



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Reconstruindo subjetividades: a dinâmica de tratamento de uma Comunidade Terapêutica do Distrito Federal

Sara Godoy Brito

Brasília, 2014

Sara Godoy Brito

**Reconstituindo subjetividades: a dinâmica de tratamento de
uma comunidade terapêutica do Distrito Federal**

Monografia apresentada junto ao instituto de
Ciências Sociais da Universidade de Brasília,
para a obtenção de grau de Bacharel de Ciências
Sociais, com habilitação em Antropologia

Orientadora: Prof.Dr.Carla Costa Teixeira
(ICS/DAN/UnB)

Banca Examinadora:
Prof.Carla Costa Teixeira (DAN/UnB)
Prof.Rosa Virginia Melo (DAN/UnB)

Brasília, 2014

Agradecimentos

- Aos meus pais, por tudo que me ensinaram até hoje e pela ajuda e apoio com referências e opiniões durante todo esse processo, vocês foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.
 - À professora Carla Costa Teixeira, que me conduziu de forma objetiva, fazendo observações importantes e apontando os caminhos possíveis para contornar eventuais obstáculos.
 - À professora Rosa Vírginia Melo por aceitar o convite de compor a banca examinadora deste trabalho.
- Aos meus amigos, BLO, Caio, Lancellotti, Marcos, Amanda, Figueiró e tantos outros, pelas diversas conversas e reflexões de bar e sem bar durante a minha graduação e também pelos momentos de descontração e de falar bobagens, que são também muito importantes.
- Aos meus irmãos, em especial à minha irmã Helena, que durante todo o semestre teve que aguentar meus desabafos nos momentos de estagnação e de stress.
- A todo o corpo de profissionais do Departamento de Antropologia da UnB, por proporcionarem a estrutura e a qualidade do curso, no qual tive muitos aprendizados importantes que serão levados comigo sempre.
- Ao meu amigo de graduação Marcos, por ter me acompanhado nessa etapa. Passamos por essa fase de realização do TCC quase que simultaneamente e sou muito grata por ter tido a oportunidade de ouvir e também falar sobre as dificuldades, anseios e lamentações, mas também de compartilhar os momentos alegres e de alívio na hora da conclusão do trabalho.
 - À instituição pesquisada e a todos aqueles que ali trabalham, por terem me recebido de forma tão aberta e acolhedora.
- A todos que aceitaram participar desta pesquisa, sem vocês teria sido impossível concluir esta etapa tão importante na minha formação.
- A todos aqueles que entenderam minhas eventuais ausências e me apoiaram, me mantendo incentivada a continuar nessa jornada.

RESUMO

O presente estudo visa a investigar as dinâmicas de uma comunidade terapêutica voltada para o tratamento de dependentes químicos a partir dos conceitos de agência e poder, com o intuito de entender como se dão os processos de subjetivação e constituição de sujeitos que ocorrem em torno da problemática do uso de drogas. Para tanto, acompanhou-se o trabalho diário de uma comunidade terapêutica do Distrito Federal. Durante o processo de observação, foram realizadas entrevistas com os profissionais que trabalham na instituição e com os indivíduos que ali se encontravam internados. Foi realizada, ainda, análise de documentos institucionais. Foi constatado que a rotina bem como as relações que ali se configuram apresentam-se como elementos-chave no processo de reescrita do self, que se constitui como um dos objetivos do trabalho da instituição. As comunidades terapêuticas podem ser vistas como uma forma de agenciamento terapêutico que busca reconstituir sujeitos e projetos de vida em relação ao fenômeno da dependência química. O próprio termo “comunidade” já aciona valores importantes para a condução da proposta terapêutica em questão.

- Palavras-chave: comunidade terapêutica, drogas, adolescentes, agência, identidades.

SUMÁRIO

Introdução	06
Capítulo 1	09
1.1 Drogas: contextualização, cenário e tendências	09
1.2 Comunidades Terapêuticas: comunidade, solidariedade e autonomia como valores	20
Capítulo 2	31
2.1 Abordagens teóricas: pensando e repensando o conceito de agência	
Capítulo 3	39
3.1 Caminhos metodológicos: reflexões sobre o fazer antropológico	
Capítulo 4	45
4.1 Uma Comunidade Terapêutica do DF – reconstituindo sua história e seu perfil institucional	45
4.2 A vida cotidiana na casa de internação	50
4.3 Mapeando as relações e os conflitos	59
4.4 Os percursos: entendendo as trajetórias, idas e vindas	69
4.5 O processo terapêutico – a busca pela transformação do “eu”	72
Conclusão	89
Referências Bibliográficas	91

Introdução

O presente estudo visa a traçar uma análise sobre as dinâmicas e os processos de uma comunidade terapêutica voltada para a dependência química à luz das questões de agência e poder, como forma de compreender como tais dinâmicas terapêuticas configuram e reatualizam subjetividades.

Utilizo o conceito de agência elaborado por Ortner (2006) com o intuito de compreender o que está em jogo nas dinâmicas e nos processos institucionais de uma comunidade terapêutica de dependentes químicos. O uso que fazemos desse conceito ocorre a partir das perspectivas antropológicas que pensam a relação entre agência e estrutura de forma dialética, e não de oposição (como as perspectivas de Archer, 2003 e Guiddens, 1989), como forma de reconhecer a conexão existente entre os processos de constituição dos sujeitos (nos quais se faz presente a questão da agência) e as estruturas e os sistemas mais amplos. Vale ressaltar que, apesar de reconhecermos essa conexão, o foco do estudo consiste em compreender e analisar os processos de subjetivação observados no campo. Ou seja, este estudo não tem como objetivo investigar a relação entre os processos de subjetivação observados e as estruturas mais amplas em que tais processos se inserem, pois isso extrapolaria os limites do campo investigado. Pareceu-nos suficiente para os objetivos propostos, reconhecer e situar autores que dialogam sobre a relação entre a agência/constituição de sujeitos com as estruturas e os sistemas sociais mais amplos. Isso permitiu que não deixássemos de lado, ou no esquecimento, um aspecto fundamental dos processos de subjetivação, mas mantendo-nos dentro dos limites da investigação realizada.

Assim, o presente estudo busca compreender a maneira como a instituição pesquisada aplica e conduz sua proposta terapêutica, ao jogar o jogo sério (ORTNER, 2006), de forma a identificar quais relações, discursos e negociações se apresentam como fatores fundamentais na efetivação dessa proposta, que atua como estratégia de constituição de sujeitos (consequentemente de identidades e desejos) ditos dependentes químicos em ex-dependentes químicos. Reforço, novamente, que o foco do estudo é investigar processos de subjetivação observados nas dinâmicas terapêuticas da comunidade terapêutica em questão.

No primeiro capítulo, busco realizar um quadro geral sobre a questão das drogas ou substâncias psicoativas no Brasil, a partir de dados e pesquisas oficiais, principalmente no que toca ao consumo de crack¹ e derivados, uma vez que a clientela da instituição é constituída essencialmente por usuários de crack. Busco, ainda, situar como a problemática das drogas tem sido tratada e abordada por acadêmicos interessados no tema, dando ênfase aos estudos no campo da antropologia, nos quais se vê uma tendência quase militante ao antiproibicionismo. Por fim, nesse mesmo capítulo, procuro definir e situar o conceito de comunidade terapêutica, abordando a discussão do que seria comunidade (um conceito antigo e amplamente discutido no campo das ciências sociais) e sociedade, além de apontar algumas características que definem e distinguem as comunidades terapêuticas (foco deste estudo) dos sistemas hospitalares.

O segundo capítulo dedica-se a situar o foco teórico do estudo, discutindo os conceitos de agência/estrutura e agência/poder. Discuto como a antropologia lidou e tem lidado com tais conceitos, como eles se relacionam e dialogam, utilizando principalmente autores como Ortner (2006), Archer (2003) e teóricos do poder, como Foucault (1979, 2004) que em certa medida, ao tratar da relação do poder dialoga com as referências conceituais de agência e da subjetivação.

O terceiro capítulo aponta os caminhos e abordagens metodológicas adotados, que se centram basicamente em observações e acompanhamento da rotina da casa de internação da comunidade terapêutica estudada, bem como na realização de entrevistas com os profissionais e os meninos que vivenciavam tal instituição. Proponho, aqui, discutir e atualizar o conceito de etnografia e observação participante, incluindo os estudos baseados em entrevistas (FORSEY, 2010) nesse debate do fazer antropológico.

Já o quarto capítulo se volta especificamente ao trabalho de campo, que trata de entender como se estrutura e funciona uma comunidade terapêutica. Busco traçar um panorama ou quadro geral de como a instituição se estrutura, qual a sua história de origem, quais as relações e os conflitos que

¹ Além do crack, há sim o consumo de outras substâncias (como a cocaína, a maconha, o álcool, etc), porém o crack aparece como substância fundamental (conforme os discursos) para a dependência dos sujeitos que se encontravam na instituição e, portanto, para a reabilitação dos mesmos.

se configuram nesse espaço, quem são os atores envolvidos no processo terapêutico e quais as suas percepções e discursos sobre esse processo. Por fim, a última seção do capítulo diz respeito à análise do campo propriamente, na qual procuro justamente compreender e discutir quais as relações, os valores e os discursos-chave para a condução e efetivação da proposta terapêutica, que atua sobre os indivíduos como forma de agenciar desejos e subjetividades. Também, discuto como esse agenciamento ou reconfiguração de identidades e subjetividades opera a partir do reconhecimento do corpo doente (FASSIN, 2004).

Capítulo 1

1.1. Drogas: contextualização, cenário e tendências

O debate sobre consumo e políticas de drogas tem se tornado, cada vez mais, foco de atenção do Estado, em que se vê crescerem pautas ou debates públicos sobre a legalização ou não das substâncias denominadas drogas, sobre que tipo de abordagem adotar, etc. Nesse debate, é possível perceber claramente um embate entre abordagens proibicionistas e antiproibicionistas que assumem posturas diferentes e até opostas no entendimento de quais as melhores estratégias para se diminuir o consumo e o tráfico de drogas.

Essa tensão entre proibicionismo e antiproibicionismo reflete-se tanto no campo político, ou seja nas estratégias e políticas públicas a serem adotadas e efetivadas pelo Estado, como nas discussões acadêmicas, em que se nota na bibliografia antropológica sobre o tema uma tendência ou inclinação à defesa do antiproibicionismo ao uso de drogas.

Nota-se que há certo consenso nos estudos antropológicos sobre drogas em afirmar que a “questão das drogas” é um “problema social” historicamente datado, além de haver forte influência do campo biomédico, que coloca o problema como falha física ou moral.

Para Mac Ray (2001), foi com a cristianização do império romano que a neutralidade em relação às drogas começa a despencar. Foi nessa época que ocorreram as perseguições aos praticantes de outros cultos religiosos e, junto com elas, o apagamento dos símbolos e traços das ditas religiões pagãs, incluindo aí a sua vasta farmacopeia. O uso de drogas passa a ser estigmatizado não só pela associação ao culto de outras religiões e magias, mas também pelo seu uso terapêutico para aliviar o sofrimento, uma vez que a mortificação da carne era, para o cristianismo, uma forma de aproximação com o divino.

Alguns autores, como Vargas (2001), apontam que foi com o individualismo e o racionalismo que a questão do consumo de drogas, nas sociedades ocidentais, passou a ser visto e entendido como um “problema social”, na medida em que se passou a enfatizar o controle das condutas: as próprias e as dos outros (processo civilizador). O consumo de drogas

aparece, assim, como a ruptura do indivíduo como sujeito, na medida em que ela (a droga) retira a autonomia do indivíduo, que passa a não ter controle sobre si.

Zaluar (2001) aponta para a importância de se ater para as mudanças e transformações sociais, econômicas e culturais, enfatizando que cada contexto de uso varia de acordo com o tempo e o lugar. Ou seja, apesar de ser possível observar que o uso de drogas está presente ao longo de toda a história, a forma como a substância é vista e pensada, o lugar que ela ocupa nas práticas sociais, bem como o lugar que o sujeito que as usa ocupa na sociedade variam de acordo com o tempo e o contexto social. Essa ênfase na historicidade da droga implica afirmar, também, que o conceito de droga (assim como seu uso) perpassa diferentes significados, que variam de acordo com o contexto social, histórico e cultural. Vargas (2001) mostra como o vocábulo “droga” faz fronteiras com outros inúmeros termos, tais como medicamentos, alimentos, venenos, inalantes, condimentos, inebriantes, aromatizantes, ou seja, evidencia que tal vocábulo envolve diversas categorias semânticas, nas quais os significados oscilam ora como “substâncias materiais”, ora como “juízos de valor”, pois, se pensarmos no significado figurativo do termo “droga” perceberemos que se costuma usar tal termo para indicar algo “desagradável”, enfadonho, que faz mal, etc.

O autor afirma, ainda, que um ponto em comum, que aparece nas mais diversas e conflitantes opiniões, seria o fato de a droga (pensada materialmente) provocar alterações nos sentidos físicos e mentais. A droga seria, portanto, algo que altera a bioquímica normal e conseqüentemente adquire significado social como desvio, quando ultrapassa os supostos limites do que é até certo ponto tolerável socialmente. A tendência, em geral, é de considerar quem faz uso de drogas como outsiders.

A droga, pensada a partir de uma perspectiva histórica e cultural, só existe mediante uma relação, uma troca de significação entre o sujeito e o objeto (droga) no mundo em que pertencem. É o significado dessa interação entre a substância e o sujeito que a usa em contexto que irá dar sentido ao termo droga. Portanto, são as motivações e os interesses do consumidor posicionado em dada rede de interações e hierarquia de valores que determinariam se determinada substância é ou não droga.

Calisto (2011) mostra como os estudos² antropológicos sobre a “questão das drogas” assumem posturas que caminham em direções similares, ao apontarem para o fato de que a “questão das drogas” como “mal”, um “problema social” (formulado pelas abordagens proibicionistas) é relativamente recente. Ou seja, as coisas nem sempre foram assim e o termo “droga” é uma construção social e construção recente, portanto, questionável em sua pretensão investigável atemporal ou ahistórica. Ele mostra, ainda, que tais estudos, ao enfatizarem esse caráter recente na história das drogas, que a torna instável, reforçam ao mesmo tempo a estabilidade histórica, ao afirmar que o “consumo milenar” de substâncias psicoativas não se constituiu sempre como um “problema social”, desestabilizando a solidez da “questão das drogas”. Em suma, ele demonstra como os estudos acadêmicos, principalmente no campo da antropologia, assumem uma postura militante que se direciona ao enfrentamento das abordagens proibicionistas. (CALISTO, 2011, pág. 64-88)

Nesta perspectiva, a ciência (biomédica principalmente) aparece como “protagonista contraditório” na constituição das abordagens proibicionistas, pois, ao mesmo tempo em que estimula a produção e disseminação de certas substâncias psicoativas, proíbe outras. Além disso, o autor reafirma que o “problema” das drogas não estaria relacionado apenas às propriedades intrínsecas da substância e aos seus efeitos sobre o corpo, mas principalmente à sua própria ilicitude, portanto, às políticas proibicionistas.

Assim, esses estudos demonstram que as “drogas”, na perspectiva proibicionista, assumem o caráter de “problema”, não porque essa noção de “problema” ou “mal” seja intrínseco às substâncias, mas sim porque foram a elas atribuídas pelo poder proibicionista. Conclui-se que o “problema das drogas” é um problema político antes de tudo e, na perspectiva desse *corpus* de trabalho (do NEIPE), a melhor postura política que qualifica o debate é a antiproibicionista.

² Refiro-me aqui aos estudos do NEIPE (Núcleo de Estudos Interdisciplinar sobre Psicoativos), do qual fazem parte Edward MacRay, Eduardo Viana Vargas, Jacqueline Schneider, Bia Labate, entre outros.

O embate entre as abordagens proibicionistas e antiproibicionistas reflete uma tendência dos estudos mais recentes sobre a temática das drogas, de tratar a questão a partir de uma perspectiva biopsicossocial³ em detrimento de uma abordagem apenas farmacológica. A ênfase no biopsicossocial reflete, ainda, uma posição do Estado brasileiro de abordar a questão do consumo como assunto de saúde pública, na qual se vê crescer a perspectiva da redução de danos⁴, que enfatiza a questão dos direitos humanos e a autonomia do indivíduo. Assim, vemos crescer medidas e iniciativas de assistência aos usuários de drogas, tais como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua, que buscam tratar a questão da dependência química como algo que transcende os efeitos físicos e mentais, ou seja, buscam aplicar essa perspectiva biopsicossocial das drogas.

O Brasil, em 2006, aprovou a Lei nº 11.343, que, embora não descriminalize a posse para consumo pessoal e o uso ilícito de substâncias psicoativas, instaura uma diferenciação entre usuário e traficante, ainda que bastante imprecisa, o que acarreta incongruências e problemas. Esse passo da lei brasileira sobre drogas contribuiu para colocar o país em direção a uma posição política que tende a enxergar o consumo de drogas como assunto de saúde pública e não de segurança pública, privilegiando estratégias que adotam uma perspectiva biopsicossocial. Isso, não quer dizer que não exista a tensão entre o proibicionismo e o antiproibicionismo, que

³ O conceito biopsicossocial está pautado na noção de saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1946), na qual a saúde é entendida como um estado completo de bem estar psicológico, social e físico, não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

⁴ De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos o conceito de redução de danos se refere a um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo seria reduzir os danos associados ao uso de drogas, sem no entanto impor a interrupção ou diminuição desse uso. Liga-se a ideia de prevenção do dano e não do uso. Ou seja, busca-se reduzir as consequências adversas para a saúde, para os aspectos sociais e econômicos do uso de drogas lícitas e ilícitas sem necessariamente reduzir o seu consumo. A Redução de danos toma como princípios a forte ênfase nos Direitos Humanos e na autonomia do indivíduo. Há autores, tais como Mônica Gorgulho e MacRay (2003) que entendem a redução de danos mais como uma postura de princípios do que uma série de diretrizes. Postura essa que reivindica lidar com as noções de risco e dano em sua relatividade. Alguns exemplos de intervenções de Redução de danos são: a disponibilização de seringas esterilizadas, disponibilização de espaços seguros para o uso/consumo de substâncias psicoativas que tenha a disposição profissionais especializados para auxiliar as pessoas que acessam tais espaços. Obs: Esses exemplos foram retirados de experiências concretas, eles já ocorrem em alguns países como Canadá, Portugal, Inglaterra. Para saber mais sobre o assunto e outras estratégias de redução de danos consultar o livro: "Troca de Seringas: Drogas e Aids", Ministério da Saúde, Brasília 1998.

não exista a adoção de medidas mais “duras” e coercitivas que privilegiam o sistema carcerário como solução para o problema. Essa mesma lei reflete as tensões existentes, que articulam o debate sobre a legalização e proibição das drogas. Não entrarei em detalhes sobre a tensão que tal lei instaura, pois essa discussão não se insere nos propósitos e objetivos do presente trabalho, entretanto indico que tal lei separa em dois polos a forma como o Estado brasileiro trata a “questão das drogas”.

Ao diferenciar o usuário do traficante, o Estado brasileiro estabelece e determina duas maneiras distintas de o sistema legal lidar com esses dois atores. Enquanto ao primeiro é resguardado o direito à saúde, devendo ele ser encaminhado para instituições de tratamento, acolhimento e reabilitação, ao segundo é destinado o sistema carcerário, com penas duras e longas. No primeiro caso, o assunto é tratado como questão de saúde pública, já no segundo como de segurança pública. Essa distinção não deixa claro, no entanto, quais critérios o juiz pode utilizar para diferenciar o usuário do traficante, o que, no final das contas, complica ainda mais o cenário, gerando estereótipos e estigmas que alocam certos usuários como traficantes. De acordo com o artigo número 28 da Lei nº 11.343, de 2006:

“Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.”

Tal artigo define quais as medidas e penas a serem adotadas caso uma pessoa seja enquadrada como usuária de drogas. Já no polo do tráfico, a lei prevê que:

“Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem

autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.”

Agora, ao olharmos para como o juiz pode determinar se tal pessoa é ou não usuária, perceberemos que os critérios não são nem objetivos e nem suficientemente claros. No § 2º do artigo 28, temos:

“§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.”

Nesse parágrafo, fica claro que os critérios determinados por lei para que o juiz determine se alguém é usuário ou traficante não são objetivos, o que confere um espaço enorme para juízos de valor e estereotipações que fazem com que uma pessoa que, na verdade, é usuária seja considerada traficante. Uma vez que não há na lei determinação clara sobre a quantidade da substância que caracteriza porte para consumo pessoal, o juiz ou o agente policial podem se utilizar de valores pessoais e morais para determinar em que polo esse ou aquele indivíduo se encaixam, podendo entrar aí preconceitos de diversas ordens (social, econômica, de raça/etnia, etc.).

Ao remeter “*ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos **antecedentes do agente***”, além da quantidade da droga, como fatores a serem considerados pelo juiz para decidir sobre porte de drogas para uso pessoal ou não, a lei possibilita que essa determinação seja feita com base em preconceitos, julgamentos morais e estigmas, o que complica o cenário. De acordo com Cristiano Ávilla⁵ (2012), a permissão legal para que o juiz se utilize dos antecedentes do agente para decidir sobre a sua condição de usuário ou traficante reflete ainda uma culpabilidade pela conduta da vida pregressa.

⁵ Advogado; mestre e doutor em Direito Penal pela USP; diretor do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais; ex-membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas.

“Há uma espécie de culpabilidade pela conduta de vida. A pessoa foi condenada por tráfico de drogas, qualquer outra ocorrência anterior que envolva essa pessoa com drogas, naturalmente ela vai ser novamente enquadrada como traficante, ainda que se trate de um caso de uso, porque um dos critérios que o juiz usa para determinar se é uso ou se é tráfico são justamente os antecedentes do agente.” (ÁVILLA, 2012, p.53)

Percebe-se, assim, que, apesar de a lei vigente que regula o consumo e o comércio de drogas instaurar mudanças importantes, como a diferenciação entre usuário e traficante, ainda lhe falta estabelecer critérios mais objetivos para se estabelecer essa distinção, de forma a evitar preconceitos e estereótipos nesse processo.

Vemos, pois, que o debate sobre o consumo de substâncias denominadas “drogas” é, ainda, bastante polêmico, onde vemos um cenário de fortes tensões e disputas. Em todo caso, é possível perceber que as estratégias de atenção aos usuários de drogas que assumem uma postura voltada para a perspectiva biopsicossocial (que privilegia as questões de reinserção social e dos direitos humanos e aloca a questão do consumo de drogas como um “problema” de saúde) tem sido cada vez mais foco de interesse tanto para políticas públicas, quanto para acadêmicos que se dedicam a pensar sobre o tema.

A pesquisa⁶ desenvolvida desde 2011 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), que faz parte do Programa “Crack, É Possível Vencer” (instaurado pelo Decreto nº 7.179, de 2010), teve como objetivo delinear o

⁶ Essa pesquisa foi feita a partir de duas etapas. A primeira consistiu em um inquérito epidemiológico com o intuito de estabelecer o perfil de usuários de crack e similares, feito a partir do método TLS (Time Location Sampling) e tendo uma amostra representativa das 26 capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte. Tal etapa visou a descrever as características sociodemográficas e comportamentais dessa população. Para estabelecer a amostra foi realizado um mapeamento (no primeiro semestre de 2011) das cenas de uso de crack e similares. O inquérito incluiu entrevistas e também etnografia desses espaços. Já a segunda etapa consistiu em um inquérito domiciliar de natureza indireta, ou seja, a entrevista foi conduzida de forma a questionar sobre o comportamento de outros indivíduos (e não diretamente do entrevistado) que pertenciam à rede de contatos do respondente e que residiam na mesma região. Tal método denomina-se NSUM (Network Scale-up Method) e o propósito dessa etapa foi estimar o número de usuários de crack e similares. Essa segunda etapa foi realizada em 2012, com aproximadamente 25.000 pessoas residentes nas capitais do País.

perfil das pessoas usuárias de crack e similares da cocaína fumada, nas capitais brasileiras, bem como identificar as respectivas cenas de uso. De acordo com a pesquisa:

“A estimativa encontrada, então, nas capitais do país e Distrito Federal, para a população desses municípios que consomem crack e/ou similares de forma regular é na proporção de, aproximadamente, 0,81% (Intervalo de Confiança de 95% (IC95%): 0,76 – 0,86), o que representaria cerca de 370 mil usuários. Nesses mesmos municípios, temos que a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da maconha) é de 2,28% (IC95% 2,17-2,38), ou seja, aproximadamente 1 milhão de usuários. Sendo assim, usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país.” (BRASIL, 2013)

Essa pesquisa foi a primeira pesquisa de base populacional que abordou especificamente a questão do crack e não das drogas no geral. Um aspecto importante que tal pesquisa traz é que o problema do consumo de crack não se constitui como uma epidemia, ou seja, é uma questão particular e não generalizada. Dito de outra forma, a pesquisa revela que o consumo do crack se concentra em uma população bem específica, qual seja, as pessoas em situações de rua. Assim, ela traz elementos importantes para se pensar sobre as estratégias e intervenções da saúde nessa área.

A pesquisa aponta⁷ para o fato de que os usuários de crack nas cenas identificadas são majoritariamente adultos-jovens de idade em torno dos 30 anos, maioria do sexo masculino (78,7%) e autodeclarada como “não-brancos” (cerca de 20% dos usuários de crack/similares no Brasil se identificaram como de cor branca). A maioria (60,6%) declarou ser solteira e foi ainda constatado que a frequência de usuários que cursaram/concluíram o ensino médio é bastante baixa, sendo que a proporção de usuários com

⁷ Cabe mencionar, aqui, que os dados estatísticos que envolvem o uso de drogas são foco de tensões e disputas, onde vemos estudos que demonstram que os dados estatísticos não representam a totalidade da realidade, ou, muitas vezes, estão distorcidos. Por se tratar de um tema bastante polêmico, em que, muitas vezes os atores envolvidos são sujeitos de difícil acesso a mensuração estatística torna-se um desafio. Em todo caso utilizou-se a pesquisa já mencionada como fonte principal para se compor o cenário do consumo de crack, pois, como já dito, essa foi a primeira pesquisa de larga escala a tratar do consumo de crack especificamente.

ensino superior é ainda mais baixa. Esses dados evidenciam que a população pesquisada não corresponde àquela que é objeto dos inquéritos/pesquisas escolares, a partir dos quais se observa a relevância de problemas como o abuso de álcool, maconha, remédios, mas não do crack, entre alunos do ensino médio e superior.

Como mostra a pesquisa da SENAD a população de/na rua que usa crack é bastante expressiva, aproximadamente 40% de usuários. Essa categorização de população de/na rua não deve ser entendida de forma simplista. Isso quer dizer que essa população não necessariamente mora nas ruas (tendo, na teoria, uma moradia), mas que passa parte significativa de seu tempo nelas.

DaMatta (1984) aponta para a distinção entre o espaço da rua, o espaço da casa e o “outro mundo”, espaços que possuem códigos diferenciados, porém intercambiáveis. Ou seja, é possível haver uma interação entre esses espaços, onde um adentra o limite do outro. DaMatta (1984) afirma que seria a partir da ritualização que um espaço se transforma em outro. Então, é por meio dos rituais que a rua entra na casa e a casa entra na rua. Segundo o autor, tanto o espaço da rua como o da casa não são apenas espaços físicos, eles devem ser compreendidos a partir das relações estabelecidas em cada um, os valores, as classificações e as ações que ali se configuram. São espaços de significação social. pois formam e contêm visões de mundo, códigos específicos. O espaço da casa compõe um código que se opõe ao individualismo e às mudanças, uma vez que é constituído por laços de harmonia, parentesco, lealdade e simpatia. Já a rua é marcada por disputas, conflitos, individualização e mudanças; compõe um código aberto à competição, ao trabalho. Já o “outro mundo” representaria uma síntese entre os dois espaços – da casa e da rua –, sendo caracterizado por uma temporalidade suspensa. É um espaço de renúncia (ritualizada) do mundo e de suas dores e injustiças.

De forma similar coloca Lilian Leite (2013), ao discorrer sobre o “olhar de passagem” e o olhar de “perto e de dentro”, de Magnani⁸. O olhar de “perto e de dentro” proporciona um espaço maior para se identificar a

⁸ O olhar “de passagem” seria aquele típico olhar do pesquisador, já o olhar de “perto e de dentro” coloca em foco e em evidência os interesses e deslocamentos dos próprios sujeitos.

heterogeneidade da rua, pois procura olhar para o espaço e relações a partir dos deslocamentos e interesses das próprias pessoas que acessam determinado espaço. É assim que, de acordo com a autora, Magnani chega à categoria “pedaço”⁹. O “pedaço” suaviza a ideia de que a rua é um espaço de estranhos, pois ele é um local onde as pessoas que o frequentam compartilham visões e experiências de mundo semelhantes, configurando, assim, relações mais densas e que extrapolam os laços de parentesco estabelecidos no espaço da casa. Esse olhar de “perto e de dentro” permite, pois, revelar nuances sobre os códigos da casa e os códigos da rua.

Ao pensar sobre as pessoas consideradas “de rua”, que, em geral, são pensadas a partir dos laços familiares fragilizados ou rompidos, os conflitos que o espaço da casa procura “apagar” são revelados. Pode-se pensar, então, que tais conflitos são resultado de uma “invasão” do código da rua no código da casa. A autora mostra como a população considerada de rua, ao elaborar considerações e percepções sobre a sua experiência de rua, revela significações também sobre as experiências da casa, e esse afastamento da família seria o mote inicial de significação da rua e da casa. Ela mostra, também, a heterogeneidade da rua, onde estão presentes e operantes diversas categorias nas quais os indivíduos se enquadram ou se distanciam. Há os albergados, os mendigos, os marginais, os catadores, entre outros. Essas categorias evidenciam uma distinção ou diferenciação, segundo a qual os indivíduos são alocados em determinados papéis sociais.

Assim, apesar de a conceituação de população de rua estar vinculada a um imaginário um tanto homogêneo, em que predomina a imagem de uma população com laços familiares rompidos, sem moradia, perigosa e louca, o espaço da rua apresenta-se muito mais complexo, onde os indivíduos terão atribuições diferenciadas conforme sua situação “de rua”. Há indivíduos que contradizem ou complexificam essa concepção de “população de rua”, ao transitarem entre o espaço da rua e o espaço da casa. Ou seja, há indivíduos que, embora possuam moradia e ainda permaneçam com vínculos familiares e afetivos (não cabe aqui qualificar esses laços), têm no espaço da rua um papel público, são reconhecidos pela comunidade ou região em questão, são

⁹ A noção de “pedaço”, como aponta a autora, compreende o espaço a partir dos interesses das pessoas, a forma como entendem e compartilham códigos e visões de mundo.

referência nesse espaço, ganham aí uma identidade ou um rótulo¹⁰ específicos.

Voltando para os dados da pesquisa da Fiocruz, eles apontam para um importante achado relacionado à forma de obtenção de renda da população usuária de crack no país. A forma mais comum relatada de arrecadação de dinheiro se dá por meio de trabalhos esporádicos e autônomos¹¹, cerca de 65%. Outras formas de obtenção de renda relatadas foram a troca de dinheiro/drogas por sexo (7,5%) e a realização de atividades ilícitas, como tráfico de drogas (6,4%), roubos e furtos (9,0%), entre outras.

Outro dado importante que a pesquisa revela é que o uso do crack está associado ao uso de outras drogas, entre as quais o álcool e o tabaco, que aparecem como as principais substâncias associadas:

“Os usuários de crack/similares são, basicamente, poliusuários, ou seja, o crack/similar é uma das drogas em um amplo “portfólio” de substâncias psicoativas. Observa-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas – mais de 80% dos usuários no Brasil.” (BRASIL, 2013)

Ao perguntar sobre as motivações para o início do uso de drogas, a pesquisa revela que mais da metade dos usuários relatou que o uso inicial ocorreu por curiosidade/vontade de experimentar os efeitos da droga; 26,7% relataram que o uso inicial se deveu à pressão/influência dos amigos; e 29,2% mencionaram que o que impulsionou o uso foram problemas familiares e problemas afetivos.

Por fim, o acesso às instituições que trabalham com usuários de drogas é investigado nessa mesma pesquisa. Ela mostra que, apesar de o percentual de usuários que afirmam querer e desejar tratamento ser alto (78,9%), o acesso às instituições que se voltam para o tratamento e assistência a usuários de drogas é baixo. Entre as instituições desse tipo, o CAPS-AD foi referido como a instituição mais acessada, ainda que por apenas 6,3% dos entrevistados. A pesquisa revelou, também, que dentre os

¹⁰ Ver a tese “Loucura e Experiência: seguindo loucos de rua e suas relevância”, de Lilian Leite (2013), sobre a distinção entre “loucos de rua” e “loucos em situação de rua”.

¹¹ Trabalho por conta própria ou trabalho esporádico, bicos, pedir esmolas etc.

entrevistados que acessaram os serviços ofertados pela rede pública, os mais procurados foram os serviços voltados para a área social, e não aqueles voltados para o tratamento da dependência química.

Essa pesquisa fornece, assim, um amplo cenário do consumo e perfil da população usuária de drogas, especificamente usuários de crack e outros derivados da cocaína fumada. Os resultados da pesquisa reforçam a ideia de que a dependência química, apesar de ser assunto da área de saúde, deve ser tratada para além dos aspectos físicos de saúde e doença. Ou seja, as instituições que se voltam para o tratamento, assistência e reabilitação de usuários de droga devem adotar uma concepção de saúde mais ampla, que entenda a saúde como um fenômeno complexo que envolve tanto aspectos físicos e biológicos, quanto aspectos sociais, que englobam as vivências e experiências pessoais, as relações de desigualdade e práticas sociais, em suma que considere também os contextos sociais (amplos e específicos) em que cada um se insere.

Considerando este horizonte, o presente estudo tem como foco de análise uma categoria específica de instituição voltada para o tratamento de dependentes químicos, a saber, as comunidades terapêuticas. Passemos, pois, a discutir em que exatamente consiste uma comunidade terapêutica e quais as características e os valores que estão em jogo na construção do trabalho a que ela se propõe.

1.2. Comunidades Terapêuticas: comunidade, solidariedade e autonomia como valores

A rede de atenção, prevenção e tratamento voltada para os usuários de drogas é bastante diversificada, se considerarmos as organizações governamentais e não-governamentais: CAPS¹², CAPS-AD¹³, ambulatórios, hospitais gerais, residências terapêuticas, casas de passagem, grupos de ajuda mútua, abrigos. Essas e outras instituições compõem a diversificada rede de atenção aos usuários de drogas. Tal rede torna-se ainda mais complexa se pensarmos que essas instituições, para desenvolver ações

¹² Centro de Atenção Psicossocial.

¹³ Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas.

assistenciais integrais, devem se articular com outras instituições para além do campo da saúde, tais como as escolas, secretarias de educação e cultura, secretarias do trabalho, do esporte e lazer, os serviços de apoio social tal como o Senac¹⁴, etc. Isso porque a saúde passa a ser entendida como algo que transcende o corpo biológico, englobando tanto os aspectos físicos de saúde/doença como aspectos sociais (a posição e o contexto no qual o indivíduo vive, as questões de trabalho e educação, etc.).

Assim, as comunidades terapêuticas são uma dentre outras modalidades de assistência e tratamento aos usuários de drogas que seguem uma abordagem biopsicossocial e que têm se expandido cada vez mais pelo país, chamando a atenção de pesquisadores e estudiosos interessados no tema de saúde e drogas.

Essa visibilidade crescente está relacionada à influência do processo da reforma de saúde mental, que se expressa ou se concretiza na ruptura da internação e da hospitalização compulsória enquanto pilares do modelo assistencial psiquiátrico no país. Ou seja, há uma relação entre o movimento da reforma psiquiátrica, que se propõe a repensar a saúde mental e as estratégias de intervenção nesse campo, pela qual o sistema hospitalar de internação (como os chamados manicômios) vai perdendo força e sendo questionado, e a maior valorização ou aumento de interesse em se focar a assistência aos portadores de transtornos mentais, entre os quais se incluem os usuários de drogas, em outros modelos de atenção além do hospitalar. Os novos modelos propostos aproximam-se dos valores preconizados pela reforma psiquiátrica, na medida em que focalizam o sujeito, sua autonomia e liberdade. Ou seja, esses modelos enfatizam o resgate dos direitos humanos, a reinserção social, a autonomia do indivíduo, etc.

Dessa forma, tendo essas questões em mente, nas quais vemos uma preocupação com a autonomia do indivíduo e em que a saúde é vista e entendida como algo que transcende o corpo biológico (por isso a ênfase as abordagens biopsicossociais), vemos surgir novas estratégias e abordagens assistenciais voltadas para os usuários de drogas: os CAPS-AD, as casas

¹⁴ Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

terapêuticas e os grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA).

Atualmente, no Brasil, as comunidades terapêuticas são regidas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que *dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.*

Essa modalidade de tratamento a usuários de drogas – comunidade terapêutica – teve seu início ligado a instituições religiosas ou coletividades religiosas, que não necessariamente tinham como foco a questão da dependência química, mas sim o renascimento espiritual do indivíduo. Dessa forma, a questão dos transtornos mentais, bem como o alcoolismo, foram sendo incorporados e trabalhados nesses grupos, ou melhor, nessas comunidades, pois se entendia que tais situações eram resultado de uma espiritualidade fragilizada.

O chamado grupo Oxford da Inglaterra foi um dos pioneiros dessa modalidade de comunidade terapêutica. Fundado por Frank Buchman, ministro evangélico luterano, os principais ideais que norteavam o trabalho dessas instituições ligavam-se à ideia do trabalho mútuo, autoexame e valores evangélicos de honestidade e amor ao próximo. Mais tarde esse trabalho influenciou outros ministros evangélicos, tais como Bill Wilson e o Dr. Bob Smith (ambos alcoólicos em recuperação), que criaram o grupo de ajuda mútua (ou autoajuda), conhecido como Alcoólicos Anônimos¹⁵ (AA, 1930) que, posteriormente, se desdobrou nos Narcóticos Anônimos (NA, 1953).

“Rebuscando a história, o grupo de Oxford na Inglaterra não estudava a Bíblia especificamente “para recuperar dependentes do álcool”, mas para resgatar valores que a igreja havia perdido. Dependentes do álcool da época, porém, frequentavam esses

¹⁵ O grupo dos Alcoólicos Anônimos instaura, na discussão sobre o “problema” das drogas, uma questão importante: a fonte do “mal” não é a substância propriamente dita, mas se relaciona com uma tendência da personalidade, ou melhor se relaciona à ideia de vulnerabilidade intrínseca a alguns indivíduos. Com isso, torna-se difícil pensar adicção fora de um sistema de acusação (RUI, 2010).

estudos bíblicos, conquistando sobriedade. Com o tempo, uma assistência a dependentes de drogas em geral foi tomando formas como atualmente se observa, mantendo-se a pregação da “Palavra de Deus”. (CHRISTEM FILHO, 2012)

As comunidades terapêuticas, desde então, foram se constituindo como modalidade de tratamento e assistência a usuários de substâncias psicoativas. Podemos entender, dessa forma, o porquê de a maioria das comunidades terapêuticas possuírem um viés religioso e espiritual na condução e constituição do trabalho desenvolvido.

Se nos voltarmos para a bibliografia sobre comunidades terapêuticas, perceberemos que, de fato, grande parte dessas instituições leva consigo uma forte presença da religião, que pelo seu caráter central na formação dessas instituições torna-se foco de análise em diversos estudos. Victor Leonardi¹⁶ (2009) estuda três¹⁷ comunidades terapêuticas que, apesar de apresentarem a laborterapia e a espiritualidade como base para elaboração de suas propostas terapêuticas, apresentam um perfil próprio e histórias de criação singulares. O trabalho de Leonardi (2009) consiste, pois, em um estudo comparativo entre as três comunidades terapêuticas, em que se busca identificar e entender a filosofia que permeia cada uma delas.

As comunidades terapêuticas (CTs) estudadas por Leonardi apresentam-se como associações cuja ideia do “problema das drogas” consiste em buscar o sentido da vida, ou seja, são organizações que buscam instaurar um novo estilo de vida como forma de dar solução para o problema das drogas, estilo voltado para a prática da solidariedade. As comunidades são, pois, espaços e culturas de solidariedade. Em todas elas, a cultura da solidariedade se dá através da aproximação ou do encontro com a espiritualidade e a religião. Tal como colocou um dos fundadores da fazenda da Esperança – uma das comunidades estudadas por Leonardi – “a

¹⁶ Ver “Exercícios de Liberdade, educação em saúde e educação para a paz”, 2009; Victor Leonardi é um historiador pós graduado na Universidade de Paris, foi professor na Universidade de Brasília, professor-visitante na Unicamp e na Universidade da Califórnia, em Berkeley.

¹⁷ As comunidades estudadas foram: Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), Fazenda da Esperança e Casa Família Rosetta.

recuperação (da dependência) é não só uma libertação em relação ao problema das drogas, mas a descoberta de um sentido para a vida”.

Aponta para a existência de um denominador comum entre as três comunidades estudadas: a filosofia que se instaura em cada uma dessas organizações, que, em termos mais amplos, consiste na exaltação da liberdade e do amor, em “exercícios de liberdade” que se assentam na espiritualidade, religião, cidadania e fraternidade. Ele destaca algumas características básicas que compõem as comunidades terapêuticas, identificando que, em todas elas, é exaltada a ideia do “compartilhar” como valor fundamental no processo de recuperação. O autor aponta, ainda, a presença de uma postura que procura romper com a posição vertical (e hierárquica) médico/paciente, a partir de um entendimento de que as interações devem romper com essas estruturas rígidas. Em suma, são instituições que não tratam apenas da desintoxicação, uma vez que procuram atuar sobre a personalidade dos indivíduos.

Schneider (2010, 2011) estuda diferentes modalidades de instituições de tratamento de usuários de drogas e assinala o valor da religião que atua configurando e reconfigurando indivíduos a partir da identidade de “dependente químico”. A autora analisa as experiências vividas em três instituições da região de Grande Curitiba: o Centro de Recuperação Água da Vida (Cravi), que se caracteriza como comunidade terapêutica; a Igreja do Santo Daime Céu da Nova Vida (ICNV) e um grupo da associação de anônimos – os Alcoólicos Anônimos (AA). Ela entende tais instituições como agenciamentos terapêuticos que transformam as percepções do “self”. Esse agenciamento é atravessado justamente pelos discursos espirituais e religiosos; são eles que conferem ao sujeito a possibilidade de mudança de hábitos e a transformação de suas identidades deterioradas. Ou seja, essa reformulação de sujeitos e identidades se dá mediante um leque de conceitos e normas presente no cotidiano dessas instituições que se firma na noção da dependência química como doença e de que o caminho para a recuperação é o encontro religioso e/ou espiritual.

Os estudos de ambos pesquisadores fornecem importantes elementos para a compreensão do funcionamento e organização do trabalho desenvolvido nas comunidades terapêuticas. Enquanto Leonardi (2009)

elabora uma perspectiva mais histórica e descritiva, mapeando um amplo cenário de como foi sendo criado e construído o trabalho terapêutico nas instituições estudadas, bem como resgatando a filosofia que imersa no trabalho dessas instituições, Schneider (2010, 2011) aborda o tema sob uma perspectiva fundamental para o presente estudo, qual seja, a ênfase nas elaborações de identidades, projetos e sociabilidades em espaços terapêuticos que tomam a “questão” da dependência química a partir de uma resolução espiritual. Apoio-me no mesmo entendimento da autora, de que tais instituições atuam como agenciamentos terapêuticos, porém me distancio dela no que toca ao aspecto espiritual. No seu estudo, Schneider (2010, 2011) mostra como a espiritualidade é fundamental para a reconstituição de sujeitos marcados pela doença da dependência. Como a organização escolhida para o presente estudo não possui esse marco religioso e espiritual, os caminhos de agenciamentos aqui são de ordens diferentes daquelas apontadas pela autora.

Na tese de Castrillón (2000), cujo objetivo é perceber algumas rotas e percursos pelos quais vão se constituindo novos sujeitos sociais dentro de instituições como as comunidades terapêuticas, discutem-se as diferenças que norteiam os trabalhos de diferentes comunidades terapêuticas consideradas religiosas e laicas. Assim, tal estudo fornece outros elementos para a compreensão dos agenciamentos de sujeitos e identidades para além da influência religiosa ou espiritual.

Já Taniele Rui (2010) se propõe a compreender as ambiguidades e contradições de uma instituição como uma comunidade terapêutica que busca promover a abstinência em dependentes químicos a partir de uma experiência particular de um sujeito que passou pelo tratamento na organização. A autora busca descrever como os indivíduos se relacionam com as normas da instituição no dia a dia, identificando os descompassos e inconstâncias. O que está em jogo é problematizar, de um lado, o caráter total da instituição (LIMA, 1990; GOFFMAN 1999; FOUCAULT, 1887) e, de outro, seu aspecto de “releitura do self” (GUIDDENS, 1995). Os trabalhos científicos encontrados tendem a apontar, cada um à sua maneira e dando ênfase a um ou outro aspecto, para esse caráter de transformação do “eu” a partir da estrutura institucional.

No presente estudo, procuro identificar e compreender as relações e estratégias que são consideradas pelos sujeitos da comunidade terapêutica estudada como fundamentais para a efetivação da proposta terapêutica da instituição, que, como já assinalado anteriormente, tem por finalidade a reestruturação e reformulação de identidades e sujeitos.

Faz-se necessário, agora, identificar como os instrumentos normativos conceituam comunidade terapêutica e o trabalho assistencial voltado para os usuários de drogas.

O Regulamento Técnico que disciplinava as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, instituído pela Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, posteriormente revogada pela RDC nº 29, definia da seguinte forma as comunidades terapêuticas :

*“Serviços de atenção a pessoas com transtornos devido ao uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPAs), em regime de residência ou em outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados que forneça suporte e tratamento a usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo **principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares**. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando outras possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.”*
[destaque meu]

Já na Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, encontramos a seguinte afirmação:

*“O **principal instrumento terapêutico a ser utilizado** para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a*

convivência entre os pares, nos termos desta resolução.”

[destaque meu]

A partir dos trechos selecionados das normas supracitadas, podemos perceber que um aspecto fundamental que define a modalidade de tratamento de uma comunidade terapêutica está vinculado ao fato de que o trabalho realizado nesse espaço deve ser conduzido e baseado a partir das relações entre pares que se estabelecem dentro de um coletivo, ou seja, a terapia está orientada principalmente pelo convívio entre os indivíduos que ali se encontram internados. Espera-se que o paciente realize um processo de autorreflexão e diálogo, devendo, também, se envolver em todas as atividades da casa, com o objetivo de uma profunda transformação de si mesmo. Dessa perspectiva, a rotina e os conflitos que vão surgindo na convivência tornam-se aspectos fundamentais no processo terapêutico do dependente químico. Apesar de as normas legais darem ênfase ao convívio entre pares, e não necessariamente de todos os atores envolvidos, avalio ser importante considerar esse quadro mais amplo de atores nessa modalidade terapêutica, incluindo aí tanto os pacientes (residentes) como os profissionais, pois, como observado no campo, o convívio entre todos os atores ali envolvidos se apresentou bastante importante na condução da proposta terapêutica. É por meio desse convívio que os meninos que ali residem criam vínculos com a instituição, bem como atualizam e ressignificam os sentidos terapêuticos da proposta ou do projeto institucional, no qual o paciente não é visto como objeto, mas como sujeito ativo desse processo.

Penso ser interessante discutir de forma breve o conceito de comunidade, pois tal conceito nos ajudará a entender melhor o arcabouço dos valores e ideais que constituem e formam instituições como as comunidades terapêuticas, contribuindo, conseqüentemente, para uma compreensão mais consistente da dinâmica do trabalho desenvolvido nessas instituições.

Ao falarmos em comunidade evocamos uma ideia *a priori* positiva, de “coisa boa”, que se relaciona à nostalgia do paraíso perdido (SOCZECK, 2003). A noção de paraíso (elaborada tanto pelas mitologias gregas, quanto

pela bíblia) se liga às noções de inocência e pertencimento de grupo e à ausência de interesses egoístas e individualistas. Assim, o conceito de comunidade resgata esse paraíso perdido, porém, no embate com a modernidade (e pós-modernidade), sempre o resgata e o reproduz de forma utópica. Essa questão da utopia das comunidades relaciona-se com a tensão que se instaura entre o conceito de comunidade e o de liberdade. É que, ao mesmo tempo em que o termo “comunidade” remete a valores positivados de pertencimento de grupo e solidariedade, implica, também, a perda da liberdade individual, valor primordial das sociedades industriais, da época moderna que separa e distingue a cidade do campo.

Assim, os debates sobre comunidade vêm atrelados a compreender justamente essa tensão entre comunidade e modernidade que implica processos societários complexos. O conceito de comunidade aparece como reconstrução de um passado perdido que permanece ativo no imaginário das pessoas (como algo desejado), mas que também opera concretamente. Ou seja, apresenta-se como estratégia discursiva que configura práticas concretas, que por sua vez acionam objetivos políticos definidos ou difusos. Vemos, pois, a formação de grupos de pessoas marginalizadas, por exemplo, que se associam e criam uma identidade comum como forma de garantir espaço social, de assegurar direitos.

Luana Carola dos Santos e Marcos Martins Silva, em apresentação proferida no 16º Encontro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO)¹⁸, discorreram sobre o conceito de comunidade e mostraram como tal conceito, entendido como uma utopia e como antagônico aos conceitos de individualismo e sociedade, passou (no século XX) a ter essa dicotomia comunidade-sociedade questionada. O conceito de comunidade passa a ser entendido como um sistema permeado por heterogeneidades, ou seja, há uma partilha de valores comuns, mas há também espaço de expressão de individualidade (não individualismo). Os sujeitos que compõem a comunidade não são iguais, existem conflitos, divergências e resistências.

¹⁸ GT “Diálogos interdisciplinares sobre o conceito de comunidade(s)”, do 16 Encontro Abrapso em 2011. Disponível em <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/site/textoscompletos>

Tal como outros autores mostram, Pereira (2001) assinala que um ponto importante que define o trabalho comunitário está ligado ao “fazer juntos”, à participação de todos na comunidade com o objetivo de encontrar soluções compartilhadas para os problemas que se apresentam. Ele elenca algumas características do trabalho comunitário, como: o fato de que o poder deve circular, foco nas relações interpessoais, os planejamentos e soluções devem ser coletivos, etc. Assim, ao pensarmos em relações comunitárias, estamos nos remetendo a aspectos que dialogam com certos valores tais como o trabalho em equipe e a solidariedade, que constituem referências para uma ética institucional.

Schutz (1979) discute sobre o significado subjetivo de pertencimento de grupo, mostrando que, além do compartilhamento de interesses comuns, o significado subjetivo de pertencimento consiste em reconhecer que os atores de um dado grupo se encontram em uma situação comum e, portanto, compartilham um mesmo sistema de tipificações e relevâncias. Esse sistema de tipificações e relevâncias diz respeito aos códigos, signos ou estruturas simbólicas que orientam os comportamentos, as ações e relações dos sujeitos. É o que ele chama de esquema “ready-made” ou receita. Ou seja, há códigos de expressão e códigos de interpretação pré-estabelecidos dentro de um grupo, de uma comunidade ou de uma sociedade, que permitem que os atores consigam adotar ou orientar suas ações de forma a anteciparem a reação dos outros, sabendo que comportamento é exigido para cada situação. São códigos que tornam o “mundo social” (as relações, signos e símbolos, etc.) naturalizado, ou melhor, aceito como natural. Esse sistema de tipificações define, assim, papéis sociais, posições e status para cada sujeito pertencente àquele grupo ou sociedade.

Sob essa perspectiva, comunidade pode ser entendida tanto como um interesse comum, um “bem comum”, algo a ser construído em conjunto, quanto um grupo, instância ou instituição que se forma ou se constitui a partir de um sistema cultural e simbólico compartilhado por seus membros e que define as situações concretas dos atores.

Algumas características que diferenciam a internação em uma comunidade terapêutica de uma internação hospitalar são apontadas no

texto de Christen Filho ¹⁹ (2012). Ele aponta para o papel ativo do recuperando nas atividades propostas, o caráter voluntário da internação (a comunidade terapêutica não pode, de nenhuma forma, conter fisicamente o residente), o fato de que se procura construir um trabalho a partir de relações horizontalizadas (parte-se do pressuposto de que o “paciente” é quem sabe mais sobre o seu corpo e, assim, busca-se construir “com ele”, e não “para ele”, o processo terapêutico), há o entendimento de que a “cura” da dependência química relaciona-se diretamente com a abstinência (o que implica afirmar que uma comunidade terapêutica deve prover um ambiente livre de qualquer substância psicoativa) e é uma modalidade de assistência que oferece uma reinserção social a partir do compartilhamento de moradia, alimentação, realização de tarefas e participação em diferentes atividades diárias. Ele enfatiza, também, o fato de que, apesar de algumas comunidades terapêuticas oferecerem tratamento médico (nesse caso, as CTs devem seguir as normas sanitárias específicas aplicáveis aos estabelecimentos de saúde), a questão da desintoxicação se apresenta como secundária nessa proposta terapêutica.

O próprio termo “comunidade” já nos remete a um amplo quadro de valores e significados que vão configurar a estrutura de uma comunidade terapêutica, delineando a dinâmica do trabalho, contornando as relações, interações e papéis. Em suma, já nos dá uma luz sobre os discursos e valores que estão presentes em um espaço como o de uma comunidade terapêutica, que estruturam e reestruturam o jogo do tratamento da dependência química.

¹⁹ Psicólogo, pós-graduado em Dependência Química e Comunidade Terapêutica pela Faculdade Luterana de Teologia (FLT) e Cruz Azul no Brasil; pós-graduado em Intervenção Cognitiva e Aprendizagem Mediada pelo Centro de Desenvolvimento Cognitivo do Paraná (CDCP) e Colégio Nossa Senhora de Sion; Responsável pelos Programas de Tratamento do CERENE; Cuidador da Equipe de Colaboradores do CERENE; palestrante da Cruz Azul no Brasil.

Capítulo 2

2.1 Abordagens teóricas: pensando e repensando o conceito de agência

Antes de entrar nas descrições e análises etnográficas, creio ser importante situar quais os caminhos teóricos e conceitos-chave que orientaram este trabalho.

De forma ampla, o presente estudo segue na direção de análises sobre as formas de sociabilidades, o que as orientam e as configuram, nas quais se vê presente o debate sobre as oposições e aproximações entre conceitos como agência/estrutura, indivíduo/sociedade, comunidade²⁰ /sociedade. Dentro desse amplo cenário, que se pauta em investigar a constituição dos sujeitos e subjetividades em relações e processos micro e macro, tal estudo toma como conceitos chave o conceito de agência (ORTNER, 2006) e poder (FOUCAULT, 1979 e 2004).

O presente estudo toma como foco, portanto, a compreensão de certos processos de constituição dos sujeitos e identidades. A reflexão sobre a interação entre os processos de subjetivação e as estruturas e os sistemas mais macros será realizada apenas com o intuito de não esquecer que tal conexão constitui importante eixo de investigação. No entanto, não cabe aqui aprofundar essa discussão, o nosso foco é entender como se dão os processos de constituição dos sujeitos na dinâmica específica de uma comunidade terapêutica particular.

Teorias como o estruturalismo, funcionalismo, marxismo etc, têm em comum o interesse em investigar e compreender os processos de interação e constituição dos sujeitos e qual a relação que tais processos estabelecem

²⁰ A dialética entre comunidade e sociedade também consiste em uma discussão referente aos processos de socialização que problematizam a relação entre estruturas e práticas sociais. Tonnies (1994), um clássico que se propõe a discutir essa relação sociedade/comunidade (práticas societárias e práticas comunitárias), trata de uma teoria da estrutura social que articula uma teoria da ação baseada na ideia de vontade social. Ele parte da noção de que as interações humanas são processos que ocorrem mediante a vontade social. Assim, os agentes seriam vontades humanas que ocorrem a partir das múltiplas relações, são vontades realizadas e/ou sofridas que conservam ou destroem outras vontades.

com as estruturas e os sistemas sociais mais amplos (e vice-versa)²¹. Uns conferem ênfase para o papel ou influência que as estruturas têm sobre os indivíduos, entendendo-se que o comportamento humano é moldado e constituído a partir de forças externas aos sujeitos, tais como a cultura, as estruturas, os sistemas econômicos, etc (refiro-me às teorias funcionalistas, marxistas e estruturalistas). Aqui o foco é sobre a coerção que tais forças externas exercem, configurando os sujeitos nelas inseridos. Essa perspectiva da coerção foi questionada por Goffman e outros representantes do interacionismo, corrente que buscava resgatar o sujeito, afirmando que ele possui um papel ativo na configuração da vida social. Porém, tal como coloca Ortner (2006), o interacionismo não consegue resolver a dicotomia ou oposição entre estrutura e agência, pois ele recai em outro extremo, por não considerar a influência das coerções estruturais nas práticas sociais dos atores.

Ortner (2006) afirma que é com Bourdieu, Giddens e Shalins que a oposição entre estrutura e agência vai sendo superada. Tais autores (cada um a seu modo) discutem sobre a articulação entre as práticas dos atores sociais em suas vidas concretas e a coerção das estruturas e dos sistemas sociais sobre essas mesmas práticas, reconhecendo que tais estruturas, ao mesmo tempo em que influenciam a formação das práticas, são por elas transformadas. Ou seja, eles adotam uma abordagem que se assenta nas relações dialéticas, e não de oposição, entre as estruturas e as práticas sociais.

Giddens (1989) entende que as estruturas, ao mesmo tempo em que constroem as ações e práticas dos sujeitos, capacitam e habilitam essas mesmas ações e práticas sociais. Assim, a dualidade da estrutura se caracteriza pela coerção e facilitação das ações, pela imposição de regras e disponibilidade de recursos.

Tal concepção implica um sujeito cognoscente e intencionado. Ou seja, o sujeito é capaz de desenvolver ações intencionadas, possuindo, pois, um

²¹ Vale lembrar que o foco do presente estudo consiste em entender e analisar os processos de interação e constituição dos sujeitos observados em campo. Aqui, discuto em termos teóricos a relação entre esses processos e as estruturas mais amplas, com o intuito apenas de reconhecer a importância dessa relação. Porém, não cabe aqui analisar nem desenvolver uma conexão entre os processos de subjetivação e os processos estruturais, pois, como já foi dito, tal objetivo extrapolaria os limites da presente pesquisa.

certo grau de consciência do que faz e do porquê faz. Tais ações intencionadas vinculam-se à ideia de agência, que, para Giddens (1989), se define como a capacidade dos sujeitos de concretizarem ações independentemente das coerções estruturais.

Ainda que, muitas vezes, o conceito de agência apareça em Giddens (1989) como sinônimo de ação, é possível perceber que a agência é entendida como um componente da ação, no sentido de que ela está relacionada com a capacidade das ações de transformar situações. E essa capacidade de transformação se relaciona com a faculdade eletiva, ou melhor, a reflexividade dos sujeitos, bem como com seu acesso a recursos de poder e sua posição nas redes de sociabilidade.

Esse aspecto da reflexividade na discussão sobre os processos de estruturação também é abordado por Archer (2003). A autora defende que os conceitos de estrutura e agência se referem a poderes e propriedades distintos e que o processo de reflexividade seria a mediação entre esses dois conceitos. A reflexividade deve ser entendida aqui como um processo de avaliação dos sujeitos sobre suas condições e posições objetivas, os recursos ou capitais disponíveis e suas intenções.

Archer (2003) afirma, ainda, que as propriedades das estruturas de constrangimento e capacitação (que atuam possibilitando ou não as ações e os projetos dos agentes) não podem ser pensadas como tendo ligação apenas com as estruturas, pois para que tais propriedades de fato se concretizem seriam necessários agentes que operassem ações em uma dessas duas direções: de capacitação ou de constrangimento. Dito de outra forma, os constrangimentos e capacitações que influenciam a persecução ou não de metas e projetos (ORTNER, 2006) derivam de propriedades culturais e estruturais, porém só são, de fato, operados mediante o processo de agenciamento dos sujeitos, que se relaciona com o processo de reflexividade. Ou seja, a reflexividade é um mecanismo que torna possível e eficaz a influência estrutural. É mediante esse processo de reflexividade que os indivíduos realizam projetos elaborados a partir das circunstâncias e

posições sociais que ocupam e dos recursos a eles disponíveis. Assim, a reflexividade se liga também ao conceito de agência.

Destacamos a seguinte definição de agência de Ortner:

“Antes de prosseguir, reafirmarei que agência nunca é uma coisa em si, mas sempre faz parte do processo do que Giddens chama de estruturação: o fazer e refazer de formações sociais e culturais mais amplas”. (ORTNER, 2006, p.52)

Vê-se que a agência é constituída e acionada mediante as formações sociais mais amplas, ou seja, ela está imersa num contexto e sistema social, em que ambos se influenciam mutuamente.

Um aspecto importante a ser ressaltado para a compreensão do conceito de agência diz respeito ao fato de que a agência está relacionada ao grau de liberdade que os indivíduos possuem em relação aos seus constrangimentos sociais. Isto é, a agência refere-se à capacidade dos indivíduos de conduzirem ações e projetos que extrapolem ou que modifiquem sua situação social. Portanto, percebe-se que agência tem a ver com ações intencionais orientadas para a mudança ou transformação, ainda que não sejam plenamente conscientes. Ela liga-se à capacidade de inovar, à criatividade e resistência.

Devemos ter cuidado, aqui, para não cairmos no erro de entender que os agentes são inteiramente livres. A agência não ocorre num vácuo social, ela se dá através dos contextos sociais e históricos, das estruturas e dos sistemas sociais. A agência é sempre negociada interativamente (ORTNER, 2006), portanto os agentes não podem estabelecer ou perseguir projetos em um vazio social, bem como não podem controlar de forma plena os resultados desse agenciamento. A criatividade e inovação dos sujeitos são atravessadas pela dimensão hierárquica da vida social. Ou seja, a capacidade de agência, de perseguição de projetos²², depende e varia de

²² A noção de projeto, tal como coloca Velho (2008), distancia-se de uma visão sociologizante dos comportamentos e eventos, que são entendidos e considerados como resultado de forças sociais e históricas, onde a ação humana acontece de forma inconsciente, o que implica dizer que os sujeitos são levados a agir sem a consciência real de suas ações. O conceito de “projeto” não deixa, no entanto, de considerar os processos sociais e culturais, mas direciona a compreensão da cultura em seu caráter dinâmico, onde os indivíduos não são completamente inconscientes das forças sociais e se tornam,

acordo com os posicionamentos dos sujeitos nos contextos e redes sociais. A agência depende, em suma, das relações de poder e desigualdade que se estabelecem entre os atores em um dado contexto ou situação. Tal como coloca Ortner:

“E a agência é quase sempre distribuída de forma desigual – algumas pessoas conseguem “tê-la”, e outras não; algumas pessoas conseguem ter mais, e outras menos. No primeiro exemplo, a agência parece ser, em grande medida, uma qualidade investida em indivíduos.” (ORTNER, 2006 – p.74)

Segundo Ortner (2006), o conceito de agência possui tanto um caráter de intencionalidade (entendida não como algo consciente, mas sim como uma ação cognitiva ou emocional que possui uma finalidade determinada) e que se assenta no que ela chama de perseguição de projetos culturais, como em um âmbito de poder. A agência insere-se, assim, em relações hierárquicas e assimétricas, exprimindo um sentido de resistência/dominação. Esse dois âmbitos – de resistência e dominação – devem ser entendidos em uma perspectiva de interconexão, de *continuum*. Eles não estão necessariamente separados, pelo contrário, um perpassa o outro, ambos estão mutuamente relacionados. O termo “projetos culturais” é central para o entendimento das relações de agenciamento da autora. Ele reflete as metas individuais, os desejos²³, as ações intencionais que configuram ou reconfiguram subjetividades, em suma, exprime essa intencionalidade que é sempre culturalmente e socialmente determinada.

A perseguição de projetos, conforme a autora se refere, insere-se no contexto dos jogos sérios, ou seja, desenvolve-se a partir de um jogo de poder estabelecido por sujeitos culturalmente posicionados que acionam metas e desejos dentro de um contexto de desigualdades e assimetrias. O “jogo sério” da qual ela fala não se refere à “teoria dos jogos”, que supõe o ator como dotado de uma racionalidade universal e interessado em si

portanto, atores. E atores que, como tais, influenciam a vida social. Ver Gilberto Velho: “Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea”, Capítulo 7, edição de 2008.

²³ Para saber mais sobre a relação entre agência e desejo, ver Deleuze (1994).

mesmo, pelo contrário, pressupõe atores subjetivamente complexos e culturalmente variáveis.

Percebe-se que o conceito de agência possui uma relação evidente com o conceito de poder, já que ela opera a partir de relações assimétricas e desiguais. Tal como coloca Ortner (2006), a teoria da prática que questiona a oposição agência/estrutura, fundando os processos culturais “on the ground” e que retoma o ator como agente fundamental na elaboração dos processos sociais (sem esquecer das forças ou influências coercitivas das estruturas), se desenvolve praticamente no mesmo período em que começa a crescer um *corpus* de trabalhos que se propõem a repensar as questões de poder, o que a autora chama de “power shift”.

A autora afirma que, apesar de a teoria da prática não desconsiderar o poder de sua análise, ela também não o toma como central. É assim que defende que a articulação da teoria da prática com os teóricos do poder (tal como Foucault, 2004, 1979), pode constituir uma importante estratégia para estudos que tomem como foco relações de dominação e subordinação, tais como estudos das relações de gênero e sobre o colonialismo, por exemplo.

Concordo com a visão da autora de que a articulação desses dois conceitos pode ser interessante para se pensar sobre a constituição dos sujeitos, das identidades e subjetividades que se inserem em um contexto de relações marcadamente assimétricas e desiguais. Penso que agência e poder são conceitos que se complementam e, portanto, ao tomar os dois como foco, a análise torna-se mais completa, dando conta da complexidade do fenômeno e das relações tratadas.

Em seu texto “Uma Atualização da Teoria da Prática”, Ortner (2006) mostra como os teóricos do poder, apesar de lidarem com aspectos ou propriedades diferentes daqueles que a teoria da prática lida, estão relacionados em muitos aspectos com aquela teoria. Por exemplo, a perspectiva adotada por Foucault (1979, 2004) de um poder que se espalha por todo o sistema social, bastante invasivo, onde não existe nada fora do poder, implica um poder situado nas microrrelações. Tal perspectiva se relaciona com o interesse da teoria da prática em compreender os aspectos ou fontes da base (“on the ground”) que atuam na configuração de propriedades ou estruturas maiores.

Ortner (2006) mostra, assim, como as teorias da agência (preocupadas com as questões das práticas e ações sociais na formação de sujeitos e estruturas) se relacionam e dialogam com as teorias do poder (que contribuem para a compreensão das relações de resistência e dominação). Além disso, o estudo do poder está também nas relações “moleculares” e vem sendo tratada no campo da biopolítica por Foucault (1979, 2004), Deleuze (1994, 1996) e Agamben (2002)²⁴, que embasa a crítica a modernidade opondo a noção de contrato e de poder centrado exclusivamente no Estado a uma outra noção mais subjetiva e que age no disciplinamento dos corpos e que, portanto, dialoga mais diretamente com o conceito de agência aqui trabalhado.

O presente estudo segue nessa análise, que toma as questões de agência e poder como uma forma de entender a dinâmica terapêutica de uma comunidade terapêutica (CT) do Distrito Federal, principalmente no que toca ao exercício de compreensão da elaboração de projetos e metas que atuam configurando ou reconfigurando sujeitos considerados usuários de drogas.

Cabe ressaltar, também, que este estudo segue na linha de Goffman (1961), no sentido de que confere ênfase à compreensão das regras e normas institucionais como forma de entender o processo terapêutico da organização em questão. Ou seja, procuro explorar mais como as normas e regras da instituição interagem com o internado ou residente ou hóspede ou menino, do que entender o itinerário terapêutico como experiência. Busco entender como as normas, regras e códigos se expressam e o que representam. Utilizo o termo “processo” unicamente como forma de não esquecer que esse jogo terapêutico se refere também à saúde/doença como experiência construída (LANGDON, 1995). Porém, não cabe aqui analisar a construção dessa experiência, uma vez que tal objetivo extrapolaria os limites do campo pesquisado. Ora, tal como coloca Langdon (1995), o itinerário terapêutico é entendido como um processo que se constrói bem antes da entrada dos sujeitos nas dinâmicas de tratamento propriamente ditas. A experiência da aflição vai sendo construída mediante uma sequência

²⁴ Autores que compõem o quadro teórico de inspiração do presente trabalho.

de eventos e episódios culturais e sociais, nos quais os sujeitos vão atribuindo sentidos ao sofrimento e reorganizando a experiência de vida. Assim, o foco aqui é explorar como a estrutura institucional em questão, com suas regras e códigos, interagem com os indivíduos nela inseridos, identificando seus significados nesse jogo terapêutico que agencia identidades.

Dessa forma, para compreender esse processo de constituição de sujeitos e identidades, me apoio, por um lado, nos conceitos de agência (ORTNER, 2006) e poder (FOUCAULT, 1979 2004) e, por outro lado, me apoio em Goffman (1961), com o intuito de entender como as regras e normas institucionais se fazem presentes nesses processos de subjetivação. Portanto, o presente estudo se pauta em dois grandes eixos: um que discute a questão da agência (discussão esta atrelada ao debate sobre poder e resistência) e outro que procura entender como que a estrutura e organização institucional operam de forma a se fazer presentes nesse processo de agenciamento de subjetividades.

Será a partir de tais conceitos (agência/poder) e mantendo uma postura que compreende a relação agência/estrutura como duas instâncias que, apesar de distintas, não se opõem, mas dialogam e interagem, que buscarei compreender como a instituição, ao jogar seu “jogo sério”, atua sobre os indivíduos de forma a impulsioná-los para uma transformação do “eu”, para uma transformação profunda da sua vida (que em última instância assenta-se na perseguição da “sobriedade”, da “cura” da dependência química), sem esquecer, no entanto, de reconhecer as fissuras existentes nessa estrutura que possibilitam aos indivíduos estabelecerem seus próprios caminhos.

Capítulo 3

3.1. Caminhos metodológicos: reflexões sobre o fazer antropológico

No presente estudo, o caminho metodológico utilizado consistiu na realização de entrevistas com os profissionais e com os meninos que acessam essa instituição, com vistas a compreender quais as percepções e os discursos construídos por tais atores sobre o trabalho que se desenvolve na comunidade terapêutica em questão, procurando resgatar os trajetos percorridos até a entrada desses meninos na casa de internação. Além das entrevistas, foram realizadas observação e acompanhamento do trabalho desenvolvido na casa de internação, com o intuito de aprofundar o entendimento das dinâmicas e relações que se estabelecem naquele espaço.

Acompanhei, no começo do ano de 2013, o trabalho na casa de internação ao longo de duas semanas, período em que pude observar e presenciar as diversas atividades que compõem o trabalho terapêutico da instituição, as relações e conflitos que ali se configuram e como se constrói o dia-a-dia numa casa de internação de uma comunidade terapêutica.

O tempo relativamente curto da observação se deu tanto por limitações do campo, quanto por motivos pessoais que acabaram reduzindo o tempo de realização desse trabalho de campo. Quando falo de limitações do campo, refiro-me às dificuldades que tive em contatar a presidente da instituição que, segundo o pessoal da administração, seria a única pessoa que poderia autorizar a minha entrada na casa de internação.

Fiz minha primeira visita no dia sete de janeiro de 2013, na qual tive a oportunidade de conversar com uma das psicólogas sobre o que consistiria a minha pesquisa e sobre a possível realização das observações e entrevistas. Fui muito bem recebida, a psicóloga me explicou um pouco sobre qual o trabalho que eles procuravam desenvolver ali e já nesse primeiro contato consegui extrair informações importantes que, posteriormente, na escrita do caderno de campo, pude perceber a relevância. No entanto, apesar da concordância da psicóloga em relação à pesquisa, só quem poderia assinar os termos de autorização para a minha entrada na casa de internação era a presidente da instituição, com a qual não consegui falar nesse dia. Recebi

retorno das minhas tentativas de encontro com a presidente no dia dezoito de março de 2013. Só aí pude conversar com ela a respeito da realização da pesquisa e ter todos os documentos de autorização assinados e, assim, começar efetivamente o campo.

Os motivos pessoais que acabaram reduzindo o tempo de campo estão relacionados com o fato de que, no começo do ano, passei por um processo seletivo para fazer estágio em pesquisa na Universidade de British Columbia, Vancouver-Canadá, durante o período de quatro meses. Devido a essa viagem e às dificuldades iniciais de entrada na instituição, o tempo para a realização das observações e entrevistas acabou se tornando um tanto corrido. Diante de tais fatores, creio ser importante salientar que este estudo deve ser entendido como um estudo exploratório, no qual busco construir um cenário sobre a dinâmica terapêutica que ali se estabelece, identificando quais as percepções e discursos que os sujeitos elaboram a respeito dessa dinâmica, com o intuito de identificar o que está em jogo nessa proposta que atua formando e reformando sujeitos, procurando, ainda, elaborar questionamentos e avaliações que contribuam para estudos futuros sobre a temática do consumo de drogas e as respectivas medidas de assistência e recuperação dos sujeitos que delas fazem uso.

Importante ressaltar que foram submetidos documentos de autorização para as pessoas responsáveis pela administração da instituição, nos quais explico o intuito da pesquisa, os procedimentos que seriam adotados, bem como qual seria a participação dos atores e a garantia de anonimato dos mesmos. Dessa forma, os aspectos éticos da pesquisa, assim como os procedimentos metodológicos foram esclarecidos e acordados pelo pesquisador, a própria instituição e os sujeitos participantes da pesquisa.

Ao todo foram realizadas quinze entrevistas, das quais cinco foram com os meninos ali internados e dez com os profissionais e a presidente da instituição. Todas as entrevistas tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo respectivo participante. Optei por entrevistar apenas os profissionais que estavam envolvidos de forma direta com o trabalho terapêutico dos meninos e que se voltam, pois, para um trabalho mais na área da saúde. Dessa forma, foram entrevistados seis monitores, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e a presidente da instituição. Os

profissionais da administração, bem como as cozinheiras, o pedreiro, etc. (que também compõem o corpo de profissionais da instituição) não foram entrevistados, pois, como o intuito do estudo era compreender a dinâmica terapêutica da instituição, concluí que seria melhor estabelecer um recorte que privilegiasse aqueles atores diretamente envolvidos com o processo terapêutico de recuperação e reinserção desses meninos considerados usuários de drogas.

As entrevistas foram construídas tendo como preocupação reconstituir as histórias de vida, as percepções e os discursos dos diferentes atores envolvidos no espaço e na dinâmica de uma casa de internação de uma comunidade terapêutica.

De acordo com João Biehl (2008), compreender e analisar a história de vida de uma pessoa consiste em uma boa alternativa para se pensar questões e situações mais amplas, ou seja, possibilita que sejam acessadas as formas de estruturação e organização das relações “macro” da vida cotidiana (infraestruturas). Dessa forma, entendo que para um tema de tal complexidade, como o uso de drogas, a utilização de tal abordagem metodológica é vantajosa, no sentido de que proporciona ao pesquisador (a) uma maior facilidade na observação do fenômeno, sem, no entanto, perder a complexidade e o aprofundamento do objeto em questão. Em suma, o estudo de caso direciona a análise para pontos únicos que poderiam se perder em uma pesquisa de larga escala, relatando os pormenores da situação e, conseqüentemente, permitindo uma maior compreensão da realidade.

Para a análise das entrevistas foi construído um quadro comparativo, no qual os discursos transcritos foram separados e alocados por eixos temáticos a fim de identificar categorias chave, ou melhor, categorias que se apresentaram de forma frequente e comum à maioria dos discursos. Tal processo facilita a compreensão sobre quais são os significados e percepções envolvidas nos discursos de cada ator envolvido.

O método etnográfico deve ser entendido, aqui, na perspectiva de Martin Gerard Forsey (2010), que nos alerta para a importância de se considerar a “escuta engajada” como parte da conceituação da etnografia. Ele defende a realização da etnografia como uma escuta engajada, ao afirmar que muito

dos resultados da observação participante são decorrentes mais da escuta do que da observação em si.

O autor coloca, ainda, que a observação participante na sua concepção clássica (tal como na abordagem de Malinowski) ocupou o topo da hierarquia metodológica no campo da antropologia e que isso tem acarretado inúmeros desconfortos e dificuldades nas atuais pesquisas do campo. Tais desconfortos e dificuldades se refletem, inclusive, na própria identificação dos pesquisadores, uma vez que muitos pesquisadores que não utilizam a tradicional metodologia da observação participante ficam com receio de afirmar que seus estudos qualitativos são estudos etnográficos.

“As long as participant observation is positioned at the apex of the methodological hierarchy in anthropological and/or ethnographic studies then we run the risk of impoverishing not only our research processes but also our disciplinary identities (Hockey, 2002). The risks are arguably greater for anthropologists doing research ‘at home’ where the research may well be based less on traditional fieldwork and more on various types of interview.” (FORSEY, 2010, pág.564)

Dessa forma, ele propõe que se coloquem na mesma posição que a observação participante outras técnicas de pesquisa qualitativa, em especial os estudos baseados em entrevistas, pois só assim seria possível escapar de uma limitação metodológica que acaba empobrecendo o processo do fazer pesquisa.

“Looking beyond what we say we do to what we actually do as a collective, I think it is fair to say that ethnographers report more of what they hear in the field than what they observe, that we listen to people at least as much as we watch them and that it is therefore useful to allow engaged listening to sit on an equal footing with participant observation when discussing what it is that ethnographers do. Doing so affords a more liberal attitude towards what is and what is not ethnography, but it does not allow anything and everything to be captured under the ethnographic canopy.” (FORSEY, 2010, pág.569)

Não quero dizer, aqui, que exista uma hierarquia entre a observação e a escuta, onde a escuta sairia na frente, mas, apenas problematizar o porque do desconforto de alguns antropólogos em afirmarem que estudos com entrevistas são estudos etnográficos, uma vez que o próprio modelo tradicional da observação participante é, em muitos casos, resultado de uma “escuta engajada”.

O que busco esclarecer aqui é que a observação participante entendida na sua forma clássica não dá conta e nem pode ser aplicada a todas as realidades e contextos sociais, uma vez que se constitui em uma técnica de pesquisa que se associa a uma concepção de etnografia tradicional voltada para sociedades geralmente distantes, onde se pressupõe que o pesquisador fique um longo período entre os “nativos”. Assim, devido a certos arranjos sócio espaciais que se configuram nas sociedades ocidentais contemporâneas, por exemplo, e que, por sua vez, se distanciam dessa visão tradicional da etnografia, tal técnica se torna, muitas vezes, inviável de se realizar, ao menos nos termos tradicionais.

Como o propósito da etnografia é realizar um estudo que permita entender e explicar o contexto cultural da experiência vivida (FORSEY, 2010), ou seja, busca sempre estudar em profundidade os contextos sociais e as estruturas culturais de uma experiência de vida, o autor defende que se realizem entrevistas com base em um imaginário etnográfico. Isso quer dizer que a entrevista deve ser conduzida e elaborada a partir de perguntas que se voltem para as experiências, histórias e percepções dos atores sociais. A etnografia nessa perspectiva utiliza as percepções e biografias pessoais para estabelecer um link com o contexto sociocultural mais amplo, o que permite compreender melhor o fenômeno que se pretende estudar. Foi esse, portanto, o caminho seguido no presente estudo.

“The aim of the ethnographer is to listen deeply to and/or to observe as closely as possible the beliefs, the values, the material conditions and structural forces that underwrite the socially patterned behaviours of all human beings and the meanings people attach to these conditions and forces. When we conduct research with an ethnographic imaginary these are some of the

aspects of human existence that we aim to uncover.” (FORSEY, 2010, pág.567)

Dessa forma, a realização de entrevistas pode ser um importante mecanismo para estudos que pretendem compreender o ponto de vista dos atores sociais, pois tal técnica busca interpretar suas realidades a partir de suas próprias percepções e experiências de vida. Como a entrevista permite dar lugar à “voz do outro”, ela facilita a apreensão do sentido que os próprios atores atribuem às suas condutas, a maneira como eles se representam e representam o mundo, em suma, possibilita um maior entendimento de como os sujeitos em questão vivenciam e assimilam as suas situações da vida cotidiana. A entrevista possibilita ao pesquisador saber ouvir e levar a sério os discursos e interesses daqueles que pretende estudar. Dessa forma, entendo que a entrevista é uma técnica de pesquisa estratégica e fundamental para o problema por nós investigado.

Cabe ainda dizer que realizei uma análise documental para compreender a história de criação da instituição e como se estruturou em termos formais o trabalho terapêutico proposto pela instituição. Analisei e busquei informações contidas no regimento interno da instituição, os modelos das fichas utilizadas para a triagem dos meninos e o conteúdo do website da referida instituição.

Dessa forma, o presente estudo consiste em um estudo de campo, de caráter exploratório, no qual foram utilizadas variadas técnicas e instrumentos de investigação, como a realização de entrevistas (abertas e semi-estruturadas), observação, análise de documentos e revisão bibliográfica, para melhor compreender a abordagem terapêutica voltada para a problemática do uso de drogas, mais especificamente, a dinâmica da internação e suas implicações para o sujeito internado.

Agora que já foram explicitados os caminhos teóricos e metodológicos seguidos, podemos passar para a discussão sobre o trabalho de campo propriamente dito.

Capítulo 4

4.1. Uma Comunidade Terapêutica do DF – reconstituindo sua história e seu perfil institucional

A comunidade terapêutica estudada localiza-se numa área urbana de Brasília²⁵. A instituição procura atender crianças e adolescentes usuárias e/ou dependentes de substâncias psicoativas (SPAs) mediante um modelo psicossocial que caracteriza as chamadas comunidades terapêuticas.

Tal como consta do regimento interno da instituição, ela se caracteriza como uma sociedade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter assistencial e sem cunho político-partidário ou religioso. Consta nesse documento, também, a missão ou o fundamento ao qual a instituição se propõe, qual seja, o de promover o resgate da dignidade das pessoas adoecidas pelo uso abusivo de drogas, através de acompanhamento ambulatorial e regime de internação. O trabalho realizado na instituição é de caráter voluntário. Os recursos arrecadados pela instituição provêm de doações dos responsáveis pelos residentes e de parcerias que a instituição estabelece, tais como com as realizadas com as secretarias de saúde, de justiça e de cultura. Esses recursos, segundo pude ler e ouvir, são destinados exclusivamente para a manutenção da própria instituição.

O financiamento da instituição ocorre, frequentemente, mediado por emendas de parlamentares, ou seja, um parlamentar elabora uma emenda que destina uma quantidade x de recursos para projetos na área da saúde e assistência a usuários de drogas, por exemplo. A partir dessa emenda, serão repassados recursos para a secretaria de governo responsável por acompanhar o trabalho que será desenvolvido nessa área, que, por sua vez, repassará o recurso para a comunidade terapêutica, que executará o trabalho assistencial. Este é o “triângulo do financiamento”: emenda parlamentar – órgão governamental – comunidade terapêutica.

A história de criação da instituição pesquisada remonta à história de vida de sua fundadora, que possuía na família um caso de usuário de drogas. Esse parente acabou contraindo, também, o vírus HIV, tendo passado por

²⁵ Não foi detalhado a localidade da instituição como forma de garantir o anonimato dos participantes.

inúmeras internações, principalmente em clínicas privadas que demandam muito dinheiro do sujeito que busca esse tipo de tratamento, tal como me foi dito cerca de mil reais por mês, podendo chegar, dependendo da cidade, por exemplo, a quatorze mil reais. Após essas várias internações, chegou um momento em que a família não teve mais condições de internar o parente. Foi a partir dessa história de vida e da experiência com a dificuldade financeira vinculada a esse tipo de serviço que foi tomada a decisão de fundar uma instituição que acolhesse usuários de drogas e portadores do vírus do HIV.

Dessa forma, a comunidade terapêutica estudada teve seu início ligado a essa dupla preocupação: acolher tanto usuários de drogas, quanto crianças portadoras do vírus do HIV. No entanto, em janeiro de 2009, a instituição centrou-se no “tratamento da dependência química”, ainda voltado para crianças e adolescentes. A instituição está em funcionamento há cerca de doze anos.

O recorte da instituição em lidar apenas com crianças e adolescentes é bastante significativo, uma vez que vemos pesquisas apontando para o fato de que o consumo de drogas nessa faixa etária tem se revelado como algo bastante presente.

De acordo com a pesquisa, já citada, desenvolvida pela Fiocruz e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, entre os 0,81% da população estimada como usuária de crack regular, 0,11% são crianças e adolescentes e 0,70% maiores de idade.

O grupo de crianças e adolescentes abrangem faixas etárias em que o consumo de drogas é nulo ou baixíssimo, como em bebês menores de um ano e crianças de até oito anos, por exemplo. Se retirarmos tais idades da contagem, perceberemos que o problema do consumo de crack e derivados entre crianças e adolescentes é mais elevado do que o que as estatísticas mostram e, proporcionalmente, pode ser mais elevado (ainda que menor em termos absolutos) que o observado na população adulta, tal como mostra a referida pesquisa da Fiocruz. Percebe-se, assim, a importância e relevância do tema.

De acordo com informações retiradas do *site* da instituição e conforme relatado em campo, além do trabalho de internação e atendimento

ambulatorial a instituição desenvolve ações educativas e de prevenção ao uso prejudicial de substâncias psicoativas e às DST/Aids, promovendo debates e eventos em escolas das redes pública e privada, tribunais estaduais e federais e junto à comunidade. Não tive oportunidade, no entanto, de acompanhar tais atividades.

Dessa forma, podemos constatar que a instituição ainda trabalha com a temática do HIV, porém no âmbito preventivo. O acolhimento está atualmente voltado para usuários de drogas. Houve, ainda, outra mudança que ocorreu a partir de 2012. É que antes, a comunidade terapêutica atendia a crianças e adolescentes usuários de drogas de ambos os gêneros, porém com a criação de uma CT (Comunidade Terapêutica) no DF voltada especificamente para o acolhimento exclusivo de meninas, decidiu-se estabelecer um recorte. Hoje, a instituição volta o seu trabalho apenas para meninos entre 6 e 17 anos e sem graves problemas mentais (tais como surtos psicóticos e esquizofrenia), conforme mencionado por uma das psicólogas.

O corpo profissional da instituição divide-se entre os profissionais da administração, que ficam no escritório, lidando com assuntos mais administrativos (como manter a documentação da instituição em dia, monitorar os recursos, etc.), e os profissionais que lidam especificamente com o trabalho de reabilitação e internação, e os que cuidam da manutenção do espaço (pedreiro, cozinheiras, estocagem, etc.), além da presidente da instituição que é a responsável por conduzir as relações externas e a busca por parcerias institucionais que é a principal fonte de renda para a manutenção da instituição. No entanto, ela está, também, muito presente na casa de internação, acompanhando esse trabalho junto aos meninos que ali estão internados.

No que diz respeito ao trabalho de internação, foco de interesse deste trabalho, a instituição possui um corpo profissional composto por: duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, seis monitores e a presidente da organização. Esse era o quadro de profissionais até o momento em que realizamos o acompanhamento e observação do trabalho realizado na comunidade terapêutica. O corpo profissional pode variar de forma relativamente frequente, pois tal como pude observar no campo, há uma

troca intensa de monitores. A mobilidade entre esses profissionais é grande, muitos desistem e outros são mandados embora devido a conflitos entre eles e os meninos. Conforme a presidente da instituição me relatou, só no começo do ano de 2013, já haviam sido trocados seis monitores e, até o final do trabalho de campo, o corpo de monitores não estava definitivamente fechado. Quanto ao número de internos, é difícil precisar uma média, pois há um grande fluxo de pessoas, muitos desistem ou são desligados durante o processo. No entanto, durante a minha estadia lá, haviam cinco meninos na casa.

É importante mencionar como a instituição estrutura o trabalho terapêutico. Conforme pudemos observar no regimento interno, o trabalho é dividido em quatro fases, são elas: 1º) fase de adaptação; 2º) fase terapêutica; 3º) reinserção social; e 4º) pós-internação.

A fase de adaptação consistiria na introdução do futuro hóspede²⁶ e de seu responsável no cronograma de atividades, apresentação do manual do hóspede e do regimento interno. Ou seja, essa fase consistiria na familiarização dos sujeitos com as regras, normas e deveres que compõem o processo terapêutico em questão. A segunda fase (terapêutica) consistiria no acompanhamento terapêutico promovido pela equipe com o intuito de promover, nos hóspedes e responsáveis, uma visão geral acerca de si mesmos e do problema do uso abusivo de drogas, bem como das suas causas e consequências. A terceira fase, de reinserção, estaria voltada para a construção de um novo projeto de vida e a última fase (pós-internação) consistiria no acompanhamento dos familiares e hóspedes por meio de atendimentos clínico-psicológicos fora da internação. O período estipulado para a internação é de quatro meses, após esse tempo inicia-se o trabalho

²⁶ Note-se que no decorrer do texto termos como, “hóspede”, “residente”, “internos”, “meninos” aparecem para se referirem as pessoas que acessam essa instituição e que ali se encontram internadas, resididas ou hospedadas. As razões para essa variedade de termos consiste no fato de que mediante tanto a bibliografia encontrada, como os documentos da instituição e o campo propriamente dito percebi que não há um único termo a ser operado. Assim, enquanto algumas bibliografias adotam o termo interno ou residente, vê-se que no regimento interno da instituição consta como “hóspede”, porém tal como presenciei no campo, os atores se referem a “meninos”. Dessa forma opto por não escolher entre nenhum dos termos, alternando seus usos durante o texto, exceto quando discorro especificamente sobre a análise do campo. Nesse caso, adoto o termo utilizado pelos atores em campo, no caso, “meninos”. Cabe mencionar, ainda, que a utilização dessa grande variedade de termos pode ser expressão de um certo desconforto com a denominação a ser dada à realidade de internado.

pós-internação. Apesar de o trabalho estar formalmente dividido em fases, na prática e no cotidiano do processo terapêutico, a distinção entre essas fases não é tão clara, elas se sobrepõem e se misturam.

Ao revisar a literatura sobre comunidades terapêuticas (VALDERRUTEN, 2000, LEONARDI, 2009, SCHNEIDER, 2011, RUI, 2010 etc.), percebemos que a grande maioria das comunidades estudadas tem suas atividades terapêuticas pautadas ou orientadas por um discurso religioso, sendo gerenciadas ou por algum ex-dependente químico ou por uma autoridade religiosa, como um pastor. Dessa forma, e tal como já foi dito, as comunidades terapêuticas possuem em sua história e contexto de criação uma marca de religiosidade e espiritualidade.

Importante lembrar que a comunidade terapêutica estudada se distancia desse perfil, uma vez que ela não foi fundada tendo essa base religiosa. Isso deve estar relacionado à trajetória de sua fundadora, nos termos descritos anteriormente, e também ao fato de que a instituição é composta por uma equipe multiprofissional, incluindo aí profissionais da área da saúde (psicólogas, terapeuta ocupacional, etc.), além de outros profissionais da área de comunicação e administração. Pelo perfil traçado dos profissionais, podemos observar que a crença religiosa é bastante variada, uns consideram-se católicos, outros evangélicos, outros afirmam seguir a religião espírita e outros não possuem ou não praticam nenhuma religião.

Tal como foi relatado em uma conversa com uma das psicólogas, a instituição se diferencia das demais CTs (Comunidades Terapêuticas), pois ela nasce orientada pelos princípios das instituições de saúde. Ela enxerga a instituição como uma comunidade terapêutica que apresenta características de uma clínica privada. O que aproximaria essa comunidade terapêutica, conforme o relato, de uma clínica privada seria a composição profissional, em que se vê a presença de psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional – não há, no entanto, a figura do médico e enfermeiro.

“Normalmente uma CT é construída por um ex-viciado ou um padre, enfim, aqui não. A gente constrói o trabalho em relação às bases das instituições de saúde. Toda minha formação está

relacionada na área de saúde. Então, aqui, não é nada solto.”
(psicóloga)

Tal distinção torna-se importante e fundamental, primeiro porque é acionada pelos próprios atores como constitutiva da singularidade da instituição, e, segundo, porque o perfil e os valores que orientam uma instituição, no caso uma instituição de assistência e reabilitação de usuários de droga, irá moldar e influenciar a forma como as atividades terapêuticas serão conduzidas. Orienta, portanto, o processo terapêutico dos pacientes e, por consequência, influencia o próprio processo de entendimento dos pacientes e profissionais sobre o conceito de saúde/doença e as formas de agenciamento de projetos e identidades.

Já no primeiro contato, em uma conversa informal, a psicóloga destacou essa questão que marca a diferença entre a comunidade terapêutica estudada e as demais. Em muitos momentos, tal como pude perceber em campo, os profissionais (vale ressaltar, aqui, que eram principalmente as psicólogas e a presidente da instituição) sentiam um certo desconforto ao afirmarem que a instituição era uma comunidade terapêutica, utilizando, assim, termos como “ONG” para definir a instituição. Penso que tal desconforto esteja vinculado ao modelo ideal de comunidade terapêutica que geralmente vem atrelado a uma abordagem religiosa do trabalho. Dessa forma, os profissionais, principalmente as psicólogas, a terapeuta e a presidente, vivenciavam ali uma tensão: ao mesmo tempo em que reconhecem a instituição como uma comunidade terapêutica, devido a uma série de características (modelo residencial, convívio entre um coletivo, ênfase na reestruturação da rotina etc.), sentem a necessidade de demarcar que não são iguais as outras. O que quero dizer, é que pude presenciar diversas vezes essa preocupação das psicólogas e terapeutas em marcar essa diferença, onde elas afastavam o vínculo religioso, resgatando a noção de que o trabalho ali é todo construído a partir das noções de saúde, ou melhor, a partir dos modelos dos especialistas em saúde.

4.2. A vida cotidiana na casa de internação

A casa de internação é grande e se localiza em um espaço de chácaras, em um terreno amplo e gramado. Ela não é murada, apesar de ser cercada e ter um portão que, às vezes, fica aberto. A casa possui dois andares, dois quartos e dois banheiros. É na parte de cima que os meninos irão ter aulas de informática, quando instalarem os computadores (os computadores ainda não foram instalados, pois em 2012, a casa de internação passou por uma mudança na sua localização). A cozinha é grande e as salas de TV e de jantar são amplas. Na sala de TV é possível ver pendurados alguns cartazes sobre prevenção das hepatites (B, C, D). Há, também, o escritório, onde só os monitores e as psicólogas têm acesso; é lá que ficam tanto as fichas dos meninos, quanto as câmeras de monitoramento de toda a casa. As portas dos banheiros, da cozinha e a que dá acesso à casa ficam trancadas e as chaves ficam sob o controle dos monitores. Dessa forma, toda vez que um dos meninos ou visitante quer ir ao banheiro, por exemplo, eles têm que pedir ao monitor que destranque a porta. Tal como apontou Goffman (1961), um dos aspectos centrais do processo de “mortificação do eu” que se apresenta nas instituições totais consiste na obrigação em ter de pedir permissão para realizar tarefas simples, passíveis de serem feitas por si só no mundo externo. Embora essa CT não seja exatamente uma instituição total, tendências de fechamento institucional e ao controle da totalidade da vida cotidiana dos internados foram também observadas.

Do lado de fora da casa, em uma espécie de varanda, encontram-se os jogos de pebolim e ping-pong, algumas cadeiras e uma mesa. É lá que geralmente ocorrem as sessões de terapia, que são grupais, bem como as atividades como artesanato, palestras, etc.

Como foi dito, as sessões de terapia são realizadas em grupo, mas em alguns casos a psicóloga faz uma sessão privada, geralmente em casos mais extremos, como quando algum menino começa a iniciar muitas brigas ou fazer ameaças de morte, gerando risco de desligamento, ou quando o menino está para ter alta do tratamento. Dessa forma, todos que estão ao redor, monitores e visitantes por exemplo, podem escutar as discussões e os relatos que ocorrem nas sessões em grupo com a psicóloga.

De forma geral, as atividades que os meninos exercem na casa de internação são atividades de laborterapia, como arrumar os quartos e lavar a sala e a varanda, terapia com as psicólogas (terapia de grupo), atividades de lazer (pipa, ping-pong, futebol, etc), artesanato, cinema e informática (porém não tive a oportunidade de presenciar nenhuma dessas duas aulas).

Dessa forma, de manhã, os meninos fazem alguma atividade de laborterapia, que consiste na manutenção e limpeza das dependências da casa, em que cada um é responsável por um cômodo da casa. Durante o começo da semana eles, também, têm que decidir quem ficará responsável pela louça daquela semana. As responsabilidades de cada um são colocadas num quadro branco que fica na sala de jantar. Há, também, a caminhada no período da tarde, realizada com o intuito de ajudar o processo de desintoxicação e fortalecimento do corpo.

Após todas as refeições tem-se a hora de fumar²⁷; ao longo do dia são 7 refeições e, portanto, 7 cigarros. Esse é o momento mais esperado pelos meninos e, por isso mesmo, quando um deles se comporta fora das regras da casa, os monitores ameaçam e às vezes tiram o cigarro de uma das refeições. Esse é um modo de o monitor conseguir “controlar os meninos”.

Essa questão do cigarro parece-me boa para provocar uma reflexão sobre as contradições que se apresentam entre o campo dos valores pelos quais a instituição procura atuar e o campo concreto do trabalho realizado. Ao olharmos as características das comunidades terapêuticas, vimos que uma delas é justamente a promoção de um espaço livre e seguro de qualquer substância psicoativa, legal ou ilegal. Como explicar, portanto, essa permissão do consumo de cigarros?

Essa abertura da instituição para o uso de cigarros pode refletir tanto uma questão de redução de danos, na qual se entende que o “tratamento da dependência química” não se dá de uma hora para outra, nem deve se dar de forma abrupta. Ou seja, uma possibilidade para se alcançar a recuperação seria mediante a permissão para que o sujeito dependente consuma drogas mais “leves”, em menores quantidades e em menor frequência, até chegar ao ponto de conseguir largá-las totalmente. Ou, como

²⁷ Cigarros de tabaco são permitidos, sob controle dos monitores e em horários específicos estipulados pela equipe da instituição.

uma segunda interpretação para o fato, pode simplesmente refletir um pragmatismo para que o andamento do trabalho ocorra.

Portanto, além de o cigarro representar um meio de controle, ou, como coloca Rui (2010), uma “moeda de troca”, ele indica, também, que a instituição partilha da divisão valorativa entre drogas lícitas e ilícitas, ao revelar a incongruência existente entre a permissão do seu uso nos ambientes da instituição e a defesa da abstinência para o “tratamento da dependência química”. O uso de cigarros reflete a tensão existente entre o campo dos valores e ideais preconizados pela instituição e a realidade do dia a dia do trabalho.

Durante o dia, existem muitos “espaços vazios” que são preenchidos por atividades de lazer, em que os meninos ficam jogando ping-pong ou futebol, totó, empinando pipa ou assistindo TV.

É preciso ter cuidado com esse termo “espaço vazio”, pois ele pode remeter à ideia de que ele está fora do processo terapêutico, que não contribui ou influencia o tratamento dos sujeitos ali inseridos. Embora haja alguns profissionais e visitantes que têm essa concepção, ou seja, para eles esses espaços vazios, quando os meninos não fazem nada ou os preenchem com atividades de recreação, não ajudam na recuperação ou não fazem parte da proposta terapêutica. Outros, como as psicólogas e terapeutas ocupacionais, concebem tais atividades como constituintes do jogo terapêutico. Os “espaços vazios” ou as brincadeiras também estão imersos nesse processo de recuperação do “dependente químico”, eles também exercem um papel de reestruturação da vida desse sujeito considerado dependente.

Esse é o cotidiano dos meninos residentes na comunidade terapêutica. Além dessas atividades já descritas e que estão mencionadas, também, no regimento interno da instituição, existem outras atividades que pude presenciar, as quais podemos considerar como extras ou “não oficiais”, por não serem atividades necessariamente fixas da casa. A comunidade terapêutica fechou uma parceria com uma faculdade do Distrito Federal (DF), pela qual estudantes de enfermagem iriam promover atividades de prevenção e conscientização, tais como palestras e gincanas, além de um acompanhamento (que consistia em conversas) para se chegar a uma

avaliação do estado de envolvimento/comprometimento dos meninos em relação à drogadição. As atividades desses estudantes faziam parte da matéria de estágio na faculdade, sendo, portanto, uma equipe rotativa (eram na verdade duas equipes, uma que ia de manhã e outra no período da tarde).

Presenciei, também, uma atividade visando à aproximação dos meninos com a religião, na qual uma mulher (convidada por algum familiar) reuniu os meninos para fazer oração e leitura da bíblia. Atividades como essa ocorrem geralmente devido a pedidos de algum membro da família dos meninos (mãe, tia, pai, etc.), para que algum padre ou outra pessoa fizesse um trabalho religioso.

Ainda que seja obrigatória a autorização da presidente da instituição para que qualquer pessoa entre nas instâncias da casa de internação, a comunidade terapêutica estudada se mostra bastante aberta à entrada de terceiros. Esse me parece um ponto importante a ser discutido. Qual seria o significado dessa abertura? Ou melhor, qual a função terapêutica dessa permeabilidade, em que terceiros conseguem entrar e sair da casa de internação de forma relativamente fácil?

Esse “abrir portas” pode ser entendido tanto como uma preocupação da instituição em divulgar ou publicizar o trabalho que é ali desenvolvido, quanto pode ser um indicativo de descaso para com os meninos ali internados, na medida em que eles ficam expostos e não têm direito de escolha quanto a participar ou não das atividades que esses terceiros propõem. Dentro dessa última perspectiva, os meninos passam a ter relações impostas pela instituição e são condicionados a meros objetos (objetos de pesquisa, objetos de intervenção). Tais considerações devem ser entendidas como possibilidades e não como assertivas. Para, de fato, entender qual o significado ou função dessa abertura, dessa permeabilidade da instituição seria necessário mais tempo para voltar às observações e conversas com os diferentes atores envolvidos nesse trabalho.

Todos os aspectos mencionados, como a abertura da instituição a terceiros, a facilidade dessa entrada e o uso de cigarros, refletem a tensão existente entre o campo dos valores e dos ideais preconizados pela instituição e a realidade, revelam a relação entre o dito e o feito. Essa tensão

ou contradição existente entre esses dois campos faz com que questionemos as possibilidades e os limites de funcionamento de uma comunidade terapêutica, nos termos do projeto ideológico que ela apresenta. Ou seja, como uma instituição que se propõe a atuar a partir de uma relação de igualdade, horizontalizada e sem hierarquias, em que os sujeitos internados devem ser vistos como iguais, como parte da comunidade, consegue de fato operar se esses mesmos sujeitos já estão inseridos em relações desiguais, já vêm com essa carga ou estigma de incapacidade, de perda de controle e portanto, perda de capacidade decisória e da vontade própria?

Retomando a ideia de Schutz (1979) sobre o significado de pertencimento de grupo, percebemos que todos nós estamos inseridos em um mundo pré-concebido, já nos inserimos em redes de relações e esquemas culturais herdados. Ou seja, já existe um sistema ou uma receita simbólica que orienta as ações e reações, as interpretações, as posições, os papéis e *status* que cada sujeito assume no grupo, na comunidade, na sociedade e nas diferentes situações sociais. Dessa forma, dizer que o mundo sociocultural é pré-constituído e pré-organizado implica dizer que ele já vem ordenado a partir de relações hierárquicas de superioridade e subordinação, já apresenta um estilo de vida aceito e entendido como pressuposto, como natural. Então, os sujeitos serão enquadrados nesse esquema de códigos e tipificações pré-construídos e aceitos como naturais, assumindo diferentes posições, prestígios e relações. Os que, por algum motivo, não seguem a “receita”, rompendo com a lógica do mundo “naturalizado”, são vistos como “estranhos”, como sujeitos que não pertencem ao grupo interno e, portanto, não compartilham das verdades estabelecidas pelo sistema de receitas aceitos pelo grupo. Esse não compartilhamento dos valores ou verdades pode provocar um sentimento do grupo interno de nojo, aversão, antipatia ou até medo em relação ao estranho. Dessa forma, o estranho acaba ocupando um lugar, uma posição ou um papel estigmatizado, marginalizado, não compreendido, subordinado.

Assim, as relações que se estabelecem na comunidade terapêutica seguem valores e códigos ou esquemas já constituídos na sociedade mais ampla, alocando os indivíduos nela inseridos em posições e papéis

diferenciados, tornando difícil a aplicabilidade das relações entre pares iguais.

Voltando às atividades que compõem a rotina da casa de internação, estas em sua maioria, estão previstas no regimento interno da instituição, que regulamenta e define as atribuições e responsabilidades dos hóspedes (os meninos internados), da família, bem como as sanções e punições estabelecidas em caso de não cumprimento das regras e normas da casa. Essas atividades não são aspectos secundários no tratamento desenvolvido por uma comunidade terapêutica, pelo contrário, assumem o papel de protagonistas na condução terapêutica, o que reforça a ideia já apresentada de que o cerne, o que define um trabalho de uma comunidade terapêutica é a convivência entre os sujeitos ali envolvidos, onde o residente deve participar de todas as atividades propostas e estabelecidas pela instituição.

No regimento interno consta um tópico referente às proibições aos hóspedes, no qual vê-se que é expressamente proibido:

*“Criar intrigas entre a Diretoria, coordenação, monitores, residentes, família ou visitantes, sair da chácara sem autorização, roubar, incitar brigas, fazer ameaças e usar de violência, sexo, incentivar ou fazer apologia ao uso de drogas, maltratar animais, **fazer pronunciamento dando maus exemplos para o grupo**, não retornar das saídas no prazo estipulado, **não aceitar as coisas como elas são e querer insistentemente que sejam a sua maneira**, fumar no interior dos quartos, levar rádio, aparelhos sonoros e alimentos para os quartos, uso ou permanência de qualquer tipo de objeto ou substância sem autorização previa da administração, **deixar roupas sujas espalhadas pelo quarto ou qualquer outra dependência da CT** (o que for encontrado será confiscado e devolvido somente quando do desligamento do hospede da instituição).”* (destaques meus)

O descumprimento dessas e das demais regras que constam do regimento interno acarretam a aplicação de punições, que incluem advertências verbais e escritas e a exclusão da instituição, quando o residente tiver recebido três advertências. Dependendo do nível da falta cometida, o hóspede pode ser desligado com apenas uma advertência,

cabendo ao coordenador geral decidir. Percebe-se, também, que muitas das proibições refletem os valores morais inscritos na sociedade mais ampla, que definem o que é “bom” e “mal” comportamento.

Podemos fazer uma aproximação da forma como a comunidade terapêutica estrutura sua rotina com aquela das instituições totais de Goffman (1961), no sentido de que várias das características das instituições totais, conforme assinaladas pelo autor, também são observadas na comunidade terapêutica, como as que ora destacamos:

(1) a rotina das pessoas inseridas na instituição é sempre compartilhada por um grupo, em que todos realizam as mesmas atividades;

(2) as atividades são estruturadas em horários rígidos e a supervisão dessas atividades se dá pela vigilância;

(3) da mesma forma que a instituição total, a comunidade terapêutica é um híbrido: ao mesmo tempo comunidade residencial e organização formal.

Até aí me parece que o conceito de instituições totais se aplica à configuração de uma comunidade terapêutica. O que parece distanciar essas duas instituições, seria o fato de que toda essa configuração da comunidade terapêutica (a maneira como se organizam as atividades, a vigilância sobre o grupo, o planejamento do dia e das necessidades, o sistema de regras e punições, etc.) é atravessada por valores como solidariedade, ética, amor e respeito ao próximo, que compõem a noção de comunidade discutida anteriormente. Portanto, parece que há uma ressignificação de valores ao adotar o termo “comunidade”. Enquanto nas instituições totais de Goffman (1961) a organização ou estruturação das instituições carregam uma noção negativa e pejorativa, são instituições que não consideram os sujeitos e suas singularidades, elas “mortificam o eu”, nas comunidades terapêuticas essa estrutura institucional, que em muitos aspectos se aproxima das características totais assinaladas por Goffman (1961), é ressignificada como positiva, pois assenta-se sobre valores de solidariedade, respeito ao próximo, trabalho em equipe, entre outros, que atuam justamente para reestruturar o “eu” e torná-lo “livre” das drogas. Devemos mencionar que Goffman (1961) discute, também, sobre o convento como uma instituição total. Menciono o convento aqui, pois ele também aciona valores como de solidariedade e amor, porém ele é um caso singular dentre as instituições

estudadas pelo autor. Assim, volto a afirmar que com exceção do convento as instituições totais de Goffman (1961) carregam uma noção negativa de reescrita do self que se contrapõe aos discursos acionados pela comunidade terapêutica para justificar seu objetivo de reestruturação de sujeitos considerados dependentes químicos. Além disso, em todas as instituições estudadas pelo autor me parece que o “fechamento institucional” se dá de forma muito mais intensa e rígida do que na comunidade terapêutica investigada nesse estudo.

Em ambas instituições (totais e comunidade terapêutica) ocorre o trabalho coletivo mediado pela vigilância e disciplina dos corpos, porém, na comunidade terapêutica, agregam-se valores como solidariedade (inscritos já no termo “comunidade”) e ajuda ao próximo, o que em uma instituição de “tratamento” da “dependência química” se traduz na superação da dependência, na mudança de vida.

Como esse é um espaço onde a convivência entre as partes, a rotina, os interesses e relações interpessoais são considerados aspectos fundamentais para a condução do processo terapêutico, torna-se fundamental situar e apresentar quais as relações que se estabelecem ali (e de que forma), os conflitos e sua resolução, as hierarquias e resistências, em suma, torna-se fundamental compor esse amplo quadro das relações entre os diferentes atores, que envolve jogos de poder e resistência, vínculos, percepções e projetos de vida.

Assim, num primeiro momento, procuro descrever e situar os tipos de relações que se configuram, bem como os conflitos e a resolução dos conflitos que, inevitavelmente, ocorrem mediante a interação entre sujeitos, como forma de contribuir para a compreensão dessa proposta terapêutica. Já num segundo momento, evidenciarei quais as percepções e entendimentos dos diferentes atores aí envolvidos acerca do espaço de internação, resgatando, ainda, a narrativa dos percursos dos sujeitos até a sua entrada nesse espaço terapêutico.

4.3. Mapeando as relações e os conflitos

Antes de compor o quadro de relações, vínculos, conflitos, interesses, etc., creio ser importante definir o perfil dos profissionais que ali trabalham, bem como o perfil dos sujeitos que acessam essa instituição (os meninos residentes).

Com relação aos profissionais (corpo profissional de 10 pessoas, entre monitores, psicólogas, terapeutas ocupacionais e presidente), quatro deles estão na faixa de 20 a 30 anos, um na faixa de 31 a 40, quatro na faixa de 41 a 50 e um na faixa dos 51 a 60. Dentre os profissionais entrevistados, quatro apresentam ensino superior completo, dois ensino superior incompleto, um ensino médio completo, um declarou ser monitor, um pedreiro e o outro a resposta estava ilegível. Cinco residem no entorno de Brasília, quatro no Plano Piloto e um constava resposta ilegível. Quanto à cor, cinco declararam-se pardos, três declararam-se brancos, um negro e um moreno. Com relação a se praticam ou não alguma religião, sete declararam que sim e três que não, sendo que dentre os que disseram sim, dois são espíritas, dois são católicos, um é evangélico e um não especificou a religião que pratica ou a que pertence.

Já em relação aos meninos (todos os cinco meninos que se encontravam internados, no momento do trabalho de campo, foram entrevistados), dois têm 17 anos, dois 16 anos e um 14 anos. Dois têm ensino fundamental incompleto, um possui ensino fundamental completo e dois ensino médio incompleto, sendo que todos residem no entorno de Brasília. Quando perguntados com quem que eles moravam antes de serem internados, quatro responderam que moravam com algum parente (só com a mãe, mãe, pai e irmão ou só com a tia) e um declarou que não morava com nenhum parente. Com relação à religião, dois declararam não possuir ou não seguir nenhuma religião, um se considera católico e dois evangélicos. Três declararam ser pardos, um declarou ser negro e o outro branco. Quando perguntados sobre a profissão dos pais, um respondeu que os pais não tinham nenhum tipo de profissão, um disse que a mãe trabalha num asilo e o padrasto é pedreiro, um disse que o pai é advogado e a mãe vendedora, um respondeu que a mãe (adotiva) estuda e o pai (adotivo) trabalha e outro

disse que o pai é delegado, a tia é costureira e a mãe dona de casa. Ainda, mediante os relatos, pude constatar que, embora os meninos reconheçam possuir um lar e laços familiares, eles relataram que passavam a maior parte do tempo nas ruas, muitas vezes viravam dias e noites na rua, enquanto outros residiam em abrigos, nos quais não se sentiam seguros e não possuíam boas relações, fazendo com que a rua constituísse o seu principal espaço de convivência.

Podemos ver, pois, que o perfil dos sujeitos que integram a instituição é bastante heterogêneo. Os profissionais possuem escolaridade variada; os que apresentam ensino superior são, em geral, os profissionais voltados para a área da saúde, como as psicólogas, a terapeuta ocupacional e a presidente da instituição. A questão da religião também evidencia essa heterogeneidade, pois, apesar de a maioria dos profissionais declarar que possui ou segue uma religião, não existe um foco religioso, não existe uma religião principal nesse grupo de profissionais. Ou seja, há uma gama variada de crenças e religiões (cristã, evangélica, espírita, etc.). Os meninos que se encontram internados também apresentam heterogeneidade religiosa, uns se consideram católicos, outros evangélicos e outros não seguem religião alguma. No entanto, os relatos nos mostram elementos que indicam que grande parte desses meninos vem de contextos sociais mais pobres e de maior vulnerabilidade social. Eles se encaixam num perfil de indivíduos “de rua”, seguindo a ideia apresentada por Lilian Leite (2013), já discutida anteriormente, de “loucos de rua” em distinção de “loucos em situação de rua”, pois são sujeitos que transitam entre o espaço da casa e o espaço da rua.

Vale mencionar, ainda, que os monitores são os profissionais que se aproximam mais dos meninos em termos de um perfil sócio econômico, sendo eles, também, que estão em maior contato com os meninos, já que eles são os responsáveis por vigiar e acompanhar todas as atividades dos meninos e em todos os momentos. A maior parte dos monitores que ali trabalham nunca tinham tido contato com um trabalho que se voltava para a questão da “dependência química” até a entrada na comunidade terapêutica em questão. Esse é um ponto importante para se pensar sobre esse tipo de profissional e será discutido, ainda que de forma breve, posteriormente.

Relação profissional-residente e residente-profissional

Os profissionais, de maneira geral, enxergam a relação entre o residente (o menino) e o profissional como sendo um tanto conflituosa nas fases iniciais do tratamento e mais tranquila conforme o andamento da terapia e do tempo. Um ponto importante desses discursos consiste no fato de que os profissionais entendem que, com o passar do tratamento, os meninos acabam criando um vínculo afetivo com o profissional e a instituição, o que faz com que se crie uma relação mais tranquila e de respeito. Falarei sobre essa questão dos vínculos que se estabelecem com a instituição e que implicações isso traz para o processo terapêutico em outro capítulo.

Em relação aos conflitos iniciais, entre as razões ou explicações possíveis para eles, encontra-se a associação feita com a antiga rotina dos meninos, marcada pela falta de regras, pela vivência nas ruas e pelo uso de drogas, fazendo com que eles não entendessem o valor do tratamento ou a intenção do profissional, o que, conseqüentemente, geraria o confronto²⁸.

"Inicialmente é bem conturbado essa... esse... essa relação conturbada permanece pra alguns, não pra todos, porque eles vem de uma realidade onde eles não tem regras, eles não tem limites, eles não tem respeito, então a gente colocar uma regra e fazer com que eles cumpram essa regra, por exemplo, você tem que arrumar sua cama todo dia de manhã e tem que mantê-la arrumada durante todo o dia. Como assim minha mãe não manda em mim e essa pessoa vai mandar, então inicialmente é totalmente desafiador, até eles entenderem que o simples fato de arrumar a cama pode ajudá-los a não cair na mesma rotina que eles tinham antes, né então, quem aceita quem consegue se abrir, pra receber essa informação, ao longo de três semanas, duas

²⁸ Volta-se à ideia de permeabilidade dos códigos da casa e da rua (Ver DaMatta, 1984). Os meninos por estarem no espaço da rua e portanto compartilharem do código da rua, não "entendem" o valor do tratamento que remete ao código da casa. No entanto, os próprios conflitos que se configuram devido a divergência de códigos refletem uma permeabilidade entre os códigos. Os conflitos na comunidade terapêutica reflete a imersão dos códigos da rua no código da casa (de internação) que procura conter ou apagar as disputas, e tensões.

semanas no máximo já tem um respeito muito grande pelo profissional e vice e versa, quem não consegue é geralmente, são os meninos que não dão conta de ficar, porque eles não aceitam a regra do profissional, não aceitam a regra da casa e conseqüentemente desestabilizam toda a estrutura, aí ele pede para ir embora, ou nós desligamos o menino para não comprometer o tratamento dos outros" (psicóloga)

"muitos aprende, muitos aprende, muitos param para escutar, só que muitos também às vezes não tá nem aí, às vezes a psicóloga tá falando e ele tá falando, não tá nem aí, fala que não tá nem aí, que não quer saber de nada, entendeu? (monitor)

"É como se fosse um objetivo para eles, se sentem bem, eles se juntam e falam assim: "Eu não gostei desse profissional, então vou tirar ele daqui, a gente tem esse poder". Eles pensam que tem o poder." (monitor)

Alguns pontos de conflito ou que são considerados como conflitos pelos profissionais são o fato de que alguns meninos não levam a sério o tratamento, não respeitam e não escutam o profissional ou, ainda, o fato de os meninos acharem que têm o poder de despedir ou fazer com que o profissional seja despedido da instituição.

Em relação a essa questão de quem detém o poder ou não e para quê, pude notar, mediante a observação no campo, que existe uma hierarquia nas posições, que poderia ser descrita (de maneira bruta, breve) da seguinte forma: presidente – profissionais da saúde – monitor – residentes. Ainda que se procure realizar o trabalho a partir de uma horizontalização nas relações (característica do tipo de trabalho desenvolvido por uma CT), é possível perceber uma hierarquia nas posições de cada sujeito, que envolve diversos aspectos, tais como: quem é que detém um maior saber/conhecimento sobre o processo da dependência química, as questões da faixa etária também influenciam nessas relações de poder, escolaridade, enfim inúmeros fatores que acabam alocando os diferentes atores em posições diferenciadas, onde

uns detêm maior poder (por exemplo, poder na tomada de decisões e na efetivação das mesmas) e autoridade do que outros.

Aqui, lembramos as considerações feitas sobre o funcionamento de uma comunidade terapêutica com base em valores de igualdade e solidariedade. Porém, ao voltarmos para o campo pragmático do trabalho que lá é desenvolvido, tais valores não conseguem ser de fato aplicados, traduzidos. Isso, em grande parte, ocorre pelo fato de as relações que se estabelecem do lado de fora da instituição e que são a razão de ser da própria instituição, na sociedade mais ampla, já alocam os sujeitos considerados como usuários de droga em uma posição de inferioridade e vulnerabilidade social. Existe um compartilhamento de códigos e um esquema “ready-made” pré-estabelecido que configuram posições e papéis sociais, inscrevendo hierarquias e desigualdades de poder.²⁹

Ora, essa dimensão hierárquica que ordena a equipe dirigente e os internos é, também, característica constitutiva da instituição. Tal como Goffman (1961) coloca no seu estudo sobre as instituições totais, um aspecto fundamental consiste justamente na distinção entre o mundo dos dirigentes e o mundo dos internados. Há nessas instituições uma ação constante de demarcação e diferenciação entre essas duas esferas, ou seja, as dinâmicas institucionais, a rotina, as regras e as atividades são ordenadas de tal forma que os papéis e direitos da equipe dirigente e dos internados são explicitamente marcados, e marcados de forma qualitativamente distinta.

Isso não quer dizer, no entanto, que o esquema hierárquico de posições sejam fixos e impermeáveis, pelo contrário, há nessas relações brechas, escapes, onde tal hierarquização se afrouxa ou, em alguns casos, pode até se inverter. A própria forma como o trabalho é estruturado cria espaços de fuga, escapes, nos quais esse movimento de afrouxamento das relações hierárquicas de poder se realiza, se concretiza.

É o caso, por exemplo, do trabalho dos monitores e de sua jornada de trabalho. A jornada desses profissionais é assim estruturada: uma dupla de monitores permanece na casa durante um dia inteiro (vinte e quatro horas), passando a noite na comunidade terapêutica. Essa mesma dupla que

²⁹ Ver Schutz (1979).

passou um dia inteiro na instituição, folga três dias e, após esses três dias, retorna à casa. Isso se dá para todas as outras duplas de monitores, o que quer dizer que troca-se de dupla diariamente. Ao todo são seis monitores, portanto, três duplas para se distribuir dentre os dias da semana.

Percebi que embora haja um planejamento das atividades do dia, frequentemente muda-se ou adia-se a atividade para outro dia. É tão comum ocorrerem essas mudanças que, muitas vezes, os monitores não estão sabendo o que vai acontecer no dia. Apesar de os monitores terem de redigir um relatório com todos os acontecimentos do dia, os conflitos e eventos, há sempre a possibilidade de se perder algum registro ou detalhe. Ou melhor dizendo, é fato que as informações ali contidas não podem dar conta de tudo o que foi presenciado, vivido, ouvido, ocorrido. Dessa forma, a comunicação entre os profissionais não flui de forma contínua.

Os relatórios podem ser entendidos como documentos ou registros que, antes de conterem informações neutras, possuem informações editadas, elencadas, selecionadas. Isso quer dizer que os relatórios não podem ser entendidos como documentos objetivos, mas sim como documentos que possuem uma relação íntima com os sujeitos que os escrevem. O que quero dizer aqui é que as informações contidas em tais registros documentais não contêm (e não têm como conter) a totalidade dos acontecimentos ocorridos ou a totalidade do que foi vivenciado no dia. Além de não ser possível conter a totalidade dos fatos e das relações que se deram, as informações que são ali traduzidas já representam registros mediados por orientações institucionais, valores e noções pessoais e morais. A pessoa que escreve o relatório irá registrar aqueles acontecimentos que considera relevantes de serem registrados e passados adiante. Ela elenca prioridades, confere diferentes valores ou diferentes níveis de importância a cada acontecimento observado e/ou presenciado. Portanto, os relatórios contêm inclusões e exclusões que representam recortes que dialogam com as subjetividades de cada indivíduo que os escrevem. São documentos que expressam, assim, valores, prioridades, moralidades, experiências de cada sujeito que os fabricam. Não podem ser entendidos como registros de verdade, de realidade, pois eles nos dizem mais sobre o indivíduo que o escreve do que uma realidade supostamente neutra e factual.

Ainda sobre essa descontinuidade na comunicação entre os profissionais, pude presenciar vários eventos nos quais, no dia anterior, a psicóloga havia tomado uma decisão ou acordado algo com os meninos e que não era repassado.

Essa falha na comunicação causava diversas perturbações entre os meninos e os monitores, porque os meninos falavam que se tinha decidido por uma coisa no dia anterior e os monitores custavam a acreditar, não permitindo que se realizasse aquilo que os meninos estavam fazendo ou pedindo. Para ilustrar tal “falha” darei um exemplo.

Em um determinado dia, a psicóloga permitiu que os meninos assistissem a novela até às 21:50 (o horário normalmente permitido era até às 21:30) e no dia seguinte, os meninos falaram sobre isso com os monitores. Os meninos falaram que tinha sido permitido e os monitores não acreditaram e até falaram:

“Não recebi nenhuma orientação a respeito disso da Presidente. E é a Márcia³⁰ que manda. É a presidente da ONG que manda.” (monitor)

Eventos como esse são recorrentes. Os meninos estão o tempo inteiro falando: “mas fulana falou isso” ou “fulana disse que podia”. E os monitores ficam na dúvida, mas acabam não permitindo. Assim, é mediante tais “falhas” ou brechas que os meninos podem se utilizar disso para colocar a situação em favor de seus interesses. Ou seja, usam isso como forma de reter para si um certo “poder”, um certo controle das relações que se estabelecem na comunidade terapêutica. Ainda que nem sempre eles consigam o que querem, no mínimo, eles deixam os monitores confusos, fazendo com que eles percam (em certa medida) essa figura de autoridade, invertendo aí as posições hierárquicas de poder (ainda que seja uma inversão momentânea).

Com relação à percepção dos meninos sobre a relação entre eles e os monitores, nota-se que, em geral, eles reconhecem como sendo uma relação boa e tranquila e que só em alguns casos há um conflito maior. Mediante o acompanhamento do trabalho na casa de internação e, também, os relatos

³⁰ O nome foi aqui alterado como forma de garantir o anonimato da participante.

dos residentes, pude notar que os conflitos mencionados em relação aos profissionais voltam-se para a figura do monitor. Isso pode estar relacionado ao fato de que é esse profissional que está todo o tempo com os meninos, tendo, portanto, um maior contato com eles, além do fato de que a maioria dos monitores não possui uma trajetória de experiência com trabalho na área da dependência química ou uso de drogas, sendo que muitas vezes a entrada na comunidade terapêutica constitui o primeiro contato com essa temática. Esse ponto é importante, uma vez que podemos, assim, questionar até que ponto tais profissionais estariam capacitados para lidar com as demandas de um trabalho de reabilitação à usuários de drogas. Dessa forma essa “falta” de experiência profissional com a temática das drogas pode representar, portanto, um ponto de partida gerador de conflitos dentro da instituição. Um dos residentes relatou-me ter presenciado certos abusos e desrespeitos vindos desse profissional, o monitor:

"Com uns monitores aí é boa a relação nossa, com outros não. Que tem um que é muito bruto, aí a gente não é de boa com ele não. Já xingou agente de filho da puta aí [...]ele fez um negócio com outro menino aí, pegou um isqueiro daqueles que aperta assim, que estrala, pegou e virou para ele e ficou apertando assim, tá, tá, tá, como isqueiro assim, como quem que era um revólver. [...] Um monitor só, foi um sozinho. Aí outra vez ele falou, me chamou de zé buceta, botando o dedo na minha cara." (residente)

Os monitores são os atores que estão em maior proximidade com os residentes, são eles que acompanham todos os passos dos meninos. Eles, além de acompanharem as atividades, vigiam os meninos na hora do lanche, na hora de escovar os dentes, quando eles circulam ao redor da casa, etc. São eles, ainda, que devem fazer a revista geral do corpo e dos pertences dos meninos quando estes entram na casa de internação, acompanhado de uma testemunha.

Dessa forma, são os monitores os atores que irão influenciar de maneira mais direta a manutenção da ordem da casa, o cumprimento das regras, em suma, a disciplinarização dos meninos. Tratarei desse ator e do seu papel com mais detalhe em um momento futuro, pois penso que este seja um

personagem importante no percurso terapêutico, uma vez que os monitores se apresentam como atores-chaves na manutenção e condução do processo de disciplinarização dos meninos (fator fundamental para o andamento do processo terapêutico de uma CT) e merecem, pois, uma atenção mais detalhada.

Relação residente-residente

Já na relação entre os próprios residentes, os profissionais da instituição entendem que é uma relação marcada por diversos conflitos e disputas de poder, de honra. Mencionaram que, em qualquer espaço de tempo livre, há brigas e implicâncias entre eles e, mais uma vez, atribuem as razões disso aos comportamentos que foram adquiridos nas vivências da rua, que enxergam como um espaço em que não há outra possibilidade além de matar ou morrer³¹.

"É uma relação complicada porque de início, de início eles repetem muito os atos de lá de fora, então eles chegam aqui, existe uma disputa pelo poder, uma disputa pelo espaço, uma insegurança por parte deles, de quem vai fazer, quem não vai fazer, qual é o papel do outro na minha vida, porque a vivência de rua é uma vivência muito violenta." (psicóloga)

"Um inferno. Porque esses meninos estão habituados a situações de rua e quando você tem situação de rua ou você mata ou você morre. Infelizmente eles trazem o que eles veem lá fora, eles trazem aqui para dentro, então é muito difícil para a gente disciplinar esses meninos de uma maneira que eles entendam que você não tá na rua, que é um lugar onde supostamente eles estariam protegidos, estão protegidos, pela questão..." (presidente da instituição)

Os meninos entendem que a relação entre eles é ao mesmo tempo boa, tranquila, e bastante conflituosa. Ao olhar para os relatos, vemos que não

³¹ De novo podemos pensar em termos dos códigos que DaMatta (1984) aponta para os espaços da casa e da rua.

atribuem às experiências e vivências de rua uma possível explicação para os conflitos. A explicação ou motivo parece estar, antes, relacionados a uma lógica de causa e consequência do tipo “se me respeita eu respeito”.

“[...]me respeita eu respeito, os outros quer caçar encrenca eu só saio de perto, até pra não pegar uns e quebrar na pancada.”

Alguns meninos relacionam os conflitos entre eles com o fato de que uns ainda são muito crianças e que aprenderam pouco, viveram pouco.

“Ave Maria, só com os que é quieto, porque os cara atentado não dá para aguentar não [...] Criança demais, acho que não viveu muito ainda, acho que não aprendeu muito ou que talvez não converse com pessoas com a cabeça mais a frente que tentam entender coisas diferentes, tentam aprender,” (residente)

Parece-me que esse tentar entender coisas diferentes, tentar aprender, se relaciona com a ideia de conseguir assimilar o projeto terapêutico e tudo o que ele tem a oferecer. Está relacionado com uma introjeção, aceitação de um novo projeto de vida, de um novo sujeito. E quem não tenta compreender esse projeto de vida, por consequência, não aprende a ver as coisas de um modo diferente e continua reproduzindo os mesmos comportamentos, causando o conflito, pois afinal, quem age assim não está suficientemente maduro, “é criança demais ainda”. Outro ponto importante é que a palavra “ainda” aponta para uma expectativa de que, num futuro mais ou menos breve, esses meninos que *ainda* são crianças demais irão conseguir compreender essa proposta, esse projeto. E mais, ao utilizar o termo “ainda”, o autor da fala evoca uma empatia, no sentido de que quem está falando considera que os outros meninos que ali estão com ele passaram ou irão passar por um processo semelhante ao seu: chegaram crianças, não compreendiam o sentido daquilo tudo e depois amadureceram.

4.4. Os percursos: entendendo as trajetórias, idas e vindas

Passo agora a resgatar as trajetórias dos residentes, procurando entender os acontecimentos ou percursos que ocorreram até a entrada deles na casa de internação.

Entre os meninos entrevistados, quatro declararam que começaram a usar drogas devido à influência de algum amigo e um deles relatou que já estava na rua e foi influenciado pelos círculos que estabeleceu nesse espaço. Praticamente todos possuem mais de uma passagem por casas de internação; apenas um relatou ser a sua primeira internação. As saídas das outras internações foram, geralmente, marcadas por uso de drogas dentro da instituição ou por brigas com outros internos.

"Rapá, começou na aceleração, quando eu fui fazer aceleração eu me juntei mais a um amigo de infância e ele fumava maconha [...] O nome na verdade é EJA, que o colégio faz para todas aquelas pessoas que reprovaram demais. Que quando eu era mais novo eu não ia pro colégio na verdade, aí eu reprovei três vezes a quinta. Aí quando até que enfim quando eu consegui passar da quinta me mandaram para a aceleração[...] eu voltei a ver um amigo meu, amigo de infância e ele usava maconha, nós começou a matar aula, matar, matar e todo dia ele fumava do meu lado até que eu pedi para fumar. Eu fumei uns cinco meses, eu fumei quase um ano, aí meu pai me mandou para uma casa de recuperação em Goiânia, á força, aí eu peguei fui para lá e passei oito meses, voltei para cá, fiquei cinco meses trabalhando num supermercado, aí depois cinco meses eu fiquei.. sai do supermercado e voltei a usar novamente." "Foi um amigo da minha mãe, na verdade o gerente, se não me engano, da minha mãe, que ela falou pro gerente dela, aí o gerente dela conhecia uma pessoa lá no CAPs, que falou que tinha uma casa de recuperação aqui em Brasília. [...] Na verdade eu passei quatro meses aqui antes, aí eu fui e recaí, voltei [...], eu só voltei mesmo porque eu comecei a cheirar pó e comecei a ficar magro, a me sentir mal."
(residente)

"Eu tava na rua usando droga, aí eu pedi para vir para cá, só que eu já tinha vindo uma vez já, só que aí eu só fiquei uns dois meses aí fui embora e depois voltei de novo e agora já tem quase três meses que eu tô aqui, eu vou terminar o tratamento que eu quero parar de usar droga. [...] A outra vez que eu tava lá foi por causa que eu levei maconha lá para dentro, saí para consulta e levei."
(residente)

Conforme os discursos, pude notar que a primeira internação tende a ser promovida por alguém externo, ou seja, quem toma a iniciativa na primeira internação não é o menino, mas sim algum parente (tia, mãe, etc.). Porém, nas demais internações que se seguiram, o menino passa ou passou a ter uma papel mais ativo³² na busca por apoio, pelo menos a nível de discurso.

"A primeira vez foi minha mãe que correu atrás, aí eu já descobri, aí essa vez já foi eu que pedi para vir porque tava mal, tava fumando todo dia, passava até dez dias sem ir em casa, aí eu pedi para vir para poder parar. "a vontade que eu tenho de parar de usar, aí eu pedi para vir." (residente)

"Foi primeiramente, foi um menino que falou que essa vida não era para mim, que eu tinha um plano na minha vida, porque é igual eu falei eu tenho um plano na minha vida, porque Deus me salvou a primeira vez da morte, agora eu tô aqui para se tratar." (residente)

Ainda sobre a entrada na casa de internação, pelos relatos, me parece que a iniciativa para buscar apoio se deu após algum evento marcante, como uma experiência de quase morte, ou porque houve uma tomada de consciência de que tinham perdido o controle do uso, seja porque perceberam que se afastaram da família, não indo para casa por 10 dias, seja pela vontade de se formar em alguma área ou pelo reconhecimento de que há outras oportunidades. Parece-me que para a tomada dessa

³² Essa tomada de iniciativa por parte dos meninos permite repensarmos, ou ressignificarmos o conceito de Goffman (1961) de instituição total, no sentido de que lá o "fechamento" era total, portanto esse fenômeno da iniciativa não tinha a possibilidade de ocorrer, pois de lá não se saía. No momento em que pode-se "ir e vir", abre-se um espaço maior para que esse aspecto de assumir uma posição mais ativa na entrada dessas instituições ocorra.

“consciência”, na maioria dos casos, existe um incentivo ou dos familiares e amigos ou de pessoas próximas no seu círculo de relações.

Uma vez que ocorre a percepção (por parte do próprio menino ou de alguém próximo a ele, como mãe, pai, tia, amigo, etc.) da necessidade de buscar apoio para parar o uso de drogas, o sujeito pode acionar diretamente a comunidade terapêutica ou pode ser encaminhado por uma outra instituição, como o Conselho Tutelar e a Vara da Infância. Isso revela que, muitas vezes, o caminho percorrido por tais sujeitos até que ele chegue à internação perpassa diferentes instâncias e instituições, o que indica que a questão do uso de substâncias psicoativas envolve assuntos que extrapolam o puro uso dessas substâncias e suas consequências para a saúde física do indivíduo que as usa.

Olhando para os encaminhamentos ocorridos, conseguimos perceber que a maioria se dá através da família³³. De 443 encaminhamentos, 180 foram originados da própria família, o que representa uma porcentagem de 40,63%. Em seguida, encontra-se o Conselho Tutelar, com 24,38%; o ABRIRE (Centro de Referência de Assistência Social) segue com 6,99%; enquanto CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência de Atenção Especializada em Assistência Social) não apresentam uma porcentagem muito elevada de encaminhamentos (3,99%, 0,23% e 2,03%, respectivamente). Fica evidente, assim, que a família possui um papel, se não central, bastante significativo no percurso do tratamento ou recuperação do usuário de droga, uma vez que será ela o principal ator que impulsionará a entrada dos usuários na rede de assistência. A forte presença da família na condução e busca pelo tratamento está relacionada, também, ao fato de que os sujeitos que acessam a comunidade terapêutica são menores de idade.

O menino, antes de ser internado, deve passar por uma triagem no escritório da instituição. Tal triagem consiste em uma avaliação do

³³ Quando perguntados sobre a relação com os membros da família, três consideram que a relação com o pai ou padrasto não é boa, um apesar de considerar ter uma boa relação com a família, mencionou que com o padrasto há conflitos e um não considera a relação familiar boa, porém, não referiu conflitos com o pai, o que difere dos relatos dos demais.

envolvimento do menino com a droga (avaliação que busca classificar e enquadrar o tipo de envolvimento que o sujeito em questão possui com a substância psicoativa, bem como o seu comprometimento social e físico), quando se procura também verificar se de fato existe um interesse do menino no tratamento. É a partir dessa triagem que a psicóloga define a modalidade de tratamento, encaminhando o menino para o trabalho ambulatorial ou para a internação.

Ao chegar na casa de internação, o menino passa por uma revista geral do corpo e de seus pertences, como forma de se certificar de que não haverá nenhum tipo de substância psicoativa dentro da casa. Tal revista é realizada por algum monitor, acompanhado de uma testemunha.

Vimos, portanto, que o espaço de uma comunidade terapêutica é bastante heterogêneo e compõe um complexa rede hierarquizada de interação, com regras, normas e códigos que configuram o processo terapêutico ali envolvido.

4.5. O processo terapêutico – a busca pela transformação do “eu”

Procuro, neste capítulo, compreender a dinâmica terapêutica pela qual os meninos usuários de drogas passam na comunidade terapêutica em questão, buscando evidenciar quais os jogos que se estabelecem nesse espaço, que relações, discursos, estratégias e agenciamentos se apresentam como significativos (nos discursos e percepções dos atores) na condução e efetivação do projeto terapêutico proposto pela instituição. Em suma, busco entender o que orienta e o que está em jogo nessa proposta terapêutica que a distancia das abordagens espirituais e religiosas normalmente adotadas nesse tipo de instituição.

Conforme relato de uma das psicólogas da instituição:

“Todas as atividades da casa são norteadas de forma, de maneira terapêutica, então a reestruturação de uma rotina do indivíduo faz com que eles tenham horário para acordar, faz com que eles tenham horário para lanchar, faz com que eles tenham horário para trabalhar, pra estudar, pra assistir televisão, pra fazer a higiene pessoal, enfim essa parte da rotina é essencial porque

eles vão estar precisando disso pra voltar a ter um funcionamento pleno e com um nível satisfatório dentro de uma sociedade. A dependência química ela desestrutura toda a rotina do indivíduo, então começa-se aqui pela rotina. Os atendimentos, os atendimentos é... de psicoterapia individual e em grupo são realizados para promover um aumento de consciência dos meninos com relação ao adoecimento deles e na tentativa da resolução da problemática de vida que eles apresentam também, então são atividades específicas que não trabalham só a questão da dependência química como a vivência total desse indivíduo e o que tiver disforme ou desestruturado é... os atendimentos psicoterapêuticos eles... Então todas as atividades aqui tem um fim terapêutico, nenhuma atividade, até mesmo horário de lazer tem um fim terapêutico.” (psicóloga)

Todas as atividades rotineiras da CT são orientadas com um fim terapêutico, que está relacionado ou visa à transformação profunda do sujeito e de sua visão de mundo. Tal como relatou uma das psicólogas, lá eles não trabalham apenas a questão da dependência química, eles buscam também trabalhar a “vivência total do indivíduo”.

É a partir dessa proposta de tratamento e assistência que podemos entender que uma instituição como aquela comunidade terapêutica se configura como um agenciamento terapêutico (SCHNEIDER, 2011, 2010). Ou seja, são instituições produtoras de sentidos para as perturbações e experiências que envolvem o uso de drogas. Isso quer dizer que instituições como essa configuram linguagens nas quais os indivíduos ali inseridos irão se apoiar para reinterpretar suas vivências, suas trajetórias, conferindo um novo significado a elas. São instituições que buscam moldar ou agenciar identidades em torno do fenômeno das drogas.

Quando me refiro a essa produção de sentidos, quero dizer que a forma como a instituição se organiza e é estruturada reforça, ou melhor, define/distingue tal instituição como uma comunidade terapêutica, ao mesmo tempo em que consegue incorporar nos sujeitos um sentido terapêutico. Tal como as psicólogas falam, tudo que é e foi feito ali, foi feito com um sentido terapêutico. Portanto, essa produção de sentido é um jogo duplo, é algo

interdependente, pois ao mesmo tempo em que traz e estabelece uma função terapêutica, reforça, também, a vocação institucional.

É por isso que as atividades de laborterapia, os horários de acordar e de comer, o horário de fumar, de lazer, bem como as relações e os conflitos que se configuram nesse espaço são aspectos fundamentais na condução da proposta terapêutica, eles não se localizam fora da atenção terapêutica, pelo contrário, essencialmente fazem parte dela.

As atividades que compõem a rotina desse espaço terapêutico configuram-se como estratégias de disciplinarização dos sujeitos e dos corpos, que resultam em agenciamentos de novas identidades e novos projetos de vida. Tal como colocou Foucault (1979, 2004), o poder disciplinar (as estratégias disciplinares) está centrado no corpo e busca adestrá-lo, torná-lo dócil. A vigilância e a disciplina manifestam-se como fundamentais nesse processo de transformação e agenciamentos de identidades.

Tomo o entendimento de Ortner (2006) sobre o conceito de agência, segundo o qual agência se vincula à perseguição de projetos culturalmente definidos, ou seja, se relaciona a atores posicionados que perseguem e querem jogar seus jogos sérios. A agência relaciona-se com as ações intencionais (porém não necessariamente conscientes) que se voltam para mudança, transformação ou resistência e que ocorrem sempre em relações de assimetria de poder, de desigualdade. No caso deste estudo, argumento que a comunidade terapêutica estudada elabora discursos e ações que incidem sobre os sujeitos como forma de transformar suas perspectivas e identidades, tomo, portanto, a instituição como instância que possui capacidade de agenciamento e, conseqüentemente, de perseguição de projetos. Essa perseguição de projetos, conforme entendida aqui, consiste no fato de que a instituição, ao jogar seu jogo sério (o jogo do processo terapêutico que configura tensões e negociações), procura atingir uma transformação dos sujeitos que com ela se propõem a jogar o jogo da superação da “dependência química”.

Olhando para os relatos e percepções dos próprios residentes sobre o espaço de internação, podemos enxergar de forma mais concreta a efetivação desse agenciamento de identidades e projetos. Uns entendem esse espaço como um local de cuidado, outros como um espaço que

possibilita novas oportunidades, possibilita a transformação e o retorno à sociedade. Essa transformação não está necessariamente ligada à noção da “dependência química”, mas sim a questões sociais e morais.

*"Ele representa muita coisa aqui, porque se não fosse por ele eu não tinha mudado muitas coisa que eu era antes, que antes eu era arrogante, não tava nem aí, queria saber só de brigar, de roubar, só de usar droga, era mais ou menos assim a minha vida."
(residente)*

Ao olharmos para os significados ou representações que os sujeitos atribuem para esse espaço, um ponto importante para se pensar as políticas sobre drogas desponta: o corpo como principal fonte de legitimidade política (FASSIN, 2004). O reconhecimento de um corpo doente pode ser a principal instância/forma de o sujeito acionar sua legitimidade. Ou seja, é a fonte de acesso a direitos políticos e de cidadania, pelo menos para aqueles que estão na esfera da invisibilidade, da marginalização social.

Dessa forma, os usuários de drogas só conseguem sair da invisibilidade, só conseguem ter acesso a direitos sociais e políticos a partir do momento em que são vistos/reconhecidos como corpos doentes, corpos que possuem uma patologia. A afirmação desses sujeitos está, assim, vinculada ao corpo biológico e seu *status* é conformado na esfera do processo saúde/doença. O homem é reconhecido por meio de sua patologia e a existência está atrelada à expressão física.

Disso podemos concluir, tal como coloca Fassin (2004), que o direito à saúde se manifesta como o mais importante. Tal autor trabalha com a noção de “biopolitics of otherness”, que se vincula à ideia de que a biopolítica está associada ao reconhecimento do corpo como principal fonte de legitimidade. Nós compartilhamos valores e princípios que inscrevem no corpo a fonte de legitimação, de reconhecimento político.

*"Its more acceptable for the state to turn down an asylum claim, declaring it unfounded, then to reject a medical opinion recommending a temporary legal permit for health reasons."
(FASSIN, 2004, pag. 03)*

Essa noção de que o direito à saúde se expressa como o mais importante relaciona-se com aquilo que Foucault (1979) já havia apontado: o ato de governar passa a ter como finalidade central a promoção da vida, o seu prolongamento, a sua monitoração e a garantia de qualidade. Por isso a adoção de estratégias e técnicas que se voltam para o controle da natalidade, das epidemias, o surgimento da estatística, etc.

A vida assume um papel central na arte de governar, ou seja, o Estado assume o papel de gerenciar a vida (incluindo aí tanto o corpo do sujeito como o corpo social, a população). Dizer que o Estado tem como foco gerir a população ou gerir a vida implica afirmar que se busca geri-la no detalhe, minuciosamente, onde os dispositivos de vigilância e de disciplina tornam-se fundamentais.

Conclui-se, pois, que os usuários de drogas, ao serem reconhecidos como corpos doentes ou corpos patológicos, passam a ter acesso ao direito à saúde, sendo, assim, encaminhados para alguma instituição de tratamento e assistência, seja uma comunidade terapêutica, seja um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) ou seja algum grupo de mútua-ajuda (alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, etc.). O primeiro passo para que sujeitos reconhecidos como usuários de drogas saiam da invisibilidade social é marcada, pois, pelo direito à saúde.

Tendo esse fator em mente e olhando para o trabalho desenvolvido na comunidade terapêutica estudada, é possível perceber que esses meninos, ao acessarem essa instituição mediante o reconhecimento de seus corpos doentes, passam a ter outros direitos para além do direito à saúde. O que quero dizer, aqui, é que a partir da noção da doença e patologia que incide sobre seus corpos, os meninos que estão ali internados passam a ampliar seu acesso a direitos.

Para entender essa ampliação de direitos é preciso ter em mente o perfil dos meninos que acessam tal instituição. Grande parte deles, apesar de possuírem família e casa, passaram a viver a maior parte do tempo nas ruas (não voltando para casa nem para comer), envolveram-se em furtos (que poderiam levá-los à prisão), vem de um contexto social mais pobre, alguns se envolveram no tráfico, muitos deles já viram seus amigos serem assassinados devido a dívidas de drogas e alguns passaram por

experiências de abuso sexual. São pessoas cujas trajetórias foram marcadas por violações e sofrimentos que vão além das consequências do uso de substâncias psicoativas simplesmente.

É tendo essas trajetórias e experiências em mente que percebemos que no espaço da casa de internação da comunidade terapêutica eles passam a ter direitos ao cuidado e à saúde, mas também, passam a ter direitos a uma residência, à alimentação adequada, ao lazer, aos estudos, a um espaço de segurança e proteção, etc. A partir desse aspecto, podemos entender as comunidades terapêuticas como um espaço onde, a partir do direito à saúde, os sujeitos podem conseguir ampliar o seu acesso a direitos civis e políticos, ampliando a sua legitimidade como cidadãos e diminuindo a sua invisibilidade.

Aqui devemos ter um cuidado, pois as instituições também podem se configurar como espaços de adoecimento, a depender da forma como são estruturadas e como conduzem o seu trabalho. Há espaços institucionais, como as prisões e os manicômios, que se estruturam a partir de uma forte vigilância sobre o corpo e, conseqüentemente, promovem uma grande interdição nesse mesmo corpo, fazendo com que o indivíduo se mortifique e carregue a marca do estigma. Assim, os espaços de tratamento, ao deterem um conhecimento sobre o adoecimento e sobre o corpo doente, podem ser tanto meios de resolução da doença quanto produtores de mais adoecimentos e sofrimentos, por meio dos dispositivos de controle dos corpos³⁴. As comunidades terapêuticas estão, também, incluídas nesse processo, uma vez que, dependendo da forma como atuam, podem produzir estigmas que agravam a saúde dos sujeitos, aumentando sua vulnerabilidade social.

Embora essa questão do reconhecimento do corpo doente não tenha sido o foco de análise, me parece ser um ponto importante para se pensar a entrada desses sujeitos em instituições de tratamento, assistência e reabilitação, como as comunidades terapêuticas, que elaboram uma “reescrita do self” e promovem o agenciamento para projetos identitários (ORTNER, 2006). Esse ponto aparece como um importante aspecto para

³⁴ Já bastante discutidos por Foucault (1979) e Goffman (1961).

entender o que torna possível (a nível teórico e prático) ou o que impulsiona os usuários de drogas a adentrarem esses espaços de reconfiguração e elaboração do “eu”.

Detendo-nos nas percepções dos profissionais sobre o convívio nesse espaço (tal como já foi apresentado), percebemos que a explicação dada para o fato de a relação inicial ser difícil e conflituosa centra-se nos hábitos adquiridos pelo uso de drogas e na vivência nas ruas e que tal relação vai se tornando mais tranquila à medida em que os meninos vão seguindo as regras e as atividades da casa, dito de outra forma, à medida em que o processo de agenciamento terapêutico, que tem a disciplina como fator determinante, atua sobre o sujeito. Ou seja, é pela disciplina que os meninos vão ganhando consciência da importância do tratamento, bem como da importância de mudarem os hábitos antigos e de seguir uma nova rotina.

"Inicialmente é bem conturbado essa... esse... essa relação conturbada permanece pra alguns, não pra todos, porque eles vem de uma realidade onde eles não tem regras, eles não tem limites, eles não tem respeito, então a gente colocar uma regra e fazer com que eles cumpram essa regra, por exemplo, você tem que arrumar sua cama todo dia de manhã e tem que mantê-la arrumada durante todo o dia. Como assim minha mãe não manda em mim e essa pessoa vai mandar, então inicialmente é totalmente desafiador, até eles entenderem que o simples fato de arrumar a cama pode ajudá-los a não cair na mesma rotina que eles tinham antes, né então, quem aceita quem consegue se abrir, pra receber essa informação, ao longo de três semanas, duas semanas no máximo já tem um respeito muito grande pelo profissional e vice e versa, quem não consegue é geralmente, são os meninos que não dão conta de ficar, porque eles não aceitam a regra do profissional, não aceitam a regra da casa e conseqüentemente desestabilizam toda a estrutura, aí ele pede para ir embora, ou nós desligamos o menino para não comprometer o tratamento dos outros." (terapeuta ocupacional)

Os meninos que não conseguem seguir o projeto terapêutico e, portanto, não ficam na instituição são os que não “aceitam” as regras, os que não

introjetam e não compartilham os valores da instituição, o que proporcionaria a ação correta para a mudança.

A instituição opera a partir de duas representações do sujeito. O sujeito antes de ser institucionalizado, visto como aquele que perde o controle sobre o uso, rompendo os laços familiares, que fica prejudicado física e mentalmente, que entra para o mundo das ruas e da violência. Ou seja, um sujeito marcado pela “dependência química” e por perdas. E o sujeito institucionalizado, sujeito dócil, que toma consciência de sua dependência e passa a canalizar seus desejos e projetos de vida para uma transformação profunda, visando a reconstruir sua vida, uma vida livre do uso de substâncias psicoativas.

Esse é um modelo ideal por meio do qual a instituição opera, é o objetivo que almeja, é o projeto que afirma perseguir. Isso não significa dizer que todos os sujeitos inseridos nesse processo terapêutico irão alcançar ou chegar a essa transformação do “eu”, nem quer dizer que tal processo se dê de forma linear. Pelo contrário, o que pude observar é que tal processo é marcado por idas e vindas, recaídas e voltas, cada um à sua maneira lida com esse processo terapêutico de uma forma, porém a busca pela “cura” ou estabilização da dependência é um fator que se pretende introjetado por todos os sujeitos ali inseridos.

Durante o campo, foi mencionado inúmeras vezes, tanto por monitores quanto por terceiros que ali estavam desenvolvendo alguma atividade, que muitos dos meninos não estavam ali para se tratar e sim para fugir de dívidas de drogas, para fugir de traficantes. A comunidade terapêutica seria, portanto, um espaço para “dar um tempo” quando “a coisa aperta”, seria o espaço a que os meninos recorrem em tais situações de perigo. Também foi mencionado que quando eles já não querem mais dar “um tempo”, eles se utilizam das brigas como forma de serem desligados da instituição.

“Porque, assim, é uma das regras né. Não pode bater e brigar senão é desligado.” (estudante de enfermagem³⁵)

³⁵ Fala registrada no caderno de campo

Esse “dar um tempo”, utilizar a instituição como forma de proteção, bem como se utilizar das regras internas para provocar seu desligamento, indicam que o agenciamento terapêutico não ocorre de forma igual para todos, nem ocorre sem fissuras, escapes. Há meninos que se utilizam dos códigos e discursos institucionais “comprando” a busca pela mudança, ou melhor, que perseguem a “cura” da “dependência química” (na qual se agenciam novas identidades do dependente, para “ex-dependente” ou “dependente químico em recuperação”³⁶), porém, outros meninos se utilizam desses mesmos discursos terapêuticos da instituição como forma de resignificar ou resistir aos seus contextos e situações sociais, sem necessariamente uma preocupação e desejo de atingir a sobriedade. Atualizam esse projeto terapêutico para seus próprios projetos, seja em termos de uma intenção de se proteger e “dar um tempo”, seja para alcançar uma vida efetivamente livre das drogas.

Um aspecto importante a se explorar consiste em entender até que ponto essas mudanças e reescritas do “self” conseguem operar para além da instituição. Goffman (1961) mostra como, nas instituições totais que se apresentam como instituições de “mortificação do eu” ou de transformação do eu, espera-se que os padrões de comportamento se mantenham do lado de fora da instituição, porém, ele evidencia que tal fato raramente acontece.

Ao discorrer sobre os processos da volta do internado para a sociedade mais ampla (quando e se isso acontece), Goffman (1961) mostra como os mecanismos de controle e vigilância que reestruturam o sujeito fazem com que ele já não consiga lidar com o ritmo e a dinâmica do mundo externo, gerando um sentimento de angústia e incapacidade, o que resulta, em muitos casos, no retorno dessas pessoas à instituição. Isso ocorre porque o sujeito dentro da instituição passa por uma “desculturação”, gerando uma impossibilidade de adquirir hábitos atualizados para as configurações do mundo externo. Isso está, também, relacionado com o fato de que, dentro das instituições totais, o indivíduo passa a ter uma posição social diferente

³⁶ Conforme pude perceber e escutar em campo, os termos “ex-dependente químico” ou “dependente químico em recuperação” eram ambos acionados pelos atores ali na casa de internação, ou seja, tais termos variavam conforme os atores detentores da fala. Assim, enquanto o termo “dependente químico em recuperação” era, geralmente, acionado pelas psicólogas e terapeutas, o “ex-dependente químico” era abordado, principalmente, pelos monitores.

da que tinha no mundo externo (e esta não volta a ser a mesma no retorno), que pode ser recair num *status* proativo favorável ou desfavorável. Quando se tem um *status* desfavorável, ocorre o que o autor chama de estigma, fazendo por consequência que tais indivíduos não consigam se adaptar ao mundo externo. Outro aspecto diz respeito ao fato de que muitos, ao saírem, se sentem maravilhados com as liberdades e privilégios do *status* civil e raramente mantêm o mesmo comportamento diante dessa nova realidade fora do fechamento das instituições. Isso nos faz questionar a funcionalidade de fato de uma instituição como uma comunidade terapêutica, que visa à reinserção social dos indivíduos. Até que ponto esses agenciamentos de identidades e projetos, essa reescrita do self, conseguem extrapolar os limites da instituição é algo a se verificar futuramente.

Sendo operante ou não no mundo externo, a instituição orienta suas atividades terapêuticas a partir da ideia de transformação do sujeito, da reestruturação dos desejos e projetos de vida. Acrescento, ainda, que essa transformação do sujeito, essa reformulação de subjetividades, representa o elemento principal para a realização do processo de “cura”, ou melhor, de estabilização da “dependência química”. São instituições que buscam agenciar novos desejos, novas identidades e novos projetos de vida em torno da problemática do uso de substâncias psicoativas.

A “cura” ou estabilização da dependência está, assim, associada ao fato de o sujeito adquirir um novo estilo de vida, que se configura a partir de “condutas corretas” assentadas nos valores morais e éticos específicos da instituição. Esse novo estilo de vida e as “condutas corretas” serão concretizadas mediante a disciplina e a vigilância. Tal como coloca Rui (2010), os psicólogos na comunidade que ela estudou traçavam projetos e planos de vida que se vinculavam a uma ideia hegemônica do que seria ideal e saudável: estudo, trabalho, vínculos de sociabilidade, vida familiar, engajamento em atividade esportiva e/ou religiosa. É apenas sob esse modelo que os indivíduos conseguirão evitar as recaídas e tornar-se-ão sujeitos livres de substâncias psicoativas.

É só quando os sujeitos que ali residem passam a se considerar ou autoaceitar como uma identidade desviada – a do “dependente” ou “drogado”

– que se instauraria uma possibilidade de comunicação terapêutica com tais instituições (VALDERRUTEN, 2000).

A comunidade terapêutica estudada pode ser considerada ou alocada na categoria de comunidades terapêuticas laicas (comunidades laicoterapêuticas). Tal como é colocado na dissertação de Valderruten (2000), as dinâmicas terapêuticas de comunidades consideradas laicas conduzem o que a autora chama de “projeto reflexivo do eu” (que configura a transformação identitária dos sujeitos em “dependentes em recuperação”), por meio do processo psicoterapêutico que irá atuar nas interioridades dos sujeitos a partir de ideais de um comportamento correto.

Tais ideais vinculam-se à devoção a um estilo de vida disciplinado, com ênfase na importância do trabalho, na recomposição familiar, etc. Portanto, não é uma dinâmica terapêutica apenas pautada por um “sistema de especialistas” (onde se vê a presença dos saberes da psicologia, psicanálise, psiquiatria, etc.), para usar um termo da autora, mas também constituída por valores éticos e morais compartilhados pela sociedade mais ampla.

As comunidades laicoterapêuticas têm a sua dinâmica terapêutica pautada principalmente pelas terapias individuais e/ou grupais e estão, portanto, baseadas na vigilância e atenção sobre as interioridades dos residentes, o que se realiza mediante um trabalho de introspecção e reflexão sobre si mesmo e suas condutas. No entanto, como observado no campo, acredito que a rotina que marca as atividades e as relações estabelecidas na comunidade em questão também se configuram como um importante elemento terapêutico que atua na reflexão sobre si e na atenção às interioridades dos sujeitos.

Os projetos de vida, aos quais as comunidades terapêuticas se propõem, estão enquadrados a partir de um caráter funcional interno à sociedade mais ampla. Dessa forma, a construção social do “dependente” ou do “drogado” reflete convenções morais e as respectivas contradições da sociedade ocidental mais ampla.

“por eso, son psicoterapias que visan algo asi como una expiacion colectiva que marca limites entre lo funcional y disfuncional, entre lo normal y patologico o se quiere, entre el bien y el mal, a pesar

de que el discurso de las comunidades laicoterapeúticas y teoterapeúticas no pentecostales, se posicione reflexivas, con la introducción de esos modernos lenguajes “especialistas” de la psicología, el psicoanálisis por ejemplo” (VALDERRUTEN, 2000, p.39)

Existe aí uma aproximação com o conceito de instituições totais de Goffman (1961), pois tal como o autor coloca, tais instituições consistem em um espaço de desenvolvimento que se aproxima de uma versão funcionalista da vida moral. As comunidades terapêuticas podem se aproximar dessa noção, na medida em que criam em seu interior uma concepção de “natureza humana” que irá definir as condutas dos internos em “boas” ou “más”, em “corretas” ou “erradas”, fazendo recair sobre tais sujeitos punições (no caso da CT estudada, as punições variam entre advertências e expulsão do tratamento, além de um “esporro” da psicóloga), caso sua conduta seja considerada incorreta ou má.

Tal como já foi falado, várias características da instituição total poderiam ser aplicadas à comunidade terapêutica, de acordo com a forma como ela se organiza. Entretanto, existem outros aspectos essenciais que distanciam uma da outra; o que revela os limites do próprio procedimento de tipificação que sempre requer sua consideração não como uma camisa de força, mas sim como fonte de expressão reflexiva sobre a realidade particular estudada. Por exemplo, uma característica fundamental que define as instituições totais é o fato de que elas possuem um aspecto de “fechamento”, ou seja são marcadas por barreiras em relação ao mundo externo, bem como exercem forte controle de informações e da comunicação. Já na comunidade terapêutica estudada esse “fechamento” não se dá da mesma maneira nem com a mesma força. Os meninos ali internados podem sair e desistir do tratamento a qualquer momento, inclusive a própria instituição admite certas saídas, sem considerá-las desistência ou rompimento com o processo terapêutico. Promovem-se saídas para os acompanhamentos médicos ou com o intuito de passeios (dependendo da época e do número de meninos, a instituição promove saídas para o parque “água mineral”, por exemplo).

Já comentei que o próprio termo “comunidade” ressignifica a noção de instituição total, ao lidar com valores como solidariedade, ajuda e amor ao próximo, trabalho em equipe, etc. Essa noção de comunidade pode ser, também, entendida como uma estratégia discursiva de agenciamento terapêutico. Ou seja, é pelo discurso comunitário e de pertencimento de grupo que são acionados valores como solidariedade, ética e respeito, que a instituição atua sobre os indivíduos de forma a “conquistar” e a fazer com que os meninos sigam e aceitem a proposta terapêutica como forma de conquistar mudanças, de transformar suas vidas e a si mesmos. É através do convívio comunitário, do convívio com o grupo, que o agenciamento se efetiva, isto é, que as ações voltadas para a transformação do “eu” têm a possibilidade de ocorrer. Ações que se voltam (ou devem estar voltadas) para a superação da dependência química através da abstinência de substâncias psicoativas.

Como foi colocado, as comunidades laicoterapêuticas adotam como foco do trabalho terapêutico a realização de uma reflexão do menino sobre si mesmo e sobre as condutas passadas e futuras, mediante as psicoterapias e a condução de atividades rotineiras que operam mediante um planejamento funcional (ou seja, que têm um sentido prático de manutenção institucional) e terapêutico. Além desse aspecto, penso que a comunidade terapêutica estudada também pauta seu projeto terapêutico a partir de uma condução “pedagógica” de suas atividades. Tal questão pode ficar mais clara ao determos nosso olhar sobre o papel que os monitores exercem ou possuem nesse processo terapêutico específico.

"Olha aqui o papel não só meu, mas de todos os monitores é educar, né, ensinar o que certo, o que é errado, ensinar a educar com meninos que não tem educação, como é que se come, como é que se comporta no meio de muita gente, que às vezes eles tá no meio de muita gente e começa a xingar, não tem respeito pelas pessoas mais velhas, pelas mulher que tá no meio, até pelos homem também, entendeu, porque é uma falta de respeito, xingar, tem certas coisas que eles fala que não...que eles não deveria falar, então é educar eles." (monitor)

"fazer com que eles tenham hábitos normais, no cotidiano da casa, seguir as regras, porque assim, todos eles não seguia regra lá na rua né, agente acha, agente procura assim como ser no momento aqui dentro os pais deles, dar freio, porque uma das coisas importantíssimas que agente vê, não tem freio, tipo mãe eu quero tal cigarro, mãe traz uma bermuda da cyclone, mãe traz isso, traz dessa cor, tipo tudo é permitido, tudo é possível" (monitor)

"Meu trabalho é monitorar e reeducar eles né, para a sociedade, se fazer uma coisa errada, falar não, não faz isso, é corrigir o errado. Esse é o trabalho do educador, sempre tá ensinando a maneira certa de agir, porque eles querem fazer, querem tudo fazer errado. Como eles faziam na rua, aqui dentro querem fazer a mesma coisa." (monitor)

A partir desses relatos, podemos entender que a tarefa dos monitores de acompanhar os meninos e vigiá-los em todas as atividades da casa e a todo o tempo está vinculada à ideia de educar. Os monitores assumem o papel de educadores, onde, muitas vezes, se comparam com a ideia de pai ou mãe, atores que geralmente detêm o papel de socialização inicial da criança. A figura do monitor é de extrema importância na condução desse agenciamento terapêutico, pois são eles que efetuam a vigilância e a disciplinarização dos meninos no dia a dia. São eles que acompanham os meninos em todas as suas atividades, controlando e regulando até onde eles podem ir, até onde eles podem brigar, em suma, os monitores se apresentam como peça chave nesse jogo terapêutico, pois são eles que estão a todo o tempo enquadrando e guiando os meninos segundo as normas e os discursos da instituição.

Esse papel "pedagógico" da instituição e a figura de "educador" dos monitores relacionam-se com o fato de os indivíduos que ali estão serem crianças e adolescentes. Em diversos momentos, ouvi das psicólogas que o trabalho que elas têm que realizar ali não é reeducar os meninos, mas sim educá-los, pois como o uso de drogas se deu muito cedo, a vida desses meninos é toda desestruturada, eles não conhecem nada além das drogas. Assim, a instituição atua no sentido de resgatar experiências consideradas

como naturais para uma criança e um adolescente. Como uma das psicólogas me relatou, a adolescência já é uma fase extremamente difícil, em que o indivíduo passa por diversos questionamentos existenciais e mudanças corporais, isso aliado ao uso abusivo de drogas torna o indivíduo completamente desestruturado.

Mais uma vez, conseguimos ver aqui que essa socialização ou reconfiguração de identidades e estilos de vida, que está marcada pela disciplina do corpo, está também marcada por valores sociais, éticos e morais que se configuram na sociedade mais ampla. Ou seja, a comunidade terapêutica se apresenta como um espaço onde se marcam fronteiras entre o “normal” e o patológico, o “certo” e o errado”, configuram, pois, juízos de valor inscritos na socialização mais ampla dos sujeitos, demarcando, assim, a identidade de “dependente químico em recuperação”.

Outro ponto importante que se relaciona com essa efetivação do processo terapêutico, diz respeito ao estabelecimento de vínculos que os meninos acabam criando com a instituição. Tal como uma das psicólogas me relatou, é justamente pelo fato de que os meninos criam laços, criam vínculos com a instituição que o tratamento tem a possibilidade de dar certo.

“Então, eu posso assim avaliar a partir do vínculo que eles estabelecem né, eu acho que os meninos... evidentemente quando você está falando de pessoas não tem como falar de todos do mesmo jeito né, mas eu acho que os meninos, eles chegam e acham assim, eles vão construindo, a gente vai construindo com eles esses vínculos e eles se vinculam né, mesmo aqueles meninos que são mais comprometidos com relação ao uso ou com relação às consequências desse uso, eles conseguem estabelecer esse vínculo [...]... e acho que é por conta desse vínculo que a gente pode fazer as intervenções, que a gente pode fazer os encaminhamentos, senão não seria possível.” (psicóloga)

A criação de vínculos constitui-se, pois, como fator decisivo na condução desse processo terapêutico. Essa consolidação de vínculos entre os meninos e a instituição fica evidente ao compreendermos como esses meninos ali internados enxergam esse espaço. Pude notar que eles associam tal espaço

a um espaço de proteção e segurança, onde têm acesso ao cuidado, ao afeto. Ou seja, a instituição representa um espaço onde eles veem a possibilidade do resgate de laços afetivos e de certos direitos que lhes foram negados ou que foram se fragilizando ao longo de suas trajetórias (seja pelo uso de drogas ou por outros motivos), tais como o direito a uma alimentação adequada, ao lazer, a um espaço seguro, etc. Os monitores também compartilham dessa ideia, uns mencionaram que “aqui eles têm do bom e do melhor né, casa, comida...”.

*"Representa assim que é bom demais ficar aqui dentro, cuida, os monitores, os monitores é bom, muito bom mesmo. Se você estiver tipo doente, eles te levam, cuida de nós, teve um dia que eu tava doente aqui, eles que estavam cuidando de mim, queria até ficar mais um pouco mais doente para não fazer nada."
(residente)*

Então, é porque a instituição representa a possibilidade de resgatar as perdas (de laços, da proteção de uma casa, de alimentação adequada, de lazer, etc.) que o uso de drogas gerou ou que outros acontecimentos provocaram (tal como o afastamento do convívio com a família e as vivências na rua) que o trabalho terapêutico tem a possibilidade de se efetivar, que os meninos se apegam à instituição, tornando-se motivados para a recuperação.

Concluimos que as idas e vindas, as desistências, recaídas e desligamentos se inserem nesse jogo interativo, onde, por um lado, uns “compram” esse discurso terapêutico como forma de perseguir a recuperação (reconstituição de sua identidade em “ex-dependente” ou “dependente em recuperação”) e, de outro lado, uns se apropriam desse mesmo discurso, porém, não necessariamente como forma de perseguir o projeto ou desejo de recuperação da dependência química, mas como estratégia de resistir à sua situação social anterior à entrada na instituição. Ou seja, alguns se apropriam dos discursos terapêuticos institucionais para “fugir” ou “escapar” da realidade das dívidas, do acerto de contas, dos conflitos nas ruas, etc. Ou ainda, como forma de “resgatar” e reconstituir laços e direitos fragilizados ou perdidos na experiência de vida de cada um.

Em todo caso, a instituição, ao mesmo tempo que incide sobre os indivíduos de forma a transformar sua visão de mundo e sua rotina e hábitos, é por eles utilizada para perseguir seus próprios projetos, seja para “escapar” ou se “esconder” de suas situações e contextos externos ou para “resgatar” e “recompor” direitos que os tirem da invisibilidade e os coloquem no campo da cidadania. Então, a comunidade terapêutica possui códigos, normas e estratégias que servem para reescrever os indivíduos que recorrem a ela, e os próprios indivíduos, ao operarem concretamente (no jogo interativo de agenciamentos e desejos) esses códigos, atualizam ou reatualizam a própria estrutura institucional.

Conclusão

Essa modalidade de assistência a usuários de drogas, a comunidade terapêutica, teve na sua história de consolidação, tal como já visto, influência do processo da reforma psiquiátrica, que passa a focar valores como o resgate da autonomia do indivíduo, que se refletem na desospitalização e interrupção da internação compulsória. Esteve também relacionada com o crescimento de abordagens de redução de danos nas políticas sobre drogas, que enfatiza os direitos humanos, e de abordagens psicossociais de reinserção. A questão saúde e doença passa a ser entendida não mais como algo puramente biológico. Passa-se a tratar as questões de saúde, principalmente a saúde mental, a partir de uma concepção biopsicossocial, que trata a saúde como relacionada ao corpo biológico, mas também ao contexto social, cultural e político. Essa abordagem tem orientado as ações do Estado no âmbito das políticas de saúde voltadas para a “dependência química”.

As comunidades terapêuticas são instituições bastante heterogêneas, onde se vê a formação de uma rede de relações e conflitos complexa, na qual o conceito de saúde é ali acionado de forma ampliada, afinal o sujeito deve ser trabalhado em sua vida total para que alcance a “cura” da “dependência química”. Assim, essa abordagem reforça a concepção de que saúde e doença são fenômenos que se inscrevem e são resultantes de contextos sociais, culturais e históricos. Ou seja, a saúde e a doença são construídas nas redes de interação, nas estruturas e sistemas sociais.

Vimos que muitas comunidades terapêuticas tiveram uma forte influência religiosa e espiritual na sua constituição, aspectos considerados centrais no processo de tratamento e “cura”. Vimos, porém, que nem todas tomam a religião como foco de seu trabalho, como elemento necessário para o sucesso do processo terapêutico, que culminaria na interrupção do uso de drogas. Esse é o caso da comunidade terapêutica estudada que, como a própria psicóloga da instituição apontou, foi fundada seguindo os pressupostos das instituições de saúde. Insere-se, assim, na categoria de instituições laicas (VALDERRUTEN, 2000), definidas como aquelas nas quais a capacidade de agenciamento encontra-se tanto no convívio e na

rotina comunitária, quanto nas psicoterapias individuais e de grupo que conduzem a uma reflexão sobre si mesmo e sobre sua vida, a partir de códigos e valores morais que possuem relação com os códigos da sociedade mais ampla.

Em suma, as comunidades terapêuticas laicas ou religiosas apresentam-se como espaços de transformação do “self”, que se dá mediante o projeto terapêutico de superação da “dependência química” que inscreve uma identidade de “dependente em recuperação”. A instituição atua constituindo e reconstituindo os sujeitos, pelo convívio em grupo, em comunidade, ela apresenta-se como uma importante estratégia discursiva e prática nessa ressignificação de identidades e desejos em torno da problemática das drogas.

Esses e outros elementos que compõem a dinâmica terapêutica da instituição revelam que a “questão das drogas” não se associa simplesmente à “cura” da “dependência química”, não está apenas relacionada aos aspectos físicos da doença da “dependência química”, ela é também um problema social e moral e que deve, portanto, ser trabalhado na vida total do indivíduo, atuando-se nos hábitos, comportamentos e percepções para alcançar a superação da dependência. Assim, a instituição, ao jogar seu jogo sério (o projeto terapêutico), atua sobre os indivíduos de forma a reestruturá-los na sua vida concreta, reescrevendo projetos e desejos, e é ao mesmo tempo acionada por esses mesmos indivíduos de forma a ter seu discursos e valores institucionais atualizados e ressignificados por eles. Creio ser importante explorar a funcionalidade dessa proposta para além dos limites institucionais, ou seja, investigar como os dispositivos e mecanismos terapêuticos adotados pela instituição conseguem (ou não) operar na vida concreta dos indivíduos no seu retorno à sociedade, que implicações essa “reescrita do self” tem para os sujeitos no pós-tratamento. Tal aspecto não foi aqui abordado, porém fica o questionamento para estudos posteriores. Espero que as considerações apontadas nesse estudo possam contribuir para uma melhor compreensão sobre as abordagens de intervenções e assistência aos usuários de drogas e o funcionamento das comunidades terapêuticas em específico, contribuindo, assim, para estudos futuros sobre a temática do consumo de drogas.

Referências Bibliográficas

Acsehrad, Gilberta. “A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas”. In: *Avessos do prazer – drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

Agamben, Giorgio. “Homo Sacer – o poder soberano e a vida nua”. Editora UFMG, Belo Horizonte, 2007.

Archer, Margareth S. “Structure, Agency and the Internal Conversation”. Introduction: How does structure influences agency. Nova York, Cambridge University Press, 2003.

Bhiel, João. “Antropologia do devir: Psicofármacos – abandono social – desejo”. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, VI.51, n.º 02, 2008 pp.414-449

Carneiro, Cristina Maria Quintão. “Estrutura e ação: aproximações entre Giddens e Bourdieu”, *Revista Tempo da Ciência*, v.13, n.º 26, 2006, pp.39-47.

Brancaleone, Cassio. “Comunidade, Sociedade e Sociabilidade: Revisitando Ferdinand Tonnies”. *Revista de Ciências Sociais*, v. 39, n.º 1, 2008, pp.98-104.

Caetano, Ana. “Para Uma Análise Sociológica da Reflexividade Individual”. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 66, 2011 pp.157-174

Carvalho, Jonatas Carlos. “Uma história política da criminalização das drogas no Brasil; A Construção de uma Política Nacional”. Trabalho apresentado na IV Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, Cultura e Sociedade; UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

Calisto, Bruno. “A dependência e as drogas: disputa em torno da política de drogas na Câmara dos Deputados e na antropologia”. Monografia apresentada junto ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília, para obtenção de grau de Bacharel em Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia. Brasília, 2011.

Chaves, Lilian Leite. “Loucura e Experiência: seguindo loucos de rua e suas relevâncias”. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social para obtenção de título de Doutora em Antropologia. Universidade de Brasília. Brasília, 2013;

DaMatta, Roberto. “A casa, a rua e o trabalho”. In: *o que faz o brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

Deleuze, Gilles. "O que é um dispositivo". In: Deleuze, Gilles. "O mistério de Ariana". Editora Vega – passagens. Lisboa, 1996.

Deleuze, Gilles. "Desejo e Prazer", *Magazine Littéraire*. Paris, n. 325, 1994, pp. 57-65.

Fassin, Didier. "The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate", *Anthropology Today*, v.17, n.1,2001, pp.3-7.

Filho, Osvaldo Christen. "O tratamento psicossocial em comunidade terapêutica para dependentes de Substâncias Psicoativas – SPA", Santa Catarina, Cruz Azul no Brasil, 2012.

Forsey, Martin Gerard. "Ethnography as participant listening", Australia, local, SAGE Journals, 2010.

Frugoli Jr, Heitor. "A dissolução e a reinvenção do sentido de comunidade em Beuningen, Holanda". *RBCS*, Vol. 18 nº. 52, 2003. Pp.108-216.

Foucault, Michael. "Microfísica do poder". Local, Editora GRAAL, 2004;

Foucault, Michael. "História da Sexualidade I: a vontade de saber". Local, Editora GRAAL, 1979.

Giddens, Anthony. "A constituição da sociedade". São Paulo, Martins Fontes, 1989.

Goffman, Erving. "Manicômios, Prisões e Conventos". Local: Editora perspectiva, 1961.

Gorgulho, Mônica. "Drogas e Sociedade". In: *Álcool e Outras Drogas*. Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 2012.

IHRA (International Harm Reduction Association). "O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)", Grã Bretanha, 2010;

Karam, Maria Lúcia. "Legislação Brasileira sobre Drogas: História recente, a criminalização da diferença". In: *Avessos do Prazer*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, pp. 155-164.

Langdon, Jean E. "A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica". Palestra proferida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

Leonardi, Victor. “Exercícios de Liberdade: educação em saúde e educação para a paz”. Guaratinguetá, São Paulo: Fazenda da Esperança, 2009.

MacRae, Edward. “Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos”. In; Dependência de drogas , Seibel, S. D. e Toscano Jr., A., São Paulo, Editora Atheneu, 2001, pp.25-34.

MacRae, Edward & Gorgulho, Mônica. “Redução de Danos e Tratamento de Substituição: Posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos)”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. vol. 52, 2003, pp. 371-374.

Maronna, Cristiano Ávilla. “Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos”. In: “Álcool e Outras Drogas”. Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 2012.

Ortner, Sherry. “Poder e Projetos: Reflexões sobre a Agência”. In: Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas, 25ª Reunião Brasileira de Antropologia, Goiânia 2006.

Ortner, Sherry. “Uma Atualização da Teoria da Prática”. In: Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas, 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – Goiânia, 2006;

Schneider, Jacqueline. “Experiências de ruptura de usuários de drogas”. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 311-320, 2011.

Schneider, Jacqueline. “Trama terapêutica: um estudo sobre a (re)constituição da identidade de usuários de drogas”. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 19, pp. 1-384, 2010.

Santos, Luana Carola & Silva, Marcos Martins. “Diálogos interdisciplinares sobre o conceito de comunidade(s)”. In: 16 Encontro Nacional da ABRAPSO, Recife, 2011.

Schutz, Alfred. “Fenomenologia e Sociais”. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

Brasil, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. “Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil”. Brasília, 2010.

Soczek, Daniel. “Comunidade, utopia e realidade: uma reflexão a partir do pensamento de Zygmunt Bauman”. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n.23, 2004, pp. 175-177.

Rui, Taniele. “A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica”. *DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, V. 3, n.8, 2010, pp. 45-73.

Vargas, Eduardo Viana. “Entre a extensão e a intensidade: corporalidade subjetivação e uso de drogas”. Tese de Doutorado em Sociologia e Política, Faculdade Federal de Minas Gerais, 2001.

Valderruten, Maria Del Carmen Castrillon. “Drogadicción y Cura: Los Projectos Restitutivos de Las Comunidades Terapéuticas”. Tese de Mestrado apresentada no Departamento de Antropologia da UnB. Brasília, 2000.

Velho, Gilberto. “Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea”. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2008.

Zaluar, Alba. “Drogas além da biologia: perspectiva sociológica”. In: <http://br.librosintinta.in/biblioteca/pdf/DcdBDoAwCATAH8Hdz5hqsWLSQlhqv69zmzvTN-a1FmkHTYmHjuAxXV7IEqnNsLuEWtXTwNDuhn9hrYC8Xh8,.htx> ;

Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Fundação Oswaldo Cruz. Livreto Domiciliar e Epidemiológico – Pesquisa sobre crack Brasília, 2013. In: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>