participação nas atividades são frequentemente associados ao respeito às regras da casa e ao encontro com o sagrado.

O sucesso foi ter me submetido ao tratamento onde você em busca de uma vida regrada acaba encontrando Deus. Para isso você tem que obedecer. Você é um eterno buscar, perseveres mesmo que caia, levanta e siga em frente. (Entrevista n. 6).

A possibilidade de adoção de uma nova identidade, a de residente, representa uma taboia de salvação para um indivíduo que está extremamente fragilizado e vulnerável. Mesmo que temporária o resgate de algum significado subjetivo faz o indivíduo sentir-se melhor e possibilita o resgate, mesmo que temporariamente, de valores perdidos durante a drogadição. Como narrou o informante. (Entrevista n. 6) do CERENE Palhoça, "o melhor aqui é adquirir a sinceridade, não mentir e não esconder mais nada. Os valores aqui são resgatados e é onde aprendemos a falar a verdade. Ser residente é ser verdadeiro".

O lazer oferecido ao residente, segundo os informantes, não diz respeito somente à necessidade de diversão e distração, mas à prevenção em saúde e. Os residentes são limitados em termos de trânsito e circulação para fora dos muros da CT e, mesmo com a laborterapia, muitos ficam obesos. As atividades externas visam compensar os efeitos advindos desta situação, além de preservar o contato com o mundo fora da CT. As atividades esportivas buscam ser atrativas para os adolescentes, para melhorar sua aderência ao tratamento, como sugere a próxima narrativa:

O nosso lazer aqui é jogar vôlei, futebol, ping-pong, dominó [...] tem um açude para pescar e tomar banho, passear pela CT, nós temos acesso a tudo. E nós da reinserção social podemos sair para ir aqui perto comprar algo, como biscoitos, alguma fruta, etc. Hoje sou mais seguro. Duas vezes por semana caminhamos fora da CT. Ontem caminhamos por duas horas. Isso é a melhor coisa para a gente cuidar

da saúde. Nas CT a gente come bem e engorda muito é preciso uns exercícios como a caminhada. Os obreiros [...] caminham com a gente lá na rua [...] Eu passei o Natal e o Ano Novo sozinho. Foi duro. Hoje eu tenho lugares para onde ir, tenho um celular comigo e me sinto capaz. (Entrevista n. 16).

Na situação de residente alguns entrevistados sinalizam a necessidade de exercer a tolerância, a dificuldade de conviver com pessoas de diferentes, com culturas, estilos de vida e hábitos diversos, desafio que se torna aprendizado para a transformação de valores.

È difícil conviver com chulé, ronco e cheiros diferentes, até tomar banho de chinelo [...] agora dou valor às pequenas coisas [...] a pessoa tem que querer aprender a viver com pessoas diferentes, saber lidar com as diferenças culturais e sociais e saber conviver com a saudade dos familiares que vai melhorando com o decorrer do tratamento. (Entrevista n. 19)

Os significados da palavra residente, nestas circunstâncias do internamento, vão se revelando. Mudança de hábitos de vida, de amigos, abster-se dos lugares que freqüentava anteriormente, entrega e e submissão ao tratamento como proposto na CT, adesão às regras vigentes e colaboração por meio do trabalho, tudo isso com vistas à recuperação própria e de seus pares. Deve estar disposto, também, a contribuir voluntariamente com a recuperação dos demais, como meio de fortalecer o próprio tratamento e a sua própria condição de abstinente. Para tanto, deve se submeter a avaliações constantes, inclusive a sua auto-avaliação, e a assumir uma relação com a religiosidade como fundamento de sua recuperação. Lhe é ensinado que a reformulação do autoconceito e da própria vida por meio da fé contribuirá para o resgate da sua autoestima e da esperança em poder conquistar seus projetos de vida, assunto a ser tratado no próximo capítulo.



## **CAPÍTULO V**

### **CT COMO MEDIADORA DA RE (CONSTRUÇÃO) DE PROJETOS DE VIDA**

Com a finalidade de subsidiar uma reflexão sobre o significado das CTs pesquisadas no que diz respeito à re (construção) de projetos de vida de seus residentes é preciso discorrer inicialmente sobre este termo como adotado nesta pesquisa.

“Projeto de vida” pode ser utilizado como um conceito que vem baseando intervenções de várias naturezas, inclusive com finalidades terapêuticas. O conceito é considerado, neste texto, à luz de outro, a Pedagogia da Presença (COSTA, 1991). Neste sentido, o Projeto de Vida desafia o conformismo implicado nos métodos convencionais de reabilitação social, propondo uma análise crítica da sociedade, de forma a reconhecer que o projeto não deve ser uma simples adaptação à sociedade como ela é, mas deve negociar uma aceitação, por parte da sociedade, do indivíduo que não se adapta totalmente. A proposta é não resignar-se simplesmente ao mandato social, mas tornar-se ator social, agente de transformação, aceitando transformar-se em meio à transformação social. Neste contexto, o agente que cuida, o profissional, o técnico, o terapeuta, tem o papel de ajudar a pessoa a superar suas dificuldades pessoais, promovendo uma reconciliação consigo mesma, mas também com os outros e com o ambiente social, a fim de possibilitá-la uma vida mais digna e humanizada para o indivíduo, para seu grupo familiar e para a sociedade como um todo.

Pode-se argumentar, com base no trabalho de Oliveira (2007) que na ótica da Pedagogia da Presença o terapeuta, para ser considerado libertário, precisa fazer-se construtivamente presente na vida do sujeito a quem pretende ajudar, no seu mundo e na realidade que enfrenta, buscando formar um vínculo significativo e produtivo. O vínculo forte e significativo, que pode ser considerado a base principal da terapêutica, é função da interação das presenças e o sucesso do trabalho empreendido pode ser inferido pela qualidade destas interações. As interações se caracterizam em geral por uma forte disponibilidade, atitude aberta e não julgadora, sensibilidade e respeito para com as maneiras de ser do outro, compromisso com o projeto de ajuda e dedicação a este projeto. Estas características devem ser cultivadas tanto por parte de quem quer

ajudar, quanto por parte de quem requer a ajuda. Desta forma se pode construir um vínculo de qualidade.

A noção de projeto na perspectiva da Pedagogia da Presença rejeita adaptações baseadas na mudança pura e simples do comportamento. Espera-se, neste caso, que esta mudança seja feita como consequência de transformações estruturais na sociedade e de transformações pessoais resultantes do crescimento espiritual coletivo. Isto requer que o terapeuta catalise experiências baseadas na solidariedade grupal e no respeito pelo coletivo, privilegiando uma ética do coletivo, mas, ao mesmo tempo, admitindo sempre a construção de relações significativas representadas no plano individual (OLIVEIRA,2004).

Sob esta concepção o processo de mudanças, numa CT, não ocorreria por força da lei ou por medo de sanções, mas pela adoção de uma ética pessoal que determina o outro como valor em relação a si mesmo, apto a julgar aspectos positivos e negativos da sociedade da qual ele é membro e mesmo, apesar das dificuldades, capaz de lutar por seus legítimos interesses pessoais e sociais. Para Gomes da Cosa (1991) um projeto que visa a ressocialização, como uma possibilidade humana, deve ir em direção à construção de uma pessoa equilibrada e de um cidadão completo.

Aplicando esta perspectiva transformadora à CT, tanto o terapeuta quanto os residentes e egressos devem estar abertos a transformar seus pontos de vista, suas opiniões, sua relação com as pessoas que os cercam, suas idéias sobre as coisas, mesmo as que são tradicionalmente mostradas como certas, justas e fundamentadas na razão. A *práxis* deve se sustentar em sentimentos de compaixão, amor e compromisso incondicional para com a justiça e para com as pessoas que a sociedade cria e abandona à própria sorte (OLIVEIRA, 2007). Como sugere Gomes da Costa (1991, p.29) "é necessário superar os contatos superficiais e efêmeros e intervenções técnicas puramente objetivas. Somente a Presença poderá quebrar o profundo isolamento sem violar seu universo pessoal".

Em uma sociedade caracterizada pela injustiça social e pelas desigualdades, precisamos encontrar estratégias que permitam resgatar a auto-estima dos que foram marginalizados, valorizando suas capacidades individuais em prol de toda a coletividade.

A noção de Projeto de Vida, neste caso, não condiz com seres passivos, mas exige pessoas dinâmicas e dispostas a se fazerem presentes. E esta presença, por sua vez, envolve sentimentos de afeto, ternura, compreensão, doação e aceitação (MONTEIRO et. al., 2001).

A linha de pensamento acima adotada coaduna-se com a concepção de Velho (2003) sobre *projeto*, que no nível individual, lida com a *performance*, as explorações, o desempenho e as opções ancoradas, bem como as avaliações e definições da realidade. Estes projetos individuais sempre interagem com outros, dentro de um campo de possibilidades, a partir de premissas e paradigmas culturais compartilhados. Mas a viabilidade das realizações dos projetos individuais ou coletivos dependem do jogo de interação com outros projetos individuais ou coletivos, da natureza e da dinâmica do campo de possibilidades.

A CT constitui-se em um ambiente social onde símbolos são partilhados, onde se desenvolve, mesmo que temporariamente, uma linguagem básica comum, onde se observa a todo momento um processo de interação e de negociação da realidade e uma vivência de expectativas, onde se espera que os residentes, terapeutas e outros atores desempenhem papéis congruentes. Desenvolve-se aí o que Velho (2003) denomina de consistência cultural.

A negociação da realidade, que se viabiliza pela linguagem, potencializa-se, nesta microsociedade, pelo reconhecimento da diferença como um de seus elementos constitutivos. O conflito, a troca, a aliança e a interação em geral são o fermento da vida social na CT, fomentadas ainda pela experiência da produção e do reconhecimento de interesses e valores compartilhados. Ainda que, na expressão de Velho (2003) os projetos, como as pessoas, mudem, ou que as pessoas mudem através de seus projetos, a transformação individual se dá ao longo do tempo e contextualmente.

Ao conduzir-se este estudo foi possível constatar que os residentes encontrados nas CTs pesquisadas estão transitando em mundos diversificados, participando em grupos terapêuticos, rituais religiosos, atividades de lazer, laborterapia e outras atividades mediadoras da re(construção) de projetos de vida. Nessas trocas permanentes de competências e interesses os residentes parecem exercitar seu poder contratual para retomarem à vida cotidiana.

Todos os residentes entrevistados expressaram o desejo de concretizar projetos de vida, principalmente mudanças de local de moradia, construção de uma rede social livre das drogas e a substituição de hábitos considerados fatores de risco para recaídas. Reformulações de vida que às vezes envolvem mudança de trabalho, retorno ao estudo, envolvimento com atividades que gerem prazer, mas que sejam consideradas saudáveis, recuperação de laços sociais e familiares e investimento na qualidade destas relações, resgate da sexualidade,

compra de bens e imóveis, (re) encontro com a espiritualidade e religiosidade e consigo mesmo. Envolvem também, uma visão crítica sobre a própria vida e a formulação de estratégias que propiciem estas mudanças. Muitos destes projetos foram deixados para trás e as perdas, mesmo que consideradas irreparáveis, parece que servem de experiência, fonte de maturidade, crescimento e transcendência. As narrativas são plenas de sonhos, ambições, esperanças:

Eu quero voltar a trabalhar. Sou bom na minha profissão e tenho apoio da Igreja. Vou morar em Navegantes para mudar de vida e fazer outras amizades. (Entrevista n. 4).

Eu tenho planos de terminar os estudos. Eu tenho ensino fundamental completo e quero fazer o 2º grau e depois estudar para concurso público. Estou fazendo curso de informática, pois posso sair da CT para estudar fora. (Entrevista n. 22).

Como projetos de vida eu quero fazer hidroginástica, caminhada, participar de um grupo de Seicho-No-Ie. Antes eu fazia os trabalhos manuais em casa. Agora vou levar uma cuca para participar da reunião com o grupo. Quero continuar nos Alcoólicos Anônimos e fazer uma coisa de cada vez. (Entrevista n. 27).

Meus planos para o futuro são cuidar da minha família, olhar sempre para mim. Descobri que sou importante e preciso cuidar melhor de mim. Para cuidar da minha família passa por cuidar de mim [...] meu propósito de vida mudou. Antes eu acreditava que a coisa mais importante para mim era voar. Hoje penso diferente. Eu não gostava de mim e fazia toda a minha higiene sem me olhar no espelho. Não gostava do que via. Hoje me olho, acordo bem, me curto e meu propósito de vida mudou. Eu perdi minha possibilidade de voar. Além disso, ao beber estava prejudicando o meu cérebro, deteriorando meus neurônios. Eu não voava alcoolizado, mas bebia sozinho nas horas de folga e achava que estando sozinho não prejudicava ninguém e dava mau exemplo para meu filho. Estou há onze anos casado e tenho um filho de seis anos. Eu já tive um fruto desta internação. Meu filho veio me visitar e disse para minha esposa. Quando crescer quero ser como meu pai, não bebe e não fuma. Eu fumava e

também parei. Aqui não pode usar nada. Acho que vou virar santo. Tenho vontade de fumar quando acabo de comer, mas passa. Hoje vejo alguém com cigarro na mão e não sei como posso ter feito isso antes [...] Quero curtir, aproveitar e vou fazer uma requalificação profissional, mas já estou trabalhando com a hipótese que isso vai ser muito difícil. A empresa não quer este tipo de problema. (Entrevista n. 3).

Eu quero me casar novamente. A minha sexualidade mudou. Agora voltei a me sentir homem outra vez. Antes não era mais homem. Hoje a libido voltou porque estou fora do álcool e do fumo. (Entrevista n. 13).

Quero voltar a estudar e fazer o supletivo. Vou fazer a prova aqui dentro. Eu vim não só para parar de usar drogas mas aprender um pouco a Palavra e mudar de vida. Ter a oportunidade de conviver com as mesmas pessoas que possuem problemas como o seu é uma oportunidade única. (Entrevista n.25).

Quando eu sair daqui eu pretendo trabalhar num hotel. Não pretendo ganhar muito dinheiro e quero exercer a minha profissão de confeitiro. Agora eu vou fazer diferente porque já sofri, já sei como a vida funciona e com a minha experiência, vou começar sabendo dos riscos que corro e de como lidar com eles, que amizades posso me envolver e com isso me sinto mais seguro e mais maduro. (Entrevista n. 16)

Desta forma vemos que os residentes e egressos das CTs atribuem significância a projetos de vida, que desenvolvem no âmbito do tratamento. Estes projetos, a nosso ver, elaboram-se com base na presença, elemento fundamental para o desenvolvimento do sujeito em sofrimento devido ao uso continuado, cronicado, de álcool e outras drogas. A (re) construção de projetos de vida é um elemento chave nas CTs pesquisadas. O próximo capítulo se dedica à lógica do cuidado ofertado e ao consequente impacto do trabalho dessas CTs no processo de recuperação.



## **CAPÍTULO VI**

### **A LÓGICA DO CUIDADO E O IMPACTO DA CT NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

O presente capítulo se dedica à compreensão da lógica do cuidado ofertado nas CTs pesquisadas destacando como as estruturas sociais e culturais das mesmas geram impacto no processo de tratamento dos residentes e egressos entrevistados. Apresentamos esta lógica a partir da dimensão religiosa por constituir-se esta em fundamento do cuidado nas CTs.

#### **6.1 A TERAPIA POR MEIO DA FÉ**

O pior cárcere não é o que aprisiona o corpo, mas o que asfixia a mente e algema a emoção. Sem liberdade, as mulheres sufocam seu prazer, os homens se tornam máquinas de trabalhar.  
Ser livre é não ser servo das culpas do passado.  
Nem escravo das preocupações do amanhã.  
Ser livre é ter tempo para as coisas que se ama,  
É abraçar, se entregar, sonhar, recomeçar.  
É desenvolver a arte de pensar e proteger a emoção.  
Mas, acima de tudo [...]  
Ser livre é ter um caso de amor com a própria vida.  
(CURY, 2006, p. 9).

A religiosidade desempenha um papel organizador na vida das CTs pesquisadas, sendo atribuídas à religiosidade um papel de grande importância para os processos de recuperação. Para auxiliar na compreensão da importância destes temas para o processo de recuperação dos residentes e egressos tomou-se emprestada a contribuição de autores como Sullivan (1993), Simmel (1997), Sanchez e Nappo (2007), Dalgalarondo (2008), Alves *et al.*, (2010) e Gaarder (2010) dentre outros.

A produção de conhecimentos sobre a espiritualidade e a religiosidade pode ser justificada pela relevância do tema nas sociedades humanas. Para ilustrar esta questão, pesquisas demográficas revelam que

99% dos adultos brasileiros declararam acreditar em Deus (FARIA; SEIDL, 2005).

No campo da saúde, a espiritualidade e a religiosidade vêm se destacando como temas de interesse de estudiosos nos últimos tempos, alguns deles defendendo que há uma influência destes fatores sobre os processos de cura e bem-estar das pessoas.

Os estudos que envolvem a espiritualidade e a religiosidade, segundo Alves *et al.*, (2010) partem de uma visão integral da saúde, abordando o sujeito em suas diferentes dimensões e superando, com isso, o modelo organicista, que parte de uma concepção mecanicista do corpo e das suas funções, se preocupando apenas com o aspecto físico-químico do processo saúde-doença.

De acordo com estudos internacionais, embora seja inegável o progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental nota-se, contraditoriamente, o crescimento exponencial do uso de práticas terapêuticas não biomédicas (SPADACIO; BARROS, 2009).

Rabelo (1993); Koenig *et al.*, (2001); Miller e Thoresen (2003); Elder *et al.*, (2004); Faria e Seidl (2005); Moreira-Almeida *et al.* (2006); Andrade (2007); Peres *et al.*, (2007); Inocêncio (2007); Roeder (2008); Paula *et al.* (2009); Spadacio e Barros (2009); Alves *et al.*, (2010); Gomes (2010); e Vasconcelos (2010) apontam para a associação entre vida religiosa e saúde, bem como para a relevância da prática de uma religião e da fé para a manutenção, assim como para a melhora, das condições de saúde, associando positivamente a religiosidade ao bem-estar físico e mental. Neste contexto, ao colocar em questão a cura pela religião é preciso tratar desta questão também sob a dimensão teológica.

Um dos enfrentamentos possíveis da situação das doenças físicas e mentais, ao lado do profano, ou secular, é o que utiliza recursos de ordem religiosa para entender e lidar com a doença. Paiva (2007) identifica um tipo de bem-estar ligado à libertação do pecado e a união com Deus. O enfrentamento religioso parece ter efeitos singulares, conferindo sentido, estabilidade e conforto. Dado seu caráter abstrato, simbólico e misterioso este efeito parece conferir à pessoa religiosa uma capacidade de reação peculiar frente aos acontecimentos cotidianos que fogem do seu controle e da sua compreensão.

No contexto das práticas de saúde das CTs, constata-se alusão frequente à influência de aspectos espirituais e religiosos na cura e no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas (VITT, 2009; SES/DVS, 2012b). Para além da cura, a religiosidade e a espiritualidade vêm sendo também identificadas, nestes ambientes, como fatores protetores ao consumo de drogas em diversos níveis (SANCHEZ;

NAPPO, 2007). Os entrevistados para este estudo apontam a relevância da espiritualidade e da religião como recurso terapêutico em seu tratamento, o que levou a dedicar especial atenção a este tema no presente capítulo.

Como fundadora e mantenedora destas Comunidades encontram-se entidades religiosas, cujo objetivo é promover a propagação do Evangelho de Jesus Cristo, com base nas Escrituras Sagradas. A visão de homem e mundo adotada por estas CTs fundamenta-se na tradição religiosa judaico-cristã, que considera o ser humano como um ser constituído de corpo, alma e espírito, integrados em um determinado contexto sócio cultural. A atuação na área da dependência de substâncias (álcool e outras drogas), visa à reabilitação física, psíquica, emocional e espiritual e a reinserção social.

Os programas oferecidos nestas CTs têm como foco as mudanças comportamentais e a qualidade de vida dos usuários de substâncias e de seus familiares. Além da assistência terapêutica aos recuperandos foca-se a espiritualidade com base nos ensinamentos bíblicos judaico-cristãos.

Os conceitos e definições científicas sobre o assunto, podem servir de alicerce a compreensão do tema. Alguns assuntos podem ser, a seguir, explorados, com sentido de compreender o significado da dimensão espiritual vivenciada por residentes e egressos das CTs, a partir de uma categorização construída por meio dos depoimentos coletados.

### **6.1.1 Definições de religiosidade e espiritualidade**

Nas ciências modernas a religião é considerada um elemento estruturalmente independente, ligado aos elementos social e psicológico. Os ramos mais importantes das ciências aplicadas ao estudo da religião são a teologia, a sociologia da religião, a psicologia da religião, a filosofia da religião e a fenomenologia religiosa (GAARDER, 2010). Segundo este autor, estas ciencias vêm tentando definir religião, buscando descrever e explicar, sob diferentes óticas, fatos, crenças e atividades religiosas. O próprio emprego dos termos "religiosidade" e "espiritualidade" parece ilustrar um infindável debate epistemológico.

O termo espiritualidade, com base na conceituação de Sullivan (1993) pode ser entendido como uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um "deus", que pode ser considerado responsável pela ligação o "eu" com o Universo e com os outros. A

religiosidade, por sua vez, representa a crença e a prática dos fundamentos, dogmas, atividades e rituais propostos por uma religião (MILLER, 1998).

Em contraposição à Religião, a noção de religiosidade pode ser compreendida como algo mais pessoal e menos atrelado a instituições religiosas, a comportamentos ritualizados ou a doutrinas religiosas específicas. Religiosidade foi definida por Simmel (1997) como um estado ou uma necessidade interna, assim como o conjunto de crenças e conhecimentos que a tradição oferece na tentativa de satisfazer tal necessidade. Para Simmel a religiosidade é uma particularidade, uma qualidade funcional da humanidade. Já o termo crença equivale para Dalgalarrodo (2008) à visão de mundo.

Aspectos positivos de saúde relacionados ao funcionamento psicossocial e atribuídos à religião são apontados por Dalgalarrodo (2008) em três domínios. O primeiro se relaciona a sensações expressas em constructos como “bem-estar psicológico” e “qualidade de vida”, e inclui “satisfação com a vida”, “afeto positivo”, “sentimento de felicidade” e “moral elevada”. O segundo designa sentido e objetivos na vida, perpassado por temas como “esperança”, “otimismo em relação ao futuro”, “sentido na vida” e “objetivos para a própria vida”. O terceiro domínio envolve ações e atividades, ilustrado pela existência de redes de apoio social e estabilidade familiar e conjugal.

Um aspecto importante da relação entre saúde, bem-estar e religião, aponta ainda Dalgalarrodo (2008), é o papel da religião na lida com demandas, perdas e dificuldades internas e externas, onde Deus é visto pelo sujeito como benevolente ou como um “ser de ajuda”. Neste sentido, a religião parece fazer bem à saúde, parece oferecer um alento a quem sofre de experiências dolorosas.

Ainda na visão de Dalgalarrodo (2008) a religião e a religiosidade agem como fatores ora positivos e ora negativos sobre a saúde mental. Dentre os fatores positivos o autor destaca o fornecimento de um conjunto de sentidos e significados plausíveis para a existência, para o sofrimento e para a morte; a produção e o fornecimento de uma rede de apoio social acessível e culturalmente aceitável para o sujeito, o estabelecimento de padrões comportamentais saudáveis, a proposta de padrões de enfrentamento relacionados a perdas vitais, como de amigos e parentes, viuvez, envelhecimento e formas ritualizadas de luto. As práticas rituais podem fomentar a sensação de pertença a um grupo, de contato com o sagrado e de proteção divina. Podem contribuir também para difundir a idéia de solidariedade e de igualdade, veiculando valores e comportamentos relacionados à aceitação, à tolerância, à ajuda e ao

apoio a outras pessoas e grupos. A solidariedade pode estar relacionada à piedade, à caridade, à ajuda, à empatia, ao amor ao próximo e à natureza.

Por outro lado, a religião e a religiosidade podem estar relacionadas a fatores negativos como o maniqueísmo entre o bem e o mal absolutos disponibilizando um perseguidor constante, a diminuição da liberdade individual por meio de cobranças exigentes do grupo sócio-religioso em relação a pensamentos, fantasias e valores e o estabelecimento de padrões de conduta moral de difícil alcance. Pode produzir sensações de culpa, insuficiência e baixa- auto-estima as quais podem por sua vez funcionar como impeditivos da reabilitação psicossocial. Além do mais, é comum a rejeição, discriminação e estigmatização de pessoas consideradas “imorais”, como as de orientação homossexual e as que cometem crimes contra a vida e contra o patrimônio, por parte de grupos religiosos. Práticas rituais emocionalmente intensas podem representar um risco para o desencadeamento de transtornos mentais. Finalmente, o engendramento de idéias sectárias de superioridade do próprio grupo religioso sobre pessoas ou grupos externos ou distintos em termos culturais, éticos ou religiosos podem estimular o racismo, o sexismo, o classismo, o etnocentrismo, o preconceito e a discriminação religiosa.

Lukoff (1992) define religiosidade como adesão a crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada e espiritualidade como a relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior na qual ela acredita.

Religião significa a relação entre o homem e o poder sobre-humano no qual ele acredita ou do qual se sente dependente. Essa relação se expressa em emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crença) e ações (culto e ética) C. P. Tiele (1830-1902 apud GAARDER, 2010, p.19).

A conceitualização de religiosidade inclui aspectos individuais e institucionais, enquanto espiritualidade é considerado um fenômeno essencialmente individual, identificado com aspectos como transcendência pessoal, sensibilidade “extraconsciente” e fonte de sentidos para eventos na vida (SIEGEL et al., 2001).

Worthington, Kuru e McCullough (1996) definem uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição. Já uma pessoa

espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada.

Hill *et al.*, (2000) acreditam que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirmam que a tendência a polarizá-los não é interessante para a pesquisa científica. Um conhecimento religioso sólido pode ser útil em um mundo que se torna cada vez mais multicultural. Muitos de nós ao ter contato com sociedades e pessoas diversas, (com diferentes valores e modos de vida), confrontam-se com um sistema social totalmente estranho. Além do mais, segundo Gaarder (2010), o estudo das religiões pode ser importante para o desenvolvimento pessoal do indivíduo, pois as mesmas podem ajudar a entender perguntas que o homem vem fazendo desde os tempos imemoriais.

Do ponto de vista intelectual o crente, afirma Gaarder (2010), tem, a partir de sua crença, idéias bem definidas sobre como a humanidade e o mundo vieram a existir, sobre a divindade e sobre o sentido da vida. Esse é o repertório de idéias da religião, que se expressa pela linguagem, por meio de cerimônias religiosas (ritos) e pela arte. As expressões lingüísticas podem ser escrituras sagradas, credos, doutrinas e mitos.

A cerimônia religiosa desempenha um papel importante em todas as religiões. Nessas ocasiões invoca-se ou louva-se um deus ou vários deuses, manifesta-se gratidão a ele ou a eles, pedem-se graças, expressa-se arrependimento por males cometidos ou intencionados. Tais cerimônias religiosas ou ritos tendem a seguir um padrão distinto, o ritual. Uma cerimônia religiosa pode ser mencionada como *culto*, palavra que pode também, como a palavra *liturgia*, referir-se ao conjunto de cerimônias religiosas. A palavra *culto* (do verbo latino *colere*, "cultivar") é empregada em geral para significar "adoração", mas na ciência das religiões é um termo coletivo que designa todas as formas de *rito religioso*. O culto promove o contato com o sagrado e por isso costuma ser realizado em lugares sagrados (templos, igrejas, mesquitas, etc.). As palavras sagradas exercem no culto uma função relevante por meio de orações, invocações, trechos de textos sagrados e os mitos são requentemente associados a ritos específicos (GAARDER, 2010).

Um dos mais simples de todos os ritos, a *oração* já foi chamada de "casa de força da religião", onde palavras e cerimônia parecem profundamente ligadas. Pode significar a comunicação espontânea de um indivíduo com a divindade e nesse caso pode não ter uma forma

definida, sendo expressa em termos pessoais. Quando realizada coletivamente, normalmente obedece a um padrão bem definido e pode ser lida ou cantada em uníssono, ou entoada como uma antífona, na qual se alternam a oração e a assembléia.

Outro aspecto considerado importante da religião é a identificação, muitas vezes expressa como “irmandade”, entre seus seguidores, o que potencializa o sentimento de companheirismo e de pertencimento a uma comunidade, em um sentido amplo do termo. A partir destas comunidades de companheiros formam-se tipos específicos e regulados de comunidade cujos elementos autorizados são normamente comissionados para dirigir o culto religioso.

A espiritualidade e a religiosidade não são vinculadas apenas ao intelecto, envolvem emoções e sentimentos e os rituais refletem estes componentes, inclusive com uso de expressões artísticas. A música, o canto, a dança, a pintura, além das palavras, apelam para as emoções. Nas religiões professadas no mundo ocidental, hoje, os hinos cantados em coro e a música são parte importante da experiência transcendental.

Tendo em vista as considerações acima, vemos que no universo pesquisado 16 dos entrevistados se consideram evangélicos, 13 dos entrevistados se consideram católicos, três espíritas e dois sem religião. Embora nem todos compartilhem da mesma religião professada na CT em que estão em tratamento ou em que completaram o tratamento nenhum mencionou desconforto em ter que partilhar de outra visão de mundo adotada pela religião vigente na CT.

Sob o ponto de vista doutrinário das CTs, a de se considerar que apenas uma delas se considerava ligada à religião católica, enquanto as outras cinco se identificavam com a religião evangélica (protestante).

Concordamos com Forguieri (1993, p. 19) em que "o mundo recebe o seu sentido não apenas a partir de constituições de um sujeito solitário, mas do intercâmbio entre a pluralidade das constituições dos vários sujeitos existentes no mundo, realizado através do encontro que se estabelece entre eles"). Uma forma significativa deste encontro, no mundo, é através da identificação religiosa, no caso específico das CTs, objeto desta pesquisa, esta dimensão humana toma caráter especial, incluindo-se como elemento integrador e clamando papel terapêutico. Por isso entendemos que para conhecer em suas especificidades o funcionamento das CTs é preciso conhecer a base religiosa que se impregna na experiência intersubjetiva fomentada por estas instituições. É um espaço na área da saúde onde a espiritualidade e a religião são eminentemente mediadoras da vida social. Sendo assim, percebemos como apropriado abordar os fundamentos das duas religiões adotadas

pelas CTs estudadas, a fim de ampliar o entendimento sobre suas lógicas de cuidado.

### 6.1.1.1 O Catolicismo

O catolicismo, a vertente do Cristianismo mais disseminada no mundo, baseia-se na crença de um Messias, enviado à terra para redimir a Humanidade e restabelecer seu laço de união com Deus. Historicamente o catolicismo tem suas origens após a morte de Jesus Cristo, através da fundação da Igreja por Pedro, um dos seus doze apóstolos. Suas crenças estão baseadas no conteúdo da Bíblia e tem no Papa, eleito por um concílio de cardeais para um mandato vitalício e considerado continuador da obra de Pedro, sua maior autoridade eclesiástica.

Em linhas gerais pode-se afirmar que o Catolicismo é uma doutrina intrinsecamente ligada ao Judaísmo. Seu livro sagrado é a Bíblia, dividida em Velho e Novo Testamento. Os Mistérios Principais da Fé constituem pilares do Catolicismo. Um importante preceito católico é o de uma Trindade, formada por Deus Pai, o Deus Filho (Jesus Cristo) e o Espírito Santo. Esses três elementos seriam ao mesmo tempo um e três.

O fiel católico deve obedecer aos sete sacramentos elementares: *Batismo*: o indivíduo é aceito como membro da Igreja e, portanto, da família de Deus. *Crisma*: Confirmação do Batismo. *Eucaristia* (ou comunhão): ocasião em que o fiel comunga a hóstia sagrada, símbolo do corpo de Cristo. *Confissão*: ato em que o fiel confessa e reconhece seus pecados, obtendo o perdão divino mediante a devida penitência. *Ordens Sacras*: Consagração do fiel como sacerdote se ele assim desejar e após ter recebido a preparação adequada. *Matrimônio*: casamento na Igreja sob os olhos de Deus. *Extrema-unção*: sacramento ministrado aos enfermos e pessoas em estado terminal, com intuito de redimi-las dos seus pecados e facilitar o ingresso de suas almas no Paraíso (CAMARGO, 1973).

Sob a influência da Igreja, as especulações do catolicismo se concentram em questões filosófico-teológicas, tentando conciliar a fé e a razão. É nesse esforço que Santo Agostinho e Santo Tomás de Aquino trazem à luz reflexões fundamentais para a história do pensamento cristão. No plano cultural do Ocidente, entretanto, estas reflexões passaram a exercer grande influência no desenvolvimento filosófico e científico, pois a Igreja exerceu grande domínio no mundo ocidental,

sobretudo nos primeiros quinze séculos D.C., traçando um quadro intelectual em que a fé cristã era o pressuposto fundamental de toda a sabedoria humana.

A fé, para Camargo (1973), consiste na crença irrestrita ou na adesão incondicional às verdades reveladas por Deus aos homens, consideradas essenciais para sua salvação, expressas nas Sagradas Escrituras (Bíblia) e interpretadas segundo a autoridade da Igreja. Sendo assim, resta aos fiéis demonstrarem racionalmente as verdades da fé.

No campo da moral, agir corretamente significa, na concepção católica, integrar o ato moral, que depende do elemento objetivo (a lei) e que se atinge mediante a razão; ao elemento subjetivo, cuja intenção depende da vontade.

A concepção ideal de cristão para o Catolicismo, é de uma pessoa dotada de liberdade, porque alcançou a salvação. Ser cristão significa ser incompatível ao vício (vez que o vício escraviza o homem). O cristão sincero e verdadeiro não se deixa dominar por paixões, que ameaçam o princípio fundamental que coloca o amor a Deus acima de todas as paixões.

A tentação é inerente à vida e colocada como provação ao fiel, provocando a escolha entre o bem e o mal. Para os que sucumbem à tentação, Deus pode intervir ativamente nesta batalha entre o bem e o mal, pode reparar o dano causado ao relacionamento entre os homens e entre Ele e os homens. Por meio do sofrimento vicário e do arrependimento o contato do homem com Deus é restabelecido. Na concepção de salvação, palavra que em sua origem grega significa "redimir", "preservar", ou "curar", implica-se a crença de que o ser humano não pode salvar a si mesmo, mas a salvação é dada livremente àquele que acreditar em Cristo e que aceita sua expiação. É por meio da fé, um dom de Deus, que o ser humano pode ser salvo, uma questão mais emocional, mais a ver com "o coração", do que racional. Em termos de fé cristã seria mais correto falar em "confiança" ou "fidelidade". A palavra latina para "fé" (*fides*) significa justamente isso (GAARDER, 2010).

A salvação significa liberdade - libertar-se do poder que o pecado exerce sobre o homem. E isto significa mais que a salvação individual, mas uma nova fraternidade humana, o estabelecimento de uma nova ordem social ou um novo mundo. Para poder viver neste novo reino, o ser humano deve "negar a si mesmo" e se voltar para Deus, o que envolve força de vontade para sacrificar-se e superar os obstáculos a uma verdadeira comunhão com Deus, escolher uma vida nova, de obediência, humildade e amor. Há de se considerar que nesta visão, o

ser humano, ao abusar do livre-arbítrio, desobedecendo a Deus, se põe no caminho errado, mas mesmo depois da queda, conserva a capacidade de fazer boas ações, um pré-requisito para obter sua salvação. É por meio da vida em Cristo que pode-se obter a liberdade (GAARDER, 2010).

Já sob a ótica do protestantismo pode-se observar algumas diferenças que serão abordadas a seguir.

### *6.1.1.2 O Protestantismo*

Martinho Lutero, um monge agostiniano alemão, deu início no século XVI, na Europa Ocidental, a uma cisão no seio da Igreja Católica, protestando contra os abusos cometidos pela Igreja. Aparentemente sua intenção, a princípio, era apenas realizar algumas reformas dentro da instituição, mas elas não foram aceitas, o que resultou na inevitável cisão (SANTANA, 2003).

As igrejas que se sintonizavam com as inovações de Lutero tornaram-se integrantes da nascente Igreja Protestante. Esta expressão apareceu inicialmente como um nome de teor pejorativo concedido aos príncipes e às cidades alemãs que ousaram protestar publicamente contra o Édito de Worms, em 1529, que condenava a crença e a transmissão dos princípios de Lutero no espaço ocupado pelo Sacro Império Romano-Germânico e propunha punção para os seguidores da Nova religião.

Os protestantes clamavam desejar ver o Cristianismo de volta a sua antiga pureza, despindo-se de preocupações excessivamente materiais, da pompa do clero, e de atos que consideravam condenáveis, como a venda de indulgências. Também queriam pôr fim à intermediação da Igreja e dos santos na comunicação entre Deus e o ser humano.

O termo evangélico, na América Latina, designa as religiões cristãs originadas ou descendentes da Reforma Protestante, sendo usado como sinônimo de protestante. Encontram-se aí os evangélicos históricos e os pentecostais. Estas últimas correntes enfatizam a busca de revelações diretas por parte de Deus, de curas milagrosas para doenças e uma intensa batalha entre forças espirituais do bem e do mal, que imprimem conseqüências dietas na vida cotidiana (PIERUCCI; PRANDI, 1996).

O protestantismo abole a confissão obrigatória, o culto aos santos e à Virgem Maria, o jejum e o celibato clerical. Dos sete sacramentos

católicos são aceitos o batismo e a eucaristia. O fundamento da doutrina gira em torno da idéia da salvação pela fé. Lutero e os demais reformadores apontavam a natureza corrupta do homem por causa do pecado original e, por conseguinte, uma incapacidade nata para realizar boas obras aceitáveis por Deus. Na concepção católica, a graça da salvação é impelida pelos sacramentos, entendidos como prolongamento da ação de Cristo que transforma internamente a natureza humana. Os protestantes recusaram qualquer pretexto de mediação da igreja, até mesmo por meio dos sacramentos.

A única autoridade reconhecida pelos protestantes em matéria de fé e de costumes é a palavra de Deus, constante das Sagradas Escrituras. A palavra atua por seu contato pessoal mediante a ação do Espírito Santo, engendrando a fé, e com ela a salvação. Daí a importância da pregação da palavra de Deus, assim como da tradução da Bíblia para as línguas vernáculas, iniciada por Lutero, e da interpretação pessoal ou livre exame dos textos bíblicos.

A propagação do protestantismo pela Europa e América, assim como a multiplicidade de interpretações doutrinárias surgidas ao longo de sua evolução histórica, deu origem, já no século XVI, à progressiva divisão das primeiras igrejas protestantes Para Pierucci e Prandi (1996) a difusão das doutrinas metodistas pela Europa e, sobretudo pelos Estados Unidos, deu origem no século XIX a uma expansão do protestantismo caracterizada pela associação à teologia tradicional, de espiritualidade sentimental, e por uma profunda preocupação com os problemas morais e sociais.

A teologia liberal conduziu, também, ao desenvolvimento da pesquisa bíblica, com uma orientação historicista. Os estudos críticos dos livros do Antigo e do Novo Testamento por Ferdinand Christian Baur, Joseph Barber Lightfoot e Adolf von Harnack lançaram nova luz sobre as interpretações tradicionais (SANCHEZ, 2006).

A filosofia das Igrejas Evangélicas preconiza que o ser humano perdido deve voltar ao seu estado original - para os braços do Criador -, apoiando-se no crescimento, no conhecimento e na prática das escrituras, em obediência e amor. Cada membro passa a ser um assessor, um conselheiro, e cada célula deve se constituir como elemento cuidador. Os valores visam o estabelecimento de relacionamentos amplos, mútuos em amor, em corações que amam e onde pulsam vidas. Para alcançar tais objetivos é preciso glorificar a Deus, através de atitudes e práticas consideradas cristãs (PIERUCCI; PRANDI, 1996).

O protestantismo histórico, lcom o qual se identificam algumas CTs pesquisadas neste estudo, surge no Brasil decorrente da imigração e

do trabalho missionário. O protestantismo de imigração forma-se na primeira metade do século XIX, com a chegada de imigrantes alemães ao Brasil, em especial à Região Sul, onde fundam, em 1824, a Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil.

As igrejas do protestantismo de missão são instituídas no país na segunda metade do século XIX, por missionários europeus e norte-americanos, estes últimos vindos principalmente do sul dos Estados Unidos. Segundo o Censo de 1991, os protestantes tradicionais constituem 3% da população brasileira e estão concentrados, em sua maioria, no sul do país (PIERUCCI; PRANDI, 1996).

Os Luteranos estão mais próximos da teologia professada pela Igreja Católica. Nesta filosofia a dependência química é uma fraqueza espiritual que permite o domínio do pecado. Acredita-se em uma falha em reconhecer que os vícios são pecados e que seus efeitos são escravizadores. Para superar esta escravidão e relacionada ao pecado é preciso submeter-se à redenção no sentido de se libertar da escravidão, à conversão, no sentido de uma mudança de direção e orientação na vida, e à santificação, no sentido de uma progressiva mudança no comportamento

A problemática social em torno do uso abusivo de substâncias levou muitas organizações cristãs a se envolverem na ajuda e recuperação de usuários dependentes de substâncias e, eventualmente, a uma variedade de ações de prevenção e inserção social, inclusive a criação de CTs. Estas, cujos membros em sua absoluta maioria professam a religião cristã, têm como princípio estimular a abstinência de bebidas alcoólicas e outras drogas. Trabalham com base na fé e têm por objetivo alertar para os perigos das drogas, além de possibilitar a reabilitação pessoal, moral e espiritual dos atingidos pelas mesmas. O efeito da religião e da espiritualidade neste tipo de tratamento do uso de substâncias será o tema dedicado à próxima seção.

### **6.1.2 Espiritualidade e religiosidade na prevenção e na recuperação da saúde de usuários de substâncias**

Booth e Martin (1998) apontam para um efeito positivo da religião na recuperação dos dependentes químicos, destacando o papel fundamental desempenhado pela Igreja na área da prevenção e do tratamento destes.

Sanchez e Nappo (2007) com base nas bases de dados Medline e Scielo levantaram teses de doutorado brasileiras que tratam do papel da

religiosidade no tratamento e na prevenção do consumo de drogas. Notaram diferenças significativas na postura perante o consumo de drogas, de acordo com a religião professada. Pullen *et al.*, (1999) sugerem que o vínculo religioso, independente da religião professada, facilita a recuperação e diminui índices de recaída dos pacientes submetidos aos diversos tipos de tratamento. Richard *et al.*, (2000) chegam a afirmar que frequência a cultos religiosos contribui para a diminuição do consumo de drogas, sem necessariamente nesses locais serem oferecidos tratamentos formais. O aumento do otimismo, a percepção do suporte social, a maior resistência ao estresse e a diminuição dos níveis de ansiedade seriam responsáveis pelo sucesso dos programas que adotam a religiosidade no tratamento de usuários abusivos de substâncias (PARDINI et al., 2000).

Um estudo brasileiro de abordagem qualitativa, apontado por Sanchez e Nappo (2007), esclarece os mecanismos da intervenção religiosa propostos pelas três maiores religiões brasileiras: o catolicismo, o protestantismo e o espiritismo. Foram entrevistados em profundidade 90 indivíduos que haviam se submetido a abordagens religiosas, não-médicas, para tratamento de sua dependência de drogas. Os resultados apontaram diferenças no suporte ao dependente de drogas oferecido por cada grupo religioso. Os evangélicos foram os que mais utilizaram o recurso religioso como forma exclusiva de abordagem, apresentando forte repulsa ao papel do médico e a qualquer tipo de tratamento farmacológico. Os espíritas foram os que buscaram maior apoio extra-religioso em relação à dependência de drogas lícitas. O que pareceu comum aos três grupos foi a importância dada à oração como método de buscar controlar a fissura pela droga, ao mesmo tempo em como dissipador de ansiedades. Para os evangélicos e os católicos, a confissão e o as penitências, exercem forte influência, propiciando a sensação de perdão, apelo à reestruturação da vida e aumento da auto-estima.

Para Sanchez (2006) o que manteve os participantes do estudo citado acima na instituição religiosa e na abstinência do consumo de drogas foi a admiração pelo bom acolhimento recebido, a pressão positiva do grupo e a oferta e o apoio incondicional dos líderes religiosos à reestruturação da vida. Além disso, segundo este autor, a religião apontou condições de refazer vínculos de amizade, por meio da realização de diversas atividades voluntárias, facilitando assim o afastamento da droga e dos companheiros vinculados a ela.

### **6.1.3 A espiritualidade e a religiosidade no contexto das comunidades terapêuticas**

Passemos agora a descrever como as CTs pesquisadas trabalham a religiosidade e a espiritualidade em uma perspectiva que consideram como terapêutica.

De uma forma geral as CTs trabalham a espiritualidade e a religiosidade por meio de práticas espirituais que podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, tais como as orações, os cantos e as palestras, ações devocionais diárias, meditações, programas de discipulado, aconselhamento pastoral e vigílias que buscam estimular, nesta visão, o desenvolvimento interior.

Atividades devocionais são voltadas para o estudo da Bíblia e descritas pelos líderes religiosos como um momento de comunhão com o Senhor, através da sua Palavra Escrita. Neste momento os residentes realizam louvores, cultuam e oram. A meditação, conforme explicado pelas lideranças religiosas das CTs, busca, entre outras finalidades, ensinar o residente a viver o presente, sem antecipar medos e sofrimentos. Já os programas de discipulado são considerados como processo de ensino-aprendizagem, onde busca-se promover trocas de experiências de forma que o aprendizado se estenda para a prática de determinadas funções, com exercício preliminar para o desempenho delas.

O aconselhamento pastoral e as vigílias por meio de orações buscam estimular o desenvolvimento interior. Para além destas atividades o aconselhamento pastoral busca prestar apoio psicológico aos residentes, realizar estudos bíblicos e palestras temáticas, mediar a interação entre residentes e seus familiares, principalmente na resolução de conflitos buscando implementar no residente uma visão mais otimista e adequada sobre sua vida, além de promover o seu acompanhamento e aconselhamento. Em termos genéricos e abreviados pode ser definido como processo de orientação espiritual e psicológico que ocorre entre dois (ou mais) indivíduos, no qual um deles, o conselheiro, por sua posição e capacidade, procura aplicar conhecimentos e intervenções com a intenção de compreender, orientar, influenciar e modificar pensamentos e o comportamento do outro (aconselhado). Quanto maior a confiança que o conselheiro transmite ao aconselhado, maior será o seu poder de ajuda.

Neste contexto de intervenção de base religiosa o residente deve se comprometer a se fazer presente em todas as atividades propostas, aderindo ao tratamento, participando ativamente do seu processo de

recuperação, como protagonista da (re)construção da sua própria história de vida.

Nas CTs pesuisadas, entretanto, nos pareceu haver uma tentativa de afastamento das concepções baseadas no proselitismo e na dogmatização (embora esta tendência se faça presente). O sentido de religiosidade nos pareceu aproximar-se mais da busca de uma visão do metafísico como algo possível, admissível e necessário no processo de superação das condições que levaram o indivíduo ao tratamento. Esse desenvolvimento de uma consciência sobrenatural encontra na espiritualidade um fim em si mesmo, funciona por fomentar a crença para além das circunstâncias do mundo material e concreto.

A proposta parece, desta forma, centrar-se na possibilidade do residente fazer uma análise das suas condições pessoais, uma leitura espiritualizada que o ajude a superar os danos pessoais decorrentes do processo autodestrutivo causado pela dependência química. Contemplando o residente em sua integralidade - espírito, alma e corpo, almeja-se, no discurso das CTs, um equilíbrio e uma interface dialógica dele consigo mesmo, com o sobrenatural e com a realidade concreta. Espera-se, com isso, que aquele que crê passe alterar seus valores existenciais, de forma positiva, aplicando-os à vida individual e coletiva.

A espiritualidade na CT, segundo seus diretores, é compreendida a partir de uma perspectiva cultural, voltada mais ao diálogo do que à imposição religiosa, o que desfavorece conflitos devido a posturas religiosas adotadas anteriormente pelos residentes diferentes das praticadas na CT, inclusive ateístas ou agnósticas. Caso a denominação religiosa adotada na CT não sirva ao residente como regra de vida, poderá lhe servir como fonte de ilustração cultural. Na visão de Gomes (2010) isso é benéfico, preservando o potencial de expansão da consciência e do senso de responsabilidade consigo mesmo e com o outro.

Agindo desta forma a CT estará se dedicando a expandir um conhecimento privilegiando a coesão social, não o sectarismo. A adoção da espiritualidade será, neste caso, empregada mais no sentido de incluir o residente de forma madura, coerente e responsável, no ambiente social de origem.

Tendo em vista estas possibilidades, mas também a possibilidade de sua negação, ou seja, que a espiritualidade e a religiosidade não seja abordadas da forma acima descrita, a próxima seção examina os temas espiritualidade e religiosidade à luz do material colhido nas entrevistas.

### 6.1.4 A terapia por meio da fé

Dada a importância da religiosidade e da espiritualidade no processo de tratamento empregado nas CTs, entamos interpretar a fala dos residentes (pessoas que ainda estão em tratamento em CT), egressos e profissionais (que completaram o tratamento em CT, mas que agora trabalham como voluntários ou funcionários/terapeutas), de forma a compreender a importância destes temas para a visão do cuidado e do potencial de recuperação dos mesmos.

Minayo (1994, p.4) escreve que "quando uma pessoa em nossa sociedade move-se pela cura está frente a situações que considera situações-limite, concretizadas em doenças graves, insegurança material e espiritual e desordens morais. A procura de saída de circunstâncias aflitivas soa então como recorrência a uma "tábua de salvação." O retorno à fé torna-se para muitas pessoas cuidadas nas CTs, esta tábua de salvação e a metáfora foi, de fato, empregada por alguns dos entrevistados que parecem sentirem-se fortalecidos à medida em que os primeiros resultados da abstinência são alcançado atribuídos a um poder superior. Segundo o depoimento de um pedreiro que se encontra há seis meses internado para se livrar do vício do álcool, a espiritualidade (que se traduz pelo encontro com Deus) é um elemento de extrema relevância para o seu processo de recuperação.

Eu não sinto mais vontade de beber nem de fumar. Eu ficava enjoado quando usava e ficava estúpido com minha família. Não me lembrava do que fazia, me sentia culpado depois com a minha estupidez e quando acordava eu precisava ir para o bar porque, senão, não tinha condições de trabalhar. Era escravo do vício [...] sozinho não ia conseguir me livrar do vício. Aqui eles me ajudaram e me sinto bem. Sou compreensivo, faço as coisas e minha relação melhorou 100% [...] O que me fez mudar foi a espiritualidade, a buscar por Deus [...] a devocional, a meditação, os grupos e os 12 Passos". (Entrevista n. 4).

A espiritualidade trabalhada na CT foca-se em conteúdos voltados ao processo de recuperação. Um forte componente aculturante e socializante faz parte da cultura terapêutica da CT como mediadora deste processo. Como relataram os entrevistados: "Os devocionais [...] é o que há de mais importante na minha recuperação". (Entrevista n.1). "Aqui tem programa bíblico, o grupo de prevenção à recaída [...]"

material específico sobre os Doze Passos, adaptado à palavra de Deus. Isso é que me ajuda a me conhecer”. (Entrevista n. 10).

Outro depoente, um rapaz de 15 anos, tido como excelente pintor, e cuja obra tivemos o prazer de admirar, através de algumas telas que nos apresentou à venda, um rapaz de traços finos e muito tímido, apesar da pouca idade já tinha alguns anos de trajetória de uso de crack. Antes da internação já tinha parado de estudar (atividade esta que retornou ao ingressar na CT) e trabalhava como catador de resíduos para ajudar na criação dos seus oito irmãos mais novos. Como outros residentes entrevistados, ressaltou a importância da fé para seu processo de recuperação e para a provocação de uma mudança na sua percepção sobre seu tratamento e sobre sua vida. Chegou à CT encaminhado por determinação judicial e levou algum tempo para aderir ao tratamento. Em sua entrevista declara ter mudado quando “aceitei Jesus” e que nem pensa mais em usar drogas. (Entrevista n. 21).

Façamos um parêntesis para explicar que não estamos, aqui, defendendo a religiosidade e a espiritualidade como elementos definitivamente terapêuticos e muito menos com a intenção espiritualidade, não é este o escopo deste estudo. O intuito presente é mostrar como são percebidas pelos residentes e profissionais estas dimensões, religiosa e espiritual, como componentes de seu tratamento na CT. Pressupomos que muito do que foi declarado pelos entrevistados, como em qualquer estudo de percepção, retrata apenas o momento, que no caso é o de internação em uma instituição total, doutrinária e que portanto influi decisivamente no estado de ânimo dos internos, vulneráveis e fragilizados por sua condição. É também presente o objetivo de mostrar como o cuidado se fundamenta em uma lógica que tem suas raízes claras no pensamento religioso, e com as nuances oferecidas de acordo com as diferentes religiões e denominações.

É neste contexto que entendemos como a espiritualidade serve de conforto para aqueles que recaíram, como pode aliviar o sofrimento trazido por uma forte carga emocional, frequentemente muito pesada e que remete à busca da ajuda de um ente sobre natural como fonte de apoio e de proteção. Este é um diferencial da CT se comparada a outros serviços com a mesma finalidade - tratar àqueles que tiveram suas vidas atravessadas e prejudicadas pelo uso de substâncias, se preocupando com a dimensão espiritual/religiosa.

Como ressaltou o entrevistado n. 10, "A grande diferença do tratamento destes serviços é a parte espiritual [...] eu percebi que o que necessitava era de apoio espiritual, de um relacionamento com Deus, embora sempre tivesse sido uma pessoa cética. Mas devido ao

sofrimento das recaídas vi que precisava da ajuda de Deus".

Para Cury (2006) as pessoas internadas devem fazer um inventário de suas experiências todos os dias. Se possível, reconstruir as mais importantes, tais como suas recaídas, os momentos de influência de amigos, os momentos de solidão, as dores que não superaram, os efeitos das drogas em cada uma das situações. É preciso que os residentes dêem um novo significado a elas para que possam reencená-las e para tanto é indispensável incitar esperança nestas pessoas, a fim de torná-las mais fortes, ousadas e determinadas, mesmo após as recaídas.

Não surpreendentemente, por força dos preceitos religiosos, o uso e abusivo de substâncias pode ser atribuído por muitos residentes a um "defeitos de caráter" e neste caso é comum aceitar que somente um relacionamento com Deus pode gerar uma transcendência desta situação, para que se possa lidar com o sofrimento gerado pela dependência e pelo sentimento de culpa gerado por comportamentos considerados danosos e que precisam ser corrigidos. Ao enfrentar a vida em abstinência o indivíduo aproxima-se de Deus e com isso resgata-se a espiritualidade como símbolos cuidadosamente cultivados de felicidade e esperança. Fomentam-se então os valores considerados mais positivos e que são vivenciados e internalizados por meio das atividades religiosas ofertadas na CT. A espiritualidade serve, assim, como um apoio necessário para o enfrentamento dos momentos de crise. Como relatou um dos interlocutores:

Na CT eu me tornei menos auto-suficiente e vi como é importante em determinados momentos da vida pedir ajuda e ter um relacionamento com Deus. No AA eu ouvi que a gente tem uma doença que é defeito de caráter que faz com que a gente use drogas. Nós temos coisas que precisam ser mudadas não como algo pejorativo, mas um indicativo que precisamos nos tornar melhores. O crack detona. Não deixa a gente estudar, trabalhar e você quer usar cada vez mais o crack por causa da depressão que ele dá. Para sair da depressão recorre-se a droga. O apoio espiritual é o mais importante nesse caso. Eu estou em busca do meu eu com Deus para enfrentar a vida limpa lá fora. Isso é que passam para a gente na devocional. Aqui na CT a gente se resgata através da espiritualidade. Minha mudança se deu pela espiritualidade. Hoje sou feliz e [...] eu tenho a esperança, a calma necessária para esperar. Eu ainda preciso ficar aqui para exercer estes valores, o

respeito pelo outro, isso se aprende e se exercita aqui. (Entrevista n. 10).

Cury (2006), com base em sua experiência clínica, afirma que a busca por Deus, independente de uma religião - se feita com consciência, pode trazer saúde e tranqüilidade no território da emoção. Esta constatação ecoa entre os residentes pesquisados. Além dos significados apreendidos sobre a espiritualidade, a religião também foi mencionada como fator de equilíbrio e harmonia e a condição para se manter sóbrio passa pelo aprendizado da Palavra. "Eu consegui uma religião e pretendo largar as drogas. Religião é importante porque sem Deus a vida torna-se muito difícil". (Entrevista n.2).

A CT também tem seu poder dogmático e gnóstico. A CT busca despertar o interesse pela religiosidade e a identificação com a religião ali professada. O contato com a religiosidade visa fornecer uma compreensão do processo de drogadição, e com isso, uma competência específica para enfrentar mudanças provocadas pelo tratamento a que está sendo submetido.

Depois que vim para a CT eu me encontrei. Eu me identifiquei com eles devido à forma como eles trabalham a Palavra. Todos os domingos eu vou à Igreja. Foi a CT que me despertou para a vida religiosa. Cheguei aqui para curar o vício da dependência química e encontrei Deus. Agora eu quero me aprofundar melhor na Palavra para compreender melhor a minha drogadição e saber lidar com meu processo de recuperação. (Entrevista n. 22).

A religião aqui é tão gostosa, você acorda com meditação. Aonde eu ia antes pensar em fazer meditação? Poder ler a Bíblia, ficar à vontade pela CT caminhando. Pode olhar para a estrada, ficar só pensando [...] Isso por seis meses. O significado da CT pra a minha vida é a fé. O retorno à Fé. Isso me mantém sóbrio e feliz. (Entrevista n. 3).

Aderir ao tratamento envolve uma entrega da própria vida ao poder superior a quem delegam a responsabilidade por sua própria recuperação. Recuperação esta que parece ir além da simples adesão à abstinência. Dotado de livre-arbítrio, no entanto, cabe a cada um dos residentes a escolha do caminho a tomar para completar a sua jornada de vida. Partindo do princípio de que pela vontade de Deus eles são ajudados, cabe agora a retribuição ao próximo para também ajudá-lo a

acreditar no poder da fé e com ela, dispor de uma nova vida. E é na abstinência que se aproxima de Deus.

Este significado de *encontro com Deus* é partilhado por outros residentes em suas falas: "CT é renovação [...] você renasce, encontra seus princípios, o que realmente crê, as suas qualidades, um lugar para encontrar o que perdeu" (entrevista n. 30).

Uma das perdas embutida nos depoimentos dos entrevistados é a do equilíbrio emocional, cujo resgate. Pode ser também percebido como fuinação da espiritualidade. Das agruras da dependência a uma trajetória mais centrada envolve-se o despertar espiritual que serve de apoio para que os residentes possam enfrentar as renúncias necessárias para conquistarem uma nova vida. De acordo com esta percepção, por meio da espiritualidade resgatam-se valores deixados para trás, na certeza de que neste processo de recuperação dispõem de maior controle sobre suas vidas.

A CT está me trazendo de volta valores, princípios que deixei para trás na dependência química [...] Eu possuo falhas de caráter que são mudanças na personalidade do indivíduo devido ao uso contínuo de drogas. Eu era uma pessoa centrada, mas me tornei emocionalmente desequilibrado com o uso das drogas. Eu cheguei aqui detonado [...] Só a palavra de Deus nos torna verdadeiro para alcançar os objetivos de vida e não voltar para um estágio final que significa roubar e matar para conseguir a droga. É preciso lembrar que você tem uma história, uma família, uma rede de amigos que te apóiam. Hoje tenho controle do meu caminho. O mais importante aqui é Deus, um despertar [...] o encontro com Deus [...] Aqui meu espírito foi gerado novamente. Uma mudança de dentro para fora. Uma renovação a cada dia. Hoje estou há doze meses internado, tempo este de renúncias para começar uma nova vida me sentindo capaz de ser um bom filho, um bom marido, e um bom profissional. (Entrevista n. 23).

A rede de apoio social e a socialização também podem ser conquistadas por meio da identidade e da solidariedade entre companheiros propiciada pela religião. Para àqueles que romperam com os hábitos da vida pregressa, e que agora enfrentam o fantasma da solidão, identificar-se com uma comunidade pode se constituir uma esperança para o recomeço de uma vida social livre das drogas. Como disse a informante n. 30: "No grupo de Jovens da Igreja todos riem,

saem para comer pizza, todos alegres e sem drogas”. Esta rede de apoio social e espiritual se estende à família. Neste sentido os residentes sinalizaram, em várias situações, a importância de se sentir parte de e acolhido em um grupo:

Embora a religião constitua um marco da comunidade de companheiros parece não haver impeditivo para àqueles que não professam os mesmos dogmas. A entrega ao Poder Superior parece ser uma característica de todos os que se propõem a tratar, nesta abordagem, o residente, mas é requerido dos residentes primeiro se desligarem da vida fora da CT, para então se envolverem com o tratamento.

Sou espírita e isso não é impeditivo para viver numa casa Luterana [...]. Somos doze mulheres, uma fala da outra, repara o jeito de cada uma, tudo aqui é assunto e interesse de todas. Tem tarefinhas do dia, o pastor vem pregar, tem leitura bíblica, tem atendimento, e mil coisas para se ocupar. Por isso tem que se concentrar em si. Tem que se entregar. Estou aqui para mim e preciso me desligar de tudo lá fora e me envolver com meu tratamento. Isso corresponde ao 2º Passo. Nós aqui entregamos nossa vida a Deus. (Entrevista n. 28).

A religiosidade, destacada na fala da maioria dos residentes, também é identificada como um fator de proteção e defesa do sofrimento imposto pelo uso de substâncias. O apego a Deus remete a uma presença espiritual capaz de amparar e acolher pessoas que possuem grandes expectativas em relação a melhorarem de vida. Sentimento este que parece contagiar a todos na CT.

Na CT agente se apega a Deus e utilizamos isso como sinônimo de defesa [...] O que me chama atenção é que você se sente amparado, acolhido, uma presença espiritual muito forte. Você sente isso nas pessoas. A maioria dos residentes é humilde, vem de uma outra provação e está aqui buscando ser melhor, progredir e se evoluir tendo grande expectativas em relação a vida. (Entrevista n. 5).

Segundo Cury (2006), os usuários de drogas, assim como os portadores de outras doenças, precisam fazer, no silêncio de suas mentes, uma mesa redonda para discutir suas atitudes impensadas, suas incoerências, sua dificuldade em lidar com frustrações e de superar suas

dores. Cada pensamento novo, crítico, reflexivo, vai sendo continuamente registrado, reescrevendo a história inconsciente e desorganizando o “cárcere das drogas”. Nesta recriação, argumenta Cury (2006), o resgate da liderança do eu fora dos focos de tensão pode ser considerado um brinde à liberdade. Para tanto é preciso operacionalizá-lo com honestidade, inteligência e espontaneidade, dentro dos limites da criatividade de cada um, afirmando o sujeito como um engenheiro das próprias idéias.

O significado da espiritualidade guarda relações estreitas, neste contexto com o autoconhecimento, com a oportunidade de se realizar uma avaliação sobre a vida. Além disso, a informante n. 6, cujo depoimento vem a seguir, acredita-se que a tomada de consciência, por meio da espiritualidade, pode contribuir para a retomada dos papéis sociais, quando terminar o tratamento.

Essa é a minha primeira internação. Antes de vir para a CT não acreditava em Deus. Eu era um pouco rebelde, tinha muita contradição na minha cabeça. Hoje acredito num Ser Superior e me apeguei muito a Deus e a partir do momento que eu permiti confiar num Ser Superior minha vida começou a fluir muito melhor do que eu quando ficava blasfemando e jogando pedras em todo mundo. Não tenho religião definida. Minha mãe é luterana e eu comecei a praticar a luterana [...] Foi o tratamento que mudou a forma de eu pensar. Os 12 Passos mexe muito com a gente. O fato de você se avaliar mexe muito com a tua vida. E você acaba se dando conta das pessoas que você prejudicou e vê que a gente também tem a culpa ao invés de buscar a culpa nos outros. Temos que arcar com as conseqüências. Eu aqui conheci as minhas qualidades e me dei conta dos meus defeitos e aprendi a lidar com eles. Isso é importante lá fora quando eu for procurar um emprego, me relacionar com os outros, saber para que lado devo seguir. (Entrevista n. 30).

Além da importância da espiritualidade e da religiosidade para a vida dos residentes, a laborterapia foi evidenciada na fala dos interlocutores desta pesquisa como outro importante recurso terapêutico e será objeto de interesse das próximas linhas.

## 6.2 LABORTERAPIA COMO PREPARAÇÃO PARA A VIDA

A laborterapia, ou seja, a terapia por meio do trabalho, é um das práticas adotadas tradicionalmente pela profissão de terapia ocupacional. A profissão terapia ocupacional, aponta Benetton (1991), foi criada no início do século XX, nos Estados Unidos, no contexto da reabilitação física e mental, com a finalidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade. No âmbito da psiquiatria sua prática inseria-se na assistência hospitalar, com a tarefa de ocupar os pacientes, em um processo de manutenção e organização dos hospitais e de reabilitação. Este processo de reinserção social tornou-se particularmente importante com o advento das terapêuticas biológicas e farmacológicas, quando os pacientes passaram a obter mais rapidamente melhora de seus sintomas (BENETTON, 1991).

No final da década de 1970 algumas terapeutas ocupacionais incorporaram alguns conceitos psicodinâmicos a métodos próprios de tratamento. A terapia ocupacional foi se configurando então como uma dinâmica relacional entre terapeuta-paciente-atividade que compõe uma trilha associativa em um campo transferencial (BENETTON, 1991). Este método tem sido amplamente aplicado por os terapeutas ocupacionais a pessoas com transtornos mentais graves, com o objetivo de promover a saúde mental e a sociabilidade.

A experiência da desinstitucionalização italiana trouxe inovações para a terapia ocupacional, ao assumir como objeto da ação terapêutica a pessoa e suas necessidades e não a doença e os sintomas. Neste sentido, a ação terapêutica busca investir na complexidade da vida cotidiana da pessoa, englobando os aspectos: práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, de forma a produzir movimentos capazes de oferecer suporte, proteção e resolução de problemas, contribuindo para a superação da situação existencial. Este modelo considera que o sujeito deve compartilhar e ser parceiro dos projetos e processos e que é por meio dos espaços relacionais que ele restaura sua contratualidade de cidadão e de produtor de sentido para sua vida (MÃNGIA, 2002).

Apesar do movimento de transformação do modelo assistencial, as pessoas diagnosticadas com transtornos psíquicos, no Brasil, ainda são marginalizadas e excluídas socialmente. Nesta perspectiva, surgem as práticas pautadas pelo paradigma social de reabilitação que visam a inclusão social, isto é, a construção de espaços sociais receptivos para populações com algum tipo de diferença ou deficiência. Implica-se neste paradigma o incentivo ao desejo, por parte dos sujeitos, de ocupar um lugar de participação na vida social (GHIRARDI, 1999). Para tanto a

terapia ocupacional, por meio da laborterapia, busca investir na autonomia e na participação social de forma a promover e a produzir saúde (LOPES; LEÃO, 2002).

Dentro da dinâmica social, afirma Antunes (1995), o trabalho é considerado ferramenta central para a formação de uma identidade distinta. Enquanto mecanismo organizador da identidade social das pessoas, o trabalho passa a ser visto como uma referência da integridade pessoal das mesmas.

O trabalho também é determinante da saúde e esta, por sua vez, é condição de trabalho. No contexto da reabilitação o trabalho é, antes de tudo, um processo de preparação para a vida, onde os meios empregados teriam por objetivo a reintegração social e promoção da qualidade de vida (CRUZ, 2010).

O trabalho como elemento terapêutico é um dos pilares do tratamento nas CTs e isso se reflete na maneira como os entrevistados analisam sua trajetória de reabilitação social:

Eu fazia tudo quando estava em tratamento: cozinhava, lavava, limpava a casa, tirava leite das vacas. Eu não sabia fazer nada a não ser cozinhar, porque já tive um restaurante, mas o resto nunca. Jamais imaginei como isso seria importante em minha vida. Hoje lavo a roupa, cozinho, limpo a casa. A CT contribuiu para educar o meu relacionamento com outras pessoas por meio do trabalho [...] Agora o mundo é mais colorido. (Entrevista n. 3).

Como nos revela Birman (1992), na Modernidade, a centralidade do trabalho, e seus aspectos de utilidade social e de produtividade, se constituem em alicerces da prática asilar, na transformação do paciente em um “sujeito da razão e da vontade”. Sua função reabilitadora pode converter-se, entretanto, em uma prática normatizadora, com a finalidade de transformar indivíduos improdutivos em força de trabalho mantenedora do modelo político-ideológico capitalista. Com a proposta de mudança das antigas práticas asilares na direção do resgate da cidadania, no contexto da RP, o trabalho passou a ser concebido como um potencial recurso para uma efetiva inclusão social. O desafio é fazer da atividade laboral um meio de reabilitação psicossocial que busque romper com a valorização do produto final, em detrimento da riqueza do próprio processo (ROEDER, 2008). Segundo Birman (1992) a praxiterapia trouxe para a prática psiquiátrica a idéia de que o trabalho

faz com que o paciente se torne um indivíduo responsável, ativo, “sujeito da razão” e, assim, inscrito na ordem da “sociabilidade da produção”.

Na dimensão clínica, o trabalho surge como atividade que possibilita a produção de valor social promovendo “movimentos de expressão do sujeito”. O trabalho, para Saraceno (1999), promove maior autonomia e possibilita a inclusão social da pessoa com sofrimento psíquico em um circuito não estigmatizado.

A relação entre trabalho e terapia para Foucault (1989) é complexa, fundamentada no crescimento da produtividade e engendrada a partir de uma organização social disciplinar capitalista. Isto se coaduna com um cenário privado das subjetividades e intersubjetividades, como sugerem Guimarães e Medeiros (2003), em função da negligência de valores éticos, da exacerbação da competição, do ritmo acelerado da produção e da comunicação. Desta forma, o trabalho também pode gerar hostilidade, agressividade e preconceitos.

O 4º Relatório dos Direitos Humanos (CRP, 2011) chama a atenção para o fato de que o trabalho enquanto tratamento proposto em CTs pode estar sendo empregado como pretexto para o uso de mão de obra não-remunerada ou como atividade forçada. Pode ter também como objetivo a prática da normalização. Pode ainda servir para aprisionar os modos de existência de muitas pessoas, fragilizadas diante de seus próprios problemas, que podem parecer insuperáveis a não ser que se submetam às ordens das pessoas ou instituições às quais se entregam como a uma tábua de salvação, sem outra alternativa senão o subjugo a toda e qualquer oferta de oportunidade, às vezes travestida de tratamento.

O trabalho pode, ainda, ser uma via de contato, um instrumento que aumenta a permeabilidade social, um meio para o encontro, onde há trocas de informações e experiências. Este é, muitas vezes, o esquema do dá o trabalho cotidiano, onde se estabelecem vínculos que transformam o local de trabalho em espaço de encontro, convivência e política (ROEDER, 2008).

O fortalecimento de uma rede contra o isolamento proporciona o acolhimento crucial para a retomada dos laços de sociabilidade. Isto pode, na visão de Lisboa (2003), facilitar o empoderamento, que diz respeito ao aumento da capacidade dos indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas. Neste sentido, o trabalho pode servir como um espaço de oportunidades, que facilita o sujeito a agir novamente no mundo (ANDRADE; WAITSMAN, 2002).

Para algumas pessoas que ficaram a mercê dos processos

produtivos ou mesmo para àquelas que já se encontravam excluídas socialmente, a participação em um grupo e a entrada em uma rede de apoio social – pela via do trabalho pode contribuir para a retomada dos papéis sociais (ROEDER, 2008).

O trabalho, sob a ótica da clínica, pode ser considerado, ainda, como eixo central de estruturação psíquica do sujeito. É através do trabalho que os indivíduos constroem estratégias de confronto e constroem subjetividades. Por meio do trabalho se fala, se escuta, coloca-se a palavra em ação e se cria a oportunidade de pensar.

Trabalhar é também aprender a viver junto. Trata-se de uma experiência de habitar o mesmo espaço e compartilhar idéias, uma atividade social, o coletivo servindo de ferramenta para o bem estar social. Quem trabalha é visto como ativo e dinâmico e não como vítima das circunstâncias, é reconhecido não somente de forma concreta, mas de forma simbólica, valorizado pelos esforços pessoais. O senso de pertencimento do indivíduo que se envolve com o trabalho permite que ele se sinta engajado. Seu padrão de comportamento fixa-se de acordo com o que é requisitado para seu papel social e seu desempenho pode contribuir para elevar a sua auto-estima (MENDES; ARAÚJO, 2011).

Na perspectiva da reabilitação psicossocial o trabalho compreende o entendimento de necessidades e aspirações e envolve relações de respeito, flexibilidade, preparo para mudança, oportunidades de aprendizagem contínua, respeito à diversidade, atenção aos cuidados familiares e possibilidade de diversão e tempo livre, ou seja, o trabalho é fonte de interações diversas. Precisa, entretanto, de propósitos claros e bem definidos para ser considerado como uma atividade significativa e desafiadora. Nesta forma possibilita o exercício da coerência entre o falar e o fazer, permite superar desafios, fomenta a maturidade emocional e moral, a civilidade e a responsabilidade. Envolve, também, o alinhamento de objetivos pessoais e organizacionais, combate o isolamento, promove a adequação aos desafios de diferentes competências individuais, assim como a tolerância, a compaixão, a criatividade e a inovação (ROEDER, 2008).

Na reabilitação por meio do trabalho é possível fazer novas associações, ressignificar eventos importantes da história pessoal e atribuir novos significados a situações e experiências. Oferece-se a possibilidade de modificar condutas, de modo que uma nova forma de ser no mundo induza ou produza modificações no ambiente, coerentes com as necessidades próprias e as do outro, aumentando a probabilidade de sucesso e bem-estar (ROEDER, 2008).

O trabalho, segundo De Leon (2003), é um componente essencial

do modelo de tratamento das CTs e possui uma profunda significação social e psicológica no processo de recuperação fundado na auto-ajuda. Na lógica do tratamento em CTs, para os usuários abusivos de substâncias e economicamente desprivilegiados ou sem qualificações profissionais, a capacidade de trabalho, a identidade social e a auto-estima podem ser adquiridas por meio da participação na estrutura de trabalho da CT e com isso os residentes podem desenvolver uma melhor posição pessoal e social na vida e no mundo. A mobilidade em termos de trabalho, associada com o *status* na comunidade, são capazes de produzir mudança pessoal e promover autopercepções positivas que propiciam a mudança de identidade. Por meio da hierarquia de funções (coordenador, monitor, assistentes ...) o trabalho dos residentes define a divisão das atribuições na comunidade de companheiros. Ela representa o trabalho necessário à continuidade das operações diárias do programa na CT, e é usada para o treinamento de capacidades e para o fortalecimento da agregação do indivíduo à comunidade de companheiros. Promove assim o desenvolvimento pessoal e a socialização dos residentes. Representa também, a transmissão de conhecimentos da comunidade no tocante à recuperação e ao bem-viver.

Nas CTs pesquisadas a laborterapia não é desenvolvida por terapeutas ocupacionais, mas pelo corpo de funcionários. O trabalho parece se constituir em um mediador dos objetivos educacionais, terapêuticos e comunitários. A hierarquia de funções de trabalho é estratificada por nível de complexidade e tempo no programa, atendendo a características individuais nas mais diversas áreas como hábitos, capacidades, comportamentos, atitudes, valores e desenvolvimento emocional. Como relatou um dos interlocutores desta pesquisa:

Eu gosto de trabalhar na cozinha, nas oficinas, na horta e na roçadeira. Como eu ajudava meu pai, como jardineiro, tinha muita prática e colaborei com a minha experiência na CT. Eu não ganho dinheiro. O trabalho faz parte do tratamento porque ao sair lá fora o trabalho fará parte de nossas vidas. Aqui é um aprendizado. Aprende-se na CT a viver lá fora. (Entrevista n. 13).

O trabalho pode, então, ter diversos significados, sendo moldado pela cultura é também modelador da mesma (LANER, 2005). A própria concepção de trabalho vem sendo modificada ao longo da história. Segundo Laner (2005), o início do processo de valorização do trabalho pode se dá com o surgimento das primeiras ordens monásticas, como

objetivo de expiar os próprios pecados, punir o corpo (enquanto fonte de tentações) e modificar o próprio orgulho. Representado na Bíblia, durante o período medieval, passa a ser visto como um instrumento de salvação.

Sob a herança cultural judaica- cristã é por meio do trabalho que se alcança a Deus. Sob a ótica protestante de Martinho Lutero, o trabalho intenso, realizado com zelo e abnegação conduz à virtude e ao aperfeiçoamento moral.

De castigo a vocação, o protestantismo, que erige uma ética do trabalho, passa a interpretá-lo como regra moral, como ilustra o ditado popular, “mãos desocupadas, oficina do diabo”. Passa, também a ser visto como agente racionalizador da atividade econômica e, portanto, gerador de lucro. Já no séc-ulo. XIX, com o surgimento da doutrina social da Igreja Católica, o trabalho passa a ser visto como um modo de expressão direta da pessoa humana, e deve orientar-se pelos critérios de justiça e igualdade e evitar-se que seja visto como uma simples mercadoria perante as leis de mercado (LANER, 2005).

Nas CTs a laborterapia tem sido considerada um recurso terapêutico primordial, cujo objetivo explicitado é incentivar os residentes a lidar com a expressão de seus problemas e conflitos e a explorar suas potencialidades. No relato de alguns residentes a laborterapia é considerada um mecanismo protetor do consumo de drogas e ajuda a construir uma rede social de apoio que o fortalece durante o processo de tratamento. Como relatou um dos informantes: "Trabalhar é muito importante, pois ajuda você a se distrair e, com isso, não pensa em besteira e esquece as drogas. É um momento onde a cabeça tem que estar no lugar ". (Entrevista n. 11).

Por meio do trabalho, nesta ótica, o residente tem a oportunidade de mostrar sua capacidade de mudar a realidade. Para tanto, através da laborterapia, as CTs pesquisadas alegam oferecer um espaço para que os residentes entrem em contato com determinado material expressivo onde compartilham técnicas e saberes com seus pares, aprendem a explorar sua criatividade e a aplicar os conhecimentos adquiridos em sua vida. Como afirmou um dos interlocutores:

As atividades laborais são importantes para manter a mente ocupada, ouvir seus parceiros e fazer com que você se sinta atuante e participativo, ou seja, estar pronto para mudanças. Aqui não tem tempo ocioso, procuramos alternativas para mudar de forma participativa. Eu vim me tratar para sair uma pessoa nova, participar deste processo de mudança. Eu

quero viver diferente, quero ir para frente e quero auxiliar os outros. (Entrevista n. 9).

A ideia é estimular o aperfeiçoamento estético, mantendo a preocupação com o produto final do trabalho. Considera-se que a realização de determinada tarefa influencia diretamente todos os membros da CT, que dependem da qualidade final dos produtos do labor para sua subsistência.

O discurso ouvido nas CTs pesquisadas inclui o investir no potencial criativo e nos talentos dos residentes, respeitando suas condições de saúde, de forma a que o trabalho não se torne instrumento iatrogênico. Neste sentido, falam em criar condições para a emergência do espontâneo, do original e do gesto inusitado, que podem conferir autovalor, por meio da qualidade das atividades ou do que é produzido. O residente se compromete a passar por todas as atividades que lhe são delegadas, de forma a ampliar o repertórios de conhecimentos já adquiridos e, com isso, pode se apropriar melhor da realidade. Como relatou um dos entrevistados: "Já fiz limpeza, trabalhei na horta, na capinação, pratico esporte, futebol, academia de musculação, ferramentaria e manutenção da CT, tarefa que estou trabalhando agora. Aqui eles aproveitam nossas habilidades, mas tem que passar por todas as atividades". (Entrevista n. 1)

Em algumas das CTs pesquisadas foi explicado que se explora o potencial e as habilidades de cada sujeito de forma que este possa auxiliar os demais por meio de seus ensinamentos apreendidos na prática. A ideia é remeter o residente a um sentimento de auto-estima, a se sentir protagonista da própria história, na medida em que é convidado a participar diretamente da condução de seu próprio programa terapêutico. A fala dos residentes revela as contradições apresentadas no exercício do trabalho, que se mistura aos temas do projeto terapêutico, do direito a voz e a voto e do trabalho como meio de encontro com Deus. As contradições das CTs e principalmente suas características de instituição total aparecem em algumas destas falas:

O bom aqui é que você participa do próprio programa, dá sugestões, opina, fala na assembleia. Aqui temos direito à voz (olha que já fiquei em outras CTS bem rígidas onde era obrigado a orar, não podia cantar outra canção que não fosse a da religião deles e era obrigado a ficar de joelhos por algumas horas para não ser mandado embora). Aqui nada é imposto. (Entrevista n. 10).

Eu estou em busca do meu eu com Deus para enfrentar a vida limpa lá fora. Isso é que passam para a gente na devocional e na laborterapia. Na cozinha é onde você tem maior responsabilidade. Alimentar 40 pessoas por dia. As atividades me ajudam muito. Lá fora eu perdi muito dos meus valores. (Entrevista n. 26).

O trabalho também tem a finalidade de contribuir para regar a vida. O residente tem atribuições a cumprir, com horários definidos e normas a serem respeitadas, tem que dar conta das suas responsabilidades. Partindo do princípio em que há dificuldade por parte dos residentes de honrar seus compromissos, devido à vida voltada à dependência, defende-se a importância de dispor de um recurso que possibilite a aquisição de novos valores.

À medida que mostram sua competência, atividades de maior complexidade e *status* vão sendo oferecidas aos residentes, como reconhecimento de seu mérito e de seus esforços.

O desafio deste tipo de iniciativa é superar o preconceito a que estão sujeitos os usuários de substâncias. A reinserção social dos residentes, por meio do trabalho, o auxílio a fazerem seu currículo ou a participarem de cursos externos, além do próprio aprendizado através das atividades cotidianas são elementos citados como importantes para superar as barreiras. Para além do aprendizado técnico, há que desconstruir o estigma e o preconceito, preparando os residentes para lidarem com estes desafios que fazem parte do cenário da vida.

No discurso das CTs há ainda uma preocupação de que as atividades sejam prazerosas e que se coloquem com sentido na vida do trabalhador. Só assim o trabalho pode ser mediador da conexão do sujeito com o Poder Superior e, portanto, uma graça graça conquistada. Como conta uma das residentes entrevistadas:

Fiquei nove meses e vim trabalhar como voluntária na CT. Me deram uma casa para morar, fiz o programa de ressocialização e saí aos nove meses para conseguir emprego. A CT me ajudou a fazer o currículo. O difícil era quando ia procurar emprego porque o preconceito era grande. As vezes eu ficava desanimada e até era chamada para as entrevistas mas quando me perguntavam o que eu fazia ficavam sabendo da minha internação e não me ligavam mais. Mas eu tinha convicção que se deve dizer a verdade, pois é aí se consegue as coisas. Eu aprendi aqui a lidar com o preconceito e a verdade. Finalmente

consegui um emprego numa gráfica que tem parceria com a CT [...] Depois de oito meses fui trabalhar com um médico em [...] e trabalho na CT lá como voluntária nos finais de semana [...] Isso me mostrou que tem recuperação quando agente quer. Nós precisamos de pessoas que demonstrem confiança. Trabalhar na CT é algo prazeroso. (Entrevista n. 29).

E partindo dos significados da CT como instituição que emprega a espiritualidade, a religiosidade e o trabalho como recursos terapêuticos, a próxima seção trata deste serviço como um mediador da preparação para a vida dos residentes e egressos.

### 6.3 COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO MEDIADORA DA PREPARAÇÃO PARA A VIDA

Após discorrer sobre os significados da laborterapia sob a ótica dos interlocutores desta pesquisa foi possível expor a importância dada ao trabalho, nas CTs, para o processo de recuperação dos residentes, embora tenha-se observado que a geração de renda ainda não é tida como objetivo maior nas CTs pesquisadas. Nesta seção buscamos discutir o papel destas CTs, na ótica de residentes e funcionários, como mediadoras do processo de preparação para a vida dos residentes.

Como narrou um dos entrevistados da pesquisa que buscou na CT lidar melhor com sua nova condição de vida: "Eu perdi a renovação da minha carteira de piloto da TAM, pois era obrigado a fazer exames a cada seis meses. Eu não posso voar mais e terei que me adaptar a outro serviço. [...] quero é sair de São Paulo. Só de TAM tenho 16 anos. Metade da minha vida foi dedicada a ela [...] Aqui meu propósito de vida mudou. Antes eu acreditava que a coisa mais importante para mim era voar. Hoje penso diferente. (Entrevista n. 4).

Nesta caminhada de preparação para uma nova vida, o processo de acolhimento parece ser uma primeira necessidade dos residentes. Estes parecem precisar de se sentirem seguros em um ambiente que sirva de continência a suas aspirações e desejos. Além do mais o vínculo com pares em tratamento possibilita um aprendizado e um suporte que independem da presença dos próprios terapeutas. A CT pode ser considerada uma parada temporária na vida do residente, onde ele pode se organizar melhor para enfrentar os desafios inerentes a uma mudança de vida, que se materializam especialmente por ocasião da alta. Segundo a narrativa dos entrevistados abaixo:

Quando se chega a gente se sente protegida do mundo lá fora e depois vai entendendo que é uma preparação para começar a vida novamente. Quando a CT termina é que começa a nossa nova vida. A minha batalha vai começar quando eu sair daqui. (Entrevista n. 26).

Na CT é feito um trabalho, mas lá fora é que você põe tudo que aprendeu em prática. Porque o tratamento é muito abstrato e pessoal e tem muita coisa envolvida na história de vida de cada um. (Entrevista n. 3).

Para além da preocupação centrada na abstinência, as expectativas de alguns dos residentes dizem respeito à resolução de seus problemas existenciais. As narrativas abaixo ilustram o papel atribuído pelos residentes às CTs neste:

O efeito do remédio não resolveu o meu problema existencial. A CT sim. (Entrevista n. 3).

Eu estou vivendo uma sinceridade em minha vida. Muita coisa brotou e muita coisa ainda vai brotar. Não vou ter o padrão de vida que tinha antes, mas com certeza vou ser mais feliz. Quero curtir, aproveitar e vou fazer uma requalificação profissional, mas já estou trabalhando com a hipótese que isso vai ser muito difícil. A empresa não quer este tipo de problema. Trabalhar para mim não é vergonha e nem problema. A CT está me preparando para a vida lá fora. (Entrevista. n.12).

A CT está me ajudando a resolver meus projetos de vida, embora seja um processo lento [...] Ela está me preparando, inclusive, para eu viver na prisão. (Entrevista n. 28).

O plano singularizado de atendimento se constrói na medida em que o processo terapêutico avança, como uma preparação para o enfrentamento da vida fora da CT, o que parece se refletir nos depoimentos abaixo:

É preciso desmistificar o preconceito em torno da dependência química e levar isso para o meu trabalho, porque lá eles ainda não compreendem o

que se passa comigo. O CERENE então vai lá dar uma palestra na minha empresa na Semana Interna de Prevenção do trabalho e tenho certeza que isso vai me ajudar. (Entrevista n. 11).

O preconceito nunca se apaga, mas isso serve como mais uma maneira para você refletir sobre sua conduta diante de terceiros. (Entrevista n. 6).

Agora tenho somente alguns planos para concretizar. Fazer faculdade, quem sabe teologia, embora ainda não tenha certeza, e foi a CT que me ajudou nessa mudança. Ela me apóia e me incentiva a mudança, me acolhe, me dá terapeuta [...] é onde eu me sinto seguro. O ambiente aqui é bom, eu me envolvo no tratamento, todo mundo é igual e fala de igual para igual. Todos são obreiros ou residentes, todos falam, opinam. Até o diretor não toma decisão sozinho. (Entrevista n. 12).

Neste processo mediático de preparação para a vida residentes, egressos e obreiros fizeram menção à relevância do apoio e atenção à família. Devido a importância dada à inclusão dos familiares no tratamento as próximas linhas foram dedicadas a este assunto, tomando emprestada a contribuição de alguns estudiosos sobre o tema.

## 6.4 O RE(ENCONTRO) COM A FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES

Considera Melman (2001) que a sociedade não está preparada para o desafio de acolher e cuidar das pessoas que adoecem mentalmente, com gravidade. A visão preconceituosa em relação ao sofrimento psíquico e à dependência química resulta na marginalização afetiva e social de um número grande de pessoas que necessitam de atenção neste campo.

As histórias de vida dos sujeitos pesquisados permitem observar a dimensão da dor e do sofrimento a que seus familiares foram submetidos em decorrência dos problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias. Os residentes têm sentimentos de culpa para com seus familiares e terceiros e desejam reatar seus laços sociais e afetivos. Mesmo que se considerem carentes de informações qualificadas sobre o assunto, acabam encontrando nas CTs o apoio necessário para

enfrentarem os desafios do seu processo de recuperação.

O investimento na tentativa de resolver os problemas relacionados ao uso de substâncias faz com que os residentes e familiares passem a organizar as suas vidas em torno da dependência, que provoca uma grande ruptura na trajetória existencial. Muitas destas pessoas associaram o vício a perdas, tragédias e catástrofes em suas vidas e parecem ainda serem responsabilizadas e as julgadas pelos eventuais danos causados a si e a terceiros. É difícil, neste sentido, conviver com a perspectiva negativa e estigmatizante relacionada à dependência.

Neste contexto, as CTs pesquisadas parecem se ver como fomentadoras da ampliação da capacidade dos residentes resistirem, crescerem e transcenderem a situação adversa. A proposta é que os residentes transformem a dor em matéria prima para o aprendizado e passem assim a lidar melhor com suas frustrações, tornam-se mais fortes para enfrentar os desafios postos. Através dos grupos de família as CTs investem em terapias que buscam trabalhar com maior profundidade informações, fatos, sentimentos e forças que estão envolvidas com esta problemática.

Paradoxalmente, embora as CTs pesquisadas invistam no modelo familiar, na primeira fase do tratamento promove-se uma separação entre o residente e sua família, de forma que o residente estabeleça o mínimo contato possível com os integrantes de seu grupo parental, bem como de sua rede social.

O isolamento parece prática freqüente nas CTs, assim como em unidades de psiquiatria e nos hospitais psiquiátricos em todo o mundo. A CT parece acreditar que a família precisa ser igualmente tratada, de forma a poder re-estabelecer com mais equilíbrio e competência relações fundamentadas em padrões considerados mais adequados as normas e valores que foram negligenciados no período da dependência. Para este fim a instituição quer funcionar como uma espécie de laboratório social em cujo âmbito na micro político se intensificariam, em um primeiro momento, a liberdade de comunicação e a revitalização das relações entre os pares. Neste momento o isolamento é visto como positivo, para que as trocas se foquem no exercício destas trocas relacionais internas. Em um segundo momento as relações com a família devem ser reavivadas e redimensionadas e finalmente em um terceiro momento, na fase destinada a ressocialização, se revitalizam as relações com a rede externa de apoio social.

No âmbito das instituições totais os residentes podem se identificar com algumas pessoas e profissionais a ponto de constituir

uma identidade familiar que lhes serve de apoio em suas necessidades afetivas e de pertencimento ao coletivo: "Aqui somos uma família. Uma família que nunca tive. Sinto-me amado e acolhido. Uma família de companheiros". (Entrevista n. 2).

As CTs entendem este processo como uma forma de reestruturação identitária dos residentes que atinge suas múltiplas dimensões existenciais. Para alguns residentes entrevistados, as CTs pesquisadas parecem funcionar como um *locus privilegiado* para a criação de possibilidades de vida.

A linguagem e a demanda se constituem a partir de conflitos e acertos que se dão nas relações que se estabelecem no dia a dia. Esse fenômeno envolve eventualmente a negociação entre os residentes e seus familiares, mediados pela equipe terapêutica, cuja função é estimular as partes a discutirem as bases de uma nova relação. Assim, os familiares e residentes são encorajados a voltarem a assumir suas responsabilidades, de forma a poderem enfrentar necessidades mais complexas e abrangentes da existência cotidiana no espaço doméstico, principalmente quando o residente estiver mais preparado para voltar ao seu lugar de origem ou ao completar seu tratamento.

O investimento destas CTs na família é feito muitas vezes por meio das atividades de grupo, onde cada membro deste grupo pode ser considerado um agente terapêutico em potencial para os demais no contexto das relações grupais. Pichon-Rivière (1983) propõe que o adoecimento de um membro do grupo pode ser entendido como um pedido de ajuda e ou como uma forma de preservar o restante do grupo de uma situação destrutiva. Como as mudanças podem gerar resistências, temores e medos é preciso que o sistema grupal dê conta de desintegrar e resignificar os sentimentos emergentes.

Para Maruyama (1963), por sua vez, os desvios em um sistema provocam desestabilizações necessárias para estimular adaptações a novas circunstâncias. Justamente o comportamento desviante é que favoreceria novos níveis de equilíbrio. Desta forma transformações na organização de um sistema qualquer (grupo familiar, por exemplo) envolvem necessariamente algum grau de desorganização da ordem inicialmente estabelecida. Ambientes familiares em que predominam a baixa qualidade das comunicações e violência objetiva ou encoberta, bem como a pobreza material e/ou afetiva, afirma Melma (2001), são campos propícios para o desenvolvimento do sofrimento psíquico.

Para além da preocupação com os sintomas relacionados ao vício, o tratamento do dependente químico deve se preocupar com a mobilização do potencial criativo dos indivíduos, com estratégias e

limites partilhados de forma clara, a fim de que todos tomem ciência e, com isso, possam responsabilizar-se por eles.

Essa contratualização de limites compartilhados é considerada por entrevistados para este estudo como um dos elementos mais positivos do processo terapêutico. Tais limites, que são parte da constituição de novos valores morais a serem adotados, são tidos como fatores de proteção e fontes de organização para a execução de novos projetos de vida.

Minha família está presente em todos os grupos. E isso é bom porque eles estão preparando a nossa família para nos receber. Isso ajuda muito. (Entrevista n. 1).

CT é um lugar que pode devolver a vida para a pessoa. Eu nem comparo a vida de agora com a que tive lá fora. O apoio da minha família [...] estão felizes, tenho paz e eles também, dormem bem, sabem que estou bem e ficam bem e eu fico bem por eles. (Entrevista n. 14).

A CT me ajudou no meu crescimento pessoal. Ajudou para que eu me aproximasse da minha família. Ela reatou os laços destruídos e eu voltei a ter família novamente. (Entrevista n. 6).

Aqui tenho assistência médica, grupos de apoio para os residentes e grupo de apoio à família, da Igreja. Por conta disso, meu relacionamento com a minha família melhorou muito. Estou bem mais feliz. Eu não sabia como era bom viver sem as drogas [...] A CT é um aprendizado para toda a vida. Aqui se aprende a viver, a tomar consciência das coisas da vida. Minha família me disse que estou diferente e para melhor. Hoje faço oração na mesa, valorizo a família e estou me sentindo cem por cento. (Entrevista n. 11).

Além do re-encontro com a família e do sentimento de pertencer a uma família de companheiros, a reconstrução de uma rede de apoio social foi destacada por interlocutores desta pesquisa, como um dos pontos importantes atributos às CTs pesquisadas. A próxima seção tratará do significado atribuído à comunidade de companheiros e à rede de apoio social para a vida dos residentes e egressos.

## 6.5 A COMUNIDADE DE COMPANHEIROS E A REDE DE APOIO SOCIAL

Utilizamos o termo Rede de Apoio Social como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como importantes ou diferenciadas do todo social. Esta rede é formada pelo conjunto de vínculos interpessoais significativos ao sujeito como a família, amigos, as relações de trabalho e de estudo, vínculos na comunidade e vínculos coletivos, sociais e políticos. “Essa rede corresponde a um nicho interpessoal, uma microecologia na qual a pessoa desenvolve um modo particular de expressão da sua singularidade (SLUSKI, 1997, p. 42).

À rede de apoio social, propiciada pela comunidade de companheiros, é dada importância especial pela CT para que os residentes se sintam acolhidos. No relato dos interlocutores desta pesquisa as intervenções relacionadas ao aporte da rede social são apreciadas, mesmo que na maioria das vezes estas se restrinjam as comunidades religiosas a que se sentem pertencidos.

A autora desta pesquisa não pode testemunhar sobre a sensação de acolhimento dos residentes, mas vivenciou o estilo de processamento deste acolhimento nas CTs pesquisadas a partir da relação estabelecida com as direções destas. Tendo já buscado diversas outras instituições para fins similares, de pesquisa de campo, comparativamente estas CTs foram bem receptivas. Recebida "de portas abertas" a pesquisadora teve acesso aos espaços daquele mundo particular e aos atores que buscou entrevistar. Neste intenso percurso etnográfico participou de orações, cultos, grupos terapêuticos, oficinas, grupos com famílias, atividades de lazer e ainda de interações informais. Abriu-se, neste processo, a emoções geradas pela escuta das histórias de vida que lhe foram contadas. E à medida em que se sentia acolhida e respeitada, como costuma acontecer nas pesquisas etnográficas, foram-lhe provocadas reflexões potencialmente transformativas, pois o pesquisador não vivencia o campo apenas a partir de sua própria posição como profissional, mas a como pessoa integral.

Nesta caminhada desvelou-se à pesquisadora a importância da pesquisa qualitativa ao dar voz àqueles que se dispunham partilhar consigo os seus mais íntimos sentimentos. Após cada visita, ao voltar dirigindo pelas estradas catarinenses, a pesquisadora encontrava mais motivos para valorizar o papel da pesquisa e a oportunidade de se sentir parte daquele campo e poder de alguma forma, se possível, ajudar aquelas pessoas.

Em geral, as pessoas entrevistadas relataram que à medida em

que se tornavam cada vez mais envolvidas com a substância que usavam e de que abusavam, mais empobrecida ficava sua rede social. Nas épocas de exacerbação da dependência o contato social se restringia a pessoas envolvidas com o uso de substâncias ou o isolamento tornava-se companheiro da própria dependência.

O uso operacional do conceito de rede social nas CTs pesquisadas inscreve o residente, sua família e algumas pessoas mais próximas, assim como os próprios terapeutas, em um território social que visa, em tese, favorecer que esta comunidade de companheiros sirva como operadora da condição dos seus próprios objetivos e projetos de vida. Esta visão corrobora a de Velho (1999) - quanto mais exposto estiver o ator a experiências diversificadas, quanto mais tiver de dar conta de visões de mundo contratantes, quanto menos fechada for sua rede de relação ao nível de cotidiano, mais marcada será a sua autopercepção de individualidade singular. Neste sentido, as CTs podem servir como laboratórios do processo de socialização, embora carreguem consigo a incoerência de firmar um pacto de separação entre os membros familiares primários, no primeiro momento do tratamento, sob o argumento de melhor prepará-los para uma posterior convivência mais madura e funcional.

A Clínica Ampliada, um dos pilares técnico-assistenciais e teórico-conceitual da RP, investe nas relações e no contexto social. As CTs em tese vão ao encontro deste modelo que investe na presença e na interação como formas de reconstrução de uma rede social mais estável e solidária, embora esta rede possa ser criticada por sua restrição, em muitos casos, à filiações religiodosas.

Melman (2001), chama atenção para evidências de que uma rede social estável, forte e solidária sirva de proteção contra doenças e fator de sobrevivência e de aceleração de processos de cura. O fortalecimento do tecido social de apoio e sustentação pode ampliar e intensificar os mecanismos de produção da solidariedade. Talvez isso induza os residentes e outras pessoas a uma sensação de segurança e acolhimento em CTs. A ambiência protegida e receptiva e o investimento na construção de vínculos, bem como uma relação contratual, de direitos e deveres, fazem parte, nas CTs, do discurso voltado para os processos de mudança.

Os mecanismos de identificação entre os membros dos grupos podem trabalhar para o aumento do grau de coesão e continência destes, estimulando-os à formação gradativa de elos de confiança. Estes são necessários para que se possa expressar, não apenas a partir daquilo que é comum com o outro, mas também, incluindo os aspectos que

diferenciam e asseguram a singularidade. Uma questão de alteridade.

O processo de subjetivação passa pela afirmação da singularidade, que pode ser buscada por meio de atividades grupais onde estejam presentes estratégias para ampliar a descoberta de novas facetas e papéis.

A abordagem interpretativa adotada nesta pesquisa, no que concerne à visão de significados, se apóia, portanto, na concepção de Melman (2001), onde a noção de singularidade é construída mediante um processo permanente de subjetivação, atrelada à própria trajetória do sujeito. Esses processos de subjetivação são variáveis e se realizam segundo percursos e regras diversificados e que se revelam como de grande importância para os sujeitos desta pesquisa. Buscamos contemplar esta discussão na próxima seção.

## 6.6 O ISOLAMENTO COMO PROTEÇÃO E AS REGRAS COMO APRENDIZAGEM

No imaginário de residentes, as CTs podem se situar como um local de produção de novos modos de existência e de indução à descoberta de novas possibilidades de vida, tornando cada um deles autor de sua própria caminhada. Nessa perspectiva os residentes passam a ser considerados experimentadores de sua própria singularidade, em busca de formas inéditas de ser e de estar no mundo. Neste sentido, olhar estas Comunidades apenas como serviços moralizantes – por suas regras rígidas e coercitivas - seria apreendê-las sob uma forma reducionista.

Os os residentes avaliam os processos de subjetivação em virtude da consciência que vão adquirindo a respeito das conseqüências de adotar um determinado estilo de vida São estimulados a administrar a própria existência segundo valores e entendimentos, que advêm das religiões professadas nestas CTs.

Chama a atenção a necessidade de muitas destas pessoas procurarem, voluntariamente, um refúgio, longe da comunidade em que viviam, Tal medida se constitui em uma tentativa, às vezes desesperada, de proteção, como parte da busca de recuperação. A oferta de regras que remetem ao auto-cuidado funda-se, em tese, na idéia de despertar o interesse sobre a importância de dedicarem maior tempo a si mesmos, como se percebe em alguns depoimentos:

Eu só queria que fosse um lugar distante de onde eu morava para não facilitar a minha saída atrás das. (Entrevista n. 29).

Nós temos regras a seguir [...] um regimento a cumprir, hora para dormir, lazer, comer. Essa rotina definida é muito importante. Estar com a barba feita, o cabelo cortado curtinho, limpo [...] isso eu já estava perdendo lá fora. Não cuidava mais de mim. (Entrevista n. 23).

Na busca por novos sentidos a relação entre os pares (os residentes) é tida como elemento multiplicador de experiências, onde cada um tem a possibilidade de exprimir o que tem de melhor e investir naquilo que julga necessitar melhorar. Através do aprendizado de vida por meio dos outros companheiros, explora-se as provações e os triunfos, as forças e as fraquezas, aprendendo-se a perceber as próprias batalhas cotidianas. Ao tentar-se se valer das habilidades dos outros, descobre-se um manancial de conhecimentos e um guia de vida com profundas implicações para a transformação pessoal e global. Essas habilidades tendem a maximizar o potencial como indivíduos e melhorar coletivamente o mundo, partindo do equilíbrio como ponto de partida (CHOPRA, 2012).

Em analogia ao pensamento de Melman (2001), as CTs pesquisadas alegam ancorarem-se na experimentação do real, constituída por diálogos que promovem a articulação de diversos pontos de vista. Isso pode ser considerado o gatilho para que o residente problematize a si próprio e utilize a experiência do mundo como instrumento de transformação de si mesmo e do meio que o circunda.

A realidade vivida nestas Comunidades parece ser fruto de acordos narrativos nos quais os modos de pensar e organizar o mundo são elaborados para estimular a criação de outras formas de ver e descrever os problemas. E ao entrarem em contato com sua própria consciência os residentes parecem que buscam reconciliar as oposições de sua própria vida. Neste caminho, estar e se manter em sobriedade parece ser condição primeira de fortalecimento da pessoa para que ela tome decisões claras e efetivas. O trabalho das CTs é potencializar estas tomadas de decisões, criar oportunidades através de convênios, cursos, articulações institucionais com os serviços públicos e privados.

Eu me sinto muito beneficiado na CT. Ter voltado a estudar, ter muitas palestras sobre as drogas, seus

efeitos e de como lidar com isso, sobre a Bíblia e também sobre coisas da vida, além de ter apoio da assistência social, dos grupos com a psicóloga e tudo mais [...] ajudam a ter um projeto de vida [...]. Quero voltar a ter convivência com a minha filha, minhas irmãs e minha esposa. Estou estudando, pensando em concluir a oitava série e fazer um curso na capitania para melhorar a minha categoria, trabalhar num rebocador ou numa plataforma de petróleo. Não quero voltar mais para a pesca [...]. (Entrevista n. 1).

As técnicas empregadas nas CTs servem de elaboração simbólica das vivências e conflitos. Uma das tarefas mais desafiantes das CTs etnografadas talvez seja a de estimularem a responsabilidade na implantação de ações e projetos coletivos. O sucesso, neste sentido, é o aprendizado do compartilhamento com os outros, como ilustram os depoimentos abaixo:

Você acorda com os outros residentes, dorme junto, mais até do que com sua própria família [...] você aprende a viver junto e cria laços profundos de amizade. (Entrevista n. 4).

Eu vim não só para parar de usar drogas mas aprender um pouco [...] mudar de vida. Ter a oportunidade de conviver com as mesmas pessoas que possuem problemas como o seu é uma oportunidade única [...] as pessoas aqui sabem o que é estar fissurado. É uma troca de informações a qualquer momento. Mas tem àqueles que te instigam e te dão fissura ao falar da droga e você tem que ficar longe deles. Eu aprendo a partilhar, a ouvir, a ter responsabilidade e a se controlar e a viver com conflitos e problemas. Hoje eu consigo controlar minhas emoções. Aqui eles só nos mostram o caminho. A vontade vem e passa. (Entrevista n. 25).

O mais importante para minha recuperação foram os exemplos de vida que encontrei aqui. (Entrevista n. 30).

A melhor coisa na CT é o grupo terapêutico psicológico. Todos falam, aprendemos uns com os outros na troca de experiências onde a gente vê que não está sozinho. Desde o primeiro grupo de sentimentos, até os terapêuticos e os de prevenção à recaída sempre se aprende muita coisa. Aprendo com

os novatos onde procuro fazer aqui o que me disseram 'aprenda a absorver tudo o que for de bom aqui para você'. (Entrevista n. 17).

A convivência impõe grandes desafios, tornados mais complexos quando se considera o fator religioso, com valores morais a serem internalizados na (re)construção de projetos de vida. Grandes desafios como por exemplo de se trabalhar com o tema sexualidade, para o qual, na visão de alguns residentes, nem sempre a CT está preparada. Este é o assunto destinado à próxima seção.

## 6.7 SEXUALIDADE: O QUE OS OLHOS NÃO VÊEM O CORPO NÃO SENTE?

Um dos temas que mais despertou a atenção da autora, a partir de seu interesse sobre questões de gênero, diz respeito à sexualidade. O assunto parece se reduzir à simples negação ou ao compromisso ético com a disciplina moral. Pareceu à pesquisadora haver uma discrepância entre o pré-estabelecimento das regras nestas Comunidades e o preparo dos residentes para lidar com elas.

Quase todos os sujeitos entrevistados ao abordarem o tema sexualidade afirmaram que nas CTs pesquisadas é proibido fazer sexo ou praticar qualquer conduta que ponha em xeque os bons costumes acordados no processo de admissão do residente. Porém, em uma das CTs foi relatado por um residente que mesmo sendo proibido, pode "rolar sexo" de maneira escondida.

Em termos éticos o tema é carregado de ambigüidades inclusive por parte de terapeutas e dirigentes. Não cabe questionar aqui se o sexo deve ou não ser permitido nas CTs ou em qualquer outro dispositivo da rede de atenção à saúde. A questão emergente, em nossa visão, é a do direito do residente de preservar sua saúde através da informação, da conscientização e mesmo da oferta de preservativos.

Do ponto de vista do Sistema Único de Saúde, acima de qualquer outro interesse está a saúde do sujeito que não pode ficar submetida a uma pré-concepção da existência que nem sempre corresponde à realidade. Reside aí um grande desafio à CT, o de adentrar o campo da redução de danos, superando a idéia de que tais medidas sejam estímulos a comportamentos moralmente questionáveis. Para além do ato moral, cuida-se da saúde, um bem, em nosso campo profissional, de absoluto valor.

A autora enxerga esta questão também sob seu olhar de vigilante sanitária preocupada com os rumos que o tratamento moral, sustentado por dogmas religiosos, possa tomar ao negligenciar a saúde dos sujeitos que, por via de comportamentos de risco, tenham se colocado em situações de vulnerabilidade, no que diz respeito a sua saúde. Além do risco provocado pela negação da informação e de elementos protetores, a religião e a religiosidade podem apresentar outros negativos para à saúde, tais como estabelecer padrões de conduta moral de difícil alcance, produzindo a sensação de culpa, insuficiência e baixa de auto-estima (Dalgallarrondo, 2008),.

Neste contexto, a autora encontrou indícios de rejeição e discriminação contra sujeitos com orientação homossexual numa das CTs pesquisadas, tanto pelos terapeutas que ali trabalham quanto pela própria comunidade de companheiros. A complexidade do tema pode ser apreendida através da próxima narrativa:

Sexo rola e as pessoas aqui não podem usar camisinha porque eles confiscam. Todas as minhas foram retiradas porque aqui não pode fazer sexo, mas eu sempre tenho as minhas escondidas porque sou muito assediado [...]. Aqui na CT estou criando um potencial muito forte suicida porque eu vim pela minha família e não por mim. Não sei se estou encontrando aqui o que vim buscar. Por conta de injustiças dizendo que estou fazendo sexo com outras pessoas, mas é tudo mentira [...]. Sexualidade não se discute aqui e eu não coloco este problema nos grupos porque acho que não estão preparados. (Entrevista n. 37).

Na próxima seção analisamos a percepção da importância das CTs para o processo de mudanças principalmente a partir dos programas terapêuticos que transcendem ao território da própria CT, adentrando outros mundos potencialmente reabilitadores.

## 6.8 ABRINDO-SE À METAMORFOSE PARA ALÉM DOS MUROS

Além dos recursos e práticas terapêuticas já anteriormente comentados encontros, as festas e os passeios externos foram mencionados por muitos residentes e egressos como significativos para o tratamento. Para Roeder (2008) estes são recursos terapêuticos capazes

de favorecer uma abertura “para fora” e para além dos circuitos estigmatizantes das pessoas em sofrimento psíquico. Estas pessoas ao experimentarem sair de si acabam abrindo-se para uma metamorfose. Nestes lugares, é “onde as identidades, mais ou menos endurecidas ficam perturbadas” (Melman, 2001, p. 129), e onde se pode arriscar ir além do que se é. Neste momento parece que os residentes buscam se superar e ultrapassar a si mesmos. São momentos onde eles colocam em prática a vivência dos valores absorvidos durante o tratamento e onde eles podem vivenciar relações de uma maneira menos formal. Trata-se de uma apropriação cultural e territorial que se estabelece no plano emocional.

A alegria, o humor e a curiosidade por novas paisagens e novas experiências parecem funcionar como um antídoto contra a melancolia, a saudade dos entes queridos e o negativismo que impede que a esperança aflore e perdure. O humor torna-se mais leve e a experiência do sofrimento e o cotidiano massacrante de paisagens repetitivas do dia a dia passam a serem diluídas em cenários que despertam os residentes para novas aprendizagens e sentimentos. Através destas vivências é que nas CTs se estimula a capacidade vocativa dos residentes ao se despertarem desejos, emoções e pensamentos por vezes desconhecidos. Isto se estende para a própria percepção sobre o autoconhecimento.

É no corpo, como território onde se sucedem coisas e como ponto onde flui a vida social, que são engendrados sentimentos que movem pensamentos e que incluem sensações próprias permitindo, com isso, a troca entre estranhamentos e pertencimentos do conteúdo imaginário que foram surgindo no cenário da vida, que se dá ainda, por meio da construção de estruturas realistas (ROEDER, 2003).

Para os residentes das CTs pesquisadas, as atividades extra-muro são verdadeiros territórios de construção de novas experiências, possibilitando novos contatos e comunicações diversas. Como descreve Melman (2001, p. 130) “desorganizam-se o tempo e os espaços, para despontar uma nova ordem, novos modos de viver o momento”.

Para ilustrar as colocações acima destaca-se um dos depoimentos coletados:

Ontem nós saímos e conversamos com outras pessoas, vimos lugares diferentes e eu me lembrei da minha infância [...] É também uma maneira de me distrair e esquecer a saudade da família. Quando eu volto de fora eu fico mais alegre e com mais vontade de continuar o meu tratamento. Eu me sinto morador da comunidade. As pessoas da comunidade até já me conhecem e eu me relaciono com elas. (Entrevista 3).

Essa descoberta de novas paisagens imprime conseqüências diretas na vida dos residentes como, por exemplo, o aumento da autoestima, que será objeto de interesse das próximas linhas.

## 6.9 RECUPERAÇÃO POR MEIO DA AUTOESTIMA

Um significado especial para os entrevistados desta pesquisa refere-se à re(conquista) da autoestima propiciada por meio do tratamento.

Auto estima pode ser definida como o valor que a pessoa dá a si mesmo em termos físico e emocional. É um ato de amor e de confiança consigo mesma, ou seja, o quanto ela se valoriza. Ter autoestima significa sentir-se alguém de valor e capaz de enfrentar desafios, perseguir objetivos e desenvolver soluções. Quanto maior a autoestima, mais facilidade terá a pessoa em lidar com perdas, sofrimentos e desafios. Pessoas dotadas de nível saudável de auto-estima mesmo que ainda se sintam inseguras ou sem esperança em determinados momentos de sua vida, parecem vencer mais facilmente estas fases, pois recuperam o foco positivo da vida com maior rapidez do que àquelas que não se valorizam. Ser notado, ser aceito e ser amado são necessidades básicas que contribuem para a autoestima (MARINI, 2012).

Sustenta Marini (2012) que cultivando a autoestima uma pessoa será mais consciente e mais responsável por seus atos. Sentirá que está mais íntegra e que é alguém valioso para si mesma. Aprenderá que merece ter atitudes de carinho consigo mesma, e como é importante sua própria companhia. A autoestima refere-se à confiança no próprio potencial, à certeza da capacidade de enfrentar os desafios da vida, à consciência do próprio valor e ao direito ao sucesso e à felicidade. (CERQUEIRA, 2004).

Os termos autoconceito e autoestima são muito semelhantes em seu significado. Autoconceito pode ser definido como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controlando o processo informativo relacionado consigo mesmo e exercendo uma função de auto-regulação (TAMAYO, 2001). Este autor considera o autoconceito a partir de três componentes: a autoestima, a percepção de si mesmo e o comportamento.

A autoestima constitui um dos determinantes mais importantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social do indivíduo, sendo o componente avaliativo do autoconceito. A percepção de si diz respeito

às características e habilidades que o indivíduo possui ou deseja possuir, representando o aspecto cognitivo. O comportamento constitui a auto-apresentação.

Um dos significados aventados por interlocutores desta pesquisa, ao se referirem às CTs em que se encontravam em tratamento, é que estes serviços estão desenvolvendo neles um sentimento positivo de autoconceito e de autoestima. O resgate da auto estima parece que se dá pela busca pelo autoconhecimento. Esta viagem de autodescoberta lhes traz, aparentemente, um sentimento de segurança para enfrentarem os desafios inerentes ao processo de mudança.

As estratégias empregadas nas CTs visam, em tese, despertar nos residentes uma imagem positiva sobre si mesmos. Esta é uma maneira de fomentar uma disposição para a mudança da realidade, a partir da reconstrução do amor próprio destes sujeitos. Estas constatações podem ser ilustradas por meio das narrativas a seguir:

Gostei de cuidar de mim e me conhecer. Na fase crítica que eu estava não tinha auto-estima. Hoje adoro me olhar no espelho tenho auto-estima. Estou feliz. (Entrevista n. 3).

Hoje estou numa cadeia evolutiva de transformação. Eu voltei a ser uma pessoa verdadeira comigo mesma. Eu não vou mudar o mundo senão mudar a minha realidade [...] meu espírito foi gerado novamente. Uma mudança de dentro para fora. Uma renovação a cada dia. Uma auto descoberta [...] aprendi a me amar . (Entrevista n. 23).

Eu sinto mudanças de como eu era e de como sou agora, uma pessoa segura, confiante, com caráter, que voltou a acreditar, a ter esperanças, gosto muito mais de mim, muito! Tenho dificuldades, mas aprendi a pedir socorro. A expressar isso de tal forma e com pessoas que sabem lidar com isso e se prepararam para isso. O que aprendi aqui se leva para a vida. A CT opera grandes mudanças em nossas vidas. Primeiro é a melhora na relação com a família, a auto estima é recuperada. Comecei a pensar sobre o futuro e não mais sobre a droga. Os planos agora são reais. O dependente químico tem muitos planos, mas nunca termina o que começou e eu estou começando ao decidir terminar o tratamento. Não como quebra deste tabu, mas pelo que perdi e quero reconquistar. Quero voltar para

minha casa, voltar a trabalhar como caminhoneiro, curtir minha filha de oito anos. (Entrevista n. 27).

Estes sentimentos positivos que os residentes e egressos se referem ter conquistado por meio da CT, os possibilita avançar no sentido de se re(encontrarem) com o seu Poder Superior, com o outro, consigo mesmo e até com o próprio sentido e a própria perspectiva de vida. Dada a sua importância para os interlocutores desta pesquisa este tema será objeto da próxima seção.

## 6.10 O RE(ENCONTRO) COM DEUS, COM O OUTRO, CONSIGO MESMO E COM O SENTIDO DA VIDA

A partir do momento em que os residentes e egressos cultivam sentimentos mais positivos sobre si mesmos e se abrem para a vida se dão conta da importância de se aproximarem de outras pessoas. Se dão conta também de que podem melhorar a qualidade das suas relações sociais, de forma a contribuir para a viagem de autodescoberta, justamente por meio de experiências compartilhadas. Tornam-se conscientemente motivadas para atuarem em seu mundo e serem agentes modificadoras da sua própria história. "A CT me abriu a mente sobre a importância de se conversar, se relacionar melhor com os outros, a importância de eu me aproximar das outras pessoas". (Entrevista n. 1).

As CTs pesquisadas, através de seus recursos terapêuticos, parecem ter contribuído para melhorar a perspectiva de vida dos residentes e a restituir-lhes o sentimento de esperança. Os relatos são de que se sentem ouvidos, protegidos e valorizados como pessoas dotadas de potencial e que têm a responsabilidade de agirem como protagonistas de sua própria história, engajam-se de forma mais confortável em seu processo de mudanças:

O que mais mudou em mim com o tratamento foram as minhas idéias e a perspectiva de vida, a alegria de viver que me foi restituída. (Entrevista n. 22).

Aqui você aprende a confiar na vida, a viver com a sua família. (Entrevista n. 3).

Aqui estamos protegidos, lá fora é outra história. Aqui eles te dão caminho, te fazem encontrar um sentido para sua vida. Você tem a oportunidade de nascer como pessoa, passar a se sentir valorizado, sua auto estima melhora e assim você se sente feliz novamente. (Entrevista n. 24).

Para além dos sentimentos positivos de bem-estar advindos do processo de mudanças, existem grandes desafios a serem enfrentados pelos residentes e egressos no que diz respeito ao processo de recaída, que já foi abordado em outros momentos deste estudo. Partindo das contribuições de Cury (2006), diante de qualquer foco de tensão ou diante de qualquer turbulência emocional e de pensamentos angustiantes, cumpre ao sujeito resgatar sua liderança e administrar, discutir, criticar, a fim de encontrar um novo significado para esse foco de tensão. A recaída, um fator de sofrimento psíquico, requer estratégias de enfrentamento de forma que o sujeito possa organizar melhor a sua vida. Como relatou um dos entrevistados:

As experiências de outras pessoas me ajudam em minha autodescoberta [...] mas também é um tempo necessário de organização da minha vida após a recaída, porque a gente fica psicologicamente muito abalado. (Entrevista n. 10).

No lidar com a recaída é importante usar as forças internas afloradas por meio de atividades de forma a exercer habilidades re(aprendidas). Reside aí parte do incentivo a retomar a própria vida. O re (encontro) de um sentido para a vida apareceu com grande frequência nos depoimentos coletados:

Eu aqui conheci as minhas qualidades e me dei conta dos meus defeitos e aprendi a lidar com eles. Isso é importante lá fora quando for procurar um emprego, me relacionar com os outros, saber para que lado devo seguir [...] Eles não te dizem o que fazer na CT mas mostram caminhos, mostram que temos habilidades e nos incentivam. (Entrevista n. 30).

Para mim, CT significa um tratamento, uma limpeza cerebral, vamos esquecendo de coisas ruins e nos ajudando em nossos projetos de vida. Já estou tentando arrumar um serviço lá fora e a CT está me ajudando a encontrar um serviço. Não mais de pintor, porque tinta tem muita química. (Entrevista n. 18).

Este capítulo vem buscando destacar os significados atribuídos às CTs para o processo de recuperação dos residentes e egressos com base em categorias construídas a partir dos relatos dos interlocutores desta pesquisa. O conteúdo da próxima seção dedica-se às principais diferenças encontradas entre as CTs pesquisadas e os outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde Mental e à Atenção Psicossocial, já sinalizadas em

várias narrativas até aqui apresentadas.

## 6.11 DIFERENÇAS ENTRE A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E OUTROS DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No capítulo II discorreu-se sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender as demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, tratando desta Rede segundo as determinações da Portaria MS nº 3088/2011 (BRASIL, 2011a).

A estruturação e a implantação dos serviços que compõem a RAPS evidenciam, por um lado, os inúmeros avanços decorrentes dos processos das RS e RP; por outro lado demonstram, também, a presença de constantes conflitos que se apresentam nos campos teórico e prático, cujas lógicas nem sempre são da mesma ordem. O fato é que ainda se observa um conhecimento modesto sobre as possibilidades e atribuições dos diversos dispositivos da Rede, sobretudo no que concerne à sua qualidade de articulação e integração.

A rede de atenção à saúde pode ser compreendida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b). As discussões que se relacionam à estruturação de uma rede de atenção estão, portanto, associadas ao conceito de integralidade e de integração de serviços.

Do ponto de vista histórico, a idéia de “rede de atenção à saúde mental” ganha maior consistência e visibilidade a partir de meados da década de 1980 (AMARANTE, 1995). Um dos acontecimentos importantes para a consolidação da RP Brasileira foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001 (BRASIL, 2002a). Esta repercutiu no território catarinense através da III Conferência Estadual de Saúde Mental (SES, 2001), favorecendo o protagonismo dos usuários na construção da própria Rede e recomendando que os cuidados oferecidos às pessoas com agravos decorrentes do uso de substâncias sejam territoriais, articulados e comunitários.

A noção de rede em saúde mental reveste-se de diversas acepções. O estudo bibliográfico, descritivo e de natureza quantitativa de Fuente *et al.*, (2009) constatou que trabalhos científicos publicados entre os anos de 1997 a 2008, apontam, de modo geral, para os avanços efetivados na constituição, implementação e

consolidação de estratégias e serviços substitutivos ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica. Neste período detecta-se a construção de uma atenção que enfatiza as inter-relações, possibilitando a circulação, a troca de experiências, a colaboração e o aprendizado coletivo. Por outro lado, a pesquisa também revelou inúmeros desafios a serem superados para que a rede de atenção à saúde mental possa, de fato, consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, de maneira a responder às demandas dos potenciais usuários desta rede.

A integralidade, enquanto um dos princípios que norteiam o SUS, pressupõe atenção integral em saúde, que para além das ações curativas deve ter um enfoque especial nas ações de promoção, prevenção e reabilitação. Além disso, a organização dos serviços e das práticas de saúde deve relacionar as ações em saúde coletiva com a atenção individual, necessitando uma horizontalização dos programas.

A integralidade da atenção, segundo Lyra (2007), permite o contato e o acolhimento do sofrimento psíquico apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem como foco primordial a doença e a conseqüente intervenção. Nesta concepção é preciso identificar o sujeito em sua totalidade, o cuidado compreende o indivíduo dentro do seu contexto social, político e histórico relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte. O SUS procura superar, desta forma, a hospitalização, a medicalização, o isolamento e a perda da autonomia.

O desafio que se coloca a partir da integralidade é em não se trabalhar com uma visão linear que negligencia uma gama plural de profissionais e saberes e que não leva em consideração à dimensão subjetiva. Neste sentido, ainda aponta Lyra (2007), a integralidade pressupõe a inserção social dos sujeitos em sua comunidade e em articulação com sua família, bem como a atuação multidisciplinar, com participação ativa e intensa do serviço social, das ciências e serviços ligados a cultura, justiça, habitação, entre outros.

Apesar dos avanços no campo da saúde mental e atenção psicossocial, ainda está longe a reversão do modelo hospitalocêntrico para um baseado em serviços comunitários. A criação de leitos em hospitais gerais é ainda incipiente em relação à demanda. A maior parte dos usuários, em com quadros agudos continua sendo internada nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, o número de CTs no território nacional está crescendo a passos largos e estes serviços vão se legitimando como portadores de um saber próprio que se consolida no campo dos agravos decorrentes do uso de substâncias.

Já aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, foi delegado o

atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em uma área territorial (BRASIL, 2004a). A expansão dessa forma de atendimento no país indica que, como política pública de atenção em saúde mental, os CAPS têm sido percebidos como tendo potencial para responder, de forma efetiva, às questões locais, configurando-se como um dos equipamentos centrais na implantação do Sistema Local de Saúde Mental. Por outro lado, fatores técnicos, políticos, econômicos e culturais, entre outros, não permitem que esse processo ocorra de forma linear e homogênea.

Os CAPS surgem como uma possibilidade de assistência em uma proposta mais ampla de uma rede de cuidados em saúde mental. Uma rede que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias. O conceito de integralidade remete então à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhum deles, por si, dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. A mudança do enfoque exige, para tanto, a implantação de uma diversidade de equipamentos que respondam aos diferentes momentos e necessidades das pessoas (ROEDER, 2012).

Os depoimentos dos interlocutores desta pesquisa ecoam muitos dos de desafios que ainda precisam ser equacionados, de forma a que se constitua, efetivamente, uma Rede de Atenção Psicossocial. Residentes entrevistados sequer tinham a noção de que existiam CTs ou qualquer outro tipo de serviço destinado à atenção à saúde de usuários com agravos decorrentes do uso de substâncias. Encaminhados por seus familiares a instituições religiosas, acabaram tendo a internação em CT, a única opção oferecida, dada a forte cultura de internação vigente. Como disse um dos entrevistados: "Estou há 120 dias internado. Primeira internação. Nunca estive em CAPS ou outro dispositivo, nem sei o que é isso." (Entrevista n. 24).

O momento da internação é muitas vezes de desespero, de busca, de necessidade de ser acolhido "Você chega aqui apavorado, assustado, com medo, envergonhado, acuado, mas acaba acolhido. Lá fora não". (Entrevista n. 3).

Existem residentes e egressos que já passaram por outros serviços da rede de atenção psicossocial, mas que não se adaptaram ou apreciaram a forma como estavam sendo acolhidos ou tratados ou o tipo de tratamento oferecido deixava muito a desejar:

Eu já perdi as contas do número de internações. Mais de 10. Já estive em clínicas e hospitais psiquiátricos e gerais e em CAPS. O CAPS não é um modelo que funcionaria comigo. Eles fazem atividades durante o dia onde você se sente segura. Tem lanche, grupos, [...] mas chega no final do dia e se está livre e é só ligar para seu moto-táxi que ele leva a droga em casa. No AA e no NA é assim também, mas tem pessoas maduras tentando se ajudar mutuamente. Hospital psiquiátrico também é muito diferente de CT [...] Eles não prestam atenção em você, não tem laborterapia que é de grande importância porque nos estabelece disciplina, rotina, responsabilidade, senso de trabalho em equipe e desenvolve uma série de valores. Ficar numa cama esperando o remédio como é feito no hospital não funciona [...] Passei o dia trabalhando e é uma parte chata, mas que funciona. (Entrevista n. 28).

A importância de se ter um serviço que sirva como contingente e que inspire segurança, conforto e uma possibilidade de cura ainda passa, na visão dos interlocutores desta pesquisa, pela a internação em CTs. Esta é apontada como possibilidade de enfrentamento das crises de abstinência, ao contrário do regime ambulatorial oferecido pelos CAPS. "Acontece que no CAPS eu só ia duas vezes por semana e não estava me resolvendo e por isso vim parar na CT, para me conhecer melhor e largar as drogas. Isso tem funcionado. (Entrevista n. 36)".

O trabalho fundamentado na espiritualidade e na religiosidade é considerado, como destacado anteriormente, um forte fator de proteção para quem pretende abandonar o consumo de substâncias.

A CT é muito importante porque parar sozinho não dá. No Hospital eles não falavam em espiritualidade e a droga entra e me dava vontade de usar [...] aqui eu levo a sério o tratamento e nem me dá vontade de usar". (Entrevista n. 18).

Já estive em hospital psiquiátrico e em outras CTs. A grande diferença do tratamento destes serviços é a parte espiritual, mas mesmo eu me dedicando ao programa terapêutico destas instituições percebi que o que necessitava era de apoio espiritual, de um relacionamento com Deus, embora sempre tivesse sido uma pessoa cética. (Entrevista n. 10).

Lá no CAPS não se trata do espírito, só do físico. Se você estiver corado, gordinho e bonitinho parece ser suficiente para o CAPS. Já na CT há algo mais, é um serviço que trata de pessoa inteira. (Entrevista n. 6).

O tempo destinado ao tratamento, bem como a horizontalidade das relações, também parecem ser muito importantes permitindo maior internalização do programa terapêutico, conforme parecem sugerir os depoimentos a seguir:

O tratamento na CT precisa ser longo, por isso a importância dos nove meses. As vezes até mais tempo é preciso para mudar os hábitos e internalizar o programa terapêutico [...] Aqui não existe uma hierarquia, tudo é sugerido e nada é obrigado como numa clínica onde o paciente é obrigado a tomar os remédios e se submeter aos horários do médico. Aqui todos falam de igual para igual. (Entrevista n. 33).

Eu estava em tratamento no CAPS de [...] há três anos e nunca deu certo porque é um tratamento que a gente fica em casa, de dia no CAPS e à noite vai para casa. Por isso procurei me internar longe de [...] para ficar longe das drogas e da minha rede social, pois em [...] já sabia onde encontrar as drogas. E pela primeira vez, nesta CT, consegui ver o que é viver sem as drogas [...] O CAPS também era legal, mas eu sempre recaía. (Entrevista n. 11).

A redução de danos (RD) se contrapõe às propostas terapêuticas das CTs, na medida em que a abstinência se constitui numa das grandes metas do modelo de CT. Neste sentido, muitos residentes manifestaram sua preferência pelo foco na abstinência, por se sentirem incapazes de administrar, nas fases mais críticas do tratamento, uma situação de vulnerabilidade, facilitada, no entendimento deles, pela possibilidade do uso. A RD é vista, nesta ótica, como permissividade e perigosa, facilitando a recaída e dificultando a manutenção do tratamento.

O uso da medicação como recurso terapêutico maior no campo da saúde mental e atenção psicossocial é também muito combatido pelos residentes, que referem que tanto nos CAPS quanto nas clínicas psiquiátricas eram somente medicados e faltava investimento em outras dimensões da vida, o que favorecia a tão temerosa recaída.

Tive uma recaída e tinha feito tratamento com médico psiquiatra particular e tomava remédio. Isso em São Paulo. Na época só tomava remédio e ficava afastado do serviço em casa [...]. Depois de seis meses sóbrio tive outra recaída. Aquele método de medicação com médico particular até você consegue manter, mas de repente a casa cai. (Entrevista n. 3).

Eu já estive em clínica psiquiátrica e em tratamento no CAPS, mas não gostei muito porque na clínica eu ficava dopado 24 horas, ficava na cama, a comida era horrível, tomava só remédios. Aqui não, estou sempre entretido com alguma coisa, e é bem melhor. (Entrevista n.14).

Eu ia para (o CAPS) ficava durante o dia e só à tarde lá e saía de lá tinha contato com a droga. Chegava a ir lá com a droga no bolso para depois usar. Tem que tem um lugar para se afastar e se proteger. O CAPS não acolhe, o trabalho é sempre superficial. (Entrevista n. 1).

Se fosse me tratar em clínica [...] me disseram que você fica dois meses à base de remédio e isso para mim não resolve. Aqui não tomei remédio. Eu acho que quando passa o efeito do remédio a pessoa volta a beber, tem que ser um tratamento que mexa com a cabeça. Combater droga com droga não está com nada [...] Aqui se trabalha a pessoa, o ego da pessoa, o remédio deixa para àqueles que querem curar uma gripe. (Entrevista n. 12).

Em geral os entrevistados declararam que os tratamentos que tiveram antes das CTs eram superficiais, pois para além das suas necessidades de melhorar sua condição física, problemas da ordem da dimensão psicossocial e espiritual eram negligenciados, como apontam os depoimentos abaixo:

Particpei do CAPS também, mas ele é somente um apoio ambulatorial, pois o tratamento é muito superficial. No meu caso que é o crack, só a CT funciona. Devido ao crack me transformei em morador de rua e fui acolhido numa instituição e pedi ajuda numa ONG. Lá de dia se toma banho, troca-se de roupa, eles dão comida e eu morei sete meses na casa. Mas foi na CT que me encontrei e reformulei a minha vida. (Entrevistado n. 10).

Essa é a minha trigésima sétima internação. Já estive em CAPS. Lá é mais liberal, somente um apoio na área psicológica e psiquiátrica. A política deles é a Redução de Danos e na CT a religiosidade. Na CT nos apegamos a Deus e utilizamos isso como sinônimo de defesa [...] Vim para a CT fazer tratamento de hepatite C. Eu preciso de um ambiente controlado, com regras claras de alimentação, sono, repouso e uma disciplina mais rígida, coisa que eu não conseguiria fazer sozinho lá fora [...] O sistema de tratamento na CT é muito envolvente, muito sutil. O carinho deles é muito grande. Isso é que faz a diferença dos outros tipos de tratamento. Eles fazem com que a pessoa desperte para o tratamento, quase que automaticamente. (Entrevista n. 5).

Com a falta de articulação dos serviços na RAPS catarinense e com as dificuldades inerentes aos programas terapêuticos, a demanda por serviços voltados para usuários de substâncias não para de crescer. Particularmente, há uma deficiência capital de serviços para o público feminino, adolescentes, portadores de HIV/AIDS e outros, inclusive voltados para uma demanda ainda invisível, a chamada demanda reprimida, no território. Como aponta uma das entrevistadas: "Eu conheço tantas mulheres que bebem, mas que não sabem e não têm onde fazer tratamento [...] A mulher sofre muito preconceito e nem sempre tem alguém que estenda as mãos como fizeram comigo. (Entrevista n. 27).

Finalmente, há de se considerar também que, no Estado de Santa Catarina, a atenção básica parece que ainda não está efetivamente presente no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e a comunicação entre CTs e outros serviços da Rede, para além dos CAPS, parece ser muito restrita e modesta. Ademais, a recomendação da legislação vigente que delega aos CAPS a responsabilidade por um programa terapêutico, que nem sempre é executado no próprio CAPS e sim na CT, revela a precariedade das estratégias adotadas para a constituição da própria rede.

Partindo dos temas construídos pelos interlocutores desta pesquisa sobre os significados das CTs pesquisadas para a vida dos seus residentes e egressos e a partir de uma análise sobre os desafios que se apresentam na consolidação de uma rede de atenção psicossocial em Santa Catarina, o próximo capítulo discorre sobre os significados destes serviços à luz das RS e RP.



## **CAPÍTULO VII**

### **COMUNIDADE TERAPEUTICA: NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSQUIÁTRICA?**

Este capítulo trata das RS e RP como processos políticos de transformação social buscando encontrar elementos que podem ser considerados convergentes ou divergentes do que se preconiza em termos de serviços sob a ótica destas reformas. O objetivo é fundamentar uma síntese, ao final da dissertação, dos significados atribuídos às CTs pesquisadas, a luz das dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

O entendimento do processo de RP foi aqui baseado nas idéias de alguns autores que se dedicam ao campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial como: Amarante (2007); Gofmann (1974); Foucault (1983); Baságliá (1985); Guattari (1986); Teixeira (1993; 2001); Pitta (1992; 1996); Costa-Rosa (2000); Leone (2000); Rotelli et al. (2001); Torre e Amarante (2001); Maia e Fernandes (2002); Roeder (2008); Yasui (2010); Oliveira (2012), dentre outros.

Como processo político, a RS se coloca como uma possibilidade emancipatória na configuração da polis, da esfera pública e do bem comum. Segundo Paim (apud YASUI, 2010, p.31) pode ser compreendida como um conjunto de políticas articuladas que requer uma dada consciência sanitária a ser conquistada por meio de uma vinculação com as lutas sociais mais amplas. Como um dos principais movimentos sociais que emergiram das grandes cidades na segunda metade dos anos 70, tem por interesse a luta em torno de bens coletivos comuns: transporte, moradia, saneamento básico, lazer, entre outros. (YASUI, 2010). No interior deste processo mais amplo, se encontra a RP trilhando os mesmos caminhos da RS, embora mais especificamente no campo da saúde mental.

O processo de construção do SUS está no escopo destas Reformas e tem colocado em questão os modelos asilar e custodial da assistência psiquiátrica tradicional. Centrados na institucionalização, estes modelos são ineficazes e ineficientes, e em sua lógica cartesiano-positivista se mostravam insuficientes para compreender os fenômenos emergentes da sociedade (OLIVEIRA, 2012).

É conveniente lembrar que o manicômio psiquiátrico surgiu antes da Psiquiatria se afirmar como especialidade médica. Sua presença na sociedade se faz mais forte como mecanismo de exclusão do corpo social considerado não produtivo. Internavam-se, desta maneira, não somente os loucos, mas, também os considerados inválidos de todos os gêneros, os velhos, doentes, vagabundos e toda sorte de elementos indesejáveis, com vistas à evitação do mal exemplo à sociedade trabalhadora.

O hospital psiquiátrico tornou-se, gradativamente, lugar de repouso e restauração das energias das populações de baixa renda, abrigo para os sem lar e sem família, casa correccional para toxicômanos, espaço onde se exerce o “comércio da loucura”, e tornou-se também uma instituição iatrogênica, pois ao invés de recuperar, confirma e reforça a doença mental Teixeira, 1993: 2001).

De acordo com Leone (2000), a proliferação, superlotação e baixa resolutividade dos hospícios, aliada ao surgimento dos psicofármacos, entre outros fatores, contribuíram para o surgimento de uma ideologia de tratamento diferenciada. Já no final da primeira metade do Séc. XX com o desenvolvimento de disciplinas como Sociologia, Ciência Política, Filosofia, Direito, História e Antropologia, no interior da própria psiquiatria produziram-se críticas contundentes à teoria e prática desta profissão. Isto levou tanto à problematização crescente dos seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos e institucionais, quanto ao desvelamento de sua função social e política, perpassada por violências, mecanismos para controle social e segregação. Ao mesmo tempo, a crescente luta em prol dos Direitos Humanos e civis, concebendo o louco como sujeito de direitos, tornou imperiosa a necessidade de buscar um novo *locus* social para a loucura, desafiando também, por contingência, os preconceitos sobre os usuários de substâncias.

A substituição do hospital psiquiátrico - entendido como instituição total (GOFFMAN, 1974) - por uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados orientada não exclusivamente para a mera supressão de sintomas mas para a efetiva recontextualização e reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico, passa pelo resgate da tolerância para com a diferença. A RP representa esse esforço de rompimento com a cultura de exclusão existente no imaginário da sociedade e luta por condições mais dignas para as pessoas em sofrimento psíquico. Mas mesmo reivindicando uma profunda mudança no modelo de atenção à saúde, envolvendo as ciências, as técnicas e a própria cultura vigente nas questões que dizem

respeito à pessoa em sofrimento psíquico, observa-se, ainda, que o sistema de saúde continua ocupando um significativo espaço na mídia, em função das condições de indignidade e abusos à condição humana, perpetradas no âmbito institucional dos serviços de assistência em saúde mental em nosso país. Para reverter este quadro, o Estado brasileiro, tendo como principal protagonista o Ministério da Saúde, tem afirmado os preceitos da RP através da Política Nacional de Saúde Mental, sob a perspectiva de um novo ordenamento jurídico do País. Para Leone (2000, p.123) esta nova ordem se dá em torno da cidadania, como um dos valores fundamentais, Um conjunto de iniciativas (teóricas, políticas, culturais, metodológicas) se articula e dá curso, neste sentido, a um processo irreversível de transformação no campo da saúde mental no Brasil.

A RP brasileira tem sido influenciada pela Psiquiatria Democrática italiana, que coloca em questão o objeto “doença mental”. Esta vertente parte do horizonte do oprimido, com sua própria visão de mundo, e se estabelece como um contra discurso capaz de catalizar, nas múltiplas dimensões da realidade humana, relações libertárias fundadas em princípios universais de liberdade e autonomia. Neste sentido, defende que nenhum discurso carrega o privilégio de ser o “verdadeiro” (LEONE, 2000).

O estabelecimento do “verdadeiro” em uma análise foucaultianase situa em um contexto onde estão em jogo o saber. O comum, neste jogo, é a primazia da prática orientada pela tradição e fundado no interesse do aparato institucional. Nesta leitura, a superação da violência e segregação psiquiátricas torna-se elemento contra-hegemônico no contexto das sociedades capitalistas excludentes. Como ator social neste panorama, a RP propõe a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços de base comunitária e do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas.

Para Rotelli *et al.*, (2001), essa transformação organizativa do sistema de saúde busca romper com o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. Para tanto, foram multiplicadas as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais com fins de assistir aos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e de constituir um filtro contra hospitalizações ulteriores.

A RP enquanto processo de transformação social é composta de atores, instituições e forças de diferentes origens. Estas forças incidem em territórios políticos diversos, nos governos federal, estadual e

municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com sofrimento psíquico e de seus familiares, nos movimentos sociais, no imaginário social e na opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da RP avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (ROEDER, 2008).

Como aliado da RPb destaca-se o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que também se organiza em torno dos princípios da desospitalização e da desinstitucionalização, a fim de garantir os direitos de cidadania às pessoas com sofrimento psíquico.

Para esta análise das relações entre RP e RS estas linhas tomam emprestadas as ponderações de Yasui (2010), para o qual a RP manteve-se como movimento social, congregando diversos setores da sociedade tais como associações de usuários e familiares, conselhos profissionais, sindicatos, centrais sindicais, parlamentares e outros atores, formando, com isso, um amplo leque de alianças.

O movimento da RS optou por continuar a investir na estratégia de ocupação estatal. Em um movimento específico animado por trabalhadores a RS parece deslocar seu principal foco de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal, focalizando a produção de normas e portarias, em detrimento do investimento nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos (YASUI, 2010).

Os entraves a estas Reformas podem ser percebidos na prática. A internação psiquiátrica parece ainda ser hegemônica, como escolha principal para os problemas psíquicos, sobretudo para os momentos de crise e a incorporação das comunidades terapêuticas como equipamento social complementar ao SUS sugere que, de certa forma, pode-se ainda estar investindo em modelos que reforçam a internação que e favorecem a institucionalização.

Na outra ponta encontram-se as instituições nomeadas como dispositivos substitutivos, como os CAPS, que embora advoguem a favor de outra forma de atenção à saúde mental podem ainda não estar correspondendo as necessidades dos seus usuários ou pelo menos, a grande parte delas.

Outro ponto a considerar é a importância dadas pelos movimentos de RS e RP à dimensão subjetiva no cuidado com a saúde. Esta importância traz a necessidade de se estar atento para os processos de subjetivação que são engendrados como efeito do próprio tratamento.

Como demonstra Guattari (1986), a subjetividade é fabricada e modelada no registro do social. Os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e dos dispositivos políticos de poder têm a função de definir coordenadas semióticas, que se infiltram no comportamento dos indivíduos fazendo com que suas funções e capacidades sejam utilizadas e docilizadas. Mas assim como há equipamentos sociais, práticas, discursos, tecnologias institucionais para modelagem e serialização da subjetividade, há movimentos de resistência e rupturas que produzem singularizações (GUATTARI, 1992).

Na atualidade a RP contextualiza a criação e o funcionamento de dispositivos de saúde mental e atenção psicossocial. Os preceitos de Foucault (1991) sobre a "disciplina" e de Goffman (1999) sobre a "Instituição Total" nos ajuda, neste ponto, a tecer uma analogia entre pontos de contato que podem ser considerados indicativos de como as CTs pesquisadas nesta dissertação podem ou não serem identificadas como instituições totais e disciplinares.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1999, p.11).

Segundo Gomes (2010), a idéia de que a instituição total se constitui em uma espécie de mundo possível dentro de um mundo maior permite situar a CT como uma realidade específica dentro de uma realidade mais ampla.

Na Instituição Total ocorre o processo de modificação do indivíduo em decorrência da passagem de uma vida exterior para uma via de confinamento espacial e social. Em qualquer dos casos, seja o tratamento determinado (*sub-judice*), ou por iniciativa própria (voluntário), inicia-se um processo de *mortificação do eu* pelas concessões de adaptação às novas regras institucionais (GOFFMAN, 1999).

Considerando o seu caráter total, a Instituição Total seria o lugar onde o internado vive o seu cotidiano dentro de um mesmo espaço, sob a mesma autoridade, enquanto que antes da internação a vida era desenvolvida em vários locais, enquadrados por padrões normativos distintos. Além disso, a vigilância dos monitores sobre o comportamento e a execução das tarefas diárias também são características desta ordem (GOFFMAN, 1999).

Ainda de acordo com Goffman (1987), na Instituição Total a função de vigilância teria por objetivo fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições de que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros. Além da vigilância, são considerados como importantes mecanismos disciplinadores a punição, a recompensa e o exame (FOUCAULT, 1991).

A doutrinação imposta pela disciplina formal das instituições totais revela um direcionamento especificamente estratégico. O interesse exclusivo em aplicar a disciplina consistiria no controle da ordem da instituição, vista como um sistema independente e equilibrado. Isso pode ser observado pela tensão que envolve a dimensão doméstica e o mundo institucional dessas organizações (FOUCAULT, 1991).

Goffman (1987) sugere que as instituições totais não procuram uma vitória cultural, mas criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional e usam esta tensão persistente como uma força estratégica no controle das pessoas.

O principal problema da disciplina empregada nas instituições totais é, segundo Goffman, a "mortificação do eu". Corresponde à contínua mutilação da identidade do indivíduo quando este se depara com a homogeneização subjacente aos mecanismos disciplinares, seja pelo fato de o sistema institucional submeter o interno a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis social; seja pela transformação do interno em objeto – dada especialmente pela perda das posses relativas à identidade, como o nome e as roupas. Ambas se processariam em razão do princípio da impessoalidade, premissa da lógica de burocratização. De fato, considerando que a divisão equipe dirigente/internado é uma consequência básica da direção burocrática de grande número de pessoas, os mecanismos disciplinares das instituições totais também são constituídos de maneira a intensificar a diferenciação.

Gomes (2010) atenta para o fato de que a CT, pelo menos do ponto de vista teórico, constitui uma nova dimensão do asilamentofundada no processo de convivência. O residente deve se envolver consigo mesmo e com o coletivo e participar em um clima de reflexão e diálogo argumentativo com o propósito da transformação pessoal. Essa mudança conceitual na visão de Gimes é de suma importância, pois a segregação, quer seja para tratamento de saúde mental ou nos casos de crimes contra a sociedade, é sempre vista de forma depreciativa. E é justamente a ideia de ficar preso até o fim do tratamento um dos fatores que impedem a construção de um projeto de

vida executável quando ocorre a esperada alta do residente. Além disso, um dos problemas marcantes do quadro de dependência química refere-se à motivação. É comum o dependente elaborar inúmeros projetos de vida, mas nenhum chegar a termo, uma vez que a motivação para execução pode inexistir.

A RS advoga em defesa da gratuidade na oferta de ações voltadas para a saúde. Gomes (2010) também faz algumas indagações em relação à este assunto. Para este autor, as CTs são beneficiadas pela lei da filantropia e por outros incentivos fiscais que o Poder Público dá às instituições de interesse social. Neste estudo chamou atenção o fato de que as CTs pesquisadas cobram por seus serviços, ainda que considerando a capacidade financeira da família que poderá contribuir ou não segundo critérios estabelecidos pelas próprias instituições. A distribuição dos lucros destes serviços, se houver, é discussão que precisa ainda ser melhor aprofundada, assim como os critérios éticos que norteiam as relações daí advindas.

As RS, RP e o Movimento da Luta Antimanicomial buscam a formulação de um novo modelo organizacional que seja centrado em bases distintas da lógica puramente burocrática. Uma das propostas destes movimentos é a gestão participativa, mais igualitária entre o corpo de dirigentes e usuários, com o fortalecimento de um sentido de comunidade no âmbito da organização institucional (ROEDER, 2008).

Basaglia (1985) menciona a "comunidade terapêutica", como concebida por Maxwell Jones, como tendo um forte potencial emancipatório em relação aos problemas gerados pelo caráter ideológico assumido na prática psiquiátrica tradicional. Considera que aquele conceito de CT pressupõe uma contraposição à relação tradicional médico-paciente, tendo em vista ser aquela abordagem um conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar. Todavia, ressalta que, devido aos conflitos e ambigüidades que marcam o processo de democratização neste campo, é possível emergir uma ideologia comunitária que represente uma nova forma de controle e dominação grupal. Para impedir tal anomalia, faz-se necessário o favorecimento da autocrítica e da autocontestação, que devem permear tanto o processo reflexivo individual quanto o coletivo.

O alcance deste potencial emancipatório, como bem demonstram Maia e Fernandes (2002), dependerá muitas vezes de seguir caminhos divergentes e mesmo conflituosos com o senso comum. O desejo do sujeito de conquistar novos direitos e de criar novas relações com o meio social não pode estar separado das reivindicações de ser reconhecido de modo específico pelos outros atores sociais. A

separação, neste caso, pode vir a significar negação e oposição. Sendo assim, a primeira condição para alcançar autonomia e emancipação passaria pela afirmação de si não apenas no plano político-institucional mas, também no plural, e nas relações cotidianas que se constroem diante de focos de solidariedade, de resistência e de conflito.

Esse jogo de forças sociais tem-se refletido no contexto particular de práticas de saúde mental possibilitando, segundo Costa-Rosa (2000), a conformação de dois paradigmas básicos neste campo: o modo asilar e, em oposição a ele, o modo psicossocial. O autor propõe a sua composição através de quatro parâmetros fundamentais: concepções do objeto e dos meios de trabalho, formas da organização institucional, formas do relacionamento com a clientela e concepção dos efeitos típicos em termos éticos e terapêuticos (COSTA-ROSA, 2000). Na concepção tradicional, tomando como referência Costa-Rosa (2000), o foco é no 'objeto' e nos 'meios de trabalho'. O modo asilar enfatiza as determinações orgânicas dos problemas (paradigma doença-cura). O tratamento básico é o medicamentoso, com pouca ou nenhuma consideração quanto à existência do sujeito. O indivíduo é doente e a intervenção é centrada nele. O trabalho, quando inclui recursos multiprofissionais, não ultrapassa o modelo da divisão fragmentado; o psiquiatra é o principal ator e sua intervenção típica continua sendo a internação apesar de ser, às vezes, acompanhado de dispositivos extra-asilares que funcionam dentro da mesma lógica do hospital psiquiátrico.

Com relação às formas de organização institucional, no modo tradicional asilar, os organogramas típicos são piramidais ou verticais, nos quais o fluxo do poder tem apenas um sentido (do ápice para a base), fornecendo uma das condições fundamentais para que se imprima a mesma configuração às práticas terapêuticas e às relações mais amplas com a população. O poder decisório (esfera política) e o poder de coordenação (esfera teórico-técnica) são indiferenciados e uma dimensão pode-se fazer passar pela outra. O fundamento das posições de mando é relacionado a atributos incompetência técnica, setorial ou pessoal, sendo, em realidade, argumentos velados disputas corporativas (COSTA-ROSA, 2000).

Com relação às formas de relacionamento com a clientela, ainda para Costa-Rosa (2000), o modo asilar pode ser descrito como uma relação entre loucos ou doentes e sãos. As clientelas potenciais são todas as pessoas problemáticas que devem ser tratadas e, em alguns casos, excluídas do convívio social. A interdição institucional dos espaços se reproduz na relação com a população, sob a forma de interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao

mutismo e neste espaço asilar são dadas as condições ótimas para a reprodução de relações intersubjetivas verticais, típicas do modo capitalista de produção.

Com relação à concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, no modo asilar observa-se uma hipertrofia dos 'defeitos de tratamento' (comocronificação asilar e hipermedicalização). A remoção ou tamponamento dos sintomas pode ser alinhada com uma ética de duplo eixo: dimensão ego-realidade e carências no suprimento, cujo desdobramento mais amplo talvez seja a adaptação.

Por outro lado, fundamentada na concepção do modelo psicossocial, Pitta (1996) vê a reabilitação como o processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível, de autonomia de suas funções na comunidade.

Para Sarraceno (1999) a reabilitação implica, por sua vez, em uma mudança total de política dos serviços de saúde mental devendo englobar os profissionais, usuários e finalmente a comunidade inteira, em um processo que envolve a todos na vocação de resolverem seus problemas.

Partindo da análise apresentada buscaremos no próximo momento tecer algumas considerações finais sobre os significados das CTs para a vida dos residentes e egressos à luz das RS e RP, esta última considerada em suas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural. Neste sentido, buscaremos problematizar, também, o título desta pesquisa: Comunidade Terapêutica: na mão ou na contramão das Reformas Sanitária e Psiquiátrica?



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível constatar que as CTs pesquisadas, enquanto instrumentos de transformação social, têm sofrido e ao mesmo tempo têm provocado algumas modificações importantes que dizem respeito às dimensões: político-jurídica, teórico-conceitual (ou epistemológica), técnico-assistencial, sociocultural e ética no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

Do ponto de vista epistemológico, estes serviços admitem como formas de atingir suas metas a influência sobre a vida pessoal e comunitária, a produção de sentido, a sociabilidade, as diversas formas de convivência que se dão no espaço institucional e a valorização da potencialidade dos recursos subjetivos. O discurso fundante desta epistemologia inclui a transformação nas relações de poder, materializada em ações concretas do dia a dia no ambiente institucional, como o direito dos residentes a escolher a própria roupa, de manter sua individualidade e privacidade durante a estada na instituição, o direito à voz inclusive em relação a aspectos de seu próprio tratamento e o estímulo da interlocução. Juntam-se a estes o princípios da ambiência como fator terapêutico, por seu acolhimento à liberação de sentimentos. Esse conjunto teórico propicia, no ideário da CT, aliviar o sofrimento e atender às demandas daqueles que procuram uma possibilidade de transformação em suas vidas. Do ponto de vista do tratamento em si, a idéia de abstinência configura um valor primordial no rumo a esta transformação.

Entretanto, este arcabouço teórico pode se prestar a um funcionamento de subjugo, disciplinarização, controle da subjetividade, manutenção e acúmulo de poder, contrariando muitas das proposições das RS e RP.

Sob o olhar da *dimensão jurídico-política* as CTs pesquisadas surgem como alternativa para ampliar a cobertura de serviços para pessoas com agravos decorrentes do uso abusivo de substâncias. Passam a ocupar um espaço político e legal, principalmente através de iniciativas de governo, no sentido de amenizar o déficit de vagas disponíveis nos serviços públicos de saúde. Ao passarem a fazer parte, de forma mais potente, da rede de atenção psicossocial, possibilitam uma reorganização do atendimento à demanda. Esta demanda se torna

crucial, hoje, para a atenção a mulheres, crianças, adolescentes, idosos e outros segmentos da população considerados mais vulneráveis. A insuficiência da rede pública, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, abre espaços para a iniciativa privada e grupos religiosos. A inserção destes na Rede se dá de forma pouco articulada e, portanto, ineficaz.

A tomada de espaço político pelas CTs traz também possibilidades de má utilização do poder que, intrinsecamente, estas instituições passam a garantir juridicamente. O prestígio que amealham por via do Programa de Enfrentamento do Crack, por exemplo, tem sido objeto de muitas críticas e desconfiança. Em um panorama cultural de higienização e de neoeugenismo as CTs podem servir perfeitamente para a “limpeza” das cidades ou um depósito de eleição para elementos considerados indesejáveis, perigosos e improdutivos, como numa reedição da Grande Internação, descrita por Foucault em seu livro *História da Loucura na Idade Clássica*. O financiamento que se tem aventado para as CTs, neste contexto, se por um lado é problemático para estas instituições, pois em muitos pontos, como comentado nesta dissertação, contraria seus próprios princípios de funcionamento, por outro lado renova a possibilidade de empreendimentos cujos objetivos estão muito mais voltados para o lucro da organização que para a saúde de seus clientes.

A perpetuação do modelo asilar, a partir desta conjunção epistemológico-político-jurídico e sociocultural, é um problema sempre a considerar. Nossa cultura é plena de representações, conscientes ou inconscientes, de exclusão da pessoa com transtornos psíquicos, do desviante e do usuário de drogas. A discriminação social embasa uma cultura de estigmatização, rejeição e exclusão e a CT pode servir como dispositivo central para a cura de uma sociedade considerada adoentada pela presença destas patologias sociais.

Do ponto de vista da lógica capitalista, a CT pode ser vista como um bem precioso de recuperação da força de trabalho, ajuste social e regramento cultural, enquanto uma organização que se adéqua aos princípios da arrecadação no modelo capitalista. Sua atividade social gera receitas, atende demandas de mercado e contribui para o controle do tecido social. Além disso, um conjunto de fatores como: o emprego da mão de obra considerada barata como por exemplo a larga utilização de voluntários, a baixa densidade tecnológica empregada e ainda, o incentivo de financiamento público, legitimam a CT perante a ordem econômica vigente.

As regras rígidas das CTs muitas vezes impedem a acessibilidade

de determinados sujeitos, sobretudo os acostumados a lidarem com uma riqueza de referências sociais tais como: diversas faixas etárias, gênero, etnia, religião e classe social e que são, na instituição, restritos, pelas regras, no tratamento com a diversidade (CTs só de homens ou de mulheres, só de crianças ou de adolescentes, só acessível a determinada classe social, filiação religiosa, etc.). A adaptação à Rede traz, para estas instituições, o desafio de ampliar o leque de sua visão sobre o papel das relações em contexto de diversidade social e cultural, superando uma tradição de estabelecimento especializado em lidar com a problemática da dependência de substâncias a partir de ações de segregação social e cultural.

As CTs pesquisadas, também estão sujeitas a contradições como, por exemplo, a de servirem de suporte institucional para o cumprimento de prescrições legais, da assistência social e de serviço a outros interesses que historicamente se beneficiam da prestação de seus serviços asilares. Elas têm servido, ainda, como mediadoras da tensão existente nas relações entre indivíduos, familiares e comunidade. Nesta última função, há discussões de fundo a serem conduzidas que concernem aos direitos individuais e coletivos.

As questões relativas à organização e à resolatividade das CTs pesquisadas, aliadas à inerente complexidade do tratamento do usuário de crack, álcool e outras drogas, têm levado o Governo, a buscar o apoio técnico-assistencial das mesmas para a construção da Rede de Atenção Psicossocial. As controvérsias geradas por este movimento são várias e se juntam a outras, ainda não resolvidas, no processo de integração de setores, sistemas, dispositivos e serviços, em um campo em constante transformação, o da saúde. Talvez o momento de inserção e de discussão destas controvérsias, seja adequado exatamente por estar ainda a Rede em construção na maioria dos estados brasileiros, como é o caso de Santa Catarina, que ainda não tem, no momento da redação desta dissertação, nem mesmo um plano definido para sua Rede de Atenção Psicossocial.

A internação voluntária é um dos princípios que caracterizam o funcionamento das CTs e, como as internações involuntárias e compulsórias, encontram-se sujeitas ao aparato normativo judicial. Esas ações são objeto de normatização a partir de diversos outros órgãos, entre eles, além do poder judiciário, vigilância sanitária, corpo de bombeiros e demais órgãos de controle social. Os editais de financiamento para convênios, os contratos para prestação de serviços e tantos outros documentos burocratizam e por vezes descaracterizam a própria finalidade destes dispositivos. Uma das preocupações atuais nas

CTs é o receio de terem que se transformar em um modelo de clínica (ou qualquer outro tipo de hospitalização), o que está gerando insegurança por parte dos dirigentes e funcionários, que por mais que tentem se adaptar às mudanças, não se julgam aptos ou mesmo dispostos à enfrentá-las, sem um apoio melhor e menos efêmero do próprio poder público.

A flexibilidade da RDC 29/2011, se comparada à anteriormente vigente RDC 101/2001, tem gerado desconforto, pois na medida em que as CTs pesquisadas buscam se adequar aos padrões recomendados, estão se dando conta de que nem sempre todas as CTs no Estado encontram-se aptas ao funcionamento. Esta precariedade, surgida a partir da nova leitura proposta na RDC, pode contribuir para uma imagem negativa e pejorativa das próprias CTs estudadas.

A transformação de um modelo mais flexível centrado na internação voluntária para esquemas que contemplam a internação compulsória muitas vezes ancorada nas características de um modelo de clínica psiquiátrica tradicional, é medida previstas pelo Governo. Esta medida é considerada por muitos como passível de violar os direitos humanos e contraria a Lei da RP (Lei 10.216/01) ao apresentar a internação como a primeira medida a ser tomada em detrimento de ações que poderiam muitas vezes evitar o afastamento do sujeito de sua comunidade.

Do ponto de vista da observação desta pesquisa a impressão que se tem é que as CTs pesquisadas estão contribuindo para adoção de novos valores, comportamentos e visões de mundo por parte de egressos, residentes e funcionários. Mesmo diante de uma imensidão de paradoxos e contradições (como por exemplo o próprio Estado que, embora laico, financiar dispositivos mantidos por instituições religiosas), estas CTs parecem investir em modelos menos burocráticos colocando, ao invés, a problemática do residente em perspectiva. Demonstra-se, com isso que mesmo diante de consensos, conflitos e tensões se torna possível pensar em outras maneiras de se enfrentar a questão do uso e abuso de substâncias, investindo em uma abordagem integralmente comprometida com a dimensão humana.

A revisão da legislação parece ser necessária e urgente, pois as normas sociais parecem ainda estar repletas de referências nocivas aos sujeitos usuários de substâncias. Neste contexto, a concessão do Auxílio Doença pode ser, paradoxalmente, considerada um obstáculo ao exercício da cidadania, pois que os residentes quando afastados por motivo de doença/tratamento, não podem se beneficiar de nenhuma atividade profissional, como os projetos de geração de renda, de

economia solidária ou mesmo retornar a sua atividade original, o que compromete seu tratamento e sua recuperação. Entretanto, embora afastados por motivo de doença os residentes das CTs estão sujeitos ao trabalho voluntário como parte de seu próprio tratamento. Além da necessidade de compreender melhor este paradoxo há a necessidade de se prevenir que o trabalho voluntário não se torne, em mãos de mal intencionados, trabalho escravo.

À luz da *dimensão epistêmica*, as CTs pesquisadas parecem dispor de uma lógica distinta da dos hospitais psiquiátricos. Mesmo que sejam consideradas Instituições Totais sua forma de funcionamento aproxima-se, mais que os hospitais psiquiátricos, do modo psicossocial, por exemplo, ao deslocar o foco na doença para o sujeito. As CTs pesquisadas ao se preocuparem com os problemas concretos do contexto cotidiano como o trabalho, a família, parentes e vizinhos, a inserção na comunidade, projetos, anseios, possibilidades e motivações, acabam colocando em prática a noção de integralidade, contribuindo para mudar atitudes e as próprias relações sociais dos residentes.

A questão religiosa é evidentemente uma das mais problemáticas no funcionamento das CTs. A proposta de entrega da vida dos residentes a um Poder Superior, mediada por uma denominação religiosa, é discutível do ponto de vista da própria concepção da ação do Estado. Mas é um cânone largamente fundamentado em resultados. Há que examinar melhor estes resultados apresentados, o que não é objetivo desta dissertação. O observado, dentro de nosso objetivo em compreender significados atribuídos pelos residentes e egressos, foi que estes encontram, muitas vezes, no apego a este Poder Superior, a motivação necessária para tornarem-se protagonistas de sua própria História e conduzirem as mudanças que afetam o curso do problema de que querem tratar.

Há diversas propostas de análise para estas relações de motivação, satisfação, busca de salvação, transformação, através da transcendência. Algumas destas explicações colocam como base o desespero, a necessidade de se agarrar a uma possível intervenção mágica a fim de processar uma mudança interna. Nesta linha, que tem a psicanálise como uma referência, há inclusive uma desresponsabilização do sujeito por seu próprio destino, numa entrega a um Poder Superior que o salvará. Explicação que contradiz o próprio discurso analítico das CTs, que apresenta a aliança com o Poder Superior como uma via para o empoderamento através da responsabilização.

De outro lado, construções teóricas como a da "Pegagogia da Presença", que sofre forte influência da Teologia da Libertação,

apresentam a comunhão com o Poder Superior, mediada por pessoas que encarnam a ideologia emancipatória como interpretada por aquele movimento político-teológico, como promotoras de empoderamento e responsabilização. É nesta linha que vemos assentar-se, mesmo que não explicitamente, o discurso teórico que embasa este aspecto do trabalho das CTs pesquisadas.

Nestas Comunidades os residentes, egressos e alguns profissionais que já passaram pelo tratamento nestes serviços buscam, através de construções subjetivas do cotidiano, reconstruir sua identidade social que se encontrava deteriorada pelo tempo dedicado à dependência. Para além de garantirem certo conforto mental para os mesmos, de forma a prepará-los para a vida, a abordagem espiritual adotada nestas Comunidades é posta também ao alcance de familiares, amigos, egressos e comunidade como um todo. A valorização da dimensão espiritual, vista como elemento terapêutico, funciona também como elemento socializante e identitário.

O investimento na dimensão espiritual/religiosa é considerado, por residentes, egressos e funcionários das CTs pesquisadas, um fator de proteção para o consumo de substâncias e um dos recursos que servem de apoio para o enfrentamento dos problemas da vida. Lhe é atribuído um significado de importância para a valorização, manutenção e proteção da saúde, para a construção de uma rede de apoio social, para estabelecer padrões de comportamento socialmente saudáveis. O fortalecimento espiritual obtido no tratamento é citado apoio para o enfrentamento de perdas ocasionadas pela consumo abusivo de substâncias e outros problemas de ordem da vida como envelhecimento, isolamento e recaídas no uso de drogas; e fomenta o sentimento de pertencimento a um grupo de identidade solidária.

Efeitos negativos relacionados à abordagem espiritual/religiosa incluem a imposição de rígidas regras disciplinares e situações de preconceitos relacionadas à sexualidade e à orientação sexual, à etnia e ao gênero. A abordagem é distante também das expectativas de adolescentes, criando dificuldades em acessar um número expressivo de pessoas nesta faixa etária, onde é grande também o índice de abandono do tratamento. A religiosidade fomenta também o maniqueísmo tensionando as discussões sobre o bem e o mal e o moralmente correto e o errado. Esta abordagem produz, entre os sujeitos entrevistados, sentimentos contraditórios, que transitam da elevada autoestima à vergonha e à de culpa.

Não foram constatadas, entretanto, nas CTs pesquisadas, dificuldades dos residentes por não professarem a mesma religião adotada

nestas Comunidades. A não filiação religiosa não foi apontada, pelos entrevistados, como motivos para se sentirem rejeitados ou discriminados por seus pares, dirigentes ou funcionários. Há relatos, outrossim, de conversão de sujeitos por passarem a se identificar com a religião professada na CT. A CT pode, desta forma, funcionar como um potente agente do processo de subjetivação e dogmatização religiosa, favorecendo a adoção da visão de mundo adotada na religião professada na CT.

O reconhecimento dos residentes como sujeitos competentes e pertencentes a diversas condições e histórias de vida tem possibilitado que os mesmos sejam tratados como sujeitos, portadores de um discurso de expressão, em um processo de reciprocidade de relações formais. Isto parece que tem gerado um impacto positivo na própria comunidade de companheiros. A simplicidade da linguagem empregada nas CTs pesquisadas *vis a vis* a impessoalidade subjacente ao uso de uma terminologia técnica utilizada comumente em outros dispositivos, facilitam o processo de (re)construção de uma rede social neste momento de (re)construção de vidas.

A impressão é que nas CTs pesquisadas a efetivação de mecanismos de coordenação da atividade organizacional são amparadas por um sentido dialógico, propondo que os atores sociais – residentes, funcionários, familiares e egressos – sejam considerados sujeitos ativos e competentes neste processo de reformulação de vidas. Sob o ponto de vista estrutural isto representa uma mudança no instituto organizacional que está em acordo com as proposições das RS e RP, e corrobora a a lógica da atenção psicossocial, apontando para uma ruptura com a lógica racional-instrumental do modelo burocrático de organização. As relações de poder podem, nesta ótica, ser repensadas, propondo-se uma orientação mais humanística na elaboração e execução das medidas terapêuticas.

O sentido da reciprocidade pressuposto na relação entre equipe dirigente, egressos e residentes (sobretudo por meio da idéia de comunidade terapêutica), contrapõe-se à relação monológica típica dos hospitais ou clínicas psiquiátricas. A contraposição ao esquema burocrático se materializa nestas Comunidades pela possibilidade de se romper com a autoridade formalmente instituída do terapeuta, seja pela negação do seu saber técnico como a única verdade a ser considerada no âmbito do tratamento, seja pela negação do mandato social de custódia, no caso do tratamento voluntário. As implicações destas mudanças atingem o terreno dos direitos e deveres de todas as partes envolvidas.

Apesar de grande parte dos programas terapêuticos ocorrer dentro das CTs etnografadas, diversas atividades de natureza formal (grupos

terapêuticos, laborterapia, etc.) ou informal (relações que se estabelecem entre os pares, etc.) possibilitam os sujeitos desta pesquisa viverem padrões normativos distintos e aprenderem com experiências de vida diversificadas o exercício da alteridade. Os residentes dispõem de possibilidades de vivenciarem papéis diferenciados. O enquadramento nos padrões normativos pode, circunstancialmente, ir ao encontro dos objetivos dos residentes, havendo relatos da necessidade de normas e regras tendo em vista a perda de referências e o prejuízo da noção de limites. O tratamento traz de volta o reaprendizado da disciplina, a internalização de normas e regras que são consideradas fatores de proteção e essenciais em um processo de reabilitação social.

Entretanto, não se pode perder de vista o perigo representado pela rigidez do regramento e da normatização, inclusive em processos de subjugo do indivíduo a pessoas, ideologias e poderes institucionais.

O tratamento parece ser menos segregativo do que o da internação em hospital geral ou psiquiátrico, dada uma maior permeabilidade com o mundo exterior, seja por meio da atividade religiosa, seja pelo incentivo à participação dos familiares, a partir de um certo momento do tratamento, nas atividades previstas. Entretanto, se considerado o tempo de tratamento nos demais dispositivos da assistência pode ser o da CT é, em geral, prolongado e conseqüentemente pode apontar para maior grau de institucionalização dos sujeitos envolvidos. Conseqüentemente, aponta para a necessidade de se investir efetivamente em processos de desinstitucionalização e reinserção social.

Os residentes em questão parecem que têm a possibilidade de estarem sós em diversos momentos nestas Comunidades e de poderem, com isso, usufruírem de privacidade, vivenciando a melhor apreensão próprio espaço. O respeito a regras como cronogramas, horários, momentos de trabalho, atividades participativas e formativas, etc., é apresentado como pelas CTs como forma de balanceamento entre a necessidade de convivência e de solidão, de trocas e reflexão.

Outro aspecto valorizado no ideário das CTs envolve os laços afetivos de seus beneficiários. A composição de um novo quadro de relações e o estímulo à construção de vínculos mais saudáveis e apropriados aos estilos de vida que são (re) formulados, constituem parte integrante do processo terapêutico. A idéia é que os residentes, ao participarem ativamente deste processo, contribuam diretamente para a reformulação dos elos afetivos e da própria imagem que possuem diante a sociedade.

A participação dos residentes, egressos e funcionários em

encontros, festas, passeios e dispositivos culturais comunitários é também entendida como significativa para a (des)construção do circuito estigmatizante em torno da doença/dependência. Para além de serem um meio de apropriação cultural e territorial por parte dos sujeitos envolvidos, estas ações são apresentadas pelas CTs como uma forma de apropriação da dimensão emocional e do autoconhecimento.

Os residentes das CTs pesquisadas declararam que dispõem de privacidade, locais próprios para a guarda de seus pertences e para colocarem em evidência suas criações (quadros, objetos esculpidos, costuras, poemas). Sentem que sua subjetividade é levada em conta, não são referidos por um número de leito e as pessoas na Comunidade conhecem seus nomes e suas histórias. O investimento na subjetividade e na ambiência parece estar conscientemente vinculado à proposta terapêutica, mesmo que sujeitos a um campo de possibilidades pré-determinado. A clareza das regras combinadas e muitas delas pré-estabelecidas e a possibilidade de contestá-las parece dar um tom peculiar ao modelo de atenção adotado, combinando características institucionais totalitárias com espaço para vivência democrática e da subjetivação. As negociações de relações entre os residentes, obreiros, dirigentes, funcionários, técnicos, familiares e demais segmentos da sociedade parecem intensamente presentes. O consenso nem sempre é o mecanismo adotado para a tomada de decisões, mas a centralização também não parece ser a regra única. Por outro lado, a rigidez do regulamento interno previsto no tratamento acaba por inviabilizar a acessibilidade a pessoas que necessitam se tratar.

A lógica do tratamento passa, também, pela recuperação da autoestima. Residentes, egressos e funcionários são alvo de ações cujo objetivo é provocar o bem estar e a autoconfiança. No ideário da CT a autovalorização e o retorno a acreditar em si mesmo é um fator indicativo de reabilitação. Estes fatores serão intensificados, nesta lógica, pelo envolvimento ativo na busca de soluções para os problemas enfrentados no contexto da vida de cada um, no enfrentamento dos desafios inerentes à existência. As CTs devem, segue o raciocínio, propiciar que seus residentes, egressos e funcionários se sintam amparados, acolhidos, amados e valorizados, o que ao mesmo tempo contribuirá para despertar a busca de um novo sentido para suas vidas. Ao fazerem planos, ao construírem seus projetos de vida acabam se considerando importantes agentes de sua própria história.

Ao buscarem inserir estes atores nos espaços sociais onde antes lhes era privado, estão contribuindo para a progressiva inclusão social dos mesmos, sua autonomia e para a construção de uma rede social livre

de substâncias. Foi possível constatar, também, que esta autonomia diz respeito as mais diversas áreas do cotidiano, tais como as atividades ocupacionais, de lazer, saúde, nutrição, finanças, autocuidado, uso de transporte, atividades domésticas, etc., assim como atividades de incentivo às habilidades sociais, informações sobre estado de saúde e tratamento, apoio psicológico, educacional, vocacional e espiritual, atenção de longa duração, participação social e direitos humanos, apoio numa situação de crise, apoio financeiro e moradia, etc., fatores estes mencionados por praticamente todos os entrevistados, como necessidades que estão sendo supridas, por meio do tratamento ofertado nas CTs onde realizam ou passaram pelo tratamento.

Estas Comunidades parecem que estão considerando fatores políticos, biopsicossociais e culturais comodeterminantes da saúde, onde por meio das atividades propostas buscam avançar de um modelo centrado na medicação, para ousar a trabalharem outras dimensões existenciais tão importantes quanto à própria abstinência (embora constatem que em alguns casos torna-se imprescindível o aporte medicamentoso por um período de tempo desde que seja o mais breve possível).

O organograma nas CTs etnografadas é horizontal onde foi possível perceber nítidas transformações também na estrutura dos micropoderes, sobretudo na horizontalização das relações de poder entre seus trabalhadores e entre os seus residentes, embora disponham de papéis diferenciados, muitos deles rotativos. O poder decisório é dado pela participação de todos, conforme o âmbito em que se esteja negociando, valorizando a participação nas funções essenciais que são construídas em ações conjuntas, que envolvem dimensões particulares, bem como as decisões tomadas pelo coletivo, aproveitando o potencial de cada um de forma a valorizá-los e a incentivá-los em seus desafios.

Há de se considerar, entretanto, que a imposição de normas aos residentes como o controle sobre a sexualidade e sobre o comportamento moral evidencia que a própria negociação sobre a própria realidade é algo complexo podendo muitas vezes apontar para um processo socializador que pode servir como dispositivo biopolítico de poder.

Estas CTs apesar de proporem um tratamento em maior liberdade, ainda parecem adotar um modelo que carrega o ranço do tratamento moral pineliano, ao oferecerem um regime de isolamento geográfico, afim de restituir aos sujeitos desta pesquisa, a liberdade subtraída pelo vício. Mesmo assim, foi possível constatar que os residentes, funcionários e egressos vêm a distância da comunidade de

origem como fator de proteção nas primeiras fases do tratamento e um estímulo maior à reinserção social, pois consideram que estas CTa funcionem como um lugar possível de se realizar uma interlocução, onde seja possível colocar em cena a própria subjetividade e aspráticas de intersubjetividade, valorizando a história de vida de cada um.

Para além de superar o caráter depositário, estas comunidades parece que estão servindo como ponto de fala, de escuta e de transformação da população. É nestes territórios onde se entrecruzam diferentes linhas de ação presentes neste espaço social e para onde convergem as primeiras pulsações da demanda social. Interlocução, maior trânsito dos residentes e a população, a territorialização e a integralidade das ações parecem ser metas ainda radicais deste modo psicossocial de funcionamento, nestas Comunidades, de forma a se oporem a qualquer forma de imobilidade, mutismo e estratificação da atenção que caracterizam o modo asilar.

Estas Comunidades ao buscarem alcançar a suspensão sintomática - embora a abstinência não seja considerada meta final - investem no reposicionamento dos seus residentes levando em conta a dimensão subjetiva e sociocultural dos mesmos.

A proposta de cuidados destes serviços se fundamenta na possibilidade dos residentes e egressos se sentirem membros de uma comunidade solidária, onde são reconhecidos como parte dela; onde têm a possibilidade de trocarem experiências sobre suas histórias de vida, exercitarem sua autonomia e emancipação assumindo um compromisso marcadamente político com o seu processo de mudanças, tanto no nível individual quanto no coletivo. Trata-se de uma abordagem centrada na pessoa e em suas motivações e não na droga.

Assim sendo, o aumento considerável pela procura por estas CTs em SC pode se dar em consequência de um amplo processo de transformações que traz a luz, essa categoria empírica, cujo conjunto de ações e iniciativas se dá simultaneamente, nos planos teórico, técnico, assistencial, jurídico, político e cultural, na forma de lidarem com os usuários de substâncias de uma forma mais criativa.

A procura por tais Comunidades no Estado de SC, entretanto, evidencia que esta opção se dá muitas vezes pela falta de conhecimento sobre onde é mais indicado procurar ajuda restando às instituições religiosas e iniciativas pessoais as únicas referências possíveis. Além disso: a maneira positiva com que residentes e egressos estão sendo acolhidos e tratados; a dificuldade de adaptação em outros tipos de serviços; a necessidade de poderem dispor de um lugar que sirva de aporte protetor para o consumo de substâncias, têm feito com que os

mesmos se sintam mais seguros para enfrentarem as crises de abstinência. Ademais, o aporte terapêutico pode ser encontrado a todo momento por meio das comunidades de companheiros e mesmo por parte dos obreiros que consideram também a sua família e a noção da imagem de um lar remete a idéia de valores deixados para trás servindo como importante referência simbólica no processo de apropriação da própria realidade.

Com relação à estrutura físico-funcional, as CTs pesquisadas proporcionam condições dignas de habitabilidade, conforto e segurança. Por serem consideradas um serviço de baixa densidade tecnológica, extremamente flexíveis e com certa disposição para se adequarem às mudanças sinalizam que se trata de um modelo promissor para a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Existe, no entanto, nas CTs pesquisadas, a preocupação com o aperfeiçoamento estético e com a avaliação da produção de seus pares e com a produção pessoal de cada residente, de forma que possam corresponder a um padrão previamente acordado, afim de não colocarem em risco a própria integridade da comunidade de companheiros ou mesmo a própria integridade de cada um dos sujeitos envolvidos.

Mesmo assim, parece que estão investindo no potencial dos residentes, egressos e funcionários, de forma que evoluam da vocação de resolverem problemas, para outorgar-lhes à sua capacidade de transformação a fim de valorizarem sua competência, ao mesmo tempo que é dado suporte para a construção de uma rede social. Desta forma parece que estão assumindo uma função mediadora na construção de um outro lugar social para o usuário de substâncias, embora que em certos momentos funcionem, também, como lugar estratégico de controle do poder, como exemplificam as internações compulsórias.

A possibilidade de cura - que parece se constituir na maioria das vezes em um clima democrático - também é avaliada pelo próprio autor do processo de recuperação, cuja trama de vida se entrelaça a outras histórias de vida que contribuem para o com o próprio aprendizado. E é justamente na *praxis* e na reflexão sobre a vida que elas investem na construção de soluções sociais e individuais possíveis e necessárias, ao mesmo tempo que parecem respeitar os gostos, os hábitos e a dinâmica de cada um dos seus componentes.

Além de investirem numa abordagem mais ampla, estas Comunidades associam variáveis econômicas, políticas e sociológicas [...] onde no espaço da casa, do trabalho, do grupo, das conversas formais e informais os residentes, egressos e funcionários aprendem a se conhecer, a se relacionar e a se integrar melhor, dado a características

das mesmas de promover um intenso trânsito entre distintas províncias e mundos da realidade que são socialmente construídos.

Com relação à dimensão sócio-cultural as CTs em questão, através do envolvimento das mesmas com a sociedade, nas discussões sobre a RP acabam por provocar uma reflexão sobre o próprio tema da "dependência" a partir da produção social, cultural e artística dos atores sociais envolvidos (residentes, familiares, técnicos, voluntários, políticos, dirigentes, demais membros da sociedade civil, governo, etc.).

Princípios como a democracia, embora ainda regulada, participação social, envolvimento, co-responsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade de saberes que são parte do cotidiano da atenção psicossocial observadas nas CTs pesquisadas parecem que estão contribuindo também para com o movimento de transformação de vidas daqueles que ousam a romper com seus medos e a transcender a uma nova situação.

Sendo assim, buscando responder ao título desta pesquisa, que não teve a pretensão de adotar uma posição maniqueísta, ao apontar o que seja correto ou menos indicado, em termos das Reformas aqui propostas no que tange às CTs foi possível constatar que sob certos aspectos as CTs pesquisadas encontram-se na Mão das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, mas que sob outros, pode-se causar certo estranhamento demonstrando, com isso, que para melhorarem a qualidade da assistência prestada precisam rever alguns conceitos cristalizados, bem como alguns aspectos de seu funcionamento, que emergiram do conteúdo desta pesquisa. Para tanto sugere-se que determinados resultados deste estudo sejam aprofundados de forma a melhorar, ainda mais, a qualidade dos serviços prestados por estas Comunidades no território catarinense e com isso, consolidar a sua presença na Rede de Assistência.

Antes que se conclua que a CT pode ser considerada uma solução possível à problemática da dependência química, é preciso estar atento para descobrir como cada comunidade terapêutica lida com suas próprias contradições, que são naturais em qualquer viver coletivo. É preciso recordar que qualquer coletivo humano está cercado de contradições e essas, por sua vez, não são impeditivos a projetos de qualquer natureza, desde que estas contradições não inviabilizem o projeto coletivo.

Por fim, destaca-se a fala de um dos residentes sobre um dos significados da CT para a sua vida: "Recuperação para mim é ter fé. A Comunidade Terapêutica fortalece a sua fé e devolve você a disposição para a vida" (Entrevista n. 3).



## REFERÊNCIAS

ALVES, J. S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 4, n. 34, p. 430-6, 2010.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDERSON, D. J. **Perspectives on treatment**: the minnesota experience. New Jersey: Hazelden Foundation, 1981.

ANDRADE, D. C. D. Uma breve reflexão sobre a importância do resgate da função terapêutica religiosa através das práticas de cura. **Revista eletrônica Inter-Legere**, nº 02, Jul. Dez 2007. Disponível em: [cchla.ufrn.br/interlegere/revista/pdf/2/es03.pdf](http://cchla.ufrn.br/interlegere/revista/pdf/2/es03.pdf). Acesso em: 25 mai. 2011.

ANDRADE, G R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde social. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-34, 2002.

ANDRÉ, M. I E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1998.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995.

BARBOSA, D. R.; SOUZA, M. P. R. História da psicologia: contribuições da etnografia e da história oral. **Temas em psicologia**, v. 17, nº 1, p. 81-91, 2009.

BARROS, W. C.; ROSSETTO, A. A.; ALVES, C. C. Comunidades terapêuticas: “Pousada Bom Samaritano”. **Omnia Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-67, 2008.

- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F.; *et al.* Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 11-40.
- BATESON, G. The cybernetics of self: a theory of alcoholism. **Psychiatry**, Chicago, v. 34, n. 1, p.1-18, 1971.
- BENETTON, J. “**Trilhas Associativas**: ampliando recursos na clínica da psicose”. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.
- BENTON, M. K.; SCHROEDER, H. E. Social skill training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. **Journal Psychology**. v. 22, p. 741-7, 1990.
- BIRMAN, J A. Cidadania tresloucada. In: BEZERRA AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício**: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.
- BITTENCOURT, L M. “**Do discurso jurídico à ordem médica**” (os **descaminhos do uso de drogas no Brasil**). 1986. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.
- BITTENCOURT, L. Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M.S.; MATIAS, R. (Org). **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. v. 2, p. 265-73.
- BOSI, M. L. M; MERCADO, F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BOOTH, J.; MARTIN, J. E. Spiritual and religous factors in substance use, dependence, and recovery. In: KOENING, H. G. (Ed.) **Handbook of religion and mental health**. San Diego: Academic Press, 1998. p. 175-200.
- BRASIL. República dos Estados Unidos do Brasil. Decreto nº 4.294, de 6 de Julho de 1921 - Republicação. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Ordinária nº 5726, de 29 de outubro de 1971**. Brasília, 1971.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Brasília: 1976.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento ao Alcoolismo**. Brasília: MS, 1981.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas**. Brasília: MS, 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Política Nacional da Questão das Drogas**. Brasília: MJ, 1988b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **PRONAL**. Brasília: MS, 1988c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. **Projeto Previna**. Brasília: MS, 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Álcool**. Brasília: MS, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico da AIDS**. Brasília: MS, 1992a. Ano V, nº 7.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS nº 224 de 29 de Janeiro de 1992**. Brasília: MS, 1992b.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Legislação sobre Entorpecentes no Brasil**. Brasília: 1992c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília:1994.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Programa de Ação Nacional Antidrogas**. Brasília: 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **AIDS II – Desafios e Propostas**. Brasília: 1998a.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. **Medida Provisória nº 1669 de 19/06/1998**. Brasília, 1998b.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 2362, de 19 de junho de 1998**. Brasília, 1998c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Projeto de Drogas e AIDS**. Brasília: 1999a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental . **Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção a Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas**. Brasília: 1999b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde: 2001a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM 843 de 08 de junho de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde: 2001b.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001c.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 101, de 31 de maio de 2001**. Brasília, 2001d.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 3696, de 21 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: MS, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 816 de 30 de abril de 2002**. Brasília: MS, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº817 de 30 de abril de 2002**. Brasília: MS, 2002d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 189 de 29 de março de 2002**. Brasília: MS, 2002e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 305 de 03 de maio de 2002**. Brasília: MS, 2002f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** . Brasília: MS, 2003 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . **Portaria GM nº 457 de 16 de abril de 2003**. Brasília: MS, 2003 b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 10708 de 31 de outubro de 2003**. Brasília, 2003 c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos **Decreto, de 28 de maio de 2003**. Brasília, 2003d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: MS, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. Brasília: MS, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área de Saúde Mental. **Levantamento das Comunidades Terapêuticas**. Brasília: MS, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2197 de 15 de outubro de 2004**. Brasília: MS, 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009**. Brasília, Gabinete Ministro, 2009.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Saúde. **Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD/MS**. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, Gabinete Ministro, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, Gabinete Ministro, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 29 , de 30 de junho de 2011**. Brasília, Gabinete Ministro, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Brasília, Gabinete Ministro, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, Gabinete Ministro, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Brasília, Gabinete Ministro, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Brasília, Gabinete Ministro, 2012d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012**. Brasília. Gabinete Ministro, 2012e.

CAMARGO, C. P. F. de (Org.). **Católicos, protestantes, espíritas**. São Paulo: Vozes, 1973.

CARLINI, E ; CONTRIM, B. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, JG. **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p.19 -30.

CARVALHO, A. L. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 52, p. 74-82, Set. 1996.

CERENE - CENTRO DE TECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA. **Programa de Internação Adultos e Regulamento Interno. Programas de Tratamento para Dependentes de Substâncias Psicoativas**. Elaborado por Osvaldo Christen Filho. Blumenau: CERENE, 2010. [ mimeo].

\_\_\_\_\_. **Programas de Tratamento para Dependentes de Substâncias Psicoativas. Programa de Acolhimento em República e Regulamento Interno**. Elaborado por Osvaldo Christen Filho. Blumenau: CERENE, 2011. [ mimeo].

CERQUEIRA, A. F. **O que é Auto-estima**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

CHOPRA, D. **As sete leis espirituais dos super-heróis**. São Paulo: Lafonte, 2012.

COHN, A.; et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1991.

COLTRO, A. A Fenomenologia: Um enfoque metodológico para além da modernidade. **Cadernos de Pesquisas em Administração**. São Paulo: USP, 2000.

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

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap. 8. p. 141-168.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; WEBSTER, M. C. Discursos utilizados por membros de uma rede virtual social a respeito da legalização da Cannabis. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 1, n 1, p. 35-41, 2010.

CORREIA E SILVA, R. Política do Ministério da Saúde na área de drogas. In: XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências, 1995, Belo Horizonte. **Anais...Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas**. Belo Horizonte: 1995. p. 81-85.

CORRIGAN, P. W. Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. **J. of Beh. Ther. And Exp. Psychology**, v. 22, p. 103-10, 1991.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas. In: \_\_\_\_\_(orgs). **Álcool e Drogas: usos, dependências e tratamentos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p.95 –113.

CRUZ, R. M. Nexó técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica a para o Ntep. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (orgs.) **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 256.

CRUZ AZUL. **Cruz Azul no Brasil**: "prevenir, reabilitar e apoiar". Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br>. Acesso em 18 de abril de 2012.

CURY, A. **Superando o cárcere da emoção**. São Paulo: Editora

Planeta do Brasil, 2006.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

DESJARLAIS, R. Struggling Along: The Possibilities for Experience Among Homelless Mentally Ill. **American Anthropologist**. Oxford. v. 96, n. 4, p 886-901, 1994.

ELDER, C. S.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicologia Ciência e Profissão**. n. 24, v. 3, p. 82-91, 2004.

EJA - EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS. **Institucional EJA BRASIL**. 2012. Disponível em: [http://ejabrasil.com.br/?page\\_id=98](http://ejabrasil.com.br/?page_id=98). Acesso em: 25 mai. 2011.

FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. **Aná. Psicológica**. [online]. v. 23, n. 4, p. 361-71, out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312005000400001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mai. 2011.

FARIA de, J. B; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 3, nº 18, p. 381-9, 2005.

FEBRACT. **Histórico das comunidades terapêuticas**. 2005. Disponível em <http://www.febract.org.br/historico/htm>. Acesso em: 25 maio 2011.

FELTS, A. Organizational communication. **Administration & Society**, v. 23, n. 4, p. 495-517, 1992.

FERREIRA, P. S. **Percebendo a experiência dos coordenadores na**

- implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas.** 2004.130fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.
- FIGLIARO, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil.** São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: *Obras Completas.* Rio de Janeiro (RJ): Imago, 1930. Edição Standard Brasileira.
- FORGUIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas.** São Paulo: Pioneira, 1993.
- FUENTE, A. C. R.; MIRANDA, I. M. S.; BALLARIN, M. L. G.S. **Rede de Atenção à Saúde Mental:** Considerações sobre as Publicações neste campo. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Terapia Ocupacional. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009). Acesso em: 25 mai. 2011.
- FORESTER, J. Teoria crítica e análise organizacional. **Plural**, v. 1, p. 131-48, 1994.
- FORGUIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica:** fundamentos, método e pesquisas. São Paulo: Pioneira, 1993.
- FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Vigiar e punir.** 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- GAARDER, J. [1985]. **O livro das religiões.** (trad.) Isa Maria Lando. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- GARRO, L. Larrating Trouling Experiences. **Transcultural Psychology.**

Montreal, v. 40, n.1, p.5-43, 2003.

GEERTZ, C. "A religião como sistema cultural". In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974; 1999.

\_\_\_\_\_. **O estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar. 1982; 1987.

GOMES, R. M. Comunidade Terapêutica e (re) educação. Araraquara: **Segurança Urbana e Juventude**, v. 3, n. 2, 2010.

GOMES DA COSTA, A. C. **Por uma pedagogia da presença**. Petrópolis: Vozes, 1991.

GUATARRI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1986.

\_\_\_\_\_. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GHIRARDI, M. I. G. **Representações da deficiência e prática de reabilitação**: uma análise do discurso técnico. 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S. M de. Considerações sobre a vida e trabalho de mulheres internadas em uma unidade psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 37, nº 12, 2003.

HARTZ, Z. M. de A. e CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, supl. 2, p.331-6, 2004.

HILL, P. C.; et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. **Journal of Theory of Society of Behaviorism**, v. 30, p. 51-77, 2000.

HUSSERL, E. **Phenomenology and the crisis of philosophy**. Trad.

Quentin Lauer. New York: Harper & Row, 1965.

INOCÊNCIO, D. Entre a ciência e a crença: a postura médica frente à "Cura Religiosa". **Âncora**: Faculdade de Teologia da Universidade Metodista de São Paulo. v. 3, ano 2/ nov. 2007.

JONES, M. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1968.

KATZ, J.; SCORDAS, T. Phenomenological ethnography. **Ethnography**, v. 4, n. 3, p. 275-88, 2003.

KOENING, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and Health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KUSENBACH, M. Street Phenomenology: the go-along Ethnographic Tool. **Ethnography**, v. 4, n. 3, p. 455-85, 2003.

LANER, A. S. **Psicologia e trabalho na História**: da apropriação do tempo à busca da felicidade. Ijuí: Ed. Ijuí, 2005.

LAR RECANTO DA ESPERANÇA. **Terapia Familiar Sistêmica**. Elaborado por Acácio Mello. Florianópolis, SC: S.d. [mimeo].

LEONE, B E. Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental – 1990/1997. **Revista de Ciências Humanas** - v. 1, nº.1 (jan. 1982). Florianópolis: Ed. UFSC. Série especial temática, 2000.

LIBERMAN, R. P.; et al. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA Social and independent living skills modules. **Innovation and research**, p. 43-60, 1993.

LISBOA, T. K. **Gênero, classe e etnia**: trajetórias de vida de mulheres migrantes. Florianópolis\Chapecó: Ed. UFSC, 2003.

LOPES, R. E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 2, p.56-63, 2002.

LUKOFF, D. Toward a more culturally sensitive DSM- IV

(psychoreligious and psychospirual problems). **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 180, p. 673-82, 1992.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB - Saúde mental na atenção básica**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 24 mar/abr, 2007.

MAIA, R. C. M.; FERNANDES, A. B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.17, n. 48, 2002.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MALUF, S. W. Peregrinos da nova era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil nos anos 90. **Cadernos do NER**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p.127-34, 2002.

MANINI, D. “O Feminismo no Brasil: Utopias do Arquivo Edgard Leuenroth”. **Cadernos AEL**. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: AEL, 1995. (nº. 3/4).

MARINI, E. **Resgate da auto-estima: A melhor maneira de viver bem**. 2012. Disponível em: [www.maisde50.com.br](http://www.maisde50.com.br). Acesso em: 12 Ago. 2012.

MARUYAMA, M. the second cybernetics: deviations, amplifying casual process. **American Scientist**. v. 51, p.616-79, 1963.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MENDES, A. M.; ARAÚJO, L. K. R. A perspectiva da psicodinâmica do trabalho sobre a prática da clínica do trabalho em instituições brasileiras. In: **Processos psicossociais na organização no trabalho**. ZENELLI, J. C.; SILVA, N.; ROSA, S. (orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

MILLER, W. R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, v. 7, n. 93, p.979-90, 1998.

MILLER, W. R.; THORESEN, C. E. (1998) Spirituality and health, in Miller, W. R. (Ed) Integrating Spirituality in Treatment: resources for practitioners. Washington DC, **American Psychological Association**. (Cited in Miller, W. R. (1998) Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, v. 7, n. 93, p. 979-90, 2003.

MEDEIROS, C. L; COELHO, M. B. Do desvio à instituição total. In: **Do desvio à instituição total**. Lisboa: Ministério da Justiça, 1991. (Cadernos do CEJ.). p.15-37.

MESQUITA, F. A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. **Revista Outro Olhar**, Belo Horizonte, v. 3 n. 3, p. 23-7. out, 2003.

MINAYO, M. C. S. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M.; *et al.* (orgs). **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

\_\_\_\_\_. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MISSE, M. O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência. In: BAPTISTA; *et al.* (Orgs). **Drogas e Pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003. p 147-56.

MONTEIRO, D. S. A.; *et al.* Resiliência e pedagogia da presença: intervenção sócio-pedagógica no contexto escolar. In.: BELLO, J. L. P.

- Pedagogia em foco**, Vitória, 2001. Disponível em: [www.pedagogiaemfoco.pro.br/fundam01.htm](http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/fundam01.htm). Acesso em 05 de set. 2012.
- MONT SERRAT, S. Comunidades Terapêuticas: Mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. **Com Ciência - Revista Eletrônica Jornalismo Científico**. Especial Drogas. 2002. Disponível em: [www.comciencia.com.br/reportagens/framereport.html](http://www.comciencia.com.br/reportagens/framereport.html). Acesso em 05 de set. 2012.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENING, H. G. Religiousness and Mental Health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 3, n. 28, p. 242-50, 2006.
- MOREIRA, A. A.; LOTUFO NETO, F.; KOENING, H. G. Religiousness and Mental Health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 1, n. 28, p. 24-35, 2003.
- MOREIRA, V.; CAVALCANTI, J. F. S. O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psico (pato) logia e a contribuição da etnografia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Ano 8, n. 2, p. 249-65, 2008.
- MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A (Org). **Drogas e Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- NUNES, O. Uma abordagem sobre a relação de ajuda. **Revista de Estudos Rogerianos**, n. 3, p. 59-64, 2001.
- OLIVEIRA, W. F. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, v. 4, n. 9, 52-71, 2012.
- OLIVEIRA, W. F. Educação social de rua: bases históricas, políticas e pedagógicas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 14, n 1. Jan/Mar. 2007.
- OLIVEIRA, J. F; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 2, p. 473-81, 2006.

- PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice.** New York: The Guildeforde Press, 1997.
- PAIVA, G.J. de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de psicologia.** Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan-mar. 2007.
- PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 1, n. 62, p. 100-6, jan/fev. 2009.
- PARDINI, D. A.; *et al.* religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. Alabama, Tuscaloosa. **Journal of Substance Abuse Treatment.** n. 19, p. 347-54, 2000.
- PERES, M. P.; ARANTES, P. S. L.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica.** n. 34, supl. 1, p. 82-7, 2007.
- PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- PIERUCCI, A. F. O.; PRANDI, J. R. Religiões e voto: a eleição presidencial de 1994. **Opinião Pública,** v. 1, n. 3, p. 20-43, Jun. 1996.
- PITTA, A. M. F; DALLARI, S. G. A Cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde no Brasil. **Revista Saúde em Debate.** n. 36, p.19-23, out. 1992.
- PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.
- PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, I. S. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estudos de Psicologia.** v. 17. n. 2, p. 305-12, maio- ago. 2012.
- PROCÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas.** Petrópolis: Vozes,

1999.

PRÓ-VIDA. **Programa de tratamento**. Itajaí, 2012. Disponível em: <http://www.ctaprovida.org>. Acesso em 25 Ago.2012.

PULLEN, L.; *et al.* Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, n. 6, p. 3-8, 1999.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-25, jul/set. 1993.

RALET, O . Condicionantes políticos y económicos. In: IGIA. **Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogo dependencias**. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Ajuntament de Barcelona, 2000.

RAUPP, L. M.; SAPIRO, C. A "redução" de adolescentes emumacomunidade terapêutica: o tratamento da drogadiçãoemumainstituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 24, n. 3. Julh/set. 2008.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 17, p. 432, mar/ago. 2005.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

\_\_\_\_\_. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

\_\_\_\_\_. **Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos: "fragmentos de vidas contidas"**. 2008. 314f. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas)- Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

\_\_\_\_\_. **Segurança sanitária** : orientações para centros de atenção psicossocial. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária, 2012.

ROMANÌ, O. **Las drogas**: sueños e razones. Barcelona: Editorial Ariel, 1999.

RICHARD, A. J.; BELL, D. C.; CARISON, J. W. Individual religiosity, moral community, and Drug user treatment. **Journal of the Scientific Study of Religion**, v. 2, n. 39, p.240-6, 2000.

ROSÁRIO, A. N. **Histórias de vida e toxicodependência**: um trabalho de análise qualitativa. 2009. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro (PT), 2009.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SÁAD, A. C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (Orgs.) **Álcool e drogas**: usos, dependências e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2002. p. 11-32.

SANCHEZ, Z. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas**: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. 2006. Tese (Doutorado)- Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z. M; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**.v. 34, supl. 1, p.73-81, 2007.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **3ª Conferência Estadual de Saúde Mental**, 8 e 9 de novembro de 2001.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Vigilância Sanitária. **Levantamento do perfil situacional das comunidades terapêuticas no Estado de Santa Catarina**, Florianópolis: SES/SC, 2004.

\_\_\_\_\_. **RDC nº 002 de 7 de novembro de 2011**.

\_\_\_\_\_.; ROEDER, M. A. **Perfil sanitário das comunidades terapêuticas do estado de Santa Catarina** - versão 2004.

Florianópolis: SES/SC, 2005a. Disponível em:

<http://vigilanciasanitaria.sc.gov.br>. Acesso em: 22 Jan 2012.

\_\_\_\_\_. **Manual de segurança sanitária para comunidades terapêuticas**. Florianópolis: SES/SC, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Levantamento do perfil situacional das comunidades terapêuticas no Estado de Santa Catarina**, Florianópolis: SES/SC, 2008.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa sobre segurança sanitária nos serviços que prestam assistência a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, as denominadas comunidades terapêuticas - versão 2012**. 2012 b. Disponível em: <http://vigilanciasanitaria.sc.gov.br>. Acesso em: 22 Jan 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Estadual. **Termo de Cooperação Técnica nº 003/2012**. Ministério Público, 2012a.

\_\_\_\_\_. ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS. **A comunidade terapêutica**. 2012 c. Disponível em: [http://www.accte.org.br/blog/?page\\_id=4](http://www.accte.org.br/blog/?page_id=4). Acesso em: 22 Jan 2012.

SÃO FRANCISCO. **O Protestantismo no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/protestantismo/protestantismo-1.php>. Acesso em: 19 de abril de 2012.

SACARENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1999, p.13-18.

SCADUTO, A. A. **O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica**: estudo através da avaliação psicológica. 2010, 170 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SANTANA, A. L. **A Igreja Protestante**. 2003. Disponível em:

[http://www.portalbrasil.net/religiao\\_protestantismo.htm](http://www.portalbrasil.net/religiao_protestantismo.htm). Acesso em: 22

Jan 2012.

SHARLES, C. **Da batalha espiritual à fé reformada com práticas terapêuticas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Teologia)- Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-Graduação em Teologia. São Leopoldo, 2011.

SCHÜTZ, A. **Textos escolhidos de Alfred Schütz**: fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores; 1979.

SIEGEL, K. ; ANDERMAN, S. J. ; SCHRISMASHAW, E. W. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, n. 16, p. 631-53, 2001.

SIMMEL, G. Fundamental religious ideas and modern science: an inquiry (1909). In: HELLE, H. J.; NIEDER, L. (ed.) **Essays on Religion**. New Haven: Yale University, 1997.

SLUSKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, J. **Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas**. 2005. 109f. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem)- Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, 2005.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, v. 13, n. 30, p. 45-52, jul/set. 2009.

SULLIVAN, W. P. It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challengd. **Psychosocial rehabilitation Journal**. n. 16, p. 125-34, 1993.

TAMAYO, A.; *et al.* A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. **Estud. psicol.** Natal, v. 6, n. 2, p.157-65, jul./dez., 2001.

TEIXEIRA, M. **Hospício e poder**. Brasília: Associação Catarinense de Psiquiatria, 1993.

\_\_\_\_\_. **Morada dos que precisam ser acorrentados**. 2001.

Dissertação (Mestrado em Sociologia Política)- Curso Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

TERRA, M. G.; *et al.* Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial teórico metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, v. 1, n. 22, p. 93-9, 2008.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

TORRES, S. Las drogas en el contexto internacional. In: IGIA. **Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogo dependencias**. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Ajuntament de Barcelona, 2000. p.411-28.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **Revista Eletrônica de Processos Comunicacionais, Religiosidades e Saúdes**. v. 4, n. 3, 2010. Disponível em: [www.reclis.cict.fiocruz.br](http://www.reclis.cict.fiocruz.br). Acesso em: 22 Jan 2012.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

\_\_\_\_\_. **Projeto e metamorfose: Antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

VIDICH, A.; LYMAN, S. **Qualitative methods: their history in sociology and anthropology**. Newburrypark, CA: Sage, 2000.

VITT, S. J. S. **A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos**. Dissertação (Mestrado em Teologia)-Faculdade Escola Superior de Teologia, Rio Grande do Sul, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

WALLACE, C. J.; LIBERMAN, R. P. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. **Psychiatry research**. v. 15, p. 239-47, 1985.

WORTHINGTON Jr., E. L.; KURUSU, T. A.; McCULLOUGH, M. E. Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: a 10-year review and research prospectus. **Psychological Bulletin**. v. 119, p; 448-87, 1996.

## **ANEXOS**



## ANEXO I - ROTEIRO TEMÁTICO

*Dados concernentes ao perfil socioeconômico dos residentes:*

Gênero:

Idade:

Estado Civil:

Procedência:

Local de Nascimento:

Escolaridade:

Profissão/Trabalho remunerado/ ou não remunerado:

Situação Previdência Social

Situação Familiar

***Pergunta norteadora:*** Qual o significado da Comunidade Terapêutica para sua vida?

*Relacionado ao itinerário terapêutico e a concepção de Comunidade Terapêutica*

1. Porque você está na Comunidade Terapêutica
2. Quanto tempo você está na Comunidade Terapêutica
3. Como você chegou aqui (indicação de 3ºs, encaminhado pela família, encaminhado pela Igreja, procurou sozinho...).
4. Você já esteve em tratamento em algum outro lugar (onde, quanto tempo, qual o motivo de estar se tratando na CT, quais são as principais diferenças encontradas nos outros lugares em que passou por tratamento
5. Como você define Comunidade Terapêutica

*Relacionado a imagem pessoal e as perspectivas de vida*

6. Como você se intitula, se vê ou se auto-define
7. Quais são seus projetos de vida
8. Qual o impacto da Comunidade Terapêutica em sua vida
9. Quais são as suas expectativas de vida

10. Como você avalia a sua vida e quais foram as principais mudanças ocorridas ao ingressar na Comunidade Terapêutica

*Relacionado ao funcionamento e avaliação*

11. Como você participa da Comunidade Terapêutica
12. Como é a sua rotina (atividades impostas, atividades prediletas, lazer, culto a espiritualidade, participação em atendimentos individuais e grupais, etc.) de vida na Comunidade Terapêutica
13. O que te mantém na Comunidade Terapêutica
14. Se você tivesse que resumir em uma palavra o significado da CT para a sua vida qual seria

## **ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

### **NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR**

Pesquisador Responsável: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maika Arno Roeder

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Endereço: Rua Antônio Irineu da Silva, nº 38 Córrego Grande

CEP: 88037-600 – Florianópolis, SC

Fone: (48) 99582063

E-mail: maikas@terra.com.br

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "COMUNIDADE TERAPÊUTICA: NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA?"

Este projeto de pesquisa busca produzir conhecimentos acerca dos significados da Comunidade Terapêutica (CT) para vida dos seus usuários no Estado de Santa Catarina. Procura ainda produzir uma reflexão crítica sobre a complexidade do seu funcionamento e das suas ações, no contexto da Rede de Assistência SUS, e que poderão servir de subsídio para a compreensão deste Equipamento Social na visão de seus residentes. O motivo que nos leva a estudar este tema é a.

A constatação do grande aumento de "Serviços que Prestam Assistência a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso, Abuso ou Dependência de Substâncias Psicoativas", as denominadas

Comunidades Terapêuticas. Somente em Santa Catarina (um dos Estados pioneiros neste tipo de modelo no território Nacional).

O crescimento destes serviços nos últimos anos, no território catarinense, pode ser caracterizado como um movimento da margem para o centro no campo do tratamento de abuso de substâncias. O estágio atual dessa evolução talvez seja o mais excitante, arriscado e desafiador, pois pela primeira vez as CT - enquanto instituições representantes da sociedade civil - são chamadas a estabelecer parcerias com o SUS.

Por questões de ordem profissional dedico minha atenção especialmente ao campo da saúde mental e nela o da atenção psicossocial por ser a CT um dos serviços que me cabe à coordenação no Estado de Santa Catarina, dentre outros dispositivos que fazem parte da área de Estabelecimentos de Interesse da Saúdena Diretoria de Vigilância Sanitária, onde tenho acompanhado a ascensão e legitimação desta abordagem na Rede de Atenção à Saúde Mental e constatado que apesar de tamanha expansão pouco ainda se conhece sobre o tema.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

#### METODOLOGIA:

A pesquisa se fundamenta numa abordagem qualitativa, que tem como foco as falas e as interpretações dos sujeitos pesquisados. A abordagem etnográfica me permitirá localizar os discursos e compreender como os residentes atribuem o significado a CT para as suas vidas. Os registros observacionais e discursivos serão trabalhados para se obter uma apreensão mais ampla desta realidade. Esta pesquisa não envolve riscos haja vista a garantia de anonimato. Através deste estudo pretende-se conhecer mais sobre o assunto buscando dar visibilidade a realizações e a ações efetivas buscando melhorar a qualidade do atendimento oferecido pelas Comunidades Terapêuticas no Estado de Santa Catarina.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo "COMUNIDADE TERAPÊUTICA: NA MÃO OU NA CONTRAMÃO DAS REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA?", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Santa Catarina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEPHU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br