



Universidade Católica do Salvador
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea

MARCELO DE FREITAS GIMBA

TRAJETÓRIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS:
narrativas, contextos relacionais e (re) significações em
Comunidades Terapêuticas

Salvador
2018

MARCELO DE FREITAS GIMBA

**TRAJETÓRIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: narrativas,
contextos relacionais e (re) significações em Comunidades Terapêuticas**

Tese apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Correia Dias

Salvador
2018

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

G493 Gimba, Marcelo de Freitas

Trajetórias de pessoas usuárias de drogas: narrativas, contextos relacionais e (re) significações em Comunidades Terapêuticas/ Marcelo de Freitas Gimba. – Salvador, 2018.

301 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Correia Dias

1. Pessoa 2. Contextos Relacionais (Família e Sociedade)
3. Comunidades Terapêuticas. 4. Drogas I. Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
II. Cavalcanti, Vanessa Ribeiro Simon – Orientadora III. Dias, Maria Isabel Correia - Coorientadora IV. Título.

CDU 316.356.2:616.89

TERMO DE APROVAÇÃO

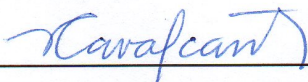
Marcelo de Freitas Gimba

“TRAJETÓRIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: narrativas, contextos relacionais e (re) significações em Comunidades Terapêuticas.”

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

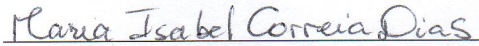
Salvador, 05 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora:



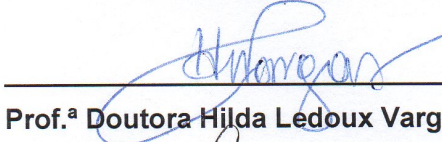
Prof.ª Doutora Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Orientador(a) - (UCSal)

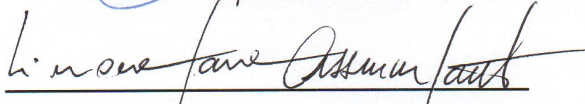


Prof.ª Doutora Maria Isabel Correia Dias

Coorientador(a) – Universidade do Porto – Portugal



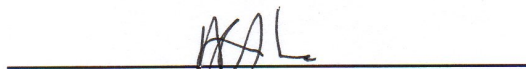
Prof.ª Doutora Hilda Ledoux Vargas - UEFS



Prof.ª Doutora Simone Ganem Santos - UCSAL



Prof. Doutor Giancarlo Petrini – UCSAL



Prof. Doutor Antonio Carlos da Silva - UCSAL

Aos meus companheiros de jornada, pais, irmãos, esposa, filhos, sogros, cunhadas, sobrinhos e amigos que sempre estiveram comigo, apoiando, balizando e norteando o meu caminho, obrigado por existirem e proporcionarem estes momentos felizes. Desejo, se me for possível e permitido, compartilhar com vocês, pela eternidade, os sonhos, as lutas, as perdas e as vitórias.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos que enveredamos poderão estar repletos de subidas, descidas, pedras... Terão momentos que a mochila estará pesada, os pés não se aguentarão mais, os músculos pedirão descanso, a mente e o corpo não vão querer prosseguir... Daí percebemos que precisamos do outro, para dividir o peso da mochila, cuidar de nossos pés... Nos dar a mão para nos impulsionar à frente... Foi assim ao longo desses quatro anos. Muitas vezes a mochila pesou muito, os ombros doeram os pés criaram calos e bolhas... Achei que não fosse conseguir carregá-la até o fim. Nesse momento, tive a certeza que nunca havia conduzido sozinho, estava rodeado por anjos... Alguns antecederam a jornada, outros logo de início ficaram ao meu lado, e tantos outros vieram... Uns acariciaram a minha testa, outros sussurraram em meus ouvidos... Tenho a convicção que fui e sou abençoado, não sei o porquê. Sei que o caminho é duro, com nuances e surpresas, nos obrigando a vivê-lo intensamente... Aprendendo a cada dia com suas lições... Quem escolher fazê-lo, poderá ter o mesmo percurso. Porém, como o olhamos, o sentimos e o percebemos, será diferente. Ainda bem que é assim.

Chamo essas pessoas de anjos pela forma que me abraçaram e me conduziram, disponibilizando tempo e carinho, misturando suas horas de lazer com meus pedidos de atenção e “socorro”, não medindo esforços para me acolher. Por isso digo muito obrigado:

À Professora Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti, minha eterna orientadora, que me acompanha desde o mestrado, por aceitar, novamente, o desafio de me acompanhar. Conduzindo sempre de forma serena e companheira, mas não deixando de ser precisa e objetiva.

À Professora Dra. Maria Isabel Correia Dias, minha coorientadora, que me acolheu cordialmente no Porto, para o estágio doutoral, cujo suporte intelectual e logístico foram fundamentais para consolidação desta tese. Pude também, criar laços de amizade com pesquisadores, estudantes, funcionários e pessoas de diversas áreas e setores, e, mais ainda, conviver e conhecer a sua bela família: seu marido Helder, seu filho Pedro e sua filha Joana.

Ao Professor Dr. Giancarlo Petrini, por atender ao pedido de participar novamente de minha banca examinadora e pela capacidade de entender as minhas ideias, desde quando eu ainda não conseguia formulá-las. Deixo registrado que suas precisas observações, durante o exame de qualificação do mestrado, dividiram a minha vida acadêmica em antes e depois.

Ao Professor Dr. Antônio Carlos da Silva, pela forma amiga e calorosa que sempre me tratou e, com a minha orientadora, fazerem parte da minha trajetória pessoal e acadêmica, dividindo comigo o peso da mochila.

À Professora Dra. Simone Ganem Santos, agradeço pelo incentivo, pela leitura atenta e, mais que tudo, a imensa sutileza ao fazer as observações sobre o livro “Relações Familiares e Vulnerabilidades: pesquisa com mulheres usuárias de crack” (2017), fruto do mestrado. E por ter aceitado a mais um desafio, em participar da minha banca examinadora.

À Professora Dra. Hilda Ledoux Vargas, por compartilhar seus conhecimentos ao aceitar o convite para participar da minha banca examinadora.

Às Professoras Dras. Silvana Sá de Carvalho e Lúcia Vaz de Campos Moreira, pela forma atenciosa que sempre me acolheram e disponibilizaram os seus tempos. Contribuíram, substancialmente, para meu estágio doutoral, na Universidade do Porto.

À Professora. Dra. Mary Garcia Castro, pela leitura e com suas observações precisas e sábias dos meus escritos, que me fizeram acreditar que eu podia mais.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Juventude, Identidade, Cultura e Cidadania (NPEJI/UCSAL) e ao Núcleo de Estudos sobre Direitos Humanos (NEDH/UCSAL) pela boa receptividade e pelos instigantes debates virtuais e presenciais.

A todo corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), que contribuiu para enriquecer os nossos conhecimentos.

Aos colegas que dividiram comigo momentos de dúvidas e ansiedades.

Aos funcionários da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) que sempre estiveram prontos a nos ajudar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em momentos distintos, pelo estímulo material que possibilitou à dedicação a esta pesquisa doutoral e o contato com pesquisadores de instituições de outros países.

A concretização de toda a pesquisa de campo só foi possível com o “sim” das Comunidades Terapêuticas do Estado da Bahia - BR e da cidade do Porto - PT, ao me franquearem o acesso e a possibilidade das entrevistas. Por isso, meus agradecimentos aos profissionais e, principalmente, às pessoas que, por algum motivo, estavam ali internadas e, de forma solícita e franca, contribuíram para a concretização deste trabalho e dar vozes a um tema-objeto tão complexo e atual.

A todas as pessoas que de forma anônima colaboraram para esse momento e àquelas que nessa hora acabamos esquecendo de registrar, mas que tiveram uma importante parcela de contribuição.

[...] As coisas têm preço, as pessoas têm dignidade. A dignidade não tem preço, vale para todos quantos participam do humano. Estamos, todavia, em perigo quando alguém se arroga o direito de tomar o que pertence à dignidade da pessoa humana como um seu valor (valor de quem se arrogue a tanto). É que, então, o valor do humano assume forma na substância e medida de quem o afirme e o pretende impor na qualidade e quantidade em que o mensure. Então o valor da dignidade da pessoa humana já não será mais valor do humano, de todos quantos pertencem à humanidade, porém de quem o proclame conforme o seu critério particular. Estamos então em perigo, submissos à tirania dos valores.[...]

(ADPF 153, voto do rel. min. Eros Grau)

GIMBA, Marcelo de Freitas. TRAJETÓRIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: narrativas, contextos relacionais e (re) significações em Comunidades Terapêuticas (301) f. Tese (Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea) Universidade Católica do Salvador (UCSAL), 2018.

RESUMO

Inserido na linha de pesquisa Família nas Ciências Sociais, esta pesquisa doutoral versa sobre narrativas de trajetórias de pessoas usuárias de drogas institucionalizadas em Comunidades Terapêuticas no Brasil e Portugal. O recorte histórico-geográfico está matizado pelos anos de 2014 a 2017, com residentes no Estado da Bahia-BR e na cidade do Porto-PT. Observou-se, através de aproximação qualitativa com base em entrevistas em profundidade, que as vulnerabilidades podem ser agravadas com uso de drogas, interferindo de forma significativa nas relações familiares, sociais e nos projetos de vida. Isto posto, esta tese de doutorado tem como objetivo descrever e analisar a história de vida referente a um grupo de pessoas que consumiam crack e outras drogas até o ingresso em Comunidades Terapêuticas (CTs). Foi elaborado por meio de revisão bibliográfica e de pesquisa de campo em cinco Comunidades Terapêuticas, participaram das entrevistas: três profissionais do Governo do Estado da Bahia das áreas de Direitos Humanos e drogas, seis profissionais das Comunidades Terapêuticas (Assistentes Sociais, Psicólogos(as) e Monitor(a)) e onze pessoas internadas entre as cinco Comunidades Terapêuticas. Como metodologia de pesquisa adotou-se a *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada nos Dados) e como instrumento de recolha foram utilizados três tipos de entrevistas: uma para os(as) profissionais do Estado da Bahia; uma para os(as) profissionais das Comunidades Terapêuticas e outra para os(as) internos(as). Construídas especificamente para esta investigação, com escopo de analisar: o início de uso das substâncias psicoativas, processo de acesso e aquisição das drogas, as violências sofridas e praticadas, políticas públicas sobre drogas desenvolvidas no Brasil e as vivências em Comunidades Terapêuticas e os contextos relacionais. Os principais resultados revelam que: o início do uso de substâncias psicoativas sofre grande influência de grupos de amigos/pessoas da intimidade, despertando a curiosidade; que as maiores violências (físicas e psicológicas) e práticas de delitos ocorrem na busca das substâncias psicoativas; as pessoas estão mais sujeitas às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs/AIDS) por terem seus corpos transformados em “moeda de troca” e negligenciarem em medidas de segurança (por exemplo: uso de preservativos); as mulheres estão sujeitas à gestação indesejada ou não planejadas; a necessidade de adequação das políticas públicas sobre drogas e as Comunidades Terapêuticas. Apesar das críticas, são equipamentos de importância, para os Governos (Brasil e Portugal) como políticas de enfrentamento a dependência das drogas.

Palavras-chave: Pessoa. Contextos Relacionais (Família e Sociedade). Comunidades Terapêuticas. Drogas.

GIMBA, Marcelo de Freitas. NARRATIVES, RELATIONAL CONTEXTS AND (RE) SIGNIFICATIONS IN THERAPEUTIC COMMUNITIES: Trajectories of drug users. (301) f. Thesis (Doctorate in Family in Contemporary Society) Catholic University of Salvador (UCSAL), 2018.

ABSTRACT

Inserted in the research line Family in the Social Sciences, this doctoral research deals with narratives of trajectories of people using drugs institutionalized in Therapeutic Communities in Brazil and Portugal. The historical-geographical cut is shaded by the years 2014 to 2017, with residents in the State of Bahia-BR and in the city of Porto-PT. It was observed, through a qualitative approach based on in-depth interviews, that vulnerabilities can be aggravated by drug use, interfering significantly in family, social and life projects. This put, this doctoral thesis aims to describe and analyze the history of life referring to a group of people who consumed crack and other drugs until joining Therapeutic Communities (CTs). It was elaborated through a bibliographical review and field research in five Therapeutic Communities. The interviews were: three professionals from the Government of the State of Bahia from the areas of Human Rights and drugs, six professionals from the Therapeutic Communities (Social Assistants, Psychologists, and Monitor (a)) and eleven people interned among the five Therapeutic Communities. Grounded Theory (Data Based Theory) was used as research methodology and three types of interviews were used as a collection tool: one for the professionals of the State of Bahia; one for the professionals of the Therapeutic Communities and another for the interns. Specifically constructed for this research, with scope to analyze: the beginning of use of psychoactive substances, process of access and acquisition of drugs, violence suffered and practiced, public policies on drugs developed in Brazil and experiences in Therapeutic Communities and relational contexts . The main results reveal that: the beginning of the use of psychoactive substances is influenced by groups of friends / people of intimacy, arousing curiosity; that the greatest violence (physical and psychological) and practices of crimes occur in the search for psychoactive substances; people are more susceptible to sexually transmitted infections (STIs / AIDS) because their bodies have become a "bargaining chip" and neglect security measures (eg, use of condoms); women are subject to unwanted or unplanned pregnancies; the need for adequacy of public policies on drugs and the Therapeutic Communities. In spite of the criticisms, they are important equipment, for the Governments (Brazil and Portugal) like policies of facing the dependence of the drugs.

Keywords: Person. Relational Contexts (Family and Society). Therapeutic Communities. Drugs.

GIMBA, Marcelo de Freitas. TRAJETORIAS DE PERSONAS USUARIAS DE DROGAS: narrativas, contextos relacionales y (re) significaciones en Comunidades Terapéuticas (301) f. Tesis (Doctorado en Familia en la Sociedad Contemporánea) Universidad Católica del Salvador (UCSAL), 2018.

RESUMEN

Insertado en la línea de búsqueda en las Ciencias Sociales familia, este doctorado investigación trata sobre las trayectorias narrativas de las personas que usan drogas institucionalizadas en las comunidades terapéuticas en Brasil y Portugal. El recorte histórico-geográfico está matizado por los años de 2014 a 2017, con residentes en el Estado de Bahía-BR y en la ciudad de Porto-PT. Se observó, a través de aproximación cualitativa con base en entrevistas en profundidad, que las vulnerabilidades pueden agravarse con el uso de drogas, interfiriendo de forma significativa en las relaciones familiares, sociales y en los proyectos de vida. En este sentido, esta tesis de doctorado tiene como objetivo describir y analizar la historia de vida referente a un grupo de personas que consumían crack y otras drogas hasta el ingreso en Comunidades Terapéuticas (CTs). En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio de los resultados obtenidos en el estudio, y Monitor (a)) y once personas internadas entre las cinco Comunidades Terapéuticas. Como metodología de investigación se adoptó la Grounded Theory (Teoría Fundamentada en los Datos) y como instrumento de recogida se utilizaron tres tipos de entrevistas: una para los (as) profesionales del Estado de Bahía; una para los profesionales de las Comunidades Terapéuticas y otra para los (as) internos (as). En el caso de las drogas, las violencias sufridas y practicadas, las políticas públicas sobre drogas desarrolladas en Brasil y las vivencias en comunidades terapéuticas y los contextos relacionales, construidos específicamente para esta investigación, con el objetivo de analizar: el inicio del uso de las sustancias psicoactivas, proceso de acceso y adquisición de las drogas, las violencias sufridas y practicadas, políticas públicas sobre drogas desarrolladas en Brasil y las vivencias en Comunidades Terapéuticas y los contextos relacionales . Los principales resultados revelan que: el inicio del uso de sustancias psicoactivas sufre gran influencia de grupos de amigos / personas de la intimidad, despertando la curiosidad; que las mayores violencias (físicas y psicológicas) y prácticas de delitos ocurren en la búsqueda de las sustancias psicoactivas; las personas están más sujetas a las infecciones sexualmente transmisibles (ISTs / SIDA) por tener sus cuerpos transformados en "moneda de cambio" y descuidar en medidas de seguridad (por ejemplo: uso de preservativos); las mujeres están sujetas a la gestación no deseada o no planificada; la necesidad de adecuación de las políticas públicas sobre drogas y las Comunidades Terapéuticas. A pesar de la crítica, que es un equipo importante para los gobiernos (Brasil y Portugal) como políticas de adicción a las drogas de afrontamiento.

Palabras clave: Persona. Contextos Relacionales (Familia y Sociedad). Comunidades Terapéuticas. Los fármacos.

LISTA DE QUADROS

Quadro	1	Conhecendo as Comunidades Terapêuticas estudadas	63
Quadro	2	Perfil dos(as) representantes do Governo da Bahia	68
Quadro	3	Perfil dos entrevistados na Comunidade Terapêutica (H1.BR)	69
Quadro	4	Perfil das entrevistadas na Comunidade Terapêutica (M2.BR)	70
Quadro	5	Perfil dos(as) entrevistados(as) na Comunidade Terapêutica (HM3.BR)	71
Quadro	6	Perfil dos(as) entrevistados(as) na Comunidade Terapêutica (H4.PT)	72
Quadro	7	Perfil dos(as) entrevistados(as) na Comunidade Terapêutica (H5.PT)	73
Quadro	8	Contextos parentais e o uso de drogas	107
Quadro	9	Mão Dupla: Escolas e famílias, possível parceria?	109
Quadro	10	Sentimentos e Reflexões: culpas ou desculpas	112
Quadro	11	Revendo histórias: traçando caminhos próprios	115
Quadro	12	Filh@s: outras histórias	117
Quadro	13	Desfazendo amarras, tecendo vidas	119
Quadro	14	Bairros e convivências	120
Quadro	15	Interrogações: entre drogas e afetos	121
Quadro	16	Aparências e fantasias: em busca de outros prazeres	122
Quadro	17	Políticas de drogas em alguns países	165
Quadro	18	Instalações das Comunidades Terapêuticas	208
Quadro	19	Equipe de profissionais	213
Quadro	20	Voluntários da Comunidade Terapêutica H1.BR	214
Quadro	21	Rupturas – Programa de visitação	215
Quadro	22	Práticas sexuais em Comunidades Terapêuticas estudadas	217
Quadro	23	Intervenções e Características	220
Quadro	24	Olhar psico-demográfico-social	231
Quadro	25	Expectativas e tenções	240

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	1	Motivos que levaram ao uso de drogas	96
Gráfico	2	Indicadores de mortalidade infantil e fetal	137
Gráfico	3	Indicadores de mortalidade no Brasil	137
Gráfico	4	Legislações penais e sanções	161
Gráfico	5	Registros percentual de pessoas presas	167
Gráfico	6	Relação entre mulheres e homens presos por tráfico	178

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema	1	Fatores que podem influenciar o consumo de drogas	124
Esquema	2	Competências	144
Esquema	3	Rotas imprevisíveis	148
Esquema	4	Políticas Públicas	191

LISTA DE FIGURAS

Figura	1	Fatores que podem influenciar a dependência	36
Figura	2	Domínios significativos	144
Figura	3	Hipervalorização da droga	144
Figura	4	“Cadeia ou caixão”	173
Figura	5	“Pedra da morte”	173

LISTA DE TABELAS

Tabela	1	Penas conforme a legislação	161
Tabela	2	Percentual de pessoas presas	168
Tabela	3	Percentual entre mulheres e homens presos por causa do tráfico entre 2005 e 2014	178

LISTA DE SIGLAS

AADS	Ações Afirmativas em Direito e Saúde
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARD-FC/UFBA	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti/ Universidade Federal da Bahia
AVC	Acidentes Vasculares Cerebrais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCB	Código Civil Brasileiro
CDT	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CR	Consultório de Rua
CRI	Centros de Respostas Integradas
CRM	Conselho Regional de Medicina

CRP-SP	Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
CT	Comunidade Terapêutica
CTI's/UTI's	Centros e Unidades de Tratamento Intensivo
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENARC	Departamento de Narcóticos
DISE	Divisão de Investigação sobre Entorpecentes
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFD	Estudo do Fenômeno da Droga
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
EUA	Estados Unidos da América
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
GM	Gabinete do Ministro
HCFMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP
HSM	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
INFOPEN	Informações Penitenciárias
IP	Instituto Público (Portugal)
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPq-HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPI	Internações Psiquiátricas Involuntárias

IPT	Instituição de Permanência Transitória
IPV	Internações Psiquiátricas Voluntárias
ISTS	Infecções Sexualmente Transmitidas
JIFE	Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NIDA	National Institute of Drug Abuse
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OM	Organização Militar
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PCR	Projetos de Consultório de Rua
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PL	Projeto de Lei
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNUD	Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO	Ponto de Observação
PPP	Parcerias Público-Privadas

PPRA	Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais
PRD	Programa de Redução de Danos
PVC	Programa de Volta para Casa
RAP	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
RES	Resolução
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RPS	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SICAD	Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SJCDH	Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
SJDHDS	Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SNC	Sistema Nervoso Central
SPAS	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUPRAD	Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis
SUS	Sistema Único de Saúde

TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEIA	Trabalho de Emancipação pela Infância e Adolescência
THC	Tetrahydrocannabinol
UDIS	Usuários de Drogas Injetáveis
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNIAD/Unifesp	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> (Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes)
USP	Universidade de São Paulo
VE	Violência Estrutural
VI	Violência Institucionalizada

LISTA DE CÓDIGOS

CD	Coordenador(a)
DT	Diretor(a) Técnico(a)
DGMPD	Diretor(a) de Gestão e Monitoramento de Políticas sobre Drogas
GV	Governo
PS	Psicólogo(a)
(H)	Comunidade Terapêutica somente para homens
(M)	Comunidade Terapêutica somente para mulheres
(HM)	Comunidade Terapêutica para homens e mulheres
(BR)	Brasil
(PT)	Portugal
(H1.BR)	Primeira Comunidade Terapêutica pesquisada, no Brasil (homens)
(M2.BR)	Segunda Comunidade Terapêutica pesquisada, no Brasil (mulheres)
(HM3.BR)	Terceira Comunidade Terapêutica pesquisada, no Brasil (homens e mulheres)
(H4.PT)	Quarta Comunidade Terapêutica pesquisada, em Portugal (homens)
(H5.PT)	Quinta Comunidade Terapêutica pesquisada, em Portugal (homens)

Observação: Os(as) internos(as) às Comunidades foram designados(as) com a primeira letra do nome seguida da idade na data da entrevista. Por exemplo, supondo que os nomes das pessoas sejam Regina com 25 anos e Sebastião com 82 anos, na data da entrevista, suas representações serão:

R25 Para Regina que possuía 25 anos de idade na data da entrevista.

S82 Para Sebastião que possuía 82 anos de idade na data da entrevista.

Conseqüentemente, as codificações serão representadas, ao longo da tese, da seguinte forma:

(H1.BR)-L37: Comunidade Terapêutica somente para homens, foi a primeira contactada, pesquisada no Brasil. O nome da pessoa entrevistada inicia com a letra “L” e na data da entrevista possuía 37 anos.

(M2.BR)-C20: Comunidade Terapêutica somente para mulheres, foi a segunda contactada, pesquisada no Brasil. O nome da pessoa entrevistada inicia com a letra “C” e na data da entrevista possuía 20 anos.

(H4.PT)-M50: Comunidade Terapêutica somente para homens, foi a quarta contactada, pesquisada em Portugal. O nome da pessoa entrevistada inicia com a letra “M” e na data da entrevista possuía 50 anos.

APRESENTAÇÃO

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.

Antonio Machado.

A escrita aqui é uma homenagem, mas também um reconhecimento. Quem sonha deve sempre buscar a realização, Dom Marcelo! Ao longo dos últimos anos, aprendi a caminhar contigo e observando também seus próprios caminhos e peregrinações. Assumir primeira pessoa em qualquer língua é sempre um grande passo e essa caminhada (“*son tus huellas el camino y nada más*”) – desde o mestrado até o doutoramento, incluindo um estágio sanduíche na Universidade do Porto – foram de muito aprendizagens. Espero que tenhas encontrado para além da academia, o humano retratado e traduzido em beleza, em amizade e em acolhimento. Sua dedicatória e agradecimento revelam que não estive sozinho e nem poderia.

A escolha da epígrafe não foi fácil, mas retrata bem nossa jornada – “*volver la vista atrás*”. Àquele que chegava e se fixava, estar e olhar a vida nas ruas de Salvador foi já uma escolha. Vasculhar histórias de vida e ingressar em comunidades terapêuticas – tanto do Brasil quanto Portugal te mostraram possibilidades e potencialidades, a urgência em aproximar-se de áreas como a Saúde, a Criminologia e a Sociologia, cruzar o Atlântico, reforçar intercâmbios com a coorientadora (Profa Dra Maria Isabel Correia Dias) e percorrer quase 800 Km do Caminho de Santiago (depois da escrita da tese, outro caminho a ser percorrido), isso sim é cumprimento de uma etapa formativa, relacional e intensa.

Conhecido como o “Caminho das Estrelas”, passa por pequeninas aldeias e vilas e culmina na frente de uma das mais belas construções medievais. Seu caminhar não começou e nem terminou. Impulsiona novas relações, novos olhares e tempos diferentes. Obrigada pela partilha.

Demonstra que o acadêmico não se faz sem cotidiano, sem experiências humanas, outros olhares e percursos, além de uso de “bons sapatos”

(conhecimento, amizade, solidariedade). Eis aqui eixos que compõem a vida e posso afirmar, ao final dessa trilha, que aprendemos uns com os outros e fortalecemos laços.

Lá se vai já quase uma década de partilhas e convivência, de estímulos e escritas parceiras (saiu um livro dessa primeira etapa do mestrado, ademais de artigos e comunicações orais), de vermos filhos(as) e produção acadêmica crescerem. Marcelo começou sua formação continuada (mestrado e doutoramento), bem como mobilidade internacional (Portugal) e extensão (aqui foram inúmeras as atividades e projetos, incluindo integração ao tema de população em situação de rua, que sempre lhe foi caro) e já não pode mais voltar atrás. Tens “estelas de la mar” cravadas.

No entanto, ao apresentar essa tese não posso somente me ater ao caráter mais pessoal. Suas escolhas foram de envolvimento, militâncias e de uma investidura empírica e de práxis sobre mulheres, drogas, relações familiares, sociais e institucionais. Transitou entre realidades acadêmicas e foi mapeando trilhas e olhares sobre a “fenômeno drogas”, em tempos onde o humano pode ter sido esquecido ou negligenciado.

Dentro do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador e das experiências do Núcleo de Estudos sobre Direitos Humanos (NEDH/UCSAL, a partir de 2017), anteriormente denominado de Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Juventudes e Identidades (NPEJI/UCSAL), coordenado por treze anos (2004/17) pela Profa Dra Mary Garcia Castro e por mim, contando com um centenar de investigadores(as) cujo eixo maior versava sobre identidades, gêneros e cidadania, confirmou sua presença e esteve especialmente envolvido na parte de extensão. Na “mala” foram mais que objetos, muitos sujeitos e ações.

Apropriando das experiências, Gimba cruza fronteiras de áreas científicas e mescla com seriedade Direito, Criminologia e Sociologia, não descuidando de leituras de clássicos(as) e contemporâneos(as) para sua revisão sistemática, rica em autores e referencial empírico que versa sobre comunidades terapêuticas e as relações familiares e sociais de pessoas que fazem/fizeram uso de drogas. O início está delimitado pelo querer realizar uma linha/projeto de investigação, não apenas obter descritores, mas sim transitar sobre narrativas, percebendo matizes de

sujeitos que se movimentam em um universo de violações e vulnerabilizações.

Valendo-se de uma abordagem metodológica qualitativa, traz uma ênfase nas narrativas de pessoas que vivem cotidianamente o enfrentamento às drogas e as violências advindas dessa experiência.

Tal processo se consolida não somente na formação, mas na inclusão de aprofundamentos e novas investigações interdisciplinares, almejando sempre observar as transformações sociais e as formulações contemporâneas no que se refere às categorias.

*“Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar”.*

E caminhaste e trilhaste um belo caminho. Obrigada, caminheiro!

Coimbra, janeiro de 2018.

Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Professora, historiadora, amiga.
Universidade Católica do Salvador – PPGFSC/UCSAL.

SUMÁRIO

1	DELINEANDO O PERCURSO	29
2	CAMINHO PROPOSTO: em busca de respostas	52
2.1	COM CAJADO SE VAI LONGE: possibilidade e incertezas	58
2.1.1	Buscando vidas: indo para onde as pessoas estão	60
2.1.2	Conhecendo pessoas	63
2.2	UM CADINHO DE INFORMAÇÕES: captando significados e experiências vividas	73
3	AMBIENTANDO OS PROCESSOS DE SOCIALIZAÇÃO: 77 arquitetura das identidades	
3.1	ASPECTOS GESTACIONAIS PODEM INTERFERIR NA SOCIALIZAÇÃO?	81
3.2	A SOCIALIZAÇÃO E OS SEUS PROLONGAMENTOS FAMILIARES E SOCIOLÓGICOS	85
3.3	AUTONOMIA E A CONSTRUÇÃO DA PESSOA	93
3.4	GRUPOS RELACIONAIS E CONTEXTOS ECO-SOCIAIS: afetos, laços, abusos ou omissões	104
4	ROTAS IMPREVISÍVEIS: aproximações pelas “margens” por e com as drogas	126
4.1	SEXO E DROGAS: sensações, abusos e conexões	131
4.2	CORPOS: territórios de conflito, de uso e experiências	143
5	ENFRENTAMENTOS: possibilidades e incertezas no âmbito das drogas	149
5.1	APROXIMAÇÃO CLÍNICO-JURÍDICO: práticas e marcos legais	154
5.1.1	Subsistema Droga-clínica: legitimações camufladas?	155
5.1.2	Subsistema droga-justiça: os dois lados da barricada	158
5.1.2.1	<i>Possibilidades no controle das drogas: abrandamento ou recrudescimento?</i>	163
5.2	POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL	171
5.2.1	Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006: ampliação da dicotomia?	172
5.3	POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS	179
5.3.1	Rede de Atenção Psicossocial	185

6	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Direitos Humanos ou violências institucionalizadas?	192
6.1	O QUE SÃO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	195
6.1.1	Comunidade Terapêutica: prestadora de serviço público?	201
6.1.2	Todo espaço vago será ocupado...?	203
6.2	ENTRE A (IN)DECISÃO E A NECESSIDADE: entrando na Comunidade Terapêutica	207
6.2.1	Ultrapassando a barreira: os primeiros passos	211
6.2.2	Rupturas ou Isolamentos Necessários: (des)culturamento ou fator protetor?	215
6.2.3	Práticas sexuais: entre o controle institucional e a necessidade humana	217
6.2.4	Intervenções: controlar para recuperar?	219
6.2.4.1	<i>Religião: renúncia de si mesmo ou busca de uma purificação?</i>	222
6.2.4.2	<i>Entre o constrangimento e a cooperação</i>	225
6.2.4.3	<i>Entre a qualidade do ato e aplicação das regras</i>	227
6.2.5	Um olhar social: cuidar de quem precisa ou internar para excluir ?	230
6.3	ENTRE (IN)CERTEZAS E POSSIBILIDADES: saindo das Comunidades Terapêuticas	240
7	REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES	245
	REFERÊNCIAS	257
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	291
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para profissionais	293
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os(as) internos(as) em CT	296
	APÊNDICE D - Entrevista com funcionários(as) da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SUPRAD/SJDHDS)	300

1 DELINEANDO O PERCURSO

Desde a Antiguidade – de forma exemplar existe um conceito em grego chamado de *phármakon* - indicando remédio e veneno. Não uma coisa ou outra, mas os dois inseparáveis. Cura e ameaça são solicitados dependendo do sentido dado. Alguns medicamentos são mais tóxicos do que outros, nenhum é mero veneno ou substância inócua. Enquanto isso, a toxicidade é algo matematicamente expresso como intervalo terapêutico em relação a dose mortal ou de vida. A fronteira entre o prejuízo e o benefício não existe na droga, mas na sua utilização dos vivos. Falar em drogas boas e más para um pagão incomum, era como falar de amanhecer culpado ou amanhecer inocente

(ESCOHOTADO, 1998, p.9)¹.

Apesar da existência das drogas datar da origem da humanidade (Escohotado, 1998) incorporando várias funções, é a partir das últimas décadas do século passado até os dias atuais o discurso sobre essas substâncias vem ocupando agendas e exigindo diligências científicas e de Políticas Públicas pautadas em campos disciplinares distintos. Paradoxalmente, é um fenômeno que perpassa o indivíduo, a família, a sociedade e o Estado, tendo natureza privada e pública.

Há muito o uso dessas substâncias ocupa o imaginário social em múltiplas formas. Em razão de algumas serem capazes, momentaneamente, de aumentar a serenidade, a energia, a percepção e o poder; além de reduzir, igualmente, a tristeza, a apatia e a rotina mental, são consideradas, desde o início do tempo, divinas e fundamentalmente de natureza mágica (*versão livre*) (ESCOHOTADO, 1998).

Vigoram leis que incriminam o uso, a produção e a venda de algumas Substâncias Psicoativas (SPAs) e há também os que concebem o uso de certas

¹ De la Antigüedad nos llega un concepto — ejemplarmente expuesto por el griego *phármakon* — que indica remedio y veneno. No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza se solicitan reciprocamente en este orden de cosas. Unos fármacos serán más tóxicos y otros menos, pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña. Por su parte, la toxicidad es algo expresable matemáticamente, como margen terapéutico o proporción entre dosis activa y dosis mortífera o incapacitante. La frontera entre el perjuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente. Hablar de fármacos buenos y malos era para un pagano tan insólito, desde luego, como hablar de amaneceres culpables y amaneceres inocentes. (Texto original ESCOHOTADO, 1998).

substâncias como uma forma de pecado, motivando, muitas vezes, a “guerra às drogas”. A classificação da droga como lícita ou ilícita, variará no tempo e no espaço, conforme os valores e interesses estabelecidos pelas sociedades, legitimando ou não o consumo dessas substâncias. Não podemos esquecer dos fármacos, que são substâncias prescritas pelos profissionais habilitados, objetivando uma terapia específica. Desta forma, podemos acrescentar ao binarismo de drogas lícitas/ilícitas as drogas controladas.

A gênese do controle ou da criminalização das drogas possivelmente não possa ser recuperada, a tentativa é sempre difícil, apesar disso, procuramos localizar alguns nós na linha do tempo (que tenha alguma ponta solta) que possibilite reconstruir um viés histórico.

Nessa perspectiva, teremos a China como ponto de partida para exploração da memória sobre a droga, captando os paradoxos dessa substância que nutre os seres humanos de paixão e ódio. Recordando que no período de ouro da civilização Islâmica, os árabes dominaram o comércio no oceano Índico e introduziram o ópio na Índia e, posteriormente, nesse país. Durante cerca de 1.000 anos os chineses empregaram o ópio, basicamente para o controle da diarreia. Apenas no século XVII ocorreu o hábito de fumar ópio na China. (LANNA, 2001; DUARTE, 2005)

Os países europeus como Portugal, França e Inglaterra exportavam na segunda metade do século XVIII, uma quantidade considerável de ópio para China. Tal fato foi avaliado, pelo governo chinês, como altamente prejudicial à sua população, culminando com a proibição das importações em 1800. (LANNA, 2001)

Com essa proibição ocorreram diversos fatos que acabaram precipitando a “guerra do ópio” entre a Inglaterra e a China, sendo esta última derrotada. Como corolário foi celebrado o Tratado de Nanquin, resultando na concessão de Hong-Kong à Inglaterra, alguns portos foram abertos ao comércio europeu e norte-americano e o comércio do ópio foi legalmente admitido. (DUARTE, 2005)

Outros fatores que favoreceram o emprego maciço tanto do ópio por via oral quanto da morfina por via subcutânea, foram as guerras civil americana, da Crimeia e a guerra entre a França e Alemanha em 1870. Todos episódios que registraram

diversos casos de dependência, gerando um problema social para esses países. (CARNEIRO, 2002; SPERBER, 2014)

Em virtude desses acontecimentos, em 1909, na cidade de Xangai, foi criada, pela primeira vez, a Comissão do Ópio de Xangai. Somente ganha dimensão mundial em 1919, quando foi incorporada ao Tratado de Versalhes. Nessa Comissão participaram treze países que se reuniram para discutir o problema das drogas, firmando o primeiro tratado internacional sobre drogas. O objetivo era limitar as importações de ópio da Índia para a China e controlar, em geral, o comércio para fins não terapêuticos.

Com o movimento de descolonização de numerosos países, iniciado após a II Guerra Mundial, os tratados internacionais sobre as drogas passaram de carácter regulador do seu comércio a ter por objetivo a proibição da sua produção e consumo não medicinal (UNODC, 2011), formalizando e ganhando novas dimensões para massiva comercialização junto com tráfico de armas e de pessoas.

Registra-se, portanto, que todos os países que impuseram o uso e consumo do ópio à China tinham conhecimento de seus efeitos, mas seguindo os ditames do maior maestro que rege as relações (fator econômico) não houve a preocupação nos efeitos que poderiam provocar na população.

Essa cultura forjada do consumismo desenfreado buscando o capital extrapola a coerência.

A transição "fordista" para a produção em massa, concluída na Europa com a Primeira Guerra Mundial (no fim do conflito o continente podia dizer-se motorizado) exigia como consequência lógica a passagem ao consumo de massas de mercadorias produzidas capitalisticamente e, com isso, à democracia política de massas, fosse qual fosse a sua forma fenoménica. Talvez escandalize os fetichistas da democracia, mas dessa "democratização" e consequente politização das massas fizeram parte também os regimes fascista, nacional-socialista e estalinista, na medida que promoveram a mobilização técnica, ideológica e "destradicionalizante" das massas, que é o pressuposto da forma da mercadoria total e da democracia consumada. (KURZ, 2002, p.1)

Se observarmos nas legislações que se seguiram, marcando a história contemporânea, abre-se a exceção para os grandes grupos farmacêuticos com expressões: para uso médico e científico, com pífia coloração de preocupação.

A partir desse momento, inscrevem-se dois modelos de intervenção face às

drogas: 1) o modelo europeu, ancorado nos profissionais de saúde e na intervenção do Estado (com discurso de processo educativo); e 2) o modelo norte-americano, baseado na interdição dos produtos, na criminalização de utilizadores(as) e na mobilização direta da população (como regime controlador e punitivo), se ocupando de política higienista e de segregação que se estende até hoje. (QUINTAS, 2011)

Um outro motivo, possível, para a proibição de certas substâncias e liberação de outras é o direcionamento intencional. O consumo de álcool e o tabaco, por exemplo, são considerados como parte das tradições culturais ocidentais (Bezerra, 2009; Quintas, 2011), tanto em eventos religiosos e festivos, ganhando aceitação.

É importante sublinhar como as Políticas Públicas estão ligadas, muitas vezes, às conjunturas e aos interesses subjacentes:

Dizer que uma coisa é boa ou má depende, por sua vez, de um julgamento moral. Todo julgamento moral é mais ou menos flexível ou rígido conforme circunstâncias sociais, políticas, econômicas e, não esqueçamos de dizer publicitárias. (TIBURI, 2013, p.39)

Desta maneira, os conhecimentos empíricos e teóricos vem sendo construídos sob inúmeros pontos de vistas relativos às definições, às causas e às próprias estratégias de intervenção neste fenômeno, que não é recente. Pelo contrário, o uso de drogas tem atravessado, praticamente, todas as sociedades e épocas histórico-sociais, assinalando urgência nas agendas e ações de atenção à pessoa.

Ao começar o consumo de drogas por diversos fatores, o ser humano introduzirá em seu organismo substâncias que poderá interferir no seu normal funcionamento, alterando seu estado físico, de humor e atenção.

Ribeiro (2013) entende que do ponto de vista das neurociências, toda substância capaz de alterar parâmetros biológicos é uma droga cujo efeito é produto da interação de três fatores: a substância específica, o corpo em que ela atua, e o contexto físico e social em que ocorre o uso.

Nas últimas décadas, as neurociências transformou a compreensão do mecanismo de ação das substâncias psicoativas, e forneceu novos conhecimentos sobre as razões que muitas pessoas consomem certas substâncias esporadicamente (recreativa) ou cessam o seu uso, não dando continuidade, e outras a fazê-lo de maneira a causar dano a si próprias ou a se tornar dependentes.

(OMS, 2004; RIBEIRO, 2013)

O início do consumo de drogas é opcional, atende ao caráter voluntário. A pessoa ainda se encontra no campo da vontade, ela pode alegar que não quer ou dizer que deixará para outro dia. Na maioria dos casos, é a curiosidade e a aceitação no grupo (processos de socialização e interação), que são os fomentadores do primeiro passo em direção a quaisquer substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, e a sua continuidade vem a ser a busca de benefícios, ou seja, prazer ou amenizar dores.

Sendo o homem um ser racional, ele busca continuamente a felicidade, que espera conseguir para satisfazer alguma paixão ou afeição, raramente age, fala ou pensa sem propósito ou intenção. Há sempre algum objetivo em vista, embora às vezes sejam impróprios os meios que escolhe para alcançar seu fim, jamais o perde de vista e nem desperdiça seus pensamentos ou reflexões quando não espera obter nenhuma satisfação deles. (HUME, 2008 p.37)

Ao estar em processo de adição, poderá sofrer os desdobramentos biológicos e/ou genéticos os quais influenciam na constituição da dependência², pois algumas pessoas são mais vulneráveis à toxicodependência que outras, transformando a capacidade de decisão, passando a não ser mais uma simples falta de vontade ou de desejo de se libertar. (TORRADO & OUAKININ, 2015; SILVA, PIRES & GOUVEIA, 2015)

No caso do crack, a distribuição dos metabólitos ocorre para, praticamente, todos os órgãos, apresentando efeitos importantes cardiovasculares, neurológicos e pulmonares. Tais substâncias podem ser encontradas no sangue, no cabelo, no

² Critérios de dependência de substâncias segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A Presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento durante o ano anterior: a) desejo forte ou compulsivo para consumir a substância; b) dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substância em termos de início, fim ou níveis de consumo; c) estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; d) evidência de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para obter-se os efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores; e) abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos; f) persistência no consumo de substâncias apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido consequente a um grande consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionada com a substância. Devem fazer-se esforços para determinar se o consumidor estava realmente, ou poderia estar, consciente da natureza e da gravidade do dano.

suor, na saliva, no leite materno, na urina e no mecônio fetal. Esses dois últimos correspondem às principais vias de eliminação materna e fetal da droga. (MARTINS-COSTA et al, 2013)

Outros efeitos associados ao uso crônico são alteração de funções cognitivas com diminuição do senso de julgamento. Esse fenômeno ajuda a explicar um maior risco de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (hepatites virais, HPV e HIV, por exemplo), e de mortes por causas externas, destacando-se os suicídios. (MARTINS-COSTA et al, 2013, p. 57)

A Organização das Nações Unidas (ONU) assevera que a toxicodependência é um transtorno crônico, recorrente e de ordem pessoal, como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica. Novas tecnologias de investigações permitem visualizar e medir alterações na função cerebral desde o nível molecular e celular a alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem como consumo de substâncias a curto e a longo prazo. (OMS, 2004; SILVA et al, 2016)

O cérebro está altamente organizado em várias regiões distintas com funções especializadas. Uma destas regiões, o tronco cerebral, contém estruturas que são vitais, tais como os centros de controle da respiração e da vigilância. O mesencéfalo é uma região que contém muitas zonas de relevo para a dependência de substâncias psicoativas por estarem implicadas na motivação e na aprendizagem de importantes estímulos ambientais, e no reforço de comportamentos que produzem consequências agradáveis e essenciais para a vida, tal como comer e beber. O prosencéfalo é mais complexo, e nos seres humanos o seu córtex é muito desenvolvido permitindo pensamentos abstratos e planejamento, e associações de pensamentos e lembranças. Foi demonstrado com técnicas de imagem do cérebro que regiões específicas do prosencéfalo são ativadas por estímulos que induzem, na pessoa dependente, uma necessidade imperiosa (*craving*) de consumir uma dada substância, e que outras regiões funcionam de maneira anormal depois da ingestão aguda ou crônica de substâncias e da dependência instalada. (OMS, 2004; RIBEIRO, 2013; SILVA et al, 2016)

O neurônio que envia a mensagem, ou neurônio pre-sináptico, libera substâncias químicas para o neurônio receptor ou neurônio pós-sináptico. Estas substâncias químicas, ou neurotransmissores, têm estruturas e funções específicas

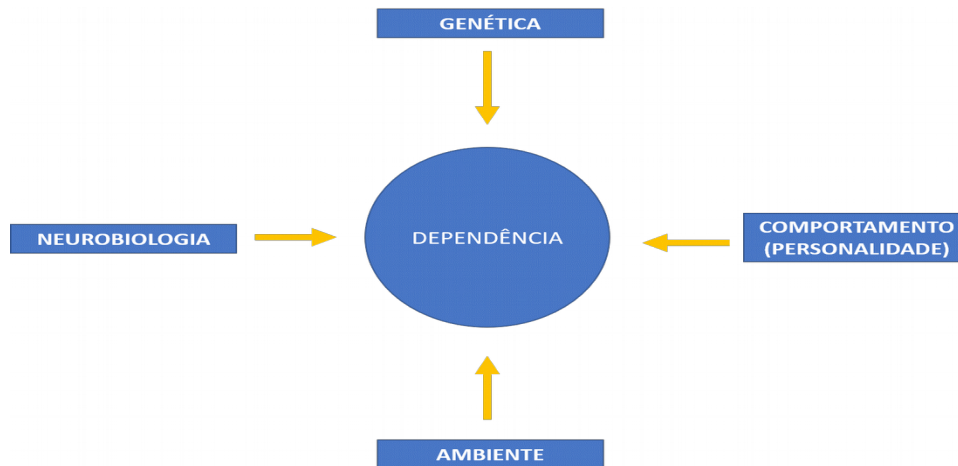
e o tipo do agente libertado depende do tipo do neurônio. Alguns dos neurotransmissores mais estudados e que estão relacionados com substâncias psicoativas são a dopamina, a serotonina, a norepinefrina, o GABA (ácido gama-aminobutírico), o glutamato e os opióides endógenos. (RIBEIRO, 2013)

As substâncias psicoativas têm a propriedade de imitar os efeitos de neurotransmissores naturais ou endógenos, ou de interferir com a função normal do cérebro bloqueando uma função, ou alterando os processos normais de acumulação, liberação e eliminação de neurotransmissores. As que se ligam e reforçam as funções dos receptores são chamadas agonistas, enquanto as que se ligam para bloquear a função normal são chamadas antagonistas. (RIBEIRO, 2013)

O desenvolvimento de dependência pode ser considerado como parte de um processo de aprendizagem no sentido em que alterações duráveis resultam da interação de substâncias psicoativas com seu ambiente. Uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoativo altamente satisfatório ou reforçador que, ativando os circuitos no cérebro torna mais provável que tal comportamento se repita. Contudo, não são unicamente os efeitos de satisfação que podem justificar a razão pelas quais certas substâncias psicoativas podem conduzir a todos os comportamentos associados à dependência. Da mesma maneira, a dependência física de substâncias, demonstrada por sintomas de abstinência quando se interrompe o seu consumo, pode contribuir para o consumo e a dependência, mas por si só não explica o desenvolvimento e a conservação de tal dependência, especialmente depois de longos períodos de abstinência. (SILVA et al, 2016)

A figura abaixo, busca representar alguns fatores que, normalmente, compõe a equação que influenciam o desenvolvimento da dependência de drogas. No entanto, o peso a ser atribuído a esses elementos variarão conforme as pessoas envolvidas e aos contextos, podendo ocorrer simultaneamente ou concorrerem entre si.

Figura nº 1 – Fatores que podem influenciar a dependência



Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Com isso, podemos realizar alguns questionamentos: o que dizer de substâncias psicoativas que faz com que as pessoas se afastem de atividades e vivências, do voluntariado ao compulsivo mundo de violências e vulnerabilizações percam os seus empregos e famílias persistindo no consumo de tais substâncias? Qual é o processo pelo qual o comportamento de consumo de substâncias, em certas pessoas, evolui para padrões de comportamentos compulsivos de procura e consumo, à custa da maior parte de outras atividades? O que provoca a incapacidade de parar com tal consumo, isto é, o problema de recaída? O que faz pessoas enveredar para atos ilícitos no afã de conseguir recursos para financiar a dependência? O que faz os seres humanos trocar o corpo pela droga?

A responsabilidade parece residir numa ação combinada e complexa de fatores e contextos psicológicos, neurobiológicos e sociais, conectando a domínios que compõe o cardápio estruturante do ser humano, como exemplo podemos nomear: as relações afetivas e o corpo como um todo (sexualidade, saúde e liberdade).

Ao fazer a escolha pelo consumo de substâncias psicoativas, ilícitas ou não, o(a) consumidor(a) passará a ter problemas de várias ordens. A começar pela qualidade da droga eleita (esse ponto leva a outras variantes – acesso e poder econômico), pois esta poderá encontrar-se misturada a outros materiais inadequados ao consumo humano (vidro moído, na cocaína) ou com a carga

alucinógena superior a desejada, por exemplo o tetrahydrocannabinol (THC), na *Cannabis sativa* (maconha).

Outro ponto que consideramos como severo amplificador de prejuízos às pessoas que consomem drogas, independentemente se for de forma esporádica (recreativa) ou se a dependência já estiver instalada, vem a ser o acesso a estas substâncias, isto é, como e onde adquirir a droga. Esse acesso oferece espaços de multiplicação de adição e desencontros da vida e das relações. (NAPPO, SANCHES & RIBEIRO, 2012)

Por isso, no âmbito da abordagem deste fenômeno, a seleção e a construção de uma amostra surge como uma das dimensões que, em termos metodológicos merece uma atenção particular. Haja vista que a informação recolhida e o próprio significado da informação para o indivíduo que a transmite diferencia-se. Por exemplo, a pessoa³ que procura tratamento, geralmente, terá uma concepção diferente do uso de substâncias psicoativas daquela que entende que não precisa de tratamento. Também a informação será diferente conforme ao tipo, ao local, a quantidade de vezes de internamento e ao número de recaídas.

Além da dependência de drogas, muitas dessas pessoas não têm para onde ir, fazendo com que nos deparemos com outro grande problema social, pessoas em situação de rua, abrindo espaço para políticas de segregação, afastando os indivíduos das relações sociais. Observamos (através de diários de campo e modelagem etnográfica) que alguns internos(as) em Comunidades Terapêuticas, submetem-se ao internamento por ausências da família, de moradia e de oportunidade de trabalho. (SANTOS, 2002)

As controvérsias são necessárias conduzindo aos debates, à reflexão, à pesquisa e ao aperfeiçoamento, com esse propósito, o presente estudo visa descrever e analisar as histórias de vida de pessoas que consumiam crack e outras drogas até o ingresso em Comunidades Terapêuticas (Cts) e as suas impressões como internos(as), nestas Instituições (Dias, 2010). Como também, os olhares de

³ No título e em toda a tese a palavra pessoa diz respeito ao ser humano conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), quando indica em seu texto que “os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla”.

profissionais que lidam com pessoas em situação de internamento, no Estado da Bahia – BR e na cidade do Porto – PT.

Para darmos conta dessa proposta preparamos o dispositivo de investigação, estabelecendo balizas delimitadoras e uso de ética na pesquisa: do marco temporal e do objeto de estudo, que de forma progressiva pudéssemos alcançar a meta idealizada. (RUSSO, 2014)

O marco temporal foi limitado à década de quarenta do século passado, mais precisamente, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) se estendendo até o tempo presente para compor marcos legais – institucionais, agendas de políticas públicas, como também a grande demanda sobre o caso. Mas essas balizas não impedem que façamos pequenos recuos históricos, pois o passado pode explicar o presente.

Quanto ao objeto de estudo, empenhamo-nos durante quase quatro anos em gerar conhecimento que essa pesquisa de doutorado se ocupa, procurando responder ao longo da tese, ou mais que isso, provocar ou ampliar as dúvidas e inquietações acerca do nosso ponto de partida.

Temos a consciência que as trajetórias existenciais e os comportamentos das pessoas não são assuntos que se tornam facilmente acessíveis somente com o emprego de instrumento de pesquisa, como entrevista e/ou questionário.

Mesmo que tenhamos observado o comportamento por muitos anos, não somos necessariamente capazes, sem ajuda, de exprimir uniformidades adequadas ou relações ordenadas. É possível que sejamos capazes de exibir considerável habilidade em formular conjecturas plausíveis sobre o que fariam nossos amigos e conhecidos em várias circunstâncias, ou sobre o que fariam nós próprios. É possível fazer generalizações plausíveis sobre a conduta das pessoas em geral. Mas poucas destas generalizações sobreviverão a uma análise cuidadosa. Há em geral muito o que desaprender em nossos primeiros contatos com a ciência do comportamento. (SKINNER, 2003, p.15)

No entanto, almejamos contribuir com informações consistentes engendrando linhas diretivas para criação de Políticas Públicas voltadas ao grupo de pessoas vulnerabilizadas pelo consumo de drogas, por meio de aproximações, escutas e coletas de dados (*Grounded Theory*) nos espaços eco-sociais.

Entre o início das Substâncias Psicoativas até a entrada em uma Comunidade Terapêutica (como medida protetiva e/ou “limpeza”), observa-se um complexo

sistema de multiplicidade de elementos que vão desde uma superfície visível dos comportamentos até profundidades ocultas das dimensões psicológicas, ecológicas, sociais e biográficas de seus atores. Descortinar vidas e contextos é um dos objetivos da pesquisa.

Organizamos a tese em sete capítulos, o primeiro capítulo vem a ser o inaugural, aquele que propõe delimitar de forma metodológica e epistemologicamente a trajetória da pesquisa, apresentando os capítulos e a proposta do investigador, o que intitulamos como **DELINEANDO O PERCURSO**. Evidenciamos aqui, as estruturas formais e elementares de uma tese doutoral, que se desenvolve com um tema que versa sobre as áreas Social e de Saúde Pública, com revisão de literatura e trabalho de campo, garantindo a confidencialidade das informações e dados.

O segundo nomeamos como: **CAMINHO PROPOSTO: em busca de respostas**. Neste capítulo, objetivamos demonstrar como foi desenvolvida a pesquisa e o método que julgamos adequado (observação de campo, entrevistas semiestruturadas e pesquisas bibliográficas), delineando instrumentos e caminhos percorridos.

Trabalhamos com a pesquisa qualitativa, haja vista ao estudo se referir a história de vida de indivíduos/pessoas, experiências, comportamentos e emoções. Strauss & Corbin (1998) afirmam que o significado do termo pesquisa qualitativa consiste na pesquisa que produz resultados não provenientes de procedimentos estatísticos, mas da necessidade de ir ao campo para descobrir o que está ocorrendo, com a percepção da complexidade e variabilidade do fenômeno e da ação humana em relação ao crack e outras drogas e tendo a convicção que as pessoas são atores, possuindo um papel ativo em resposta às variadas provocações.

Sentimos que há muito mais do que uma simples relação sujeito-objeto. Exige-se uma leitura nas entre linhas, nas expressões e nos olhares, não sendo apenas meras transcrições de palavras gravadas. Assim, pedimos emprestado, apesar de o

intuito mais interdisciplinar⁴ dessa tese, as palavras de Velho (2004, p. 123-124), frisando a ética na e para pesquisa:

A antropologia, embora sem exclusividade, tradicionalmente identificou-se com os métodos de pesquisa ditos qualitativos. A observação participante, a entrevista aberta, o contato direto, pessoal, com o universo investigado constituem sua marca... a ideia de tentar pôr-se no lugar do outro e de captar vivências e experiências particulares exige um mergulho em profundidade difícil de ser precisado e delimitado em termos de tempo. Trata-se de problema complexo, pois envolve as questões de distância social e distância psicológica. (grifos nossos)

Desta forma, adotaremos uma metodologia baseada nos dados, ou seja:

A *Grounded Theory* consiste numa abordagem metodológica utilizada na pesquisa qualitativa, tendo como significado “Teoria Fundamentada em Dados”, quando traduzida para a língua portuguesa. A *Grounded Theory* tem suas origens interacionistas e, dessa forma, o Interacionismo Simbólico é o referencial teórico muitas vezes adotado quando pesquisas nesta abordagem são utilizadas. (NICO et al., 2007, p. 789)

Entrementes, com o intuito de resguardar que a tese não se torne vasta demais, concentramos o nosso interesse em um aspecto específico, pois um estudo panorâmico poderia resultar na simples descrição de ações e agendas governamentais. (ECO, 2007)

No terceiro capítulo intitulamos: **AMBIENTANDO OS PROCESSOS DE SOCIALIZAÇÃO: arquitetura das identidades**. Abordando sociabilidades e construção da identidade, a partir de possíveis transformações na subjetividade e nas representações e indivíduos/pessoas no mundo contemporâneo.

Nas áreas da infância, da educação, da família, das profissões, da economia, da comunicação, entre outras, a socialização tem surgido na explicação de diferentes fenômenos e, por vezes, como objeto de estudo. Este tratamento multitemático nos oferece um conhecimento mais detalhado de como a socialização ocorre em diferentes contextos e etapas da vida, ainda que comporte riscos de fragmentação e redução analítica (Abrantes, 2011) ou de sujeição/enquadramento do sujeito ao recorte/hipóteses de investigação. Desse modo, esta pesquisa se

⁴ Na multidisciplinaridade não há síntese metodológica, e sim uma somatória de métodos. De modo diferente, na interdisciplinaridade as metodologias são compartilhadas gerando uma nova disciplina. Já na perspectiva da transdisciplinaridade as metodologias unificadoras são compartilhadas, porém construídas mediante a articulação de métodos oriundos de diversas áreas do conhecimento, podendo gerar novas disciplinas ou permanecer como zonas livres. (ROQUETE, 2013, p. 464)

insere na área de estudos que busca pesquisar/identificar o processo de transformações que incide sobre a família brasileira e portuguesa.

Observou-se nesta investigação qualitativa, através das entrevistas, que a principal motivação para o início do uso de drogas, tanto lícita como ilícita, é a curiosidade, fomentada: por grupos de amigos, em especial, na fase da adolescência; pelas famílias em que o consumo de álcool é rotina, pelos grandes eventos e pelas mídias. Esses dados são ratificados pela Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, realizada em 2014, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (BASTOS & BERTONI, 2014; GIMBA & CAVALCANTI, 2017)

Asseverou a pesquisa, que os(as) usuários(as) de crack no Brasil, são poliusuários(as), isto é, com fortes superposições drogas ilícitas (em especial a maconha) e lícitas (álcool e o tabaco).

Mas não são apenas jovens que iniciam o consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) por influências de grupos de convivência e relacionamento como amigos ou parceiros. Nas entrevistas, realizadas ao longo do desenvolvimento do projeto de mestrado⁵, notamos que, em sua maioria, as mulheres começaram o uso das SPAs através da indução/convite de companheiros e amigos; e chegaram ao crack numa progressão do álcool e/ou maconha (Gimba & Cavalcanti, 2017). Outro dado interessante, constatado e atualizado para esse estudo doutoral, de forma semelhante, os homens procuram as SPAs, no desejo que ajude a desinibir na hora da aproximação e da conquista da(o) parceira(o)⁶, portanto vinculante da esfera de intimidade.

No quarto capítulo nomeamos: **ROTAS IMPREVISÍVEIS: aproximações pelas “margens” por e com as drogas**. A nossa abordagem trata do desenvolvimento relacional das pessoas após o contato com a substância de experimentação e/ou

⁵ É importante esclarecer que as entrevistas realizadas, na pesquisa de mestrado, foram com mulheres em situação de internamento em duas clínicas particulares na região metropolitana de Salvador-BA, no ano de 2013.

⁶ As pesquisas, tanto do mestrado (clínicas particulares) como do doutorado (Comunidades Terapêuticas), foram realizadas com pessoas institucionalizadas com prejuízos causados pelo uso de Substâncias Psicoativas. Ao relatarem o processo de desenvolvimento da dependência, nessas substâncias, consideraram que se desencadeou progressivamente. Frisa-se que a relação da pessoa com as substâncias de predileção será próprio e singular, cabendo ao estilo de vida de cada um. Não se pode afirmar que exista um portal de entrada. No quarto capítulo será melhor analisado.

eleição. Cada indivíduo terá seu percurso diferenciado, a depender do estado biopsicossocial que se encontra. Isto quer dizer que, a dependência em drogas não se desenvolve por fatores isolados, suscitará um conjunto de elementos para que aconteça: como disposição orgânica; fatores psicológicos e psíquicos; e contexto social.

As drogas, de forma geral, estão associadas a determinados estilos de vida, comportamentos e visões de mundo. Então o problema é saber: o que ameaça, é realmente a droga ou outras causas de variados domínios? Quando se estuda esta temática, observa-se que a conexão com as numerosas formas de violências são as maiores problemáticas destas substâncias, mormente, o corpo feminino. Para embasar as nossas palavras, trazemos argumento de Simone Santos, em sua dissertação de mestrado, revelando as violências que os corpos femininos são vítimas, sendo sustentadas por variados vetores e segmentos sociais:

Tudo isso me leva a apreender como são problemáticas as representações corporais do feminino, situado no fetichismo global e mediado pelo poder dizimador e alienante do capital. Tal força pode exercer uma ação predadora, na psique humana, se esta a ela não estiver atenta. Esse fogo destrutivo faz com que o sujeito se alimente das propagandas enganosas, das filosofias por atacado, das representações impostas coletivamente, incluindo aí, até mesmo, aquelas de natureza patológicas, coercitivas, que normatizam comportamentos e valores. Logo, todos esses são motivos que dificultam falar de emancipação, diante dos corpos escravizados pelo fetiche magnético do espetáculo da mercadoria. (SANTOS, 2010, p.125)

Nota-se, nessa dinâmica, a Violência Estrutural (VE), segundo Minayo (1994) é aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte. Essas estruturas influenciam profundamente as práticas de socialização, levando os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, segundo o papel que lhes corresponda, de forma “naturalizada”.

Essas pessoas sofrem e praticam diversas formas de violências e, muitas vezes, não percebem a dimensão e a intensidade por estarem tão inseridas no contexto. Dentre vários casos relatados, destacamos um, a qual uma usuária mata

outra colega de uso de crack devido a esta ter fumado a sua pedra sozinha e escondida (M2.BR)-G28).

Compreendemos que as violências se apresentam em variadas modulações e representações: violência física, emocional, psicológica, simbólica, institucional⁷ e até a violência situada numa perspectiva macrossocial que é experimentada pelas dificuldades ao acesso à saúde, ao emprego, à educação, à moradia. (DIAS, 1997)

Foucault (2005) aponta que a violência travestida de poder, apresenta-se em níveis e escala diferentes: até a primeira metade do século XVIII as técnicas de poder centravam-se, principalmente, no corpo individual. A partir da segunda metade do mesmo século, o poder vai se apropriar da gerência da própria vida, configurando-se como biopolítica.

Esse poder ressaltado por Foucault (1979), é como funcionasse em rede, atravessando todo o corpo social. Entendemos que o poder não pode ser caracterizado meramente, nem fundamentalmente, como repressivo, como algo que diz essencialmente “não”; é preciso percebê-lo em sua totalidade (aquele lado que o faz tornar-se ideológico, aceito coletivamente), isto é, o de formação de individualidades e de rituais de verdade.

Trata-se [...] de captar o poder em suas extremidades, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e o delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos. (FOUCAULT, 1979, p.182)

A violência não se apresenta como propriedade de determinado grupo ou indivíduo, ela é intrínseca à vida, é uma forma desesperada de demonstração do poder, do opressor sobre o oprimido. Por outro lado, a vítima, em um contexto, poderá ser vitimizadora, em outro, reproduzindo essa lógica. A diferença está no pretexto em exercê-la, pode ser por um simples prazer em subjugar o outro a uma

⁷ A violência institucional diz respeito a ações levadas a cabo por instituições sociais e pelas suas unidades organizacionais, que colocam obstáculos ao desenvolvimento espontâneo do potencial humano. Portanto, é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias e judiciário. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos. (BRASIL, 2003; BARBEIRO & MACHADO, 2010)

necessidade subjetiva de manter-se íntegro. “A violência, inicialmente, só pode ser procurada na esfera dos meios, não na dos fins”. (BENJAMIN, 1986, p.160)

A combinação do desespero pelo crack e o comércio do corpo pode ser muito perigosa, visto que há uma desigualdade de forças: o freguês determina a forma de negociação, impondo que a usuária de crack, que está na fissura, não use preservativo e a obriga a efetuar formas variadas de sexo pagando pelo serviço quantias ínfimas, dessa maneira, ela realiza um maior número de programas para alcançar a quantia necessária para aquisição da droga. A fusão do comportamento de risco⁸ e as vulnerabilidades internas e externas pode acarretar: gravidez indesejada e não planejada; a potencialização dos riscos de Infecções Sexualmente Transmitidas/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ISTs/AIDS); a perpetuação das doenças provocando um círculo vicioso e práticas de violências. (SILVA et al, 2017)

Ao abordar o tema-objeto-problema percebemos que existem, nesse cadinho, vários grupos de pessoas que fazem uso de tal Substância Psicoativa (SPA). Os homens usam crack até em maior percentual que as mulheres e praticam mais crimes na vivência do crack, segundo pesquisa que veremos mais a frente. Testemunhamos, também, que nas cidades, nas ruas e nas praças, as crianças e adolescentes estão cada vez mais envolvidos com crack, o que requer políticas públicas que tenham como “[...] desafios mais importantes para o futuro, em âmbito público e privado, a construção de políticas comprometidas com o direito de oportunidades”. (CAVALCANTI, 2015, p. 96)

Destacamos o narrado por uma usuária de crack quando lhe perguntamos o porquê do uso e aproximação de adição. Em rápido gesto nos mostrou a mão, havia tatuado entre os dedos polegar e indicador um sinal de interrogação, e disse: *“coloquei esta tatuagem aqui porque sempre que uso o cachimbo, olho e me*

⁸ Lobão (2017) reporta-se as estratégias, em Portugal, que objetivam mudança de comportamentos sexuais de risco para comportamentos seguros através da abstinência ou redução do número de parceiros, do uso consistente do preservativo e da realização do teste de VIH. Ressalta que os programas de abstinência não foram eficazes, ao contrário da promoção do uso do preservativo que tem mostrado resultados mais promissores especialmente no âmbito do sexo comercial (prostituição), que representa uma importante fonte de novas infeções. Sublinhou ainda que, as intervenções com vista à mudança de comportamentos têm efeitos transitórios, pelo que a sua aceitação ao nível das populações tem sido insuficiente para reduzir, de forma continuada, o número de novas infeções.

questiono; por que uso crack e até hoje não tenho a resposta". (M2.BR)-B41)

Ao refletir sobre as narrativas dessas pessoas, que trazemos alhures, as quais tentamos transmitir um pouco que captamos de mensagens sublinhaves, com a certeza que a realidade é muito mais “sofrida” do que a frieza das letras, afiançamos que a prevenção deve ser a prioridade das Políticas Sociais por ser a medida mais eficaz e de menor custo para a sociedade, para a família, e, principalmente, para o indivíduo, logo tendo a precedência dentre a Política Nacional sobre Drogas⁹.

O quinto capítulo trata dos **ENFRENTAMENTOS: possibilidades e incertezas no âmbito das drogas**. O quadro histórico, esboçado acima, busca contribuir para compreensão das principais questões relativas às Políticas Públicas quando o eixo circunda o tema “drogadição”. A partir deste lugar, adotaremos como arrimo jurídico a Constituição brasileira de 1988, que ao longo de sua topografia determina às regras basilares sobre o fenômeno das drogas e seus desdobramentos na seara nacional. Apesar de sua soberania, fundamenta-se, em consonâncias com as Convenções da ONU, realizadas em 1961 e 1971, cujo o Brasil é signatário, atuando, desta forma, como plataforma de lançamentos das leis especiais como as leis esparsas.

A *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2017) constatou que o uso de drogas tomou proporção de grave revés social ressoando nos diversos segmentos que obriga, entrementes, o enfrentamento desta questão que constitui uma demanda mundial, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

[...] a sociedade atual nos disponibiliza uma extensa gama de políticas potenciais, e a sua inventividade e alcance estão em um processo de expansão contínua, sendo então possíveis outras formas de produzir novas possibilidades de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas. Tal produção não ocorre somente por leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos

⁹ A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), prevê responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e a sociedade brasileira. A União tem por dever, por meio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Estados e municípios são os executores dessas políticas. (Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/secretario-fala-sobre-politica-nacional-sobre-drogas> > Acesso em 02/11/2017.

serviços, práticas e instituições, com a definição sistematizada de responsabilidades para cada esfera governamental. (BRASIL, 2002, p. 5)

Delinearam-se muitas campanhas e agendas nas primeiras duas décadas do século XXI e mapearam-se demográfica e politicamente estratégias e instrumentos de intervenção: de binômio “crack-caixão” até a busca de “mais família, menos drogas” (2015). As ações governamentais configuram esse contexto de complexificação das relações e da assistência aos(as) usuários(as) e suas redes sociais e familiares.

Consideramos que a Política Pública sobre drogas, no Brasil, encontra-se assentado em dois subsistemas principais: “Droga-clínica”, fulcrado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e “Droga-justiça”, disciplinado pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Analisaremos a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 e seus efeitos. E, depois, adentraremos a uma seara específica, tendo como meta compreender o funcionamento e como se define a Rede de Atenção Psicossocial Integral na assistência de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Será um pouco mais voltado à descrição das modalidades de tratamento para pessoas com dependência de álcool e outras drogas e suas comorbidades associadas.

No sexto capítulo, visitaremos as **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Direitos Humanos ou violências institucionalizadas?** As pessoas usuárias de crack e outras drogas poderão ser internadas¹⁰ em centros de tratamentos (clínicas particulares ou Comunidades Terapêuticas), ou aderirem a outros modelos de cuidados (Unidades de Acolhimentos, acompanhamento pelos CAPS AD, reuniões dos Narcóticos Anônimos - NA e Programas de Redução de Danos (PRD)). Para internação dependerá de alguns fatores: estrutura financeira para custear os gastos em clínica particular e do grau de comprometimento causado pela droga.

¹⁰ Conforme a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, as internações psiquiátricas somente serão realizadas mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Existem três tipos de internação previstas no artigo 6º dessa lei: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

De acordo com a sua capacidade de decisão, a entrada e/ou a permanência nesses centros de tratamentos subordinar-se-á: a sua anuência e interesse (internação voluntária); da influência da família ou de terceiros (internação involuntária); ou por intervenção do Estado, através de determinação judicial (internação compulsória).

Na internação voluntária a pessoa solicita sua internação, ou a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Na internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. O término desta internação dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Em ambas internações (voluntária e/ou involuntária) somente serão autorizadas por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Por outro lado, a internação compulsória será determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Importante frisar que por determinação normativa (Art. 1º do CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015) os internamentos em Comunidades Terapêuticas só podem ser de forma voluntária.

No Brasil, antes do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPS), existiam os manicômios e sanatórios como política pública de tratamento dos “loucos” e “viciados” em drogas, os quais mantinham essas pessoas enclausuradas. As críticas radicais ao chamado saber psiquiátrico, ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, as denúncias de violência dos manicômios e a mercantilização da loucura, fizeram com que no Brasil, no início dos

anos 80, surgissem as primeiras propostas e ações para reorientação da assistência à saúde mental inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria. (BRASIL, 2005; HIRDES, 2009; PITTA, 2011; MACIEL, 2012; PERRONE, 2014)

Alicerçada nessas propostas, intervenções e acontecimentos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPS) progressivamente foi se moldando e se fortalecendo até que em 06 de abril de 2001, foi promulgada a lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Com esse instrumento normativo a reforma ganhou mais força para a gestão da política de saúde mental no Brasil (2000 – 2011), conduzindo o olhar ao processo de contextualização necessária sobre saúde mental, políticas públicas e institucionalização, seja de grupos portadores de doenças mentais ou usuários(as) de drogas. (PITTA, 2011)

Concomitante a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPS), o consumo do crack se transformou em um dos principais problemas de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil (Ribeiro, 2012). Com esse novo fenômeno, os recursos financeiros foram redirecionados para o enfrentamento do crack, fechando assim o ciclo que prescrevia uma intenção de governo para uma política de Estado. (PITTA, 2011)

Como antecedentes da Reforma Psiquiátrica temos uma vertente especializada chamada de psiquiatria comunitária, conjuntamente com o movimento das comunidades terapêuticas, tiveram grande expansão a partir das décadas de 1960 e 1970. As Comunidades Terapêuticas (CTs) tinham como projeto ser a solução do problema manicomial e resolver a questão da liberdade no interior do hospício. (TENÓRIO, 2002; RODRIGUES, 2007)

O movimento das Comunidades Terapêuticas (CTs), em território nacional, tem sofrido severas críticas ao longo da última década, como a realizada pelo livro Crack: contextos, padrões e propósitos de uso que diz que: “[...] De acordo com pontos de vista jurídicos, a opção terapêutica que oferecem vai contra a Constituição Federal, ao não permitir que os usuários/internos professem suas crenças, ou assumam a ausência delas” (Macrae; Tavares & Nuñez, 2013, p.112). Além das

críticas receberam muitas denúncias e rigorosas fiscalizações, como a realizada em setembro 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a qual consistiu na Inspeção Nacional, coordenada pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), envolvendo os atuais vinte Conselhos Regionais de Psicologia, que simultaneamente, em 25 unidades federativas do país, inspecionaram sessenta e oito unidades (locais de internação para usuários de drogas), contando com o apoio de inúmeros parceiros locais. (CFP, 2011)

Em outro giro, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas através da Resolução do CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015¹¹, regulamentou, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)¹², as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas.

Em vista disso, buscamos pesquisar algumas Comunidades Terapêuticas no Brasil e em Portugal. Os parâmetros iniciais de escolha das Comunidades Terapêuticas foram as diferenciações em seus perfis de trabalho e de público a ser tratado. Todavia, o critério de eleição e de acesso às respectivas instituições pesquisadas foi aleatório. A primeira Comunidade Terapêutica (H1.BR), foi por indicação de uma professora. A segunda (M2.BR), foi mencionada através da entrevista com a psicóloga da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD). A terceira (HM3.BR) foi comentada por uma interna se referindo a punição que havia sofrido. A quarta (H4.PT) e a quinta (H5.PT) foram por indicação de professores, em Portugal.

Após as indicações e buscas, realizamos os primeiros contatos e agendamentos por intermédio de telefonemas e e-mails. Procuramos investigar essas instituições com escopo de compreender as suas propostas e a coletividade que a frequenta e, de acordo com os resultados encontrados, evitar as

¹¹ As entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, serão regulamentadas, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por esta Resolução.

¹² Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

generalizações que ocorrem em alguns segmentos da sociedade.

Portanto, as cinco Comunidades Terapêuticas visitadas possuem características próprias, distinguindo-se na estrutura física, organizacional, metodológica e perfis dos profissionais e internos. Porém, há muitos pontos de encontro e outros de distanciamento.

Notar-se-á que na exposição das entrevistas houve variações no número de entrevistados, isso se deu pela disponibilidade de agenda, saturação das informações (dados começam a repetir), localização e voluntários para pesquisa.

A receptividade e disponibilidade dos profissionais e as pessoas em tratamento, quanto ao nosso trabalho de pesquisa, foram muito positivos.

Neste sentido, almejamos aproximar ao máximo da realidade ao descrever os aspectos físicos das instalações e nas transcrições dos diálogos. No intuito de conservar a confidencialidade e fidelidade da investigação, optamos por não mencionar as cidades das Comunidades Terapêuticas (Cts) pesquisadas no Brasil, referindo-nos apenas ao Estado (Bahia). Quanto as Comunidades Terapêuticas (Cts) pesquisadas em Portugal, devido a sua divisão geopolítica, entendemos que não haveria o comprometimento da confidencialidade, nos referindo à cidade do Porto-PT. Desta forma, criamos códigos alfanuméricos, que serão detalhadas e explicados no capítulo 2: CAMINHO PROPOSTO: em busca de repostas, o qual trata da metodologia aplicada à pesquisa.

A sequência eleita para exposição, se deu pela ordem das primeiras entrevistas. Todavia, ressaltamos que pela metodologia escolhida (teoria Fundamentada nos dados), sempre que foi necessário e, possível, retornávamos às Comunidades Terapêuticas para esclarecer algumas dúvidas que, por ventura, surgiram posteriormente.

O sétimo capítulo, intitulado **REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES** procuramos abordar os pontos que consideramos de relevo, com o foco em poder contribuir e sugerir melhorias nas compreensões inerente ao tema.

Com o escopo de posicionar o leitor, ao longo dos capítulos da pesquisa, procuraremos, quando couber, realizar aproximações históricas, pois a sua compreensão exerce um papel extraordinariamente importante, uma vez que

permite verificar: a variedade de condições de consumo dentro da especificidade do gênero humano; as experiências em confronto, ora de sedimentação, ora de crise e a descoberta de novos percursos e avanços. Mencionaremos alguns teóricos que alicerçarão a pesquisa e, além disso, abordaremos as representações e inquietação de pesquisador(a), que emergem de sua formação e meio social que convive, ou seja, “quem fala e de onde se fala”.

Cada pessoa tem seu ponto de vista, criando, desta forma, seu objeto (Bourdieu, 2002), originando, por sua vez, as representações sociais. Bourdieu (2002, p.47) chama de Sociologia espontânea essas pré-construções, mormente frutos do senso comum:

Não é possível evitar a tarefa de construir o objeto sem abandonar a busca por esses objetos pré-constituídos, fatos sociais separados, percebidos e nomeados pela sociologia espontânea ou ‘problemas sociais’ cuja pretensão a existirem como problemas sociológicos é tanto maior na medida em que têm mais realidade social para a comunidade dos sociólogos.

Tratamos o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida acolhidos em Comunidades Terapêuticas (Cts). Consequentemente, o pesquisador deve ter algumas cautelas e objetividade no que se refere à pesquisa de campo. Adotamos, desta forma, a filosofia durkheimiana como basilar:

[...] Assim, aquele que se deixa conduzir pela acepção recebida corre o risco de distinguir o que deve ser confundido ou de confundir o que deve ser distinguido, de desconhecer, portanto o verdadeiro parentesco das coisas entre si e, por conseguinte, de se enganar sobre a natureza destas. (DURKHEIM, 1973, p. 467).

Oportuno destacar que, com intuito de evitar repetições de palavras e buscando uma melhor leitura, trataremos a expressão drogas como sinônimo de Substâncias Psicoativas e quando nos referimos aos(as) usuários(as), consumidores(as), dependentes, toxicodependentes e fármaco-dependentes estamos ressaltando àquelas pessoas que estão dependentes ou em tratamento, pois existem os(as) usuários(as) e consumidores(as) que convivem de forma equilibrada com as substâncias de eleição.

2 CAMINHO PROPOSTO: estabelecendo balizas norteadoras

[...] tem segredo... que talvez... alguma coisa assim... então... tem coisa que a gente fala que mexe um pouco com a gente, mexe com sentimentos... muito... ter magoado alguém descaradamente... mexe assim... às vezes com um certo nervosismo...

(M2.BR)-B41)

Em se tratando de investigação científica, o(a) pesquisador(a) tem como primeiro passo definir aquilo de que trata o seu estudo, para que se saiba e para que ele saiba bem o que está em causa (DURKHEIM, 2008a). Um caminho emerge a partir do momento que conseguimos fixar e delimitar o objeto da pesquisa, que é um dos maiores desafios, constituindo uma plataforma de lançamento. Segundo Durkheim (1973), o objeto escolhido deverá ser constituído pelo estudioso onde possa ser confrontado com outros objetos, a fim de lhes conferir homogeneidade e a especificidade.

Uma investigação científica só pode, portanto, atingir o seu fim se debruçar sobre fatos comparáveis, e tem tanto mais hipóteses de o conseguir quando certificar de ter reunido todos os fatos que podem ser comparados. (DURKHEIM, 1973, p. 467)

Eco (2007) explica que determinar o objeto significa: definir as condições sob as quais podemos analisar com base em certas regras que estabelecemos ou que outros estabeleceram antes de nós. Para essa delimitação, são recomendadas quatro regras que respondam aos interesses do(a) pesquisador(a), podendo ser: em nível de suas leituras (aqui adstritas ao acesso a bancos de dados e produção de difusão de conhecimento de caráter nacional e internacional)¹³; atitude política (a escolha de um tema-objeto-problema, vincula-se para além das emergências sociais, em decisões éticas, científicas e metodológicas de aproximação de sujeitos viventes das experiências de internação em Comunidades Terapêuticas (CTs) tanto

¹³ Proporcionados e reforçados pelo estágio doutoral realizado na Universidade do Porto, Portugal. visitamos estudos de Criminologia da Universidade do Porto (Agra, 1982, 1993, 1997 e 2008; Fernandes, 1989 e 1990; Quintas, 2011) entre os meses de abril e novembro de 2017, financiados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e com contato direto com instituições terapêuticas portuguesas e inscrição na coorientação da Profa. Dra. Maria Isabel Correia Dias.

no Brasil quanto em Portugal, nos períodos de abril a novembro de 2017)¹⁴; cultural ou religiosa (com recorte mais de atenção e cuidado às pessoas em tratamento do que interesses pessoais, verificando-se promoção de acesso à justiça, à cidadania e à proteção social, familiar e de políticas que componham as agendas contemporâneas). (PEDROSO, 2013)

Compartilhando desses ensinamentos, empregamos como ponto de partida os conhecimentos empíricos e teóricos construídos durante a pesquisa de mestrado intitulada como: “(RE) CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS: Mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades”¹⁵, cujos sujeitos foram posicionados no centro da pesquisa, enfatizando as suas vulnerabilizações e as relações familiares por meio de suas representações. Uma das diretrizes desta tese doutoral, é buscar compreender e analisar algumas representações sociais da contemporaneidade repletas de tensões e sombras.

[...] uma primeira caracterização da representação social, sobre a qual a comunidade científica está de acordo: é a forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de **senso comum ou ainda ingênuo, natural**, esta forma de conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 2001, p.18). (grifo nosso)

Segundo Bourdieu (2003, p.44) devemos ter cautela “em não substituir a doxa ingênua do senso comum pela doxa do senso comum douto, que atribui o nome de ciência a uma simples transcrição do senso comum”.

Trazendo uma abordagem da complexidade e da multireferencialidade, ao tema-problema se revelam a pertinência social, os dramas suportados e partilhados pelos sujeitos envolvidos nessa trama (sejam usuários(as)-pacientes, funcionários(as) e equipes multidisciplinares e de saúde, bem como familiares). Pode-se afirmar que as drogas instituem fronteiras de forma nítida e permeáveis, criando estilos de vida e concepções de mundo tido como transgressores pela

¹⁴ No caso das aproximações com sujeitos entrevistados em Portugal, entram na tese de maneira subsidiária e argumentativa, haja vista que não tivemos como propósito aprofundar nos estudos das Políticas Públicas de drogas desse país.

¹⁵ Pesquisa que, por indicação da banca examinadora do mestrado, foi publicada como livro pela Editora JURUÁ em 2017, intitulado como Relações familiares e vulnerabilidades: pesquisa com mulheres usuárias de crack (re)construindo laços e projetos.

maioria da sociedade. Dentro deste grupo, identificado como transgressor, não há homogeneidade no uso ou no tipo de droga, constituindo um universo diversificado de pessoas, como idade, sexo, classe social ou opção pela substância (Velho, 2008). Nas heterogeneidades de pessoas e tipos de drogas, existem sujeitos que através de suas experiências assimiladas no contexto da droga, provavelmente, darão novos sentidos e desenvolverão símbolos e imagens (Monsma, 2007) depois de acolhidos em Comunidades Terapêuticas (Cts).

Desvendar símbolos e mistérios íntimos da subjetividade é uma tarefa bem complexa e exige ética, destreza e confiança.

É sempre difícil precisar a causa de um fenômeno. O sábio necessita de toda espécie de observações e de experiência para resolver uma única destas questões. Ora, de todos os fenômenos, as volições humanas são os mais complexos. Vê-se, portanto o que podem velar estes juízos improvisados que, com base em algumas informações recolhidas à pressa, pretendem marcar uma origem definida para cada caso particular. Logo que se crê ter descoberto entre os antecedentes da vítima alguns destes fatos que são em geral considerados como conduzidos ao desespero, julga-se inútil procurar mais [...] (DURKHEIM, 1973, p.481).

As ressignificações das realidades das pessoas pesquisadas poderão ser captadas através da escuta de suas narrativas¹⁶ e observações, as quais evocam tempos e temporalidades; o vivido e o recortado, onde o(a) pesquisador(a) deverá atentar para o valor interpretativo dos silêncios.

Mais do que meras sequências de situações factuais, as narrativas são um registo não neutro dos acontecimentos que evocam. A memória selecciona acontecimentos, oculta outros, interpreta, reelabora motivos que permitem, ao próprio e aos interlocutores, compreender o como e o porquê dos acontecimentos vividos e dos efeitos que estes provocaram. (PINTO, 2011, p. 71)

As Comunidades Terapêuticas (CTs), com suas peculiaridades, sobretudo, a abstinência como refrão e o consumo de crack e outras drogas por suas características farmacológicas que podem desorganizar psiquicamente os(as) usuários(as) em situação de dependência (Macrae, 2013), ganharam relevância no cenário nacional e internacional (Bastos & Bertoni, 2014; UNODC, 2017) nos últimos anos, intensificando diálogos e debates que se articulam e apontam para uma discussão mais ampla e integrada, ramificando-se e entrelaçando-se por vários

¹⁶ Segundo Ricoeur (1995, p.75), “fazer narrativa, é conduzir concretamente a situação e personagens de um início a um fim”.

setores da sociedade, exigindo um trabalho interdisciplinar. (AGRA, 2008; CASTRO, 2011)

Consoante Vasconcelos (2004), o campo da saúde mental constitui umas das áreas mais férteis onde o debate e as práticas interdisciplinares têm avançado nos últimos anos. Dessa maneira, advoga-se um pluralismo epistemológico (Olivé et al, 2009) que questione hegemonias ou a equação saber/poder, o que necessariamente pede perspectiva interdisciplinar e não só entre Ciências Exatas, Biológicas e Humanas, mas também, caso dos programas acadêmicos (CASTRO, 2011).

O pensamento interdisciplinar, insisto, estaria em construção e toma partido por uma epistemologia que decola de questões, temas vividos, materializados em problemas sociais, e que portanto a partir de um compromisso político, ético- social vai não contra especialidades, mas questiona disciplinas. Não aterrissa necessariamente em uma delas, reproduzindo paradigmas clássicos de hegemonia. (CASTRO, 2011, p. 5/6)

Cândido da Agra (Prefácio in QUINTAS, 2011, p.15) defende o fortalecimento da comunicação entre os saberes, entretanto aduz que se deve aprofundar na disciplina de estudo, evitando-se saberes superficiais:

[...] Isto, e sublinho, sem abandonarmos a disciplinaridade, o aprofundamento intradisciplinar no seio de cada disciplina já constituída e consolidada. Recuso, em absoluto, toda uma literatura ingênua, superficial, anticientífica que, de baixo desse pardo guarda-chuva “inter-pluri-multi-trans”, esconde profunda ignorância, vulgaridade, impostura ideologia e muita propaganda. A comunicação entre as ciências no seio da *epistême* não supõe a perda da identidade e da autonomia epistemológica. Muito menos, ainda, a densificação conceptual e teórica nas profundidades disciplinares.

Sendo o nosso objeto de investigação um fenômeno, ao mesmo tempo, social, familiar e individual, é aconselhada a realização de uma estratégia metodológica pluralista, não ortodoxa e não fechada, valorizando as narrativas e as experiências narradas, contadas e revividas de sujeitos que enfrentaram/vivenciam contextos de adição e vulnerabilidades, captando as ações: individuais, familiares e sociais.

No estudo dos fenômenos sociais, não existe uma única abordagem possível, nem instrumentos de pesquisa privilegiados, nem só uma possibilidade de técnica. Existem, sim, técnicas complementares, que possibilitam apreender, de modos diferenciados, a multiplicidade de pontos de vista acerca dos temas objeto de investigação. Assim, a combinação de técnicas diferenciadas – tais como a aplicação de questionários, a realização de grupos focais e entrevistas, acompanhadas da técnica da observação direta – permite recolher os discursos dos atores e possibilitam

um estudo em profundidade do fenômeno, abarcando sua amplitude e complexidade. (ABRAMOVAY & GRAÇAS, 2002, p, 32)

Sabendo que a metodologia é o fio condutor que articula a teoria científica e a realidade empírica na produção do conhecimento científico (Macrae, 2013), adotamos uma abordagem que promova a possibilidade de percepção da visão do(a) usuário(a) de drogas acolhidos(as) em Comunidades Terapêuticas, tanto no Brasil como em Portugal.

A trilha tomada, portanto, é para chegar a uma compreensão de que a pesquisa qualitativa possibilita um mergulho nas nuances e nas singularidades que o tema comporta (Polit & Beck, 1995). Movimenta sentidos e representações de categorias relacionais e nas esferas do público e privado no que se refere a pessoas adictas.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, respondendo a questões particulares, trabalhando um universo de significados, crenças, valores e que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001). Por sua vez, no campo da investigação qualitativa há uma gama de estratégias metodológicas e técnicas procedimentais, variando desde abordagens etnográficas aos estudos fenomenológicos ou percorrendo a *grounded theory*. Cada uma delas trabalha, apoia-se e analisa em um quadro referencial-epistemológico próprio, originando formas de conhecimentos diferenciados. (FERNANDES & ALMEIDA, 2001)

Nas pesquisas científicas, muitas vezes, os(as) investigadores(as) possuem um envolvimento prévio com seu objeto de estudo (como trabalho, religião, família, etc), perfazendo justificativas com viés profissional e pessoal, partindo para o campo para confirmar ou recusar as informações já existentes (Eco, 2007). No nosso caso, como dito anteriormente, o ponto de partida foi a investigação iniciada no âmbito do mestrado, mas com outro objeto de interesse apenas tangenciando em alguns aspectos deste estudo e através de ampla formação.

Propomos uma metodologia que construa a teoria e não apenas a verifique (Richardson, 1999); que tenha similaridades com as outras metodologias

qualitativas, isto é, a utilização de instrumentos e materiais, como entrevistas, observação de campo, biografias e outros; e, também, que seja possível a combinação com as técnicas quantitativas, tendo em vista que fizemos correlação com as descrições do grupo de pessoas que entrevistamos. Na verdade quantificamos dados qualitativos, considerando que alguns dados podem ser quantificados desde que sejam informações preliminares sobre pessoas ou objetos. (NICO et al., 2007)

Dentre o conjunto de metodologia qualitativa existente, entendemos que a teoria *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada) é aquela que atende aos interesses e possibilidades deste pesquisador, pois adapta-se às condições supracitadas. Caracteriza-se em um processo indutivo de coleta de dados, o qual o(a) investigador(a) não tem ideia pré-concebida para comprovar ou refutar, possui pouco conhecimento sobre o fenômeno e/ou pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Devendo os aspectos importantes para a construção da teoria emergirem das histórias conforme o trabalho avança. (GLASER & STRAUSS, 1967; PINTO, 2011)

Diante disso, a presente tese de doutorado tem por objetivo geral: Descrever e analisar histórias de vida referentes a grupos de pessoas que consumiam crack e outras drogas até o ingresso em Comunidades Terapêuticas (CTs), no Estado da Bahia – BR e na cidade do Porto – PT; suas impressões como internos/internas nestas Instituições; e as visões de profissionais que lidam com pessoas em situação de internamento em Comunidades Terapêuticas, nesses países.

Buscaremos, especificamente: a) investigar os possíveis motivos de início e de continuidade do uso de crack e outras drogas; b) descrever e analisar os impactos (violências, atos ilícitos e sexualidade) na aquisição do crack e outras drogas para consumo; c) identificar as políticas públicas de enfrentamento ao crack e outras drogas; d) descrever e analisar o comportamento da(o) usuária(o) de crack e outras drogas no contexto das comunidades terapêuticas.

Consequentemente, esta pesquisa, na perspectiva de diminuir posturas equivocadas e reducionistas¹⁷, poderá subsidiar os legisladores e gestores de

¹⁷ “Reducionistas” aqui empregado é no sentido de simplista e não “reduccionismo” como noção de regra metodológica, compatível com o pluralismo metodológico. (OLIVEIRA FILHO, 1995)

políticas públicas, suscitando debates e reflexões por meio da construção de saberes que permitam avanços mais significativos na efetivação de política de drogas mais sensível, humanitária e respeitadora dos Direitos Humanos, contribuindo com os indivíduos, famílias, sociedade e Estado.

Nas próximas linhas descreveremos, por etapas, o percurso metodológico escolhido nesta pesquisa.

2.1 COM CAJADO SE VAI LONGE: possibilidade e incertezas

Um dos momentos mais significativos é a escolha do local onde será realizado o estudo e o estabelecimento de contatos para a entrada no campo (DIAS, 2010). Nesta fase, deve tentar mediar ideias, possibilidades e exequibilidades. Imagine-se um mundo a ser descoberto e com mil soluções e, de repente, percebe que detalhes não visualizados e não planejados tornam-se grandes obstáculos, é como ir acampar próximo ao mar e esquecer de verificar as variações da maré ou um míope que esquece dos óculos ao deslocar-se à biblioteca. Por isso, que o(a) pesquisador(a) deve atentar para os conhecimentos prévios a respeito do objeto de interesse, como as características do local de estudo.

Entendemos, desta forma, que os referenciais teóricos são os norteadores no campo da pesquisa, funcionando, metaforicamente, como o GPS¹⁸, a bússola, o mapa e a mochila, ou seja, são os instrumentos necessários para locomoção no terreno desconhecido. O(a) pesquisador(a) deve conscientizar-se que apesar de equipamentos bem ajustados, que amenizam os riscos, ele estará sujeito às surpresas inerentes ao campo, que vem a ser, na nossa concepção, a riqueza e importância da pesquisa qualitativa, por poder trazer um novo saber e possibilitar olhares distintos.

Alba Zaluar, em sua pesquisa na cidade de Deus, no Rio de Janeiro – RJ, mostra a sua inserção e dificuldades no campo:

Você não conhece ninguém que lhe possa indicar os caminhos e prestar-lhe as informações de que necessita para mover-se sem riscos desnecessários. Você nem sabe muito bem onde procurar o que tem em mente. (ZALUAR, 2000, p.9)

¹⁸ Sigla de “*Global Positioning System*” que significa sistema de posicionamento global, em português.

Essas primeiras investidas orientarão na coleta dos dados e na formulação de hipóteses que poderão ser modificadas à medida que mais dados sejam coletados (Nico et. al., 2007). Mas esse entrar no campo não consiste um engajamento completo do(a) investigador(a), um eclipse da teoria, ele necessita de avanços e recuos, que podemos considerar como a segunda etapa, um constante confronto de teoria e empirismo, a fim manter as balizas limítrofes entre ciência e senso comum. Os tipos de dados coletados poderão mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a coleta dos dados, conforme os ensinamentos de Isabel Dias:

[...] a escolha dos contextos e a entrada da investigadora no terreno não obedeceram a uma ordem necessariamente cronológica. Pelo contrário, ao longo deste processo sentimos necessidade constante de avançar para o terreno, a fim de escutar as suas mensagens e de observar os seus processos, mas sentimos também, a necessidade de recuar, com vista à exigência de demarcação em relação às evidências do senso comum, sujeitando-as, assim, a um processo de revisão e confronto teórico. (DIAS, 2010, p. 245)

No nosso caso, a pesquisa foi realizada em cinco Comunidades Terapêuticas: três no Brasil e duas em Portugal, sendo descritas à frente. Nessa etapa, também se encontram as primeiras observações com a finalidade de conhecer melhor o fenômeno e selecionar os aspectos a serem investigados.

Em outro momento, evidencia-se em posicionar as descobertas num cenário mais amplo, onde o(a) investigador(a) desenvolve teorias num processo indutivo de todo o estudo. É importante destacar que os significados não emergem aos seus olhos de forma clara e pronta. Devendo enfrentar os dados desvestido de preconceções para se poder construir conhecimento. No início das entrevistas os(as) entrevistados(as), normalmente, sentem-se constrangidos(as) e com reservas, medo em mexer em intimidades, “revirar o baú”, histórias que estão guardadas ou adormecidas na memória, segredos com chaves (talvez não chamem de segredos, mas de passado que não querem lembrar).

Para Richardson (1999, p.16) não existe pesquisa sem teoria, isto é, “[...] a pesquisa é como ferramenta para adquirir conhecimento pode ter os seguintes objetivos: resolver problemas específicos, gerar teorias ou avaliar teorias existentes”.

2.1.1 Buscando vidas: indo para onde as pessoas estão

Com o entendimento que a pesquisa qualitativa se preocupa com os sujeitos e seus ambientes em suas complexidades, não havendo limites ou controle impostos pelo(a) pesquisador(a), uma investigação que priorize a informação do(a) entrevistado(a) exige uma aproximação com os(as) pesquisados(as) para que se estabeleça um contato, uma relação de confiança.

Essa modalidade de pesquisa tem no ambiente a fonte direta dos dados. Haja vista que o(a) investigador(a) precisa ir para onde as pessoas que ele está estudando estão e deve avaliar os fenômenos como eles são percebidos por essa população. (MACRAE, 2013)

Por este prisma, o primeiro passo foi descobrir como poderia contactar essas instituições e como eram classificadas. Inauguramos a pesquisa realizando consultas na internet, procurando relação de Comunidades Terapêuticas e telefones, não obtive sucesso no início das buscas. Mudamos a estratégia, fomos a uma reunião de Narcóticos Anônimos (NA), após solicitar autorização ao padre, pois a reunião foi realizada nas instalações da Igreja. Nesse dia, a pessoa que poderia nos ajudar não participou da reunião, ficamos de reagendar, mas houve desencontros e não aconteceu a aproximação.

A primeira visita a uma Comunidade Terapêutica se deu por indicação de uma professora. Após contatar o responsável pela instituição e definir uma data mais adequada para as observações preliminares, fomos inseridos em uma caravana que tinha como propósito realizar exames de saúde nos internos, pois essa instituição não tem vínculos com o Estado. É mantida através filantropia e possui viés religioso. Iniciamos os pré-testes conversando com os internos e obtendo os dados preliminares. Neste momento, demos o segundo passo.

Ponto interessante a ser observado, este era o nosso objeto de estudo, e nunca havíamos entrado em uma instituição desse tipo. Fomos surpreendidos com envolvimento dos voluntários, o entusiasmo no atendimento àquelas pessoas e o ambiente da chácara onde funciona a Comunidade Terapêutica (com plantas, lago e animais). Aqui cabe lembrar as palavras de Velho (2004, p. 130/131) a respeito do familiar e do exótico:

Quando estudamos algo familiar que tenha muitas opiniões e interpretações estamos sujeitos a crítica mais acirradas. O mesmo não se dá com muitos estudos de sociedades exóticas e distantes, pesquisadas por apenas um investigador, em que não houve oportunidades de maiores discussões ou polêmicas. As pesquisas devem ser discutidas e polemizadas. Assim, a interpretação de um investigador fica sendo a versão existente sobre determinada cultura, não sendo exposta a certos questionamentos. O processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes e respeitos de fatos e situações.

Tivemos a impressão que estávamos diante de uma sociedade exótica e distante, era diferente daquilo que conhecíamos e havíamos visto. Porém, as Comunidades Terapêuticas, ao contrário de serem distantes e desconhecidas, sofrem diversas críticas, sobretudo no Brasil, na forma de lidar com internos: abstinência, imposição da religião e alguns tipos de punição. O paradoxo existente, na nossa visão, entre as críticas de segmentos da sociedade e o número de instituições existentes com e sem apoio estatal, inclusive com normatização em Legislação Federal, fez com que estabelecêssemos como proposta de tese doutoral estudar as trajetórias de pessoas usuárias de drogas por meio das narrativas, dos contextos relacionais e (re) ressignificações em Comunidades Terapêuticas.

A partir dessa fase, agendamos outras visitas e entrevistas com os internos e com o Diretor Técnico (DT). Logo, houve a necessidade de conhecermos outras Comunidades Terapêuticas e saber as suas atribuições, competências e as normas que estavam subordinadas dentro da política de drogas estabelecida, em âmbito do governo Federal e pelo Estado da Bahia. Assim, foi dado o terceiro passo, a realização de contato com o Governo do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD), com escopo de programar uma entrevista com o(a) responsável pela gestão das Comunidades Terapêuticas dentro do Estado.

Durante a entrevista, a responsável indicou a Comunidade Terapêutica M2.BR, por ser composta de internas, a única somente para mulheres. A partir daí foi dado o quarto passo, fizemos contato telefônico e agendamos uma visita, explicando, anteriormente, que se tratava de uma pesquisa de âmbito doutoral da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Após a exposição de motivos do estudo foram autorizadas as entrevistas, primeiro com a Diretora Técnica (DT) e, depois com as

internas voluntárias. Durante a entrevista com uma das internas, ela comentou sobre a outra Comunidade Terapêutica (HM3.BR), dizendo que era mista (sexo masculino e feminino), como ela não tinha contato dessa Comunidade Terapêutica realizamos a pesquisa na internet. Encontramos o telefone e fizemos contato, desta vez obtivemos sucesso. Foi realizado o quinto passo.

Em Portugal, através do Centro de Criminologia e a vinculação ao Instituto de Sociologia da Universidade do Porto¹⁹, foi possível a aproximação com outras instituições, objeto de nosso estudo, nomeadas, como no Brasil, de Comunidades Terapêuticas.

As Instituições em ambos os países, Brasil e Portugal, deram anuência, abertura e acesso a partir de autorizações formais. Respeitando o sigilo e a confidencialidade, estabelecemos código alfanumérico, da seguinte maneira: A primeira letra significa o sexo do público de internos(as), sendo somente Homens (H); somente Mulheres (M) e sendo Homens e Mulheres (HM). O número a seguir a letra estabelece a ordem de acesso às Comunidades Terapêuticas (H1; M2; HM3; H4 e H5). Na sequência, a dupla de letras, posterior ao número e ao ponto é a sigla do país cuja Comunidade Terapêutica pesquisada pertence (BR – Brasil; PT – Portugal). Além desses códigos, foram criados outros, que serão comentados no próximo item que trata das pessoas participantes. Apenas para adiantar e não prejudicar a leitura da tabela, o código a respeito dos responsáveis foi criado com a instituição que faz parte acrescentado com a sua função: DT (Diretor(a) Técnico(a)), MT (Monitor(a)), PS (Psicólogo(a)).

A seguir um quadro referencial das Comunidades Terapêuticas (Cts) onde foram realizadas as observações e entrevistas²⁰. O sexto capítulo, tratará mais detalhes a cerca dessas instituições.

¹⁹ A pesquisa para ser realizada em Portugal, dependia de bolsa de estudos a qual foi aprovada, pela CAPES, em 20 de fevereiro de 2017. Após vencida todas as etapas burocráticas, chegamos em Porto - PT no dia 03 de abril de 2017, onde ficamos vinculado à Universidade do Porto, mais precisamente à Faculdade de Letras – Instituto de Sociologia, sob coorientação da Profa. Dra. Maria Isabel Correia Dias.

²⁰ Em Portugal, não foi possível realizar análise do aspecto relacional de sexo e gênero, devido à dificuldade de localização e contato com as Comunidades Terapêuticas específicas para mulheres.

Quadro nº 01 – Conhecendo as Comunidades Terapêuticas estudadas

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS					
CATEGORIAS	H1.BR	M2.BR	HM3.BR	H4.PT	H5.PT
LOCALIZAÇÃO	Bahia - BR	Bahia - BR	Bahia - BR	Porto - PT	Porto - PT
RESPONSÁVEL	(H1.BR)-DT	(M2.BR)-DT	(HM3.BR)-DT	(H4.BR)-DT	(H5.PT)-MT
PÚBLICO	Homens	Mulheres	Homens e Mulheres	Homens	Homens
FAIXA ETÁRIA	Acima de 18 anos de idade	Acima de 18 anos idade	Acima de 18 anos de idade	Acima de 18 anos de idade	Acima de 18 anos de idade
Nº DE INTERNOS	Aproximadamente 100 internos	Máximo 30 internas	Aproximadamente mil internos e internas	Máximo 20 internos	Máximo 15 internos e duas vagas à disposição da justiça (total 17 internos)
ABORDAGEM RELIGIOSA	Evangélica	Laica	Evangélica	Laica	Laica
FINANCIAMENTO	Filantrópica	Governo do Estado da Bahia	Governo do Estado da Bahia	70% Governo português + 30% Interno ou Assistência Social	70% Governo português + 30% Interno ou Assistência Social
FORMA DE ACESSO PARA PESQUISAS	Indicação de professora	Indicação da SUPRAD	Pesquisa na internet, após indicação de uma interna.	Indicação de professores	Indicação de professores

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

2.1.2 Conhecendo pessoas

Segundo Bosi (1994) é na pré-entrevista que os caminhos são abertos, contribuindo na construção dos roteiros de entrevista e de temas promissores para a pesquisa. Na entrevista que se estabelece os laços de amizade, não devendo permitir que se tenha apenas laços temporários, numa atitude similar aos exploradores da nova terra.

Os sujeitos do nosso estudo, seguindo os ensinamentos de Bosi (1994), foram: a) representantes do Governo da Bahia, no Governo de Rui Costa (2014-2018); b) responsáveis pelas instituições (Diretores(as) Técnicos(as), Psicólogos(as) e Monitores(as); e c) pessoas internas nas Comunidades Terapêuticas, em ambos os países.

O planejamento inicial era entrevistar, nas Comunidades Terapêuticas, apenas as pessoas que estavam internadas pela dependência do uso de crack. No Brasil, as entrevistas foram realizadas com pessoas com esse perfil. Em Portugal, país com características diferentes, não foi possível estabelecer uma substância única de consumo. A diferença no consumo de tipos de drogas não trouxe prejuízo para a proposta de estudo em Comunidades Terapêuticas (CTs). Pelo contrário, houve muitos pontos comuns, principalmente, o início do consumo de drogas. As diferenças não foram por causa da droga em si, mas pela estrutura sociocultural de cada país. Por exemplo, nas narrativas dos internos das Comunidades Terapêuticas de Portugal, não houve relatos acerca de violências sofridas para aquisição das substâncias e a sua qualidade (misturada a outras substâncias, como vidro moído na cocaína).

Quanto ao número de sujeitos que integraram o estudo foi determinado pela saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados. (GLASER & STRAUSS, 1967)

Os critérios de inclusão, na investigação, foram adotados pelas características subjetivas e particulares dos sujeitos: consumo de Substâncias Psicoativas (SPas), independentemente do tempo de uso; ser voluntário em participar; ser maior de dezoito anos de idade; ter condições psíquicas de responder as perguntas e se encontrar internado em Comunidades Terapêuticas. Já os critérios de exclusão, foram: os que impedissem de participar no estudo (não possuírem a idade determinada, ou seja, não ser maior de dezoito anos de idade e não possuir estado de saúde psíquico que os(as) possibilitassem de responder as perguntas); não atenderem aos nossos propósitos (não estarem internados(as) em Comunidades Terapêuticas e não consumirem substâncias psicoativas) e não serem voluntários.

Na abertura das entrevistas os(as) entrevistados(as) e o(a) entrevistador(a), se forem iniciantes, começam com tom de voz baixo, com a voz engolida, mas lentamente vão se soltando. O rol de perguntas é apenas para não perder o que se busca, o eixo principal. A ordem cronológica das questões não pode ser engessada, querer seguir uma sequência, pois muitas das vezes a resposta a alguma pergunta, virá naturalmente durante o diálogo. Na pesquisa, a flexibilidade e o bom senso são

imprescindíveis, pois ao longo da troca vão surgindo (emergindo) fatos novos, que cabem aprofundamentos. Dados que desconhecíamos e informações muito interessantes, o saber trocando de mãos, sem que nunca se apresente o momento em que ele foi absolutamente originado (Calavia Sáez, 2013), aí está a beleza da pesquisa fundamentada nos dados, ir sem ideias preconcebidas.

É conveniente deixar as falas fluírem, a descontração é o melhor caminho, mas atentar para não se distanciar da proposta da investigação. Não esquecer que todos(as) temos vaidades, por exemplo: a pergunta pela idade, graus de escolaridade podem sofrer pequenas alterações para cima ou para baixo, conforme se o tema agrada ou não a autoestima do(a) entrevistado(a).

Às vezes, a interferência do(a) investigador(a), se faz necessária, no sentido de aprofundar num tema que considere significativo para a pesquisa, direcionando para o que se busca, balizando a entrevista.

É natural às contradições nas falas, entre o que se deseja e o que se faz. Na escuta devemos estar atentos, em alguns casos é interessante deixar prosseguir para observar aonde chegarão, mas há momentos que é bom pontuar as divergências, para que eles(as) expliquem melhor, daí podem surgir informações que estavam camufladas. No propósito de estarmos comprometidos com a questão da integridade e honestidade dos dados científicos. (RUSSO, 2014)

Um indivíduo cínico pode enganar o público pelo que julga ser o próprio bem deste, ou pelo bem da comunidade, etc. Para exemplificar este caso, podemos citar os pacientes bondosos nos hospitais de doenças mentais fingirão às vezes sintomas estranhos para que as enfermeiras alunas não tenham de enfrentar um desempenho desapontadoramente sadio. (GOFFMAN, 2003, p.26) (grifo nosso)

Entendemos que o(a) investigador(a) deverá ter sensibilidade na relação com outro, respeitar o silêncio quando sinalizado, pois há perguntas delicadas (revira o passado, confidenciam alguns atos que se sentem vulneráveis perante o(a) entrevistador(a), como a prática de atos ilícitos) que fazem parte do estudo. Ao perceber que há pausas ou engasgos, é momento de suavizar a pergunta, fazê-la de forma menos direta, atenuar a sonorização que pode impactar, como se arredondasse as palavras. Os gestos ou as palavras mal colocadas podem comprometer a entrevista e perder a naturalidade do(a) entrevistado(a) e afastá-lo(a)

do coração da pesquisa.

Na nossa concepção é essencial observar o(a) investigado(a), se está à vontade, através de suas expressões, movimentos dos olhos e gestos. Frisamos, devemos sempre deixá-los(as) à vontade, tranquilos(as) como eles(as) estivessem conduzindo o diálogo, como estivessem conversando com pessoas próximas, por vezes não dizem explicitamente fatos, que tenham marcado, comentam superficialmente, dentro de um outro contexto, cabe ao(à) pesquisador(a) encontrar-se vigilante para que não perca esses detalhes.

Ocasionalmente, alguns dados, no dia da entrevista, passarão despercebidos, serão apenas observados, no momento da escuta atenta da gravação²¹. Com isso, poderemos retornar ao campo para confirmar as informações e aprofundar, até mais um pouco, nos pontos que não ficaram claros. Pois, serão esses dados, a ética e a integridade da investigação científica (Calavia Sáez, 2013) que fundamentarão a pesquisa, na construção de teorias.

[...] a preocupação sobre a questão da ética e da integridade na ciência é um fenômeno mundial e já vem sendo abordada há algumas décadas por muitos outros países, os quais vêm promovendo discussões para conscientizar pesquisadores sobre o problema, elaborando dispositivos legais e apoio à formação acadêmica capazes de nortear as condutas científicas. (RUSSO, 2014, p. 190)

Nas pesquisas que buscamos conhecer história de vida, compartilhar um pouco de nossas histórias mostra que somos semelhantes, com erros e acertos. Contudo, deve haver a cautela em não induzir ou constranger, com propósitos de dar lições de vida ou moralismos.

Haverá momentos de exposição de sentimentos tão íntimos, reveladores de dores e feridas não cicatrizadas, se pudermos atenuar com algumas palavras, pois não deixamos de ser humanos e insensíveis, sempre com a preocupação de não influenciar o programa terapêutico. Lembrar, acima de tudo, que não somos terapeutas, não estamos ali para salvá-los(as) e não possuímos a varinha e nem a fórmula mágica.

Ao longo da entrevista, é possível, que os(as) entrevistados(as) descontraíam, comentando com maior naturalidade as suas histórias, e até mesmo intimidades,

²¹ Essa escuta será realizada em momento oportuno e em local livre de interferências externas para que não haja desvios da atenção do(a) investigador(a).

ressignificando suas histórias, colocando um pouco mais de cores e amenizando os tons cinzentos, valorizando fatos, como grandes conquistas, que no dia a dia não damos valor por considerá-los normais.

Em alguns casos, potencializam outras situações que não foram tão difíceis, se fazendo, por alguns momentos de vítimas. Nos discursos, nota-se percursos onde o(a) entrevistado(a), muda de personagem variando o tom de voz e expressões ora de agente passivo(a) e ora de agente ativo(a).

Nas conversas surgem indicações de locais e de pessoas onde e com quem o(a) pesquisador(a) poderá prosseguir nas pesquisas (método da bola de neve). Criando-se novos contatos e possibilidades que outrora não haviam sido pensados.

Cabe agora apresentar as pessoas que foram fundamentais para elaboração dessa pesquisa. A ordem de colocação, na tabela, não segue nenhuma determinação hierárquica, apenas se buscou facilitar a leitura e a compreensão.

As informações dos representantes do Estado da Bahia e profissionais das Comunidades Terapêuticas, foram direcionadas às suas funções técnicas que desempenhavam no momento das entrevistas, não tendo o condão de adentrar em seus perfis pessoais.

Os(as) entrevistados(as) do Governo da Bahia, mais especificamente da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SUPRAD/SJDHDS) foram representados por GV(Governo). O número representa a ordem das entrevistas (1, 2 ou 3). A sigla do Estado da Bahia (BA) e, após os parênteses, o código criado para representar a função que ocupava: DGMPD (Diretor(a) de Gestão e Monitoramento de Políticas sobre Drogas); CD (Coordenador(a)). Cabe salientar que, as entrevistas realizadas com GV2 e GV3 – foram por questionários enviados por e-mail. Com isso, as respostas se reportaram a missão institucional dos órgãos onde exercem as suas atividades.

Os(as) profissionais das Comunidades Terapêuticas foram representados(as) pela sigla da respectiva instituição seguida da função que exerciam à época da entrevista.

Os(as) internos(as) às Comunidades Terapêuticas foram designados(as) à semelhança dos(as) profissionais, com o código da Comunidade Terapêutica,

seguindo com a primeira letra do prenome e a idade informada na data da entrevista.

Quadro nº 02 – Perfil dos(as) representantes do Governo da Bahia

REPRESENTANTES DO GOVERNO DA BAHIA	
ENTREVISTADO(A)	PERFIL DOS(AS) ENTREVISTADOS(AS)
(GV1.BA)-PS	Psicóloga, entende que as Comunidades Terapêuticas possuem a sua importância, mas que há uma baixa adesão. No entanto, os projetos Corra pro abraço e Ponto de cidadania são para o Governo da Bahia de maior importância e significado. Porque eles acessam a pessoas que estão em maior vulnerabilidade e risco social.
(GV2.BA)-DGMPD	A Superintendência de Políticas Sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis– SUPRAD foi criada em 04 de maio de 2011, através da Lei Estadual de nº 12.212. Atualmente integra a estrutura da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, com a finalidade de “planejar, coordenar, supervisionar, avaliar e fiscalizar a execução das políticas públicas preventivas às drogas e de atendimento aos dependentes e suas famílias, promovendo a reinserção social de usuários de drogas”
(GV3.BA)-CD	A Superintendência de Direitos Humanos, cabe executar políticas públicas voltadas à proteção e promoção dos direitos humanos, bem como planejar, coordenar, executar e fiscalizar as políticas de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional e de assistência social.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro nº 03 – Perfil dos entrevistados na Comunidade Terapêutica (H1.BR)

ENTREVISTADO	PERFIL DOS ENTREVISTADOS NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA (H1.BR)
(H1.BR)-DT)	Possui ensino médio completo, casado com dois filhos. Filho de ex-combatente que lutou na Segunda Guerra Mundial. O pai, de vez quando, dava “ataque” dentro de casa e quebrava tudo. Se refere ao pai como um homem muito severo, que estabelecia em casa regime militar, com horários muito rígidos. O pai tinha a medalha da Cruz Vermelha, que simboliza que foi ferido em combate. Tinha dias que o pai acordava ele e os irmãos às 4 horas e iam correr. Faziam as refeições no exército, na Pituba. Diz que o pai que deixou muita saudade.
(H1.BR)-L37)	Possui o ensino médio completo, solteiro, não possui filhos. Tinha trinta e sete anos na data da entrevista, se considera negro e de classe média, é a primeira internação. Iniciou o uso de drogas, aos dezesseis anos, com a maconha de forma recreativa com os colegas. Aos dezoito anos começou a usar cocaína. Começou a prejudicar no trabalho perdendo alguns reflexos e habilidades. Depois começou a usar o pitilho (maconha com crack), a partir desse momento perdeu a capacidade de trabalho e ficou desempregado. A sua irmã dois anos mais velha não faz uso, no entanto trabalha para o tráfico.
(H1.BR)-R24)	Estudou até a oitava série, solteiro, não possui filhos. Tinha 24 anos na data da entrevista mora em casa própria com a mãe e duas irmãs, pais separados, se considera negro e de classe média, é a primeira internação. O início de consumo de drogas foi com grupo de amigos, com quinze anos. O álcool foi em casa com o pai, não considera como droga. Depois passou a usar cocaína, na busca de <i>status</i> no grupo, autoafirmação. O crack veio na sequência por curiosidade. Deve na “boca”, mas nunca praticou ato ilícito.
(H1.BR)-A37)	Estudou até a oitava série, depois do consumo de drogas se separou possui dois filhos, que estão com a mãe das crianças. Tinha 37 anos na data da entrevista. Morava em casa própria e tinha uma lanchonete. Depois perdeu para manter o consumo de drogas, passou morar de aluguel, depois na casa dos outros e depois foi morar na rua. Esta é terceira internação. Iniciou o consumo por curiosidade aos 30 anos. Começou com cocaína, não fez uso de maconha, e depois crack. Praticou furtos em casa, no trabalho e na rua. Sofreu violência na “boca”.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro nº 04 – Perfil das entrevistadas na Comunidade Terapêutica (M2.BR)

ENTREVISTADA	PERFIL DAS ENTREVISTADAS NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA (M2.BR)
(M2.BR)-DT)	Formada em Contabilidade, mas nunca exerceu a profissão de contadora. Assumiu a CT depois que os antigos diretores desistiram do projeto. No início era de viés religioso (evangélico) que cuidava de crianças carentes. Assumiu a direção da CT por solicitação da Juíza da Vara da Infância e Juventude em 1996.
(M2.BR)-B41)	Estudou até o segundo ano de jornalismo, se considera solteira, possui dois filhos, nunca perdeu a guarda. Tinha quarenta e um anos na data da entrevista, se considera de classe média, se considera negra. Já teve casa própria. Nas quatro vezes anteriores que se internou os filhos ficaram com seus pais, possui quatro irmãos, sendo que é a única que consome drogas. Iniciou o consumo de maconha, com o namorado, aos 15 anos. O álcool foi em casa em festinha de São João. O crack foi com grupo de amigos. A primeira vez, foi na forma de melado, isto é, foi colocado dentro do cigarro de maconha algumas pedras de crack. Prostituiu-se para conseguir a pedra de crack e praticou alguns abortos, não informou quantos. Declarou que sofreu violências tanto da polícia como de traficantes. Praticou furtos em casa e em companheiros de consumo.
(M2.BR)-G28)	Estudou até a sétima série, solteira, tem duas filhas, uma filha está com a mãe e a outra com a irmã, em São Paulo. Tinha 28 anos na data da entrevista, morava em casa própria com os pais e 4 irmãos, disse que a casa era muito pequena, se considera negra e de classe social baixa. O início de consumo de drogas foi com os colegas na rua, com treze anos. Começou com cola-de-sapateiro, depois maconha e crack, tudo muito rápido. Foi internada em várias instituições de tratamento. Conforme a sua declaração foram mais de dez. Prostituiu-se para conseguir a pedra de crack e praticou alguns abortos, não informou quantos. Declarou que sofreu violências tanto da polícia como de traficantes. Praticou furtos e violências. Por causa de uma pedra assassinou uma colega e foi presa.
(M2.BR)-C20)	Estudou até a 6ª série, solteira, não tem filhos. Tinha vinte anos na data da entrevista. Esta é a terceira internação, as outras vezes foram em CTs diferentes. Se considera negra e de classe média. Começou usando álcool com quinze anos com colegas e depois aos dezoito anos começou a consumir cocaína. Pediu para se internar, porque achou que estava demais o consumo de cocaína.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro nº 05 – Perfil dos(as) entrevistados(as) na Comunidade Terapêutica (HM3.BR)

ENTREVISTADO(A)	PERFIL DOS(AS) ENTREVISTADOS(AS) NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA (HM3.BR)
(HM3.BR)-DT)	<p>Formada em Assistência Social, trabalhava na Secretaria responsável pela supervisão e contratação dos Centro de tratamentos para dependentes químicos do Estado da Bahia, até 2007. Em 2008, se aposentou pelo Estado e foi contratada pelo responsável pela Comunidade Terapêutica (H3.BR).</p> <p>Busca humanizar a CT, mas ainda tem alguns embates com responsável pela da CT devida a visão militarizada. Segue a religião Católica, entende que a espiritualidade independe da religião.</p>
(HM3.BR)-PS)	<p>Formada em Psicologia, trabalha há cinco anos na CT. Entende que a maior violência sofrida pelos usuários de drogas seja a psicológica. Segue a religião evangélica.</p>

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro nº 06 - Perfil dos(as) entrevistados(as) na Comunidade Terapêutica (H4.PT)

ENTREVISTADO(A)	PERFIL DOS(AS) ENTREVISTADOS(AS) NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA (H4.PT)
(H4.PT)-DT	Formada em Psicologia. Entende que a forma que está pensada a estrutura da Rede de Atendimento aos dependentes de drogas é boa. O problema que existem poucos equipamentos de saúde para atender a demanda. Desta forma, ficam muitos dependentes na espera. Comentou que os jovens tendem a substituir as drogas que entram de forma bruta no corpo, como injeções ou que deixam ressaca (sensações desagradáveis após aos efeitos), por drogas mais “higiênicas”, como as drogas de laboratório.
(H4.PT)-A33)	Estudou até 1º do ensino médio, solteiro, sem filhos, teve um filho que nasceu prematuro e faleceu. Tinha trinta e três anos na data da entrevista, mora com a mãe, sendo esta moradia inconstante devido à bipolaridade da mãe. Se considera branco, classe social baixa. É a segunda internação. Início do consumo foi com haxixe, aos quinze anos, com grupo de amigos. Poliusuário, fez uso de LSD, ecstasy, anfetaminas, heroína, cocaína e crack. Soropositivo, para ter recursos para manter a dependência, foi traficante.
(H4.PT)-M50)	Estudou até o 2º ano da faculdade de informática. Solteiro, não tem filhos. Tinha cinquenta anos na data da entrevista, mora com os pais, já morou sozinho, mas retornou para casa dos pais. Se considera pardo e classe social média. Essa é a terceira internação. A partir da adolescência começou a ter alguns problemas de relacionamento e manifestou a bipolaridade, ele considera leve. Início do consumo de drogas foi aos dezesseis anos com grupos de amigos. Começou com a maconha. Também poliusuário fez uso de LSD, ecstasy, anfetaminas, cocaína e crack. Não praticou nenhum ato ilícito e nem sofreu violências.
(H4.PT)-R36)	Estudou até o 9º ano, casado, tem duas filhas, uma com 9 anos e a outra com 21 dias. Tinha trinta e seis anos na data da entrevista. Se considera de classe média, mora em casa própria, se considera branco. Esta é a primeira internação. Início do consumo de drogas foi aos 17 anos com grupos de amigos. Começou com álcool, a maconha e haxixe. Não praticou nenhum ato ilícito e nem sofreu violências. Encontra-se internado por causa do álcool.
(H4.PT)-D59)	Estudou até o 9º ano, divorciado, um filho, Tinha cinquenta e nove anos na data da entrevista. Se considera da classe média, mora em casa própria sozinho, se considera branco. Encontra-se no processo de reinserção, ou seja, terminou o prazo de internamento, mas retorna todas as sextas-feiras para acompanhamento. Estava internado por causa do álcool. Iniciou o uso de álcool na adolescência com grupo de amigos. Consumia álcool “socialmente”, mas após ao divórcio aumentou o consumo e precisou ser internado.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro nº 07 - Perfil dos(as) entrevistados(as) na Comunidade Terapêutica (H5.PT)

ENTREVISTADO(A)	PERFIL DOS(AS) ENTREVISTADOS(AS) NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA (H5.PT)
(H5.PT)-MT	Monitora, com formação técnica na área de dependência química. Trabalha na CT a dois anos.
(H5.PT)-R36)	Estudou até o 9º ano, solteiro, sem filhos. Tinha trinta e seis anos na data da entrevista. Se considera classe média baixa, mora em casa própria com os pais, se considera branco. Primeira internação. Iniciou o consumo com amigos, aos dezesseis anos com a maconha e aos vinte anos cocaína, depois heroína e o crack. Praticou furto em casa e outras residências. Ficou sete anos sem consumir drogas. Devido a problema emocional teve uma recaída.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

2.2 UM CADINHO DE INFORMAÇÕES: captando significados e experiências vividas

Foi realizado cruzamento de fontes: revisão de literatura interdisciplinar, focando nas Ciências Sociais e Humanas e o material proveniente das observações efetuadas (registradas em um diário de campo); os documentos disponíveis para consulta (prontuários, estatutos e material de divulgação) e entrevistas. O recorte temporal foi matizado pelos anos de 2014 a 2017.

O estudo nas Comunidades Terapêuticas foi realizado a partir da observação de seu cotidiano e funcionamento; do acesso à opinião dos(as) entrevistados(as) por meio de conversas informais e da realização de entrevistas semi-estruturadas (ver Apêndices B, C e D), com questões abertas, visando conhecer a trajetória de cada entrevistado(a), sua concepção sobre o serviço e sugestões para sua melhoria.

Cabe destacar que a pesquisa social deve estar orientada, à melhoria das condições de vida da grande maioria da população. Portanto, é necessário, na medida do possível, integrar pontos de vista, métodos e técnicas para enfrentar esse desafio. (RICHARDSON, 1999, p.89)

Foram preparados tipos diferentes de perguntas para orientar a entrevista, conforme o *status* do(a) entrevistado(a), ou seja, servidores do Estado da Bahia, profissionais que trabalham nas Comunidades Terapêuticas (Cts) e internos(as) nas Comunidades Terapêuticas.

Os(as) entrevistados(as) foram previamente esclarecidos sobre os objetivos e detalhes da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver TCLE – Apêndices) de participação na pesquisa. Após a autorização, as

entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, sendo mantida a confidencialidade e sigilo de dados que possa identificá-los. Procuramos identificar a visão dos(as) entrevistados(as) sobre as questões colocadas, com o intuito de maior imparcialidade. (VELHO, 2004)

Por se tratar de uma abordagem qualitativa, o número de sujeitos não foi limitado, o que nos permitiu encerrar a coleta de dados a partir da saturação das falas. Para a apreciação desse material, foi utilizada a análise temática proposta por Minayo (2001):

- Ordenação dos Dados: realiza-se um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos, etc.

- Classificação dos Dados: através de leituras exaustivas e repetidas dos textos, estabelecemos questionamentos para identificarmos o que surge de relevante na fala dos sujeitos. Com base no que é relevante nos textos, elaboramos as categorias específicas.

- Análise Final: procuramos estabelecer as articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos.

Foram coletados dados nos artigos científicos, nos bancos de dados de dissertação e teses e nos grupos de pesquisas, utilizando os descritores nas seguintes categorias:

- a) Contextos Familiares: abandono, adoção, vida, moradia, alimentação, educação, lazer, orfanato, abrigos, rua, pessoas em situação de rua, afetos, parceiros, maridos, companheiros, adultos cuidadores, ascendentes, interdição e socialização.

- b) Violências: psicológica, física, veladas, silenciosa, crime, estupro, prostituição;

- c) Sexualidades: gestação, exposição, síndrome de abstinência neonatal, efeitos no desenvolvimento, medicamentos, efeitos no comportamento Infantil/drogas, inteligência, crescimento, desenvolvimento e deficiência, testes neuropsicológicos, cognição, desempenho psicomotor, sexo, gravidez, complicações

na gravidez, resultado da gravidez, genética, IST/Aids, maternidade, abortos, guarda, alimentos gravídicos, curador;

d) Políticas Públicas: políticas públicas, religião, CAPS, internamento compulsório;

e) Comunidades Terapêuticas.

As categorias são os conceitos básicos que refletem os aspectos essenciais, propriedades e relações dos objetos e fenômenos. Elas possuem simultaneamente a função de intérpretes do real e de uma estratégia política. As categorias são o instrumento metodológico da dialética para analisar os fenômenos da natureza e da sociedade (RICHARDSON, 1999, p.49)

Pactuando com os ensinamentos de Bourdieu (2003), optou-se que os resultados e as discussões fossem realizados dentro de cada capítulo, consoante a distribuição temática e emersão categorial ao longo da pesquisa. Objetivando, deste modo, a melhor compreensão do estudo.

[...] a pesquisa é uma coisa demasiado séria e demasiado difícil para se poder tomar a liberdade de confundir a rigidez, que é o contrário da inteligência e da invenção, com rigor, e se ficar privado deste ou daquele recurso entre os vários que podem ser oferecidos pelo conjunto das tradições intelectuais da disciplina – e das disciplinas vizinhas: etnologia, economia, história – Apetecia-me dizer: é proibido proibir ou livrai-vos dos cães de guarda metodológicos. (BOURDIEU, 2003, p. 26)

Para efeitos de indicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice “A”, apontam-se alguns itens e critérios especiais. Aos(as) entrevistados(as) foi indicado a possibilidade de desistência em qualquer momento e houve também protocolos de assentimento-adimplência por partes das instituições visitadas. Foram observadas as normas e as regras de conduta sugeridas pelos dirigentes. Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução n. 466/2012 e a Declaração de Helsinki (1964).

Dentre os riscos e os danos prováveis, observou-se que os sujeitos desta pesquisa estão em tratamento, não se enquadram os físicos, mas psicológicos e sociais mínimos. Pela acessibilidade e número de visitas não houve estabelecimento de relações que não sejam formais e estejam consubstanciados por conduta coletiva e em espaço público entre o pesquisador e participantes voluntários (concordantes

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, proposto, lido e assinado nos primeiros momentos de pesquisa e em contato direto com o pesquisador responsável por este projeto de investigação em nível de doutoramento). Não houve manifestação de desconforto ocasionado pela entrevista maior do que aquele vivenciado no cotidiano da pessoa em tratamento terapêutico específico para usuários(as) de crack e outras drogas.

Ademais, pretende-se produzir resultados científico-acadêmico em formato de tese e artigos, ampliando benefícios sociais a partir da difusão de conhecimento procedente da pesquisa, observando sobremaneira as contribuições mais específicas para o desenvolvimento de ações e projetos alternativos para sujeitos integrantes desse objeto-tema-problema de estudos.

Vale ainda ressaltar que, assumimos a responsabilidade de interromper e excluir dados individuais ou familiares e também acompanhar e dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

3 AMBIENTANDO OS PROCESSOS DE SOCIALIZAÇÃO: arquitetura das identidades

A não-valorização da vida como opção é uma afronta ao sujeito ético-moral. O não reconhecimento (absoluto ou relativo) do indivíduo retira de sua essência o valor mais precioso: a humanidade. O totalitarismo presente nesta assertiva, a eliminação do sujeito como proprietário de sua própria história, desvelado pelas circunstâncias exteriores a ele, mas factíveis de mudança, é a mutação do ser em um nada

(CAVALCANTI & SILVA, 2015, p.76)

A identidade de alguém é aquilo que ele tem de mais precioso: “a perda de identidade é sinônimo de alienação, de sofrimento, de angústia e de morte” (DUBAR, 1997, p.6). Considera-se que a identidade humana não é dada, de uma vez por todas, no ato do nascimento, e, sim constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida (processo cultural), que o indivíduo depende tanto dos julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e autodefinições, nunca a constrói sozinho, ou seja, a identidade é um produto de sucessivas socializações (contextos de sociabilidade e conjunturas múltiplas e históricas).

Deve-se ainda considerar que, nesse processo permanente exista uma relação entre estes elementos e que importa estudá-los, mas subsumir tudo no mesmo conceito conduz a um certo empobrecimento analítico que dificulta precisamente esse estudo:

Aceitar esta perspectiva implicaria alargar a noção de identidade, desde o seu sentido restrito (representação social do indivíduo), de modo a incluir o organismo, a posição social, a trajetória, a experiência e projeto de vida, a cultura, o *habitus*, o “eu”, os papéis, a biografia, etc. (ABRANTES, 2011, p.122).

Destarte, buscamos compreender a marcha da socialização a partir da emergência de uma nova ordem sociocultural, observando a presença de uma maior circularidade de experiências e referências identitárias, reforçando multireferencialidades dentro de contextos identitários, de alteridade e relacionais. Uma vez que a identidade social e pessoal, na contemporaneidade, não se realizaria mais a partir de uma correspondência contínua entre sujeito e sociedade, entre

papéis propostos pelas instituições e sua integral identificação pelos indivíduos. Destaca-se uma tendência à articulação e à negociação constante entre valores e referências institucionais diferenciados e as biografias dos sujeitos. Mais do que isso, é importante a heterogeneidade dos espaços onde se produzem e se trocam informações, saberes e competências (por essa razão nos empenhamos em estudar Comunidades Terapêuticas (CTs) com características e planos de trabalhos distintos).

Com o propósito de subsidiar os estudos empíricos realizados com internas e internos em Comunidades Terapêuticas (Cts), no Estado da Bahia – Brasil e na cidade do Porto - Portugal procuraremos abordar o processo de socialização e a construção de identidades a partir de possíveis transformações na subjetividade e nas representações²² dos indivíduos institucionalizados nesses centros de tratamento.

Nas áreas dos estudos familiares e sociais, a socialização tem surgido na explicação de diferentes fenômenos e, por vezes, como objeto de estudo (Gimba & Cavalcanti, 2017). Este tratamento multitemático e multireferenciado oferece um conhecimento mais detalhado de como a socialização ocorre em diferentes contextos e etapas da vida. A conexão de pessoas e famílias com redes sociais e institucionais é relevante para a inserção social de seus participantes, constituindo-se nas inter-relações sociais. (DIAS, 2010; SILVA, 2011)

Neste sentido, as famílias podem ser consideradas fruto das relações sociais e participa diretamente nessas ligações, sendo ora protagonista e ora espectadora (Schenker & Minayo, 2003). É influenciada em diversos contextos, ou seja, político, econômico e cultural. (PETRINI & CAVALCANTI, 2013)

A família é a primeira estrutura que sustenta e suporta este vínculo de solidariedade intergeracional em relação ao cuidado da vida. É um microcosmo humano que reflete o macrocosmo da humanidade. Nela ocorre a ontogênese de cada ser humano que existe, de um modo absolutamente único e singular. Toda vida humana baseia-se literalmente nesta frágil linha que representa a liberdade de seus progenitores, da misteriosa improbabilidade de seu encontro, da boa vontade que eles tenham para

²² Representações, obviamente não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem. Como consequência disso, para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela, ou aquelas, das quais ela nasceu. (MOSCOVICI, 2003, p. 41)

realizar um projeto de vida comum, de sua disponibilidade para aceitar incondicionalmente a enfermidade, a dor, a frustração, o sacrifício, juntamente com a satisfação e a alegria de uma vida realizada em comunhão. (COURT MORANDÉ, 2013, p.23)

A construção da pessoa se dá a todo momento. Ela se move num horizonte intersubjetivo no qual começa a distinguir o que é familiar do que não é familiar, entrando em direção a metas que neste ambiente elabora (Petrini & Rabinovich, 2015). Nada é fixo e nem constante, somos moldáveis conforme as circunstâncias e contextos, segundo nossos anseios e desejos, pois não somos seres sem arbítrio. Para corroborar, abaixo apresentamos declaração de uma pessoa acolhida em Comunidade Terapêutica quando entrevistada:

Não foi totalmente a amizade que me ofereceu que me deu...fui por curiosidade, eu estando com eles, ali bebendo com a turma, eu cá separado e eles ali curtindo, mas estava com eles, entendeu? Aí disse não, deixa eu ver como que é, eu que quis experimentar a droga... Aí pronto... aconteceu rapidamente, eu ainda estava casado, eu curtia muito...gostava muito de farra... Minha mulher sempre chamava a atenção sobre isto, mas eu não... foi por curiosidade que eu experimentei o crack. (H1.BR)-A37)

A formação do ser humano é complexa, devendo ser percebida como um sistema aberto, abrangente e flexível — o pensamento complexo (Morin, 1999). Estamos em constante preenchimento de lacunas, desconhecendo o momento que essa fissura se abre ou que os desejos provocam outras experiências humanas. Pode ser precipitada pelo rompimento familiar, estresse e perdas, não sendo um problema de jovens e de integrantes de classes sociais desfavorecidas e excluídas.

Ao contrário de outros contextos e conjunturas sociais, a “alquimia de categorias” (Castro, 2011) ou uma abordagem interseccional²³ não resultam

²³ A metáfora da intersecção foi introduzida por Kimberlé Crenshaw para dar ênfase à existência de vários eixos de desigualdade (raça, etnia, gênero, etc.) que, tal como avenidas numa grande cidade, transcorrem de modo independente, contando, no entanto, com múltiplas e variadas intersecções. Os indivíduos situados entre eixos diversos (mulheres negras, lésbicas, etc.) sofreriam a desigualdade de modo único e qualitativamente diferente, impossível de ser analisado a partir de uma mera soma de categorias. Para além de explorar as consequências da sua situação diferenciada, a literatura começou a salientar a necessidade de as políticas públicas tomarem também em consideração a interseccionalidade. O objectivo não é só detectar os efeitos das desigualdades múltiplas, mas também estudar a forma como os poderes públicos podem responder à sua existência. Em geral, considera-se que, para aplicar políticas mais justas e inclusivas, é necessário ter em conta que nem homens nem mulheres são grupos homogêneos e, como tal, se vêm afetados por mais de um tipo de discriminação. Esta nova perspectiva pretende superar uma dupla limitação, comum a muitas das políticas aplicadas. (CRENSHAW, 2004)

respostas imediatas. Classe, sexo/gênero, territórios, composições familiares, etnia/raça podem não ser determinantes e hierarquicamente delimitados quando da adição e do processo de tratamento prolongado.

A curiosidade é um signo, em especial entre os(as) jovens, que se percebe na pesquisa, responsável por não apenas diferentes necessidades, mas que interfere em noções tais como justiça, amor, sucesso, lucro e pecado, que regularão as relações cotidianas com os outros e com os próprios eus. Como será desenvolvido e analisado, a posteriori, a categoria geracional destaca-se como central para essa conduta/comportamento.

Associamo-nos ao pensamento de Agra (2008, p. 20), quando escreve que “o indivíduo é um sistema hierarquizado de níveis básicos e níveis superiores (o corpo, as emoções, o pensamento, a personalidade, a ação e as significações)”. Mais do que sua experiência individualizada, somos/são sujeitos relacionais e complexos.

Para complementar o pensamento, Morin argumenta:

Em primeiro lugar, não devemos esquecer que somos seres trinitários, ou seja, somos triplos em um só. Somos indivíduos, membros de uma espécie biológica chamada *Homo Sapiens*, e somos, ao mesmo tempo, seres sociais. Temos estas três naturezas numa só. Penso que é importante sabê-lo porque, de uma maneira geral, o nosso modo de pensamento mais habitual nos toma difícil conceber um elo entre estas três naturezas e saber se existe unidade na humanidade ou diversidade, heterogeneidade e, conseqüentemente, ausência de unidade. Tema polêmico a partir do século XVIII. (MORIN, 2000, p.8)

Não há o imediatismo tão comum que compõe as Ciências Exatas, pois que os problemas relacionados aos indivíduos podem se somar os sentimentos e as emoções, ambos de natureza psicossocial, distanciando da lógica cartesiana. É necessário, portanto, entender quando se trata de fenômenos complexos de natureza biopsicossocial, que nem sempre o efeito será produto da causa inicial, citamos como exemplo, o princípio do anel retroativo, introduzido por Norbert Wiener, que rompe com o princípio de causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e este sobre a causa, como no sistema de aquecimento no qual o termostato regula a situação da caldeira. (MORIN, 2000)

Entendemos que o estudo do comportamento humano nos obriga a mergulhar, preliminarmente, em momento anterior ao início de sua personalidade²⁴, intuindo que o antes e o depois do nascimento são fases do mesmo caminho, tendo como divisor o corte físico do cordão umbilical²⁵, que delineará, sob influências e interferências de diversos segmentos sociais, as múltiplas dimensões da identidade dos indivíduos.

3.1 ASPECTOS GESTACIONAIS PODEM INTERFERIR NA SOCIALIZAÇÃO?

Os desenvolvimentos físico e mental do ser humano podem ser afetados direta e/ou indiretamente por fatores hereditários, genéticos e estilo de vida dos genitores e, também, pelo mundo exterior, encontrando-se sujeito às condições biopsicossociais.

Dubar considera que a interação da criança com a sua mãe é uma relação de dependência, diferentemente de muitos animais que ao nascer tornam-se independentes:

A primeira fase, que se segue ao "traumatismo" do nascimento, organiza-se em torno da "identificação primária" do bebê à mãe com quem estabelece uma relação de dependência oral sobre o modo da posse (a mãe é "aquela que queríamos ter"). Esta fusão original cria uma identidade mãe-filho ("mother-child identity") que é designada de "protossocial", já que o bebê não está ainda socializado. Com efeito, a atitude predominante da mãe é a permissividade que permite ao bebê exprimir as suas necessidades vitais e "interiorizar a mãe como um objecto". (DUBAR, 1997, p. 66)

Para Winnicott (1975), o desenvolvimento emocional individual do bebê, tem a haver com reflexo das expressões da mãe. O precursor do espelho é o rosto da mãe. Refere-se tanto aspecto normal como também à sua psicopatologia. Naturalmente, nada se pode dizer sobre as ocasiões isoladas em que a mãe poderia não reagir. Muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando.

[...] nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê

²⁴ Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro. (CÓDIGO CIVIL, 2002)

²⁵ A legislação penal brasileira excepciona o direito à vida, autorizando a prática do aborto em alguns casos, como: de estupro; nos casos que não há outro meio para salvar a vida da mãe e nos casos de interrupção da gravidez de feto anencéfalo, segundo a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF). A matéria sobre aborto está disciplinada pelos artigos 124 a 128 do Código Penal e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF), tipificando seis situações. (CÓDIGO PENAL, 1940)

ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo como bebê e com o meio ambiente. As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe como aspecto ambiental objetivamente percebido. Se ninguém ali está para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada. (WINNICOTT, 1975, p 175)

Segundo Badinter (1985), no livro “Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno”, o sentimento de maternagem foi sendo construído ao longo do tempo. Durante o século XVIII, na França, havia um costume das mães entregarem seus filhos recém-nascidos às amas mercenárias porque se considerava a amamentação um gesto de primitivismo animal. As mais ricas contratavam amas mercenárias para morarem nas suas casas e as mais pobres enviavam suas crianças às amas mercenárias, muitas morriam já no precário transporte feito em carroças. Estas amas trabalhavam no campo ao longo do dia e deixavam os bebês fortemente enfaixados e pendurados para não serem incomodados pelos animais. Conforme a região, até 80% morriam até os quatro anos de idade quando voltavam para casa de suas mães. Expectativa de vida e percurso inicial eram de pouca esperança e instrumentalização para pleno desenvolvimento. As mães – quando de camadas mais abastadas - logo contratavam uma governanta (cuidadora), depois um preceptor para seguir para o internato de onde saíam para o casamento. O governo francês percebeu a falta de crianças e fez uma campanha imensa para mudar a maternagem, desenvolvendo o tipo de mãe dedicada-devotada, sacrificando a própria existência.

Se é indiscutível que uma criança não pode sobreviver e desenvolver-se sem uma atenção e cuidados maternos, não é certo que todas as mães humanas sejam predestinadas a oferecer-lhe esse amor de que ela necessita. Não parece existir nenhuma harmonia pré-estabelecida nem interação necessária entre as exigências da criança e as respostas da mãe. Nesse domínio, cada mulher é um caso particular. Algumas sabem compreender, outras menos, e outras ainda nada compreendem. E talvez aí esteja o mal metafísico, uma das causas essenciais da infelicidade humana. Mas será possível pensar em fugir desse mal negando sua existência? (BADINTER, 1985, p. 17)

A relevância das palavras maternidade e maternagem que aparentemente têm o mesmo significado, apesar de serem indissociáveis e andarem juntas, possuem distinções bem próprias. A maternidade é um processo biológico de transformar-se em mãe, podemos dizer que são laços sanguíneos que une mãe e filho, uma

condição física, nem sempre uma opção. Por outro lado, a maternagem não está arrimada na condição biológica, mas vinculada à afetividade, ao sentimento de cuidar, é sempre uma escolha, mesmo que posterior, uma decisão de dedicação por amor. (PALOMBO, 2011; LEAL, 2017)

Alguns episódios gestacionais podem interferir na socialização das crianças e de suas famílias (considerando que o corpo e a mente sejam instrumentos de manifestação do ser humano) por provocarem sequelas específicas de saúde e/ou aprendizagem, que exigem assistência profissional inter e multidisciplinar e atenção permanente e/ou mais contínua da família, por exemplo: a) consumo indevido de drogas lícitas como ilícitas (não se restringem apenas as gestantes, mas também ao feto²⁶) (YAMAGUCHI, 2008; MACIEL & MEDEIROS, 2017); e b) microcefalia²⁷ (CAMPOS, BANDEIRA & SARDI, 2015; OLIVEIRA & VASCONCELOS, 2016)

Os fatores genéticos desempenham outro papel importante no desenvolvimento da dependência química. Estudos epidemiológicos têm estabelecido há muito tempo que o alcoolismo, por exemplo, possui um componente familiar preponderante, com uma estimativa de 40% a 60% do risco para o desenvolvimento desse transtorno. Parte dessa influência é devida a características herdadas por meio dos genes. Como exemplo: predisposição genética a algumas doenças psiquiátricas ou o nível de prazer sentido pelo consumo da droga podem estar associados ao desenvolvimento de dependência. (SENAD, 2016, p. 22)

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. (MORIMURA, 2006; OLIVEIRA et al, 2013)

Não obstante, a gestante que consome crack ou cocaína de forma ativa, acaba dedicando parcela importante de sua vida na busca e consumo destas substâncias, negligenciando à saúde, sobretudo na fase pré-natal, aumentando o risco tanto materno como fetal (Cruz, 2013; Almeida & Quadros, 2016; Gimba & Cavalcanti, 2017). Além dos problemas obstétricos (descolamento prematuro de placenta, parto

²⁶ A maioria dessas substâncias ultrapassam a barreira placentária e hematoencefálica sem metabolização prévia, atuando principalmente sobre o sistema nervoso central do feto, causando déficits cognitivos ao recém-nascido, má formação, síndromes de abstinência, dentre outros. (YAMAGUCHI, 2008)

²⁷ É uma condição neurológica rara na qual a cabeça do feto ou da criança é significativamente menor do que a de outros fetos ou crianças do mesmo estágio de desenvolvimento ou do mesmo sexo e idade. O Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu uma relação entre o aumento dos casos de microcefalia e a infecção pelo vírus zika. (CARVALHO, 2016; DINIZ, 2017)

pré-termo, crescimento intrauterino restrito, por exemplo), há complicações cardiopulmonares específicos do uso de cocaína e, em particular, de crack durante o período gravídico. Ademais a população obstétrica, caracteriza esse grupo de pacientes como gestantes de alto risco (Martins-Costa et al, 2013; Leal, 2017). No quarto capítulo, nos deteremos com maior fôlego nesta temática.

Muitas crianças têm necessidades específicas de saúde e aprendizagem, que exigem assistência profissional inter e multidisciplinar e atenção permanente da família. O corpo e a mente são instrumentos por onde o ser humano se manifesta, desta maneira, essas crianças poderão ter dificuldades na socialização (CARVALHO, 2016).

A capacidade de interação com alguns grupos sociais e instituições dependerá da sua acessibilidade e estímulo desde o nascimento. De certo, se analisarmos o desenvolvimento orgânico do ser humano desde de sua tenra idade, é crível dizer que o período fetal se estende pelo primeiro ano de vida, concorrendo no seu inter-relacionamento com o mundo externo por muitos modos complexos. (BERGER & LUCKMANN, 2010)

A existência de barreiras físicas ou institucionais independe da pessoa e de todo o seu aparato biológico, que lhe oferece as condições para que essa correlação se efetive. A estrutura física possui um papel importante para que o ser humano possa realizar as capacidades cognitivas (Figlie et al, 2004; Halpern, 2002). Alguns obstáculos, como barreiras arquitetônicas, podem e devem ser ultrapassados com apoio afetivo e tecnológico, construções de rampas e elevadores adequados e/ou acompanhamento de profissionais qualificados.

A aquisição do conhecimento e sua capacidade de socialização dependem do corpo físico em sua totalidade, compreendendo a sua capacidade de locomoção, visual, auditiva e cerebral os quais possibilitam nossa correlação interna. Considera-se, além disso, que o processo de conhecimento se perfaz através de uma relação cíclica entre ação e experiência e que tudo o que vivemos constitui, sem dúvida, os elementos que fazem parte deste processo.

Vale lembrar que o fato de possuímos uma estrutura biológica que se realiza através de um sistema (fechado em si, em vista de sua limitação, e delimitação,

cognitivo-biológica), não retira a possibilidade de termos autonomia no modo pelo qual apreendemos a realidade das coisas. (ANDRADE, 2012)

Apesar dos possíveis limites fisiológicos o organismo humano manifesta uma imensa plasticidade em suas respostas às forças ambientais que atuam sobre ele. Isto é claro quando se observa a flexibilidade da constituição biológica do indivíduo ao ser submetido a uma multiplicidade de determinações socioculturais. (BERGER & LUCKMANN, 2010)

O preconceito e a discriminação são os piores inimigos dos portadores de limitações físicas e/ou mentais. O fato de poderem apresentar características físicas diferenciadas e comprometimento intelectual não significa que tenham menos direitos e necessidades.

3.2 A SOCIALIZAÇÃO E OS SEUS PROLONGAMENTOS FAMILIARES E SOCIOLÓGICOS

A pessoa para tornar-se um ser social necessita ativar as suas capacidades a fim que possa transformá-las em competências sociais efetivas. Ela não se torna espontaneamente um ser social, um indivíduo, mesmo que dispondo do “equipamento” cognitivo adequado para seu desenvolvimento. (BELLONI, 2007)

Todos nós conhecemos a famosa história que trata do pequeno Mogli, criança indiana que foi criada por animais na selva. O menino ficou com os lobos, como se fosse da família, que ensinaram como sobreviver na e da selva, na busca de alimentos, como se proteger das ameaças e dificuldades inerentes àquele ambiente, particularmente, o modo de correr e caçar. (KIPLING, 2007)

Ainda para corroborar o sucedido com Mogli, temos outra história que Maturana e Varela (1995) relataram em seu livro “A árvore do conhecimento” o caso de duas irmãs, de cinco e oito anos, que foram encontradas e retiradas de uma aldeia ao norte da Índia. Elas foram criadas por uma família de lobos e nunca, até o momento de serem encontradas, tinham tido contato humano. Segundo os autores, ao serem encontradas, elas estavam em perfeitas condições de saúde e não apresentavam nenhum problema mental.

A menina de cinco anos morreu pouco tempo depois da separação de sua “família” de lobos e a menina de oito anos, embora tenha sobrevivido, nunca

assumiu hábitos humanos por completo, segundo depoimentos da família que a resgatou. A explicação pode ser assinalada a partir do momento em que, embora tenham as suas formações biológicas de humanos, essas crianças adquiriram hábitos do meio em que viveram. (MATURANA & VARELA, 1995)

O contexto familiar representa permanência e mudança, nos casos supracitados consideramos que não deixam de ser família, uma família *sui generis*, claro que extrapola e alarga ainda mais as balizas do nosso conceito de famílias²⁸ estabelecido pela Carta Constitucional Brasileira de 1988 em seu artigo 226, parágrafo 4º:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.
(...)
§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

As crianças, tanto Mogli como as outras duas meninas, assimilaram as características de onde viviam tendo, simultaneamente, risco e proteção para o desenvolvimento humano e a saúde.

Na concepção de Berger e Luckmann, as crianças assimilam as informações de seu ambiente numa dialética entre a auto-identificação e a identificação pelos outros, acrescentam conceitualmente uma distinção interessante entre socialização primária e socialização secundária:

[...] a socialização primária é a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual torna-se membro da sociedade. Já a socialização secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade. (BERGER & LUCKMANN, 2010, p. 169)

Com intuito de exemplificar, os autores citam a situação das crianças de classes inferiores, haja vista que essa interação e assimilação é peculiar a qualquer ser humano:

Assim, a criança das classes inferiores não somente absorve uma perspectiva própria da classe inferior a respeito do mundo social, mas absorve esta percepção com a coloração particular que lhe é dada por seus pais (ou qualquer outro indivíduo responsável pela sua socialização primária). Em outras palavras, a personalidade é uma entidade reflexa, que retrata as atitudes tomadas pela primeira vez pelos outros significativos com relação ao indivíduo, que se torna o que é pela ação dos outros para ele

²⁸ No item 3.4 GRUPOS RELACIONAIS E CONTEXTOS ECO-SOCIAIS: afetos, laços, abusos ou omissões, desta tese, abordamos com maior profundidade o tema sobre famílias.

significativos. Este processo não é unilateral nem mecanicista. Implica uma dialética entre a identificação pelos outros a autoidentificação, entre a identidade objetivamente atribuída e a identificação subjetivamente apropriada. (BERGER & LUCKMANN, 2010, p. 170/171)

A dinâmica familiar de vidas interdependentes acarreta tanto a disponibilidade de suporte social como limitações: são os benefícios e custos dos vínculos sociais:

Tenho seis irmãos, 2 homens e 4 mulheres. Eu e outro irmão mais velho fomos criados pelo padrasto, os outros foram criados com nosso pai mesmo. Agente teve uma dificuldade, porque parecia que ele não gostava muito da gente, né...um tratamento muito diferenciado, muita ignorância e muita brutalidade com agente, por isso que veio essa dificuldade de relacionamento com ele e com a minha mãe...tive que sair logo de casa, entendeu...com 14 anos tive que sair de casa, já ficar independente... já procurar um lugar pra morar...um lugar pra convívio...foi tanto que fiquei o que...uns 11 anos sem me comunicar com a minha mãe, com a minha família. (H1.BR)-A37)

O *habitus*, no pensar de Bourdieu (1971), é uma tendência provável, contudo não uma determinação inevitável. A transmissão do *habitus* está no centro do processo de acumulação de capital cultural e simbólico que assegura a reprodução da sociedade. Os indivíduos agem em função do *habitus* específico de sua classe social, têm a ilusão de poder escolher, mas de fato a sociedade firma sua ação pela mediação do *habitus*. Ele apresenta uma dupla dimensão quanto à dialética da relação entre indivíduo e sociedade: ele é, ao mesmo tempo, interiorização das estruturas objetivas (ação que modela a personalidade dos indivíduos) e exteriorização, pois o *habitus* se traduz nos comportamentos.

O lugar social, estabelecido pelo grupo social de origem da criança, as possibilidades de acesso impostas por condições físicas e/ou intelectuais (podendo ser doenças provenientes da gestação ou do parto, conforme descrito no item acima) pode levar a um determinado tipo de socialização e, por consequência, à cessão de um *habitus* específico.

Moscovici (2003) entende que não há nenhuma razão para conceder prioridades aos aspectos da socialização que tendem para a transmissão das tradições existentes e da estabilidade do *status quo*; as tendências opostas, que possibilitam reformas e revoluções são igualmente importantes. E faz uma crítica, quando afirma que as/os psicólogas/os sociais tinham como pergunta principal:

Quem socializa o indivíduo? Negligenciando no segundo aspecto do problema contido na pergunta: Quem socializa a sociedade?

Assevera Moscovici (2003) que o único interesse é na formação dos “objetos sociais” e isso se reflete na concepção que temos do organismo particular como uma parte passiva, em uma relação que tem como finalidade a conformação da pessoa a um modelo imutável pré-estabelecido. E explica, que chegou o momento de insistir na formação dos objetos sociais – sejam eles grupos ou indivíduos – que adquirem sua identidade através de seu relacionamento com os outros. Como devemos reconhecer o papel essencial desempenhado na formação dos “sujeitos sociais” pela “solidariedade social” (isto é, comparação social e reconhecimento social), processos de decisão (tanto individuais como sociais), organização social e influência social.

Tal vertente relacional também pode ser encontrada em Donati (1991), quando realiza a análise das relações familiares na contemporaneidade, essa abordagem traz a ideia de integralidade da pessoas e de seus contextos, especialmente com destaque aos familiares e sociais.

A pessoa quando inserida no contexto familiar adquire seus hábitos e características, ou seja, a cultura familiar. Goffman (2008), infere que ao chegar nas instituições, o internado possui uma “cultura aparente”, resultado do “mundo da família”, e, caso, passe muito tempo nessa situação ocorrerá o “desculturamento”.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) têm como propósito de trabalho referente as pessoas que estão em tratamento que se empenhem tanto pela própria recuperação quanto, ao menos em parte, pela recuperação de seus pares, em reciprocidades de colaboração entre residentes. A proposta de transformação são reiteradas e ampliadas por meio da intensidade e da intimidade da vida comunitária. Uma vez que isso é possível, a consciência pode reagir a uma expectativa de duas formas: confirmando ou decepcionando. Essa possibilidade de escolha é sempre dada, mediante qualquer expectativa e norma. Em cada um dos casos, a consciência deve escolher. (RESOLUÇÃO CONAD Nº 1, 2015)

Controle e mudança constituem duas linhas de desenvolvimento que devem ser analisadas simultaneamente a fim de nos possibilitar tanto compreender como criticar os aspectos significativos da vida social. Se adotarmos esse enfoque como um guia para pesquisa, deixaremos de considerar nosso meio ambiente como um meio “externo” imutável e passaremos a considerá-lo, ao contrário, como pano de

fundo humanizado das relações em que os seres humanos vivem e como instrumentos para essas relações. (MOSCOVICI, 2003)

A socialização pertence à dimensão do tempo histórico no processo de reprodução das estruturas simbólicas do mundo vivido. Esta reprodução apresenta três dimensões: uma dimensão semântica, de significações e conteúdos da tradição cultural; a dimensão do espaço social, dos grupos socialmente integrados com seus valores e normas; e a dimensão do tempo histórico, da sucessão de gerações, ou seja, a dimensão da socialização das novas gerações que assegura a reprodução social. Elemento essencial de sua concepção paradigmática da sociedade, o agir comunicativo tem, no processo de socialização:

A função de “formar as identidades pessoais”, isto é, formar “atores responsáveis” num desenvolvimento baseado em relações intersubjetivas e na intercompreensão, bem distante das concepções deterministas. (HABERMAS, 1987, p. 435)

Ao articular três dimensões das transformações na modernidade (a ressignificação do tempo/espaço, o desencaixe e a reflexividade), Giddens (1991), ajuda-nos a mapear uma nova configuração social. Destarte, é possível observar o “deslocamento” das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço”.

Aqui o entrevistado faz analogia com filme, seus sentidos e experiências:

[...] já assistiu aquele filme adrenalina, caraca se for adrenalina assim muito forte muito grande, pelo efeito se for de uma qualidade assim...como eles falam lá no morro, de qualidade boa, você sente aquela adrenalina você sente que você pode tudo que você tá sem barreiras sem nada...(H1.BR)-R24).

As transformações culturais ocorridas no último século, máxime as relativas ao fenômeno da “cultura de massas”, que Adorno (2000) classificou como “indústria cultural”, pois entendia que essa expressão (“cultura de massas”) reforçava os interesses dos detentores dos veículos de comunicação de massa. Morin chamou de “terceira cultura”, oriunda da imprensa, do cinema, do rádio, da televisão que surge, desenvolve-se, projeta-se, ao lado das culturas clássicas – religiosas ou humanistas – e nacionais. (MORIN, 1997)

A cultura de massa integra e se integra ao mesmo tempo numa realidade policultural; faz-se conter, controlar, censurar (pelo Estado, pela Igreja) e, simultaneamente, tende a corroer a desagregar as outras culturas. A esse

título ela não é absolutamente autônoma: ela pode embeber-se de cultura nacional, religiosa ou humanista, e por sua vez, ela embebe as culturas nacional, religiosa ou humanista. Embora não sendo a última cultura do século XX é corrente verdadeiramente maciça e nova deste século. Nascida no Estados Unidos, já se aclimatou à Europa Ocidental. Alguns de seus elementos já se espalharam por todo o globo. Ela é cosmopolita por vocação e planetária por extensão. Ela nos coloca os problemas da primeira cultura universal da história universal. (MORIN, 1997, p. 8)

Melucci (2005) pondera sobre a conexão entre a realidade e a representação, o problema do relativismo que coloca de forma nova a velha contradição do cético acerca da espiral sem fim da flexibilidade, onde as sociedades fazem da informação a sua riqueza central

[...] o poder tem sempre mais capacidade de definir de modo privilegiado os códigos em torno dos quais o conhecimento se organiza. O conhecimento como empreendimento humano passa não só por meio dos filtros cognitivos e culturais da nossa mente, mas através dos desequilíbrios que governam a sua produção. (MELUCCI, 2005, p. 35)

No mundo das relações, vertical ou horizontal, existe uma força impulsionadora que conduz, indistintamente, em toda as esferas, os integrantes de uma sociedade. Sempre haverá alguém (indivíduo ou grupo) que predominará sobre os outros, que poderá ser legítimo ou não. Quando estabelecido de forma legítima, é poder, caso contrário, se não houver opção será coação:

As possibilidades de escolha do coagido são reduzidas a zero. No caso-limite, a coação leva ao uso da violência física e à substituição do agir próprio pelo agir, inalcançável de outros. O poder perde sua função de superar a dupla contingência, na medida em que se aproxima de coação (LUHMANN, 1992, p. 9)

Velho (2004) demonstra que o fato de dois indivíduos pertencerem à mesma sociedade não significa que estejam mais próximos do que se fossem de sociedades diferentes, porém aproximados por preferências, gostos e idiosincrasias.

Falar a mesma língua não exclui que haja grandes diferenças no vocabulário, mas que significados e interpretações distintas podem ser dados a palavras, categorias ou expressões aparentemente idênticas.

O que sempre vemos e encontramos pode ser familiar²⁹, mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico, mas, até certo ponto, conhecido. No entanto, estamos sempre pressupondo familiaridade e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente. (VELHO, 2004)

O conceito de socialização é complexo e traz inúmeras mudanças ao longo dos tempos históricos, não apenas ao sabor do sucesso ou insucesso das diferentes correntes teóricas, sobretudo, em decorrência das mudanças sociais que transformam as sociedades e suas instituições socializadoras, bem como o estatuto social, a visibilidade e a hegemonia de grupos e indivíduos. (BELLONI, 2007)

Aos comportamentos sociais, incluímos o uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas que, na maioria das vezes, aprendidas no contexto das interações com as fontes de socialização: a família, a escola, a religião e amigos na adolescência, e, em alguns casos, na idade adulta. Quando os laços estão vulneráveis entre a/o jovem e essas fontes ou elas não funcionam como fator de proteção, passam a ser fatores de risco para a instalação de desvios, comportamentos de risco e de quebra relacional.

Os estilos de vida desviantes são ecologicamente potenciados, conforme esclarece Agra:

E no contacto interactivo e permanente como os adultos, as crianças e os adolescentes cedo aprendem a “normalidade” do comportamento desviante. Socializada na “evidência” do consumo e do comércio ilegal das drogas e da desviância em geral, fortes são as condições de risco da estruturação precoce de formas de vida desviantes na população infantil e juvenil, cujas condições de existência se confinam às regularidades comportamentais próprias do espaço eco-social das drogas. (AGRA, 2008, p. 46)

Agora, não é a quantidade de tempo disponível por parte de pais/mães que vai determinar como o filho enfrentará os desafios da sua evolução, de suas relações e

²⁹ Lahire (2002) diz que aquilo que vivemos com nossa família, na escola, com amigos ou no trabalho, não é sinteticamente somado de maneira simples. Sem postular uma lógica de descontinuidade absoluta, pressupondo contextos diferentes, pode-se pensar as experiências como não sendo sistematicamente coerentes, homogêneas e compatíveis. Cada vez mais o contato precoce com outros universos além da família está presente em nossas vidas. Afirma ainda que é difícil conceber um universo coerente e harmonioso em relação ao universo familiar. Para ele, é necessário constatar que a experiência da pluralidade de mundos tem todas as chances de ser precoce nas sociedades atuais. Vive-se simultânea e sucessivamente em contextos sociais diferenciados e não equivalentes.

de suas experiências sociais, mas sim a qualidade das relações e vínculos afetivos estabelecidos entre os responsáveis e os filhos no tempo em que é possível ficarem juntos. O importante é o filho perceber que existe uma identidade familiar e que os desafios e problema são enfrentados no contexto familiar. (FIAMENGGHI & MESSA, 2007; PETRINI, 2010)

Às vezes por falta desta disciplina, que muitos de nós não tivemos em casa, que veio acontecer isto. Por falta dessa rigidez, seu João (nome fictício) é rígido... cheio de coisa, mas depois vem e cativa a gente. Dentro de casa, às vezes, demora muito, quando vem receber à repreensão, aí já não aceita mais, entendeu? (H1.BR) -A37)

É pertinente frisar que nem todas as ações e as reações das pessoas estão diretamente vinculadas à sua infância, mas dependentes e interligadas ao longo de todo seu ciclo de vida. Acreditamos na relevância da compreensão por meio da reflexão dos conceitos de socialização e representação, buscando forjar ferramentas conceituais que ajudem a entender as relações entre indivíduos e sociedade, a construção das identidades pessoais, os modos como ocorrem as interações sociais e como se constrói o vínculo social nas sociedades contemporâneas. (PETRINI, 2010; PETRINI & CAVALCANTI, 2013).

A identidade cria a sua face com a formação da autonomia, sendo “construção, reconstrução e desconstrução constantes, no dia a dia do convívio social, na multiplicidade das experiências vividas”. (CIAMPA & KOLYNIK, 1993, p. 9)

É preciso fazer um esforço de compreensão dialética³⁰ e lembrar que, apesar da força das determinações sociais, existe sempre a possibilidade de mudança, pois os processos sociais são dinâmicos e contraditórios, e que, se as determinações fossem absolutas, não haveria história.

Para que possamos fugir do provável determinismo, de um sistema autoperpetuador transmitido por nossos predecessores é necessário desenvolver a autonomia dos indivíduos e capacitá-los para perceber as estruturas sociais, compreender suas racionalidades e agir para modificá-las em direção à liberdade.

³⁰ A dialética em oposição ao pensamento de senso comum se propõe a compreender a “coisa em si”, construindo uma compreensão da realidade que considere a totalidade como dinâmica e em constante construção social. Ao considerar a realidade desta forma a dialética rompe com a pseudoconcreticidade, por desvelar as tramas que relacionam a essência ao fenômeno. (ZAGO, 2013)

Desta forma, cabe as questões: sabemos se a vida tem um sentido e se dá sentido à nossa existência? Sabemos quem somos? Concebemos realmente a relação entre a nossa natureza e a nossa cultura? A nossa animalidade e a nossa humanidade? Sabe realmente o *homo sapiens* o que são razão e loucura, o que as opõe e o que as une? (Morin, 1999). Como promover a autonomia e emancipação da pessoa para construção de sua identidade, numa sociedade complexa e excludente regida por culturas e subculturas com suas próprias normas?

3.3 AUTONOMIA E A CONSTRUÇÃO DA PESSOA

A autonomia é relativa e não estática, um processo dinâmico em que implica em perdas ou em aquisições sempre gradativas, um paradigma biopsicossocial. Suas matizes dependerão do acesso das pessoas à informação e de suas capacidades de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação e reflexão. (CAMPOS & CAMPOS, 2006)

A sociedade, em distintos momentos históricos, cria padrões de autonomia por variados caminhos: jurídicos-normativos, educação formal, religiosos ou simbólicos. Este mecanismo social ocorre quase sem ser percebido, mas é uma força poderosa na manutenção rígida e opressiva de nossas instituições, enquadrando a autonomia de cada um. Pode ser apreendida como sendo um sistema entre outros, como se num cardápio escolhêssemos entre as nossas possibilidades, contudo essa carta de opções será mais completa ou esvaziada de acordo com a realidade de cada sujeito, que na verdade é a heteronomia travestida.

Para Valsiner (2012), todas as instituições sociais que formam a estrutura da sociedade estão em constante interação umas com as outras, realinhando seus mútuos papéis e seu poder. Ademais, a sociedade é um sistema aberto, como todos os fenômenos biológicos, psicológicos e sociais. Sua organização sistêmica torna-se possível devido à sua constante relação de troca com o ambiente. Antes de tudo, são os recursos do ambiente natural que estão no núcleo do funcionamento da sociedade.

A dinâmica de transformação das sociedades depende da disponibilidade de recursos tanto culturais quanto naturais. Todo progresso econômico - e todo colapso

- de uma sociedade resulta dos modos pelos quais esses recursos estão sendo utilizados em seu âmbito.

Na contemporaneidade, a identidade social e individual não se realizaria mais a partir de uma correspondência contínua entre indivíduo e sociedade, entre papéis propostos pelas instituições e sua integral identificação pelos indivíduos. O que se observa é uma tendência à articulação e à negociação constante entre valores e referências institucionais diferenciados e as biografias dos sujeitos. (ADORNO & HORKHEIMER, 1985)

O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Precisamente porque éticos podemos desrespeitar a rigorosidade da ética e resvalar para a sua negação, por isso é imprescindível deixar claro que a possibilidade do desvio ético não pode receber outra designação senão a de transgressão. (FREIRE, 1996, p. 31)

As ações poderão ser influenciadas por emoções, por grupos ou substâncias, que contamina a autonomia da vontade não correspondendo o íntimo e verdadeiro querer. Estas condutas poderão ser por desconhecimento acerca de determinado objeto ou fato, por indução de outra pessoa ou pessoas, por constrangimento realizado por meio de ameaça com intuito que se pratique atos contra a vontade, esta ameaça pode ser física ou moral ou por necessidade de salvar-se ou a outra pessoa de grave dano ou perigo, prejudicando sobremaneira a emancipação.

[...] a única concretização efetiva da emancipação consiste em que aquelas poucas pessoas interessadas nesta direção orientem toda a sua energia para que a educação seja uma educação para a contradição e para a resistência[...]. Assim, tenta-se simplesmente começar despertando a consciência quanto a que os homens são enganados de modo permanente, pois hoje em dia o mecanismo da ausência de emancipação é o mundus vult decipi em âmbito planetário, de que o mundo quer ser enganado. (ADORNO, 2000, p. 183)

Goffman (2008) ressalta que nas instituições totais ocorre a perturbação da autonomia, cujo interno perde a capacidade de pequenas decisões, de mínimos movimentos, sendo necessário que se submeta a rituais para adquirir pequenas autorizações ou objetos, que vem a ser mutilação ou mortificação do eu, que às vezes ecoa de forma diversas nos internos trazendo aguda tensão psicológica para um e alívio para outro.

[...] eu acordo 4:30h, porque eu me acostumei. A gente acorda 5:30h; começa às 6:00h, mas eu gosto de acordar 4:30h porque eu gosto de fazer as coisas e ficar mais livre. Eu acordo, tomo banho de manhã, já fico tranquilo. Aí tem atividade, o culto começa de manhã, ultimamente tem tido um momento de reflexão de manhã, às vezes a gente não começa o culto logo 6:30h da manhã, começa 7:30h, aí tem o tempo de ler a bíblia, de orar de manhã, e depois começa o culto primeiro, o culto da gente, depois começa o culto de quem vem de fora, vem trazer a palavra, os visitantes. Vem sempre as pessoas de fora trazer a palavra...(H1.BR)-R24).

Não devemos olvidar que, ao pensar em autonomia como uma decisão individual desvinculada de qualquer desdobramento ou consequência, nos encontramos num mundo de relações, onde temos nossas atribuições e responsabilidades e, não estamos isolados e fechados hermeticamente numa bolha. Tudo que fazemos, ou deixamos de fazer, tem um resultado, com maior ou menor visibilidade. É como apertar o gatilho de uma arma, lançar uma flecha a esmo ou arremessar uma pedra na água, cujas distâncias a serem percorridas, ou mesmo os seus efeitos, muitas das vezes não serão conhecidos. (GIMBA, 2014)

Gimba e Cavalcanti (2017) observaram que os relacionamentos têm uma importância significativa na formação de nossas condutas, principalmente, nos momentos de construção das personalidades ou de fragilidades emocionais. A pesquisa da FIOCRUZ (2014) corrobora a constatação dos autores dizendo que a pressão dos amigos foi relatada por 26,7% dos consumidores de crack e que mais da metade da entrada de jovens no mundo das drogas, de forma geral, é a curiosidade³¹

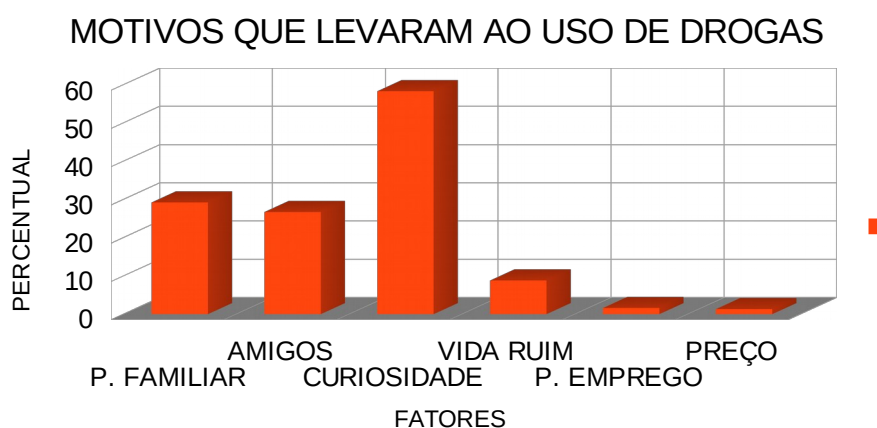
[...] comecei com meu atual marido, ele era dependente de cocaína, a minha intenção era o fazer parar de usar, acabei me viciando, o crack foi com ele também. Agora ele está limpo. (R41). (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p. 117)

Os(as) usuários(as) de crack no Brasil são, basicamente, poli-usuários (Rodrigues et. al, 2017). Expressão última que determina que, o crack é uma das drogas de um amplo “portfólio” de substâncias psicoativas que eles consomem, havendo superposição do uso de crack com o consumo de drogas ilícitas, especialmente, a maconha e lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais

³¹ “Pulsão cognitiva movida por um interesse de conhecer que não pode ser reduzido ao conhecimento em questão”.(Morin, 2015, p. 65)

frequentemente consumidas. Frisamos que não serão todas as pessoas que usam álcool ou maconha que chegarão ao crack, como se houvesse um portal de entrada.

Gráfico nº 01 – Motivos que levaram ao uso de drogas



Fonte: Elaboração do autor, 2018. Dados coletados na pesquisa da FIOCRUZ (2014).

Nota-se no gráfico acima, que não é o preço que vai determinar a escolha da substância e nem somente problemas familiares, mas sim a tríade: problema familiar, curiosidade e amigos, tendo como preponderância a curiosidade. Esses dados são importantes para adoção de Políticas Públicas e para atenção familiar.

[...] no meu caso eu usei dentro da maconha num momento que estava uma turma (grupo de amigos) que falaram: hoje vamos fumar uma maconha diferente, só que ela não estava pura, estava misturada, você usa a primeira vez e fica... é instantâneo... é de você fumar... e de... naquele mesmo momento você quer mais e mais... e aí pronto, você vicia. Eu não sabia que tinha o crack, sabia que era uma maconha diferente, naquele momento, quer dizer... além de eu não conhecer o crack e se alguém dissesse ali que era o crack eu ia experimentar do mesmo jeito, porque pelo fato de eu não saber o que era ia querer saber, pela curiosidade e pelo fato de estar na galera e eu não ia ser a única que não ia usar e se todo mundo fosse usar eu também iria usar, eu acho...né... agora, eu no momento fui inocente, não sabia que era o crack. (M2.BR)-B41)

[...] ai também foi por eu já comecei a andar com outras pessoas, a própria influência, já apareceu um grupinho na rua onde eu moro que já começou a se destacar mais do que o pessoal do álcool, andar bem-vestido, isso aquilo, até então eu não sabia porque, ai já comecei a me incorporar com esse pessoal, daí me levaram pra um certo lugar, vambora andar de role, quando chegou lá, oh! a situação que era, eu fumava cigarro de maconha; já tava ali, aí até você, você não anda com a gente agora? Borá, eu não soube dizer não naquela hora, não tive autoridade de dizer não, fui, ai não parou mais. (H1.BR)-R24).

Foi curiosidade mesmo, coisa de rua, de andar pela rua. Talvez se eu não andasse pela rua, seguisse meus irmãos não estaria usado, porque nenhum dos meus irmãos usa. Ficar na rua sobe e desce...sobe e desce...conhece não sei quem...conhece não sei quem, comecei a usar droga e roubava... (M2.BR)-G28).

O indivíduo, como pessoa dotada de razão, não desfaz de seus conhecimentos adquiridos através das relações sociais ou de observações. Não obstante, podem rever seus modelos desenvolvidos e impostos em seus contextos culturais, incorporando olhares e condutas diversas daquelas anteriormente creditadas.

Ciampa (1987, p. 127) ressalta que “cada indivíduo encarna as relações sociais, configurando uma identidade³² pessoal, uma história de vida, um projeto de vida. Uma vida que nem sempre-é-vivida, no emaranhado das relações sociais”.

A apropriação subjetiva da identidade e a apropriação subjetiva do mundo social são apenas aspectos diferentes do mesmo processo de interiorização, mediatizado pelos mesmos e outros significativos. Sendo, evidentemente, um elemento-chave da realidade subjetiva, e, tal como toda realidade subjetiva, acha-se em relação dialética com a sociedade. É formada por processos sociais, uma vez cristalizada, é mantida, modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais. (BERGER & LUCKMANN, 2010).

Humberto Maturana e Francisco Varela, com o objetivo de caracterizar os seres vivos, enquanto sistemas que produzem a si próprios, introduziram o conceito de “*autopoiese*”, tendo como ponto de origem a interdisciplinaridade. *Poiesis* é um termo grego que significa produção. *Autopoiese* quer dizer autoprodução e surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974, em artigo publicado por Varela, Maturana e Uribe, para caracterizar os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Esses sistemas são autopoieticos por definição, porque recompõem continuamente os seus componentes desgastados. Portanto, que um sistema autopoietico é ao mesmo tempo produtor e produto. (ALFERES, 2010; MARIOTTI, 2015)

³² O termo "identidade" reapareceu tanto no vocabulário das Ciências Sociais como na linguagem corrente. Como em qualquer período que se segue a uma crise econômica de grande dimensão, a incerteza quanto ao futuro domina todos os esforços de reconstrução de novos quadros sociais: os do passado já não são pertinentes e os do futuro não estão estabilizados. (DUBAR, 1997)

A *autopoiese* considera que todos os organismos funcionam devido a seu acoplamento estrutural, ou seja, devido à sua interação com o meio, que se caracteriza por uma mudança estrutural contínua (que não cessa enquanto houver vida) e, ao mesmo tempo, pela conservação dessa recíproca relação de transformação entre o organismo (unidade) e o meio, pois a forma como ocorre esse processo depende do meio e do contexto em que se vive. Isso significa que, embora sejamos determinados por uma estrutura biológica, essa determinação estrutural não implica em reducionismo biológico, pois o meio interfere na forma com que interagiremos com nossas próprias estruturas. (ALFERES, 2010)

Apesar de seus limites, a pessoa está em constante processo de construção e autoconstrução e sua interação com o meio ocorre a partir de uma regulação circular, na qual o meio age sobre o indivíduo e o indivíduo age sobre o meio e não a partir da sobreposição e determinação de um sobre o outro, apenas considera-se que, diferentemente do que se convencionou pensar sobre a determinação filogênica, a *autopoiesis* não considera que o meio seja determinante de uma estrutura ontogênica, ele “apenas” participa de sua transformação. (ANDRADE, 2012)

O sujeito é sistema complexo, nem totalmente fechado nem totalmente aberto ao exterior, que interage com o meio/mundo a partir de si próprio, e não por determinação de algo vindo do exterior. O sujeito relacional intensifica essa dinâmica e necessita abordagem do *habitus* e das rotas críticas. (DONATI, 1998)

Pensar complexamente consiste em contrair a obrigação de suspender o antagonismo dessa bipolaridade, em abster-se na agnóstica discursiva onde se confrontam deterministas e indeterministas, em adoptar a forma do espírito científico que acolhe a contradição, o paradoxo, a dialéctica e a multiplicidade de níveis de análise. (AGRA, 2008, p. 66)

As pessoas são encaradas como atores que se movem em dado contexto e numa dada temporalidade e que, ao longo do seu percurso existencial, vão construindo significações e sentidos próprios para o agir e para o posicionamento face ao mundo (Manita, 2000). Dois aspectos se revelam fundamentais à compreensão dos sujeitos e das suas ações: a temporalidade (e nela, os processos) e intencionalidade (suporte de construção das significações e dos sentidos).

Retomando aos casos de Mogli e das meninas criadas pelos lobos, Maturana e Varela (1995), entendem que, embora biologicamente humanas, essas crianças adquiriram hábitos do meio em que viveram. Disto se conclui que o processo de cognição é autopoietico e autônomo. Apesar de humanas, em face de suas estruturas orgânicas, os hábitos adquiridos pelo meio em que viveram e construíram seu conhecimento, tiveram forte influência na definição de seus comportamentos. Como dito pelos autores, “embora sua constituição genética, sua anatomia e fisiologia fossem humanas, as duas meninas nunca chegaram a se acoplar num contexto humano”.(MATURANA & VARELA, 1995, p 161)

Isso demonstra que a *Autopoiesis* não desconsidera a influência do meio sobre a autonomia do agir humano, pois apesar de sua estrutura biológica ser determinada, essa mesma estrutura faz parte de um sistema autocriador. A preocupação central da *autopoieses* não é exclusivamente a realidade e a existência do mundo, mas a forma como os interpretamos e os compreendemos.

Cândido da Agra (1997) chamou de sujeito *autopoietico* aquele que transforma os seus fatos objetivos em valores subjetivos, distribuídos por diferentes e múltiplos planos de significação existencial. É a esses planos ou formas de vida que se dirige a estratégia empírico-hermenêutica requerida por um novo paradigma das drogas.

Cabe aos estudos interdisciplinares construir as abordagens capazes de compreender a complexidade, deste processo de construção do indivíduo no contexto de uma sociedade globalizada, profundamente marcada pela presença massiva de novos objetos técnicos de comunicação e informação que produzem cultura e educação.

Considero que interdisciplinaridade mais que combinar disciplinas ou discutir a família por diferentes olhares, e projetos políticos, sociais, é um conhecimento complexo que envolve uma disputa discursiva e um projeto cognitivo [...]

[...] entendo que interdisciplinaridade não se constrói apenas içando pontes entre disciplinas, mas principalmente por um processo de debates entre posturas, projetos, cosmovisões, inclusive entre razão científica e razão teológica, e o que os pós modernos, de forma pejorativa chamam, “as grandes narrativas”, como as perspectivas do materialismo científico sobre mudanças de sistema sócio político cultural e micro política, e os questionamentos sobre essências do humano, assim como o ideário de políticas de identidade, orientações que modelam olhares sobre a família. Disputas discursivas não implicam necessariamente em pugilatos, extermínio do outro, mas reconhecer campos de alianças possíveis,

comunalidades e colaborações, mesmo que relativas e estratégicas, e demarcações de fronteiras, projetos de vir a ser, códigos e estruturas, respeitando a identidade do outro conhecimento, mas principalmente por uma razão crítica do discurso disciplinar. (CASTRO, 2012, p. 12)

Filiando-me ao pensamento de Vasconcelos, quando se refere a necessidade de um termo mais conciso e que seja entendido por todos os possíveis leitores desta tese, utilizamos o termo “interdisciplinaridade” de uma forma mais abrangente. Não obstante, entendamos que os Estudo do Fenômeno da Droga (EFD), seja de caráter transdisciplina, ensejando uma nova disciplina:

[...] os campos trans- implicam em uma radicalização do nível anterior, como a estabilização de um campo teórico, aplicado ou disciplinar, de tipo novo e mais amplo. A ecologia e a saúde coletiva constituem bons exemplos disso. O campo da saúde mental também pode ser entendido como um transdisciplinar e transparadigmático, capaz de confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre elas, tendendo a criar, inclusive, novos tipos de trabalhadores, com uma profissionalidade mais ampla. As categorias de “operador”, no sistema italiano, e a de “trabalhador da saúde mental”, no contexto brasileiro, são sinais claros dessa tendência. (VASCONCELOS, 2004, p. 114)

Na esteira dos estudos de criminologia e na perspectiva de respeitar a multidimensionalidade do novo campo científico, aqui passa a ser o ponto de inflexão, desta pesquisa, por entender a necessidade de elaboração de saberes próprios que é o Estudo do Fenômeno da Droga (EFD).

Nas últimas décadas, o consumo de drogas, em seus variados matizes, vem ocupando espaços com *status* de interesse público, em todas as esferas, tanto em nível internacional como nacional, atritando em inúmeras instituições, provocando, com isso, as diferentes áreas do saber e de intervenção a debruçarem-se no estudo e análise deste fenômeno (Fonte, 2007). Estas áreas têm produzido olhares e discursos distintos sobre essas substâncias gerando dispersões conceituais que nos obrigam a um exercício de análise e de clarificação dos conceitos (Zaluar, 2004; Fernandes & Ramos, 2010; Santos & Baldini Soares, 2013). À vista disso, sabendo que não é um discurso científico independente, porém que se situa em autonomia e heteronomia face a outros discursos, é possível encontrar alguns modelos explicativos, interpretativos, técnico-científicos sobre este fenômeno. (AGRA & FERNANDES, 1993; FONTE, 2007; PONS DIEZ, 2008)

Sendo o consumo de drogas da ordem do biopsicossocial, a compreensão do fenômeno droga exige a interdisciplinaridade (Sá, Cedran & Piai, 2012), a emergência de um paradigma que permita a interferência do biológico, do psicológico e do sociocultural. A dependência vence os limites do saber institucionalizado, ela exige um descortinar transdisciplinar (Duarte, Arruda & Santos, 2017) que possa dar conta entre os cruzamentos do biológico, social, cultural. (AGRA, 1982; VALENÇA et al, 2013)

O debate sobre a questão das drogas tem sido realizado ao longo da história em vários campos do conhecimento, fomentando a pesquisa deste objeto por essência transdisciplinar. Assim, os mais diversos estudos podem ser visualizados: de investigações realizadas na esfera sanitária pela medicina, psiquiatria e farmacologia, às pesquisas na área das humanidades, como antropologia, sociologia, história, psicanálise e psicologia. (CARVALHO, 2010, p.1)

A cultura da droga é composta por um mosaico de diferentes competências, dispostas sobre um fundo de natureza tensional. O conhecimento científico contraria, normalmente, o sentir comum, não raramente, a experiência técnica. Por seu turno, o saber jurídico constitui-se num difícil jogo de equilíbrio ao tentar adaptar-se, ao mesmo tempo, as forças contrárias: ao conhecimento científico e técnico, de um lado, à prática comum do outro.

O sistema do “fenômeno das drogas”, como *autopoietico*, demarca seu próprio limite, auto-referencialmente, na complexidade própria do meio ambiente, mostrando o que dele faz parte, seus elementos, que ele e só ele, como autônomo, produz, ao conferir-lhes qualidade normativa e significado jurídico às comunicações que nele, pela relação entre esses elementos, acontecem. (ALFERES, 2010)

Existem considerações contraditórias a respeito do fenômeno das drogas, com isso, faz-se relevante um esforço na estruturação de uma ciência que possa dar conta desses eventos atinentes às drogas. Dada esta situação, uma ciência do Estudo do Fenômeno da Droga não pode se limitar a uma interpretação reduzida. Não é possível, proceder análise por pontos isolados, numa única direção do saber ou dos fatos, mas dever-se-á buscar conceitos mais abrangentes, utilizáveis em outros contextos, servindo já para a transposição de questionamentos e construções conceituais consagradas, possibilitando comparações e investigações conexas em

outros campos. O desenvolvimento das ciências das drogas não se dá apenas reagindo aos seus próprios impulsos, mas estimulado por “irritações” do ambiente social.

Não há pretensão de unir todas as pontas soltas, mas contribuir para sistematização de caminhos e algumas estratégias nessa direção, pois tem a ver com a concepção epistemológica proposta, a formação da pessoa contextualizada nos ambientes sociais em que convive e nas perspectivas subjetivas.

Pode-se caracterizar o E.F.D. como um campo nitidamente transdisciplinar, por interagir com domínios multifacetados na sua conformação, situando-os no mesmo nível hierárquico e com finalidade comum: Políticas Públicas (Segurança, Educação e Saúde), a Química, a Fisiologia, a Medicina, a Psicologia, a Sociologia, a Economia, a História, o Direito, a família, mas sem se confundir ou depender deles.

O estudo sobre drogas não é um ramo das ciências biomédicas (dando conta das substâncias, já lhes escapa os indivíduos e os contextos); não é ramo das ciências psicológicas e do comportamento (dando conta dos indivíduos, já lhes escapa as substâncias e os contextos); não é do ramo das ciências sociais (dando conta dos contextos, já lhes escapam as substâncias e os indivíduos). (AGRA, 1997, p.12)

A investigação a respeito da dependência de drogas não deverá, tendo em conta a natureza deste fenômeno, ter um método único, exigindo a articulação de diferentes métodos, estes deverão ser:

- a) a experimentação (laboratorial e social), que permitirá obter dados mais estruturo-funcionais, salientando o lado factual dos fenômenos;
- b) a observação, com técnicas de observação psicológica e etnográfica, permitindo a descrição das estruturas, funcionamento e processos dos consumidores e dos seus contextos, e;
- c) a interpretação, através de técnicas narrativas, que explorará a dimensão temporal e construção de significações (AGRA, 1997).

Nesta linha de análise, do fenômeno droga, que Agra (1997) entende a existência de algumas abordagens:

- 1) Nas abordagens clínicas, o indivíduo-doente ou paciente constitui-se como o objeto que irradia as interrogações, os problemas e as hipóteses. A análise central destes modelos é apenas o indivíduo em si mesmo. Parece-nos assim que, o

material clínico da dependência em drogas, representa uma possibilidade perceptiva sobre o fenômeno, com um valor heurístico dentro de determinados limites. O problema aparece quando se toma a parte pelo todo, reduzindo a interrogação das drogas a uma realidade apenas clínica. (FERNANDES, 1989; DUAİLÍBI et al., 2008; CHAVES et al, 2011)

2) Nas abordagens comportamentalistas, a substância-comportamento desencadeia as respostas e os reforços, produzindo o toxicodependente, ou seja, nestas abordagens, assistimos ao deslocamento da explicação centrada no indivíduo (abordagens clínicas) para a explicação centrada na substância. (FERNANDES, 1990; FONTE, 2007)

3) Quanto às abordagens cognitivistas, encontramos uma abertura aos processos que integram o meio, sendo que, faltavam as abordagens que procuram a explicação do uso de drogas e da dependência centrando-se no meio, ou seja, que procuram esclarecer o fenômeno droga a partir da interação do indivíduo com as estruturas para lá de si. (AGRA & FERNANDES, 1993)

Em consonância com o exposto acima, a aproximação reforçada com Luhmann indica o caminho basilar dessa tese, a de que cada:

(...) indivíduo pode escolher declarar que a sociedade, e não ele, é doente. O repertório à disposição vai da anarquia à resignação, passando pelo terrorismo; da pretensão do indivíduo de fazer aquilo que lhe apetece à pretensão de que não se espere nada dele". (LUHMANN, 1984, p. 366 (tradução livre)

Ao ser humano resta a escolha de declarar absurdas as próprias pretensões de possuir pretensões ou de declarar a sociedade absurda (Luhmann, 1984). Ou ainda, à medida que a consciência vivencia um sentido ou outro, acumula-se uma história que caracteriza a individualidade da consciência e que forma, mais ou menos, aquilo que se pode chamar de "personalidade" (Corsi, 2015), seguindo-se caminhos de aproximação ou distanciamentos das drogas.

No processo de socialização, a pessoa sofre forte interferência do meio a qual vive, indiferentemente de sua família encontrar-se em situação estável, econômica ou socialmente, ou em situação de vulnerabilidade, pois terá outros segmentos que incidirão em sua formação como escola, religião e grupos de amigos. Porém, na

questão da adição das drogas, independentemente da origem ou problema familiar, o item que mais contribui para o início do uso de substâncias é a curiosidade – conforme já assinalado anteriormente e, como visto no gráfico nº 1, acima. Esta, por sua vez, pode ter sua gênese em alguns domínios, como alguns comportamentos de membros da família. As tramas e os dramas se configuram em dimensões não necessariamente diretas e de primeira esfera interrelacional como pais/mães, podendo ser indicados na literatura especializada a participação de parentela mais extensa (tios, primos, etc) que fazem uso de álcool, nos finais de semana e, constantemente, a/o jovem presencia e cresce com essa cultura.

Dois outros fatores de “espetacularização” (Cavalcanti & Silva, 2010) e incentivo podem ser vinculantes ao *Mass Media* e livre acessibilidade. No primeiro caso, elemento de forte ingerência é a mídia através de seus personagens, apelos sexuais e grandes eventos, estes muitas vezes patrocinados pelo governo como esportes e carnaval. (RIBEIRO et al, 1998)

Outro componente significativo é o acesso (disponibilidade), que pode ser constante, devido ao local que mora ou frequenta, ou circunstancial, roda de amigos. Todos esses elementos podem conduzir a experimentação e o início do uso/consumo. (MACRAE, 2001)

3.4 GRUPOS RELACIONAIS E CONTEXTOS ECO-SOCIAIS: afetos, laços, abusos ou omissões

Em ambas as etapas de formação e investigação realizados por nós – tanto em nível de mestrado quanto de doutoramento - pôde-se observar a forte influência de grupos relacionais e contextos eco-sociais para o início do uso de substâncias psicoativas, incluindo aqui o álcool. Funcionando, estas substâncias, como um facilitador dos diálogos, desfazendo as diferenças e criando pontes. Contudo, como agisse nos bastidores, silenciosamente, aquela razão que estimulava a coesão altera a sua direção, muda de lado, como mudasse de time. Em vez de acomodar, desacomoda, o grupo se dilui para o individual, o tempo se reduz para poucas competências, estreitando ou fechando portas acerca das relações.

Fulcrado na hipótese que a construção da pessoa é fruto de sucessivas socializações, foram colhidas narrativas com escopo de investigar se as informações

se aproximavam ou distanciavam-se das possibilidades acima aventadas. Até porque as argumentações teóricas trazidas caminham nessa direção e delineiam relações e contextos.

O conceito de família, vem se ampliando, permitindo novas concepções, configurações e organização da vida dos seus membros, sendo valorizado os sentimentos e os afetos, não sendo fundamental a biologia, inscreve-se a família em contextos de mudanças. Segundo estas tendências deve se promover a diversidade e a pluralidade; não deve haver padrões públicos; o Estado deve afastar-se de regulamentos, deve tratar de forma igual as diferentes formas de socialização (Dias, 2011). Por outro lado, Donati (1998) assevera que família é aquela relação que nasce especificamente na base do casal homem/mulher a fim de regularem suas interações e trocas de modo não casual.

O artigo 226, da Constituição Federal do Brasil, de 1988, confere à família especial proteção e entende que é a base da sociedade:

Família em seu coloquial ou proverbial significado de núcleo doméstico, pouco importando se formal ou informalmente constituída, ou se integrada por casais heteroafetivos ou por pares homoafetivos. A Constituição de 1988, ao utilizar-se da expressão "família", não limita sua formação a casais heteroafetivos nem a formalidade cartorária, celebração civil ou liturgia religiosa. Família como instituição privada que, voluntariamente constituída entre pessoas adultas, mantém com o Estado e a sociedade civil uma necessária relação tricotômica. Núcleo familiar que é o principal lócus institucional de concreção dos direitos fundamentais que a própria Constituição designa por "intimidade e vida privada" (inciso X do art. 5º). Isonomia entre casais heteroafetivos e pares homoafetivos que somente ganha plenitude de sentido se desembocar no igual direito subjetivo à formação de uma autonomizada família. Família como figura central ou continente, de que tudo o mais é conteúdo. Imperiosidade da interpretação não-reducionista do conceito de família como instituição que também se forma por vias distintas do casamento civil. Avanço da CF de 1988 no plano dos costumes. Caminhada na direção do pluralismo como categoria sócio-político-cultural. (BRITTO, ADPF 132/2011)

A família participa dos dinamismos próprios das relações sociais e sofre as influências do contexto político, econômico e cultural no qual está imersa. A perda de validade de valores e modelos da tradição e a incerteza a respeito das novas propostas que se apresentam, desafiam a família a conviver com certa fluidez e abrem um leque de possibilidades que valorizam a criatividade numa dinâmica do tipo tentativa de acerto/erro. (ALCÂNTARA, MOREIRA & PETRINI, 2009)

O desenho familiar sensível aos fatores externos, como: econômicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos sofreu alterações na sua estrutura e dinâmica. Estes fatores, associados ou não, podem ter refletido na organização interna das famílias, como por exemplo: diminuição do número médio de filhos; diminuição da fecundidade; aumento do número de pessoas sós; diminuição das famílias numerosas; aumento das famílias recompostas; aumento das uniões de fato e uniões livres; crianças criadas por avós ou tios; e famílias homossexuais. (DIAS, 2011)

As famílias são constantemente desafiadas por limites imprecisos, por aspirações de consumo, interações entre os sujeitos cujo o desequilíbrio de um membro poderá desarmonizar o sistema familiar. O consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) poderá ser um elemento de instabilidade a depender de como esses componentes e o adicto interagem com a situação.

Nesse grupo, o propósito foi verificar se havia alguma relação direta ou indireta com o desenho familiar, cujo senso comum tende a responsabilizar, em geral, a família por qualquer “desvio comportamental”³³ de seus integrantes e o consumo de droga.

Como a pesquisa foi pautada em entrevista semiestruturada³⁴ (Apêndice “C”), ao iniciar o diálogo, perguntava: Em relação a tua família, lembra de algum fato que tenha te marcado? Permitíamos que as pessoas narrassem tudo aquilo que lembrassem e queriam trazer a público. Tendo pontos norteadores, com escopo de evitar divagações não pertinentes a pesquisa.

³³ Entende-se aquele comportamento fora dos padrões estabelecido pelo grupo que se encontra a pessoa em questão.

³⁴ Com o propósito de conservar a fidelidade das entrevistas e aproximar, o máximo possível, das expressões e intensidades das narrativas mantivemos as falas conforme ocorreram (sem correções).

Quadro nº 8 - Contextos parentais e o uso de drogas

(H4.PT)-R36 (Álcool/violência)	[...] meu pai era alcoólatra e me batia muito, uma coisa que me lembro bem, tinha uns 7 anos, eu estava sentado vendo televisão, ele chegou do nada e começou a me dar socos e bater, a minha tia que tava na hora, se meteu... foi uma confusão...
(H1.BR)-R24 (Álcool/naturalidade)	[...] era; também, por causa do alcoolismo dele, minha mãe cansou; pode ser também porque assistia muito ele chegar bêbado em casa, ele beber, e até um momento eu achei que bebida era uma coisa normal; é, eu achava que era coisa normal; na frente; é, em todo momento que ele muito ligado comigo, todo momento era no trabalho, quando eu trabalhava com ele, que ele tinha uma metalúrgica, ai bebia lá na metalúrgica, bebia na rua, no caminhão voltando para casa, ai indo pra casa, sempre; passou a ser normal.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

O comportamento dos pais³⁵ deve ser considerado como aspecto importante em relação ao uso de drogas de seus filhos, reforçando e/ou contribuindo para iniciação dos(as) jovens. Essa relação, constitui um significativo fator a ser considerado, porém não isolado.

O processo de socialização é o espaço privilegiado da transmissão social dos sistemas de valores, dos modos de vida, das crenças e das representações, dos papéis sociais e dos modelos de comportamento. Este processo de aprendizagem varia de acordo com o universo de socialização, forçosamente diferente segundo a origem social da criança, definida pela sociedade onde ela vive, pela classe social a que pertence e pelo grupo familiar. (BELLONI, 2007, p.59)

Entre muitos fatores que podem contribuir para o consumo de drogas, estão os estilos parentais³⁶, que compreendem os estilos negligente, indulgente e autoritário.

Pais que apresentam níveis baixos de responsividade³⁷ e de demonstração de afeto e controle, sem manifestar interesse nas atividades, companhias e preocupações dos filhos, são considerados negligentes. Indulgentes são aqueles muito afetivos, mas pouco exigentes. Os autoritários manifestam um padrão elevado de exigência, com predomínio da imposição de regras, sem perceber relevância nas opiniões dos filhos. São pouco afetivos, demonstrando diminuído apoio ao adolescente. (BENCHAYA et al, 2011, p. 239)

O alcoolismo tem forte influência na dinâmica do funcionamento familiar e essa

³⁵ Pais/Mães, nesse contexto, encontram-se de forma genérica, como pessoas que possuem a responsabilidade pelos cuidados do menor, tanto crianças ou adolescentes. Aqui não enfatizaremos as relações de economia ou ética do cuidar, mas somente a noção de adultos e vulneráveis em convivência.

³⁶ Representa a maneira pela qual os pais lidam com as questões de disciplina, hierarquia e apoio emocional na relação com os filhos. (BENCHAYA et al, 2011, p. 239)

³⁷ A responsividade refere-se àquelas atitudes compreensivas que os pais têm e que visam, por meio do apoio emocional e da bidirecionalidade na comunicação, favorecer o desenvolvimento da autonomia e da autoafirmação dos filhos. (BENCHAYA et al, 2011, p. 239)

disfunção desempenha um papel mediador na transmissão intergeracional de comportamentos. Acarretando, desta maneira, um maior risco dos(as) filhos(as) se tornarem usuários(as), uma vez que o comportamento parental lhes serve de modelo. Contudo, é relevante sublinhar que a droga de eleição, podendo ser lícita ou ilícita, não é ponto preponderante da questão e, sim, a relação que a pessoa estabelece com ela.

Essa relação será influenciada pelo universo de interações, tais como: (a) ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos; b) envolvimento materno insuficiente; (c) práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas; (d) excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superproteção; (e) educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações; (f) monitoramento parental deficiente; g) aprovação do uso de drogas pelos pais; (h) expectativas incertas com relação à idade apropriada do comportamento infantil; (i) conflitos familiares sem desfecho de negociação. (SCHENKER & MINAYO, 2005)

Por sua vez, em grande número de famílias há ingestão de álcool, mas não existe o quadro de violência. O álcool não pode ser considerado como causa de espancamento. Existem famílias que a violência ocorre sem que nenhum álcool tenha sido ingerido. O que se pode pensar é que a disposição para bater nos filhos já estaria no agressor sob a forma de uma vontade explícita ou como possibilidade latente à espera de uma oportunidade ou de um pretexto para manifestar-se e atuar. Esta vontade preexistiria e coexistiria com a ação do álcool no organismo, mas dela se beneficiaria devido aos efeitos psicobiológicos que a bebida alcoólica provoca. (GUERRA, 1986; OMS, 2004; SANTOS & PILLON, 2008)

Na realidade, os indivíduos como seres sociais seguem as regras e as formas de controle internos (autocontrole), controles morais, controle do grupo de convivência (família, amigos, religião, escola e alguns outros) e de controle macro social (Judiciário, Ministério Público, Polícias etc). Possuem as suas singularidades, tais como: formação cultural, constituição psicológica, estado mental situacional (abalos circunstanciais), que se mantém contidos pelos variados modelos de controle. Porém, quando fazem a ingestão de alguns tipos de drogas, pode ocorrer o

encurtamento ou esmorecimento das formas de controle subjetivo. Vindo, desta maneira, à tona sentimentos e ações que estavam contidos, como libertasse a pessoa dos grilhões da vigilância simbólica e/ou real, ou seja, não é a substância que tem o condão de tornar a pessoa mais ou menos violenta, amigável, alegre ou triste. (RAUP & ADORNO, 2015)

Os agressores procuram recriar com seus filhos o estilo educacional adotado com eles mesmos em sua infância. Se revelam como pessoas com um alto nível de exigência em relação ao desempenho de seus filhos, nutrindo expectativas não-realísticas acerca do comportamento infantil, acabando por exigir das vítimas atitudes não-compatíveis com a sua idade cronológica. (OLIVEIRA, 1996; OZDEMIR & KOUTAKIS, 2016)

Com relação ao uso de drogas pelos jovens, entendemos que não há uma relação linear entre o abuso de álcool ou outras drogas, haverá ações combinadas com outros fatores, tais como: papel da escola, o grupo de amigos, comunidade de convivência e o papel da mídia. (NERY et al, 2013)

Quadro nº 9 - Mão Dupla: Escolas e famílias, possível parceria?

(M2.BR)-G28) (Acesso/omissão)	[...] quando tinha meus 12 anos em vez de ir pra escola ficava pela rua, minha mãe pensava que estava na escola, estava pela praia, estava pelo pelourinho com bocado de menino de rua e comecei ficar por ali, aí me ofereceram maconha, me ofereceram cola... da cola bateu a curiosidade de fumar o crack. Eu estudava lá no meu bairro na Ribeira, aí saía de lá ia pra praia, meu pai trabalhava e minha mãe ficava em casa, não conferia meu caderno, às vezes chegava de tarde, às vezes chegava de noite e dizia que estava ali na rua e minha mãe nunca que ligou...achava que estava por perto e acreditava, mas estava longe....
(H1.BR)-R24) (Omissão)	[...] levava até pra escola, até pra escola a gente levava; fingia que não viam porque a gente tinha aquela ilusão de colocar o vinho com coca-cola dentro do frasco de refrigerante pra todos os efeitos, pensavam que era refrigerante, mas não era; um pouco, mas não percebia não.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Não são incomuns os casos de crianças e jovens que deixam de comparecer às escolas, para frequentarem casas de jogos e, como nas narrativas coletas na pesquisa, vão fazer uso de drogas ou se prostituir. Os pais (cuidadores) acreditam que os(as) filhos(as) estão na escola e acabam se surpreendendo com fatos que ocorrem no horário escolar. (JORDÁN, SOUZA & PILLON, 2009)

Encontrar um responsável isolado é impossível, pois não há. Em uma história de vida, há uma diversidade de atores que compõe a equação. E a autopoésis e relações de complexidade da experiência humana se matizam com expressividade.

É importante enfatizar que na etiologia de doenças e fatos nunca existe apenas um único causador. E é consideravelmente difícil definir qual o causador mais importante e quais são irrelevantes, o que geralmente são temas polêmicos no meio científico. Atualmente nas ciências da saúde se segue o modelo biopsicossocial que considera todas as doenças com origens simultaneamente biológicas, psicológicas e sociais sendo necessário uma atuação multiprofissional para efetivamente combater a doença, dando preferência para a prevenção primária. Por exemplo, para o desenvolvimento de um câncer (tumor), existem fatores biológicos (predisposição genética, reação a toxinas, displasias), fatores psicológicos (comportamentos de risco, estresse prejudicial à saúde, dependência psicológica em substâncias cancerígenas...) e fatores sociais (reforço social para o uso de álcool, tabaco e outras drogas, trabalhos insalubres...). E apenas fazer o tratamento médico não vai resolver o problema a longo prazo. (MINAYO, 1988, p. 62)

Pode, talvez, um ator ter um peso maior, mais não será o único a definir o resultado. Desta feita, é imperioso que atores coadjuvantes e principais, como as Secretarias de Municipais de Educação, os representantes das promotorias, os conselhos tutelares, as polícias e cuidadores reúnam-se com propósito de verificar e dissuadir essas práticas.

A relação comprometida entre a escola e a família inclui ganhos para os estudantes, para a família, para a escola e para a sociedade. Para que haja essa relação, comprometida e motivada, deverá criar cumplicidade e parceria entre essas instituições, escola e família. Para tanto, deverão se conhecer através de ações concretas que garantam que as famílias tenham o maior número possível de informações sobre o trabalho das escolas e que essas conheçam de fato as famílias de integrantes da comunidade. (ZAGO, 2011)

Para alcançar esse desiderato, a empatia é primordial, ou seja, que permita a cada um conhecer e compreender as diferenças e dificuldades do outro sem nenhum julgamento de valor. Há famílias em territórios de alta vulnerabilidade social e, essas desigualdades territoriais, estão intrinsecamente relacionadas com desigualdade de oportunidades educacionais (Dias, 1998). Crianças, adolescentes e jovens de comunidades marcadas pela pobreza, como nas periferias das grandes cidades e nas zonas rurais, usufruem de ofertas educacionais mais restritas.

Faz lembrar a música “a novidade” cantada por Gilberto Gil e pelo conjunto musical Paralamas do Sucesso, que tem em seu núcleo uma série de alegorias simbolizando a desigualdade social:

[...] Oh! Mundo tão desigual
Tudo é tão desigual
[...]
Oh! De um lado esse carnaval
De outro a fome total
[...]

(BI RIBEIRO, GILBERTO GIL, HERBERT VIANNA & JOAO BARONE, 1986)

Desta maneira, torna-se relevante o combate a todas as formas de discriminação e preconceitos que afetam negativamente à vontade de estudar dos alunos e a disposição de participar das famílias. Sendo necessárias políticas focalizadas em razão dos desafios específicos. (Batista & Carvalho-Silva, 2013).

Como ações efetivas, consideramos como oportuno a fiscalização das presenças e verificação do que conduzem os(as) alunos(as) em relação às escolas. Ao sopesar valores, devemos ter a cautela de contextualizar os fatos, de onde falamos (bairro, município, estado, país) e de que momento da história estamos nos referindo, século XIX ou no tempo presente.

Assim, a escola cristã não deve simplesmente formar crianças dóceis; deve também permitir vigiar os pais, informar-se de sua maneira de viver, seus recursos, sua piedade, seus costumes. A escola tende a constituir minúsculos observatórios sociais para penetrar até nos adultos e exercer sobre eles um controle regular: o mau comportamento de uma criança, ou sua ausência, é um pretexto legítimo, para se interrogar os vizinhos, principalmente se há razão para se pensar que a família não dirá a verdade; depois os próprios pais, para verificar se eles sabem o catecismo e as orações, se estão decididos a arrancar os vícios das crianças. (FOUCAULT, 2008, p.174/175)

A vigilância das e nas escolas, por outro lado, pode fazer com que cuidadores se distanciem de suas responsabilidades e queiram delegá-las às escolas. Esse controle não deve substituir o contato sincero e a troca direta entre cuidadores e filhos(as), pois o acompanhamento dos filhos(as) pelos pais é de relevante alcance (Weber, 2017). Contudo, saber distinguir o que é acompanhamento e invasão é um limite tênue, que em vez de contribuir para o desenvolvimento de autonomia criando um ambiente de confiança recíproca e acordos, poderá prejudicar a relação e

impulsionar o(a) jovem a mentir e criar artifícios para escapar ao controle³⁸.

Quadro nº 10 - Sentimentos e Reflexões: culpas ou desculpas...

<p>(M2.BR)-G28 (Mentiras/decepções)</p>	<p>Com 19 anos tive um deslize, cometi um homicídio, aí meu pai foi me visitar, por sorte estava toda machucada, ele falou que não ia me deixar naquele lugar, ia fazer o impossível que não ia me deixar naquela situação aí foi lá, ele tinha conseguido se estabilizar, tinha comprado um carro usado, não era aqueles carros do ano, mas servia para ele. Aí ele vendeu o carro para pagar advogado e fiança... essas coisas aí... para me tirar de lá. Eu saí... ele foi me buscar com a minha mãe e eu toda prometendo que não ia mais usar crack, quando cheguei em casa a primeira coisa que eu fiz foi pegar o celular dele para sair para rua para trocar e poder fumar. Agora ele tem raiva de mim, tem mais de dez anos que eu não falo com meu pai, que ele não me dá um bom dia. Ele diz que para ele eu estou morta, que só tem 4 filhos.</p>
<p>(M2.BR)-B41 (Confiança/drogas)</p>	<p>Na verdade, a família adocece junto e a doença deles não tem conserto...porque a doença deles é a falta de confiança e a minha é o uso da droga e a deles é a confiança perdida... eu acho que a confiança leva tempo para construir e para perder é um minuto e depois que perde não tem aquela coisa, que acabei de falar, tem coisas que não voltam atrás, você pode até construir outra confiança que não existia ainda, pode vir a confiar naquilo que eles nem sabiam que eu sabia fazer, mas não haverá retorno de confiança, não vai haver. Tanto da parte dos meus pais como da parte dos meus irmãos... como da parte dos meus filhos, é uma questão assim... de... sabe quem convive... eles me viram fazer coisas que nunca imaginaram que eu era capaz de fazer e que viram eu fazer... então eles ficam se perguntando o que ela é ainda capaz de fazer? Então... é uma confiança que eles ficam sempre com pé atrás.</p>

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

As pessoas que se percebem envolvidas pelo crack e outras drogas, muitas vezes, têm sentimentos de culpa, ódio de si mesmas e rejeição. Entre os(as) entrevistados(as), encontrou-se a ambiguidade nas falas, ora tendem a culpar o grupo de amigos que apresentou a droga, ora a droga, como se estas pudessem personificar-se, e ora si próprios(as).

“Onde todos são culpados, ninguém o é; as confissões de culpa coletiva são a melhor salvaguarda possível contra a descoberta dos culpados, e a própria extensão do crime a melhor desculpa, para não se fazer nada” (ARENDR, 2004, p.40).

Entre as diferentes “culpas”, essas pessoas julgam que os comportamentos adotados por eles ou por elas, anteriormente, podem ter contribuído para sua dependência, como, por exemplo, em razão de sucumbirem a pressão do grupo ou não terem noção da dimensão das consequências daquelas ações. O problema

³⁸ Quase toda literatura contemporânea remete justamente aos campos da saúde e da educação como referência para investigação e intervenção quando do “fenômeno drogas”.

dos(as) jovens não é saber distinguir o certo do errado, mas é não conseguir dimensionar os problemas (Araujo, 2010). Isso mostra o quanto as pessoas podem se sentir culpada diante da sociedade e dos membros familiares. Portanto, os efeitos desta estigmatização, podem recair sobre elas próprias, por meio do estigma internalizado³⁹.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 1978, p.6)

É importante compreender que o estigma existe em um círculo vicioso: o estigma encoraja o preconceito e a discriminação e estes, por sua vez, reforçam a ocorrência do estigma. (RONZANI, 2014)

Além de uma intervenção desumanizada e discriminatória, outra consequência direta do estigma para o tratamento é o impacto negativo da baixa autoestima e baixa autoeficácia que interferem na realização dos objetivos de vida. Os usuários e as usuárias de drogas podem não acreditar que possam se beneficiar do tratamento porque se sentem incapazes. Os sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que eles pensem que não existem razões para se recuperar. (RONZANI, 2014)

O(a) adictos(a) pode se sentir culpado(a) no tocante ao seu estilo de vida anterior, especialmente se este estiver associado a reincidências de atos ou recaídas. A extensão desta culpa e a autoacusações podem resultar em atitudes preconceituosas de familiares e da sociedade.

Os usuários de drogas sofrem constantemente com os efeitos prejudiciais do processo de estigmatização. Consequências como perda da autoestima, restrição das interações sociais e perspectivas limitadas de recuperação influenciam negativamente no tratamento dos usuários de drogas. Além disso, as informações deturpadas transmitidas pela mídia somadas à falta de conhecimento sobre o transtorno faz com que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Assim, sofrem com a desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação. (RONZANI, 2014, p.10)

³⁹ É um processo subjetivo que faz com que o usuário de drogas tente esconder a sua condição dos outros para que consiga evitar as experiências de discriminação. (RONZANI, 2014, p. 11)

A autopunição e culpa são reveladas por eles e elas, pela mudança na vida para pior, como perdas financeiras, prejuízo na habilidade física, diminuição de motivação, debilidade na saúde e menos alegrias. Apontam-se a discriminação, a vergonha e o isolamento social como punição de seus atos.

A dependência é percebida de diferentes formas: para uns, como sensação de dor ou desconforto, experimentada quando alguém acredita haver feito algo de ruim ou errado; para outros, ela aparece como sentimento de vergonha ou sensação de inferioridade; e outros, apresentam sentimento de raiva, depressão ou adoecimento quando falharam em satisfazer as próprias expectativas e/ou as de outros.

[...] o adoecer não está vinculado apenas ao doente e a doença em si; há inúmeros aspectos que cercam o trinômio doença/família/cuidado, nas suas particularidades, como os físicos, os emocionais, os psicológicos, os financeiros e os sexuais, dentre outros [...]. (SANTOS, 2010, p. 21)

O sentimento de culpa pelo impacto causado pelo consumo de drogas aparece pelo reconhecimento dos prejuízos causados em âmbito familiar. E, destes prejuízos, pode-se considerar como grande dano, a desestabilização da confiança, um dos pilares da relação humana, sobretudo, da relação familiar. A confiança permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e relações, com consequências que afetam, de maneira importante, tanto a sua trajetória, quanto a daqueles com os quais interage.

A decisão de confiar ou não em alguém é influenciada por um componente constituído pelo julgamento racional do indivíduo, com base no que ele julga “boas razões”. Porém, para que esta avaliação possa ser realizada, é importante que esta pessoa disponha de uma base de informações. Esta base, tratada como familiaridade, é formada pelo conhecimento prévio do observado, engloba as experiências anteriores e as informações a respeito do mesmo, constituindo elementos de uma dimensão cognitiva do construto. (VALENTIM & KRUEL, 2007, p. 778)

Esses seres humanos passam a vivenciar momentos reflexivos, acerca do passado e do futuro, enquanto experimentam, no presente, esse fenômeno intenso, envolvendo suas vidas, no qual as tônicas são dúvidas, culpas e desilusões.

Quadro nº 11 - Revendo histórias: traçando caminhos próprios...

(M2.BR)-B41 (Reflexão/ distanciamento)	A cada vez que vou para o Centro eles...Dessa vez, por exemplo, que eu vim, eles nem sabem o endereço, porque fiz questão de deixar bem claro que quero passar por esta fase agora sozinha, porque essa coisa de estar sempre muito superprotegida por eles, que querem demais a minha recuperação acaba que sufoca... muita visita...muito aquela coisa que...agora eu quero parar... parar e pensar e recomeçar e ver onde que erre e colocar um retrovisor assim e sempre... um retrovisor para cada vez que eu pensar em fazer algo de errado novamente... eu olhar para o retrovisor e conseguir enxergar tudo que eu vivi e já fiz de errado na minha vida para que eu não faça tudo de novo, já passei por esta fase de cá...e subir...se você vai para o Centro pela primeira vez a família aposta tudo em você, mas com uma queda...aí pronto...quando você volta para o Centro já falam que virou bagunça vai e volta..vai e volta. Então, acho que eu agora tenho que pensar em mim, não é o quê a minha família vai...tem que ver... acho que minha família não tem que ver nada. Eu acho que eu tenho que ver onde estar o erro, eu que tenho que ver o que me leva a cá...eu tenho que ver que eu tenho que me vê, para que eles possam ver o que eu estou vendo. Porque se eu ficar sempre mostrando a eles eu nunca vou tá me vendo.
(H1.BR)-A37 (Convencimento)	O internamento, o primeiro foi a minha esposa que me colocou, fiquei 20 (vinte) dias...O segundo fui porque vi que não tinha mais jeito mesmo para mim, apesar que a minha família queria me levar de novo, mas eu não queria, mas como comecei a ver que dependia mesmo do Centro que era lugar da palavra, tem o conhecimento da palavra, aí eu fui sem a minha família saber.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

As pessoas capazes querem e precisam decidir por si, ter acertos e erros, como poder corrigir seus equívocos, dando novos rumos as suas vidas. Isso não é diferente às pessoas adictas. Devido às suas histórias de vida, muitos familiares, querem assumir esse controle, entendendo que eles e elas não saberão realizar corretamente as suas escolhas.

O que pode ser hoje em dia óbvio, o fato de que o considerado “bom” para todo mundo pode não o ser para um indivíduo que deseje ou se expresse de modo diferente, precisa ser posto em cena. Para além da moral, aquilo que em uma lógica e erro em relação ao estabelecido pode constituir o outro lado da moeda: o que se apresenta como uma espécie de modelo de ser e compreender o mundo próprio de uma pessoa. Em termos éticos, esse modo de ser pressupõe autorreflexão sobre a própria ação, levando em conta o princípio do respeito à dignidade e a integridade dos outros indivíduos humanos com quem se estabelece convivência. Em geral, que, reivindica esse lugar o faz porque tem sua dignidade ameaçada. (TIBURI, 2013, p.24)

Talvez esta superproteção (Selegim & Oliveira, 2013) possa ter colaborado para a escolha anterior. Muitos adolescentes que vivem em “redomas” não desenvolvem a capacidade de reflexão quando inseridos em contextos diferentes ou

sob pressões de algum tipo, por exemplo, a influência do grupo que almeja se inserir.

Definir algo como desviante ou como um problema social torna a demonstração empírica desnecessária e nos protege da descoberta de que nossa concepção prévia é incorreta (quando o mundo não é como o imaginamos). Quando protegemos nossos juízos éticos de testes empíricos, encerrando-se em definições, cometemos o erro que chamo de sentimentalismo. (BECKER, 2008, p. 202)

Por outro lado, existem casos que a pessoa não teve suporte familiar e quando adotou alguma postura não tinha experiência ou em quem se espelhar. No entanto, após perceber que o caminho adotado não foi a melhor escolha, terá o direito de retificá-lo, se assim achar.

O estímulo propositivo e respeitoso à vontade do indivíduo de se autotransformar, de buscar, se possível, caminhos menos danosos, com suporte do tecido social e dos serviços e políticas de qualidade ofertados em meio aberto. E esse estímulo respeitoso não pode soterrar a singularidade de cada indivíduo, nem tampouco se impor através da força bruta. A vontade de se autotransformar é um mistério para todos os hábitos e dores humanas, não há forma de controle exato de seu surgimento, mas a experiência demonstra e o Direito exige que o estímulo a ela se dê com respeito aos direitos fundamentais. (CFP, 2013, p.167/168)

É saudável que familiares, amigos ou pessoas próximas desejem a recuperação ou alteração de caminhos. Agora, devemos entender que cada ser humano tem seu tempo e preferências, que as trajetórias se constroem por meio do relacional. Fazemos parte da história, mas não somos a história, cada pessoa é e deve ser o protagonista do seu percurso.

Quadro nº 12 - Filh@s: outras histórias..⁴⁰

(M2.BR)-B41 (Exemplos/ prevenção)	[...] tive dois filhos, nesse período eu não usei, sempre me políciei...não usei na amamentação sempre tive essas restrições na minha vida né. Agora meu filho mais velho começou a andar de skate a cantar rap e tal, começou chegar em casa tomando “unzinho” e tal... cheguei pra ele e falei assim: tá vendo isso aqui..., estava fazendo uso do crack, e ele nunca tinha visto, vou te mostrar uma coisa, quero que você veja, porque você vendo eu... você vai ver a destruição que a sua mãe está passando e você pode ver de um amigo e achar que é prazeroso, então prefiro que você veja de mim que o horror que é, do que você ver de um amigo. (Exemplo através do choque, tentando afastar o filho do crack, no momento de seu uso) Outra vez vi um amigo e achei que aquilo era um prazer..., veja a destruição disso aqui, então ele tomou pavor... saiu do skate, ele disse: mãe, lá tudo mundo faz isso e eu não sabia o que era, então é por isso mesmo, alguém já tinha me informado que a turma do skate estava na latinha...eu tinha que fazer isso com ele, para prevenir porque não fizeram isso comigo, até porque quando estava nessa fase o crack foi lançado, não tinha experiência, hoje tenho.
(M2.BR)-G28 (Guarda)	Tenho duas filhas, não perdi a guarda, uma está com minha mãe a outra que tem um ano está em São Paulo com minha irmã.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

O uso de drogas de forma contumaz e intensa afeta todo o desenho familiar, desorganizando e desfazendo a sua harmonia (Foggiato et al, 2012; Gimba & Cavalcanti, 2017). Ao tratar de filhos de dependentes de drogas, esse desarranjo fica mais nítido. Ao nascer, a criança, poderá ter uma carga genética relativa a exposição às substâncias que os genitores consumiram. Ficando, desta forma, mais vulnerável a certas doenças ou propensão a desenvolver mais facilmente a dependência, caso se exponha ao consumo (Kassada et al., 2013; Xavier et al.,2017). Além do que, compartilhará, com os futuros pais, as interferências externas e internas, inclusive emocionais, resultantes dos atos praticados por eles, como por exemplo: a destituição compulsória do poder familiar pelo Estado. (FERP, KREJCI & LACERDA, 2017)

Os tempos podem estar marcados e contados cronologicamente de forma contínua, ordenada e homogeneizada. Porém, existe o tempo de cada um de nós, o tempo único e individual. Esse não se conta de forma linear, porque se pode recuar para buscar algo que ficou e/ou reconstruir aquilo que destruiu ou abalou. Existem

⁴⁰ Ver GIMBA, Marcelo de Freitas. CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. **Filh@s da pedra: desvendando vidas a partir de narrativas de mulheres usuárias de crack**. CIENTE-FICO.COM (IMPRESSO), v. 3, p. 49-68, 2014.

circunstâncias que se tornam divisoras de água, um traço que divide um mundo do outro, que há a necessidade de reiniciar, reabrir a contagem, pois não há aquilo que se queira aproveitar. Contudo, se tratando de pessoa, não há possibilidade de zerar o cronômetro do tempo, pois temos a memória, que às vezes gostaríamos de limpá-la, como se desse um “delete” ou “formatar o disco”, mas isso não é possível, talvez seja bom, pois é a partir de nossas histórias que construímos ou reconstruímos os nossos trajetos.

Para os(as) usuários(as) de drogas, conforme as declarações acima, a família seria a razão e o alicerce para recomeçarem as suas vidas, recuperando tempos vividos e projetos futuros de vida comum e bem-estar individual e familiar. No entanto, existem elementos potencialmente violentos, de violações e de conflitos.

Diante de tantos elementos deletérios, as pessoas quando contemplada e inserida numa atmosfera familiar, busca um bálsamo para amenizar o sofrimento e a possibilidade de poder voltar a viver, encarnando muitas das vezes, a figura da última trincheira. Destarte, a família é lócus da prevenção, da atenção e recuperação, por conseguinte tem um destaque expressivo no patrocínio do resgate dessas mulheres, que tem como alvo reaver o respeito e o amor dos entes que elas magoaram. É um trabalho conjunto, já que terá momentos intercalados de harmonia e recaídas. Desta feita, os integrantes, dessa família, devem ter acompanhamento de profissionais especializados, uma vez que um integrante adoece por uso de crack essa família também adoece. (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.107)

Nessa dinâmica (seja social ou familiar), há outras pessoas envolvidas, que possuem sentimentos e projetos, cujas vidas tiveram suas rotas alteradas por ações que elas não escolheram, foram impostas por forças situacionais. Filhos e filhas que tiveram como constância a ausência de seus genitores, convivendo com dúvida e a incerteza de quando e se veriam seus pais. (BIRMAN, 2006)

A dificuldade da reconstrução perpassa por todos esses caminhos, não é com um passe de mágica que tudo se normalizará. Não é uma ação unilateral, é um mundo relacional que a deposição das armas de ataque ou defesa, demandará tempo, não cronológico, mas do tudo envolvido. Por isso, o(a) usuário(a) de drogas e suas famílias ou pessoas de interação, são únicos(as), não podemos considerá-los(as) como se um conjunto da mesma espécie. O olhar é individualizado e singular, sem deixar de observar as interações e as relações estabelecidas.

Quadro nº 13 - Desfazendo amarras, tecendo vidas.

(M2.BR)-G28 (Diferente)	Desejo criar a minha filha, a pequenininha de um ano, está numa casa, está num emprego, que é complicado...muito difícil achar um emprego. Ter uma casa e ter uma vida normal, ficar com minha filha...Ser normal parece ser impossível depois que a pessoa usou drogas...quem sabe um dia...as nossas coisas são diferentes que de vocês...nós temos uma forma de resolver os problemas de forma diferente.
(H1.BR)-A37 (Sonhos)	Agora pretendo muita coisa mesmo, transformação legal mesmo, ser uma nova pessoa, né...totalmente diferente, até mesmo que antes da droga. Agora progredi bastante... até com a minha família, sei ser mais amigo de mim mesmo, ser mais amigo dos meus filhos, da minha mãe. Aprendi aqui nesse processo...essa falta toda que tive...com a minha família. Agora quero sair...curtir...né, prosperar. Minha vontade toda é prosperar...conseguir um novo emprego, uma nova casa. Agora quero me tratar para demonstrar o contrário do que eu vivi, já demonstrei muita coisa errada pra eles até hoje. Como vim parar neste centro, está servindo para mim refletir...tudo...tudo... pra assim que eu sair daqui pra eu passar transmitir para meus filhos pra não aconteça com eles o que aconteceu comigo, seria justo, né? Tenho medo que se repita, já é o segundo padrasto que fica com eles, um tem 8 anos e o outro com 11 anos.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Na narrativa de (M2.BR)-G28, percebe-se a autoestima prejudicada, onde ela estabelece uma linha divisória entre dois grupos: de normais e não normais. Ela se classifica fora da “normalidade”, distante das possibilidades de convívio social, estabelecendo barreiras subjetivas com dificuldades de ultrapassá-las, uma autoestigmatização ou parafraseando Ronzani (2014, p.11) estigma internalizado. Esses sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que eles e elas pensem que não existem razões para se recuperar. Interpretam suas vidas como um destino traçado por determinações exteriores, acabam interiorizando essas emoções como se fosse irreversível a transformação desse quadro que se encontram.

Portanto, os grupos de apoio (família, amigos, profissionais da área de dependência), no caso em tela, vem a ser a Comunidade Terapêutica onde se encontra, devem contribuir para a construção de uma noção de identidade, elevação da autoestima, habilidades de enfrentamento e integração social. (RONZANI, 2014)

Quadro nº 14 – Bairros e convivências

(H1.BR)-R24 (Perdição)	[...] eu, no bairro de São Caetano; com certeza; com certeza, lá é perdição pura, todos os lugares são, mas lá é uma coisa de louco; com certeza.
(M2.BR)-B41 (Quedas)	Eu acho que sim. Você sabe que muitas “quedas” provém de brigas... ou de decepção no relacionamento... ou de influência de amigos... ou por falta de lugar pra ir, aí você acaba indo pra casa de pessoa que usa...aí você chega lá a pessoa está usando, aí você acaba usando, uma das minhas “quedas” teve a ver com isso.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Definir o território das drogas como um lugar único, um espaço físico geograficamente definido por limites e fronteiras é ser reducionista, pois se trata de mercado volátil, permeável e enraizador. Parece ser paradoxal, porque vemos os espaços que são sitiados e demarcados pelas forças de segurança, noticiários de confrontos de “facções” por territórios de tráfico, sabemos da existência de onde comprar, as “bocas de fumo” (Zaluar, 2004; Feffermann, 2006). Sim, são pequenos locais deixados a mostra que rapidamente podem reconfigurar as suas lideranças e arranjos hierárquicos. O escambo entre vendedor e comprador se dá em qualquer lugar e horário, no convívio de pessoas interessadas ou não na mercadoria, com ou sem suas anuências. O vendedor poderá ser qualquer um, não apenas aquelas pessoas estigmatizadas das “favelas e guetos” (Velho, 2008). Grandes grupos e algumas nações possuem interesses neste mercado, que se entrelaça com outros propósitos, tráfico de armas e pessoas (MINGARDI, 2007; OLIVEIRA, 2007; DIAS, 2014).

O êxito da permanência itinerante do mercado territorial das drogas ilícitas deve-se, em grande parte, à capacidade dos seus actores de criarem interstício eco-sociais de comportamento desviante, em contextos predispostos à coexistência dos processos comportamentais microscópicos com os processos comportamentais macroscópicos. Para criarem uma matriz colectivamente referenciável no seio da clandestinidade. (AGRA, 2008, p. 40)

A nossa preocupação, no momento, será o microespaço definido por lugar de moradia e convívio de pessoas comuns que interagem dia a dia com a proximidade e facilidade de acesso às drogas, passando a sensação de naturalidade. Passa pela capacidade de tornar visível o clandestino, acessível o que parece inacessível, omnipresente o que parece estar ausente, aceitável e tolerável o que é tabu (Agra,

2008). Do aceitável e tolerável passa-se ao comum, fazendo parte da rotina das pessoas, cujas as gerações de pessoas vão se construindo e constituindo a cultura daquele grupo social.

Conforme as narrativas, nota-se a importância do local espacial como o espaço interacional (lugar que por qualquer razão às pessoas se relacionam, tanto voluntariamente ou involuntariamente, havendo algum tipo de sentimento ou emoção, nessa proximidade) para o envolvimento ou distanciamento da pessoa acerca do consumo de substâncias psicoativas.

Quadro 15 - Interrogações: entre drogas e afetos....

(H1.BR)-A37 (Tempo)	[...] aí foi indo...foi indo...passando o tempo voltei a usar de novo, aí pronto não deu pra gente ficar juntos, foi ela que decidiu assim e eu disse que ela estava certa mesmo, que não tem jeito, que estava difícil de eu largar esta droga, assim foi o processo...quando precisou eu ir para interior.
(M2.BR)-B41 (Incertezas)	Sim..não sei, eu tenho uma pessoa que está me esperando, né? Isso não quer dizer que..., eu vou recomeçar a minha vida, é porque...eu já tive outras quedas e tomei essa decisão, eu não conheço ele suficientemente para saber qual vai ser o amanhã dele, então eu acredito que para que esteja de pé de verdade, vou ter que me relacionar com alguém que possa me ajudar e me dar força no momento que eu tiver algum tipo de queda ou de sensibilidade pra isso, porque ele sendo assim também, acho que vai ser muito mais difícil, porque se um cai o outro leva o outro...eu penso...Então, eu disse isso pra ele e ele disse: eu não acredito que eu vá ter queda, mas a gente não pode saber de amanhã, eu já tive outras quedas. Ah! não sei como vai ser, eu me considero solteira.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

A droga no contexto relacional é ambivalente. O consumo tem em seu início o cariz socializador, como visto em diversos momentos da pesquisa, cujas pessoas almejam interagir e ser aceitas nos grupos de convívio e, também nas conquistas amorosas e nos relacionamentos sexuais, na fantasia da melhor performance. Em contrapartida, na progressão do grau de comprometimento com a droga, o seu tempo poderá estar empenhado para consumo dessas substâncias, relegando alguns dos atributos que antes valorizava, e até mesmo que fora a mola propulsora da procura das substâncias.

Pessoas que não fazem parte do quadro de consumo, em especial, companheiros(as), na maioria das vezes, não conseguem suportar as inconstâncias e os comportamentos dos parceiros(as) usuários(as) de drogas, vindo a resultar em rupturas e abandonos na relação (Tenório, 2013). Esses colapsos na relação afetiva

dos(as) consumidores(as), favorecem, sobremaneira, para as recaídas, haja vista que essas pessoas têm a esfera afetiva instável. Com a retaguarda fragilizada, se relacionam com outros indivíduos que coadjuvam os eventos de retorno ao uso de drogas, construindo um círculo de consumos. Não será a experimentação que estabelecerá a dependência ou doença, os percursos são imprevisíveis. Tema proposto no capítulo quatro, que será discutido algumas possibilidades.

Quadro nº 16 - Aparências e fantasias: em busca de outros prazeres

(H1.BR)-R24 (Ilusão)	[...] eu todo quieto, tranquilo, que o pessoal fala ih... esse é careta muito pacato, esse cara, não vale nada, ai fala nerd, mas quando fazia o uso da cocaína eu, ficava todo ligado botava meu óculos na cara...e ficava... aí... era o cara.. ficava no ápice, no status, por isso que pra mim ela é a pior, que cria uma ilusão; às vezes eu usava com umas pessoas só, mas não eram muitas gente não; mais isolado, mas o uso é mais em grupo, apesar que eu usei muito isolado a cocaína, mas só que a cocaína o pessoal usa em grupo, porque tem aquele grupo... fulano tem um carrinho, outro tem uma moto, pá..pá... , aquele grupinho bem-vestido.. todo mundo... e vai lá dentro do seu carro, usa a sua linha de cocaína e volta pra curtir, como se fosse uma rave; é; pô aquilo dali é feio; com certeza, ali já está escravizado mermo a mente.. e o crack é uma coisa que te oprime, quando você usa o crack você fica oprimido no canto, não quer falar com ninguém, mas cocaína não, você se sente liberto, como se tivesse despertando um gigante...
(M2.BR)-B41 (Festas)	Depois disso, que comecei a namorar esse traficante... pronto, aí foi tudo mais fácil, porque assim... a gente tinha acesso mais fácil a maconha, tinha acesso mais fácil as festas, as várias raves, todo dia tinha uma em um lugar, era uma onda...

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

As narrativas nos dão a impressão que as imagens almejadas, em determinado momento da vida dessas pessoas, podem proporcionar várias leituras, vai depender de quem é o receptor ou receptora. A imagem que objetiva representar, na maioria das vezes, nunca se tornou presente e, com o passar do tempo, se distanciam mais. Lembrando a música Quem de Nós Dois, de Ana Carolina (2002), mas com a ideia invertida: *“E cada vez que eu fujo, eu me aproximo mais”*.

Os seres humanos possuem suas necessidades primeiras de sobrevivência individuais que são: hidratar-se, alimentar-se e abrigar-se. Para continuidade da espécie soma reproduzir-se. Para atender essas necessidades, são dotados de sensores que são ligados aos neurotransmissores responsáveis pela percepção do

prazer e da recompensa (Ribeiro, 2013), o que faz perseguir a satisfação dessas demandas.

Além disso, os sentidos abrem-se como estímulos a satisfação dessas necessidades. Como ver uma bela paisagem, ouvir uma boa música, degustar a boa alimentação, sentir um bom perfume e tocar nas pessoas que gostamos. Quando temos a oportunidades de vivenciar essas experiências, estas ficam em nossas memórias contribuindo para que façamos associações e ao ver, cheirar ou sentir, criando o universo simbólico.

O universo simbólico é evidentemente construído por meio de objetivações sociais. No entanto sua capacidade de atribuição de significações excede de muito o domínio da vida social, de modo que o indivíduo pode “localizar” nele, mesmo em suas mais solitárias experiências. (BERGER & LUCKMANN, 2010, p.128)

As suas identidades são fundamentalmente legitimadas pela colocação delas no contexto de um universo simbólico (Berger & Luckmann, 2010). Jovens, tentando, mesmo de forma imaginária, usufruir do consumismo imposto pela cultura de massa:

É fácil ver como a construção da vulnerabilidade das pessoas por meio de um caráter (tom) generalizado do significado funciona no mundo social, onde o consumo de bens e serviços produzidos em larga escala é a meta de muitas instituições sociais. Os usuários potenciais de tais bens de consumo constituem uma multidão – uma audiência de massa – e o cultivo da necessidade para orientação especializada a indivíduos nessa multidão é a chave psicológica do sucesso na venda de tais bens. Ao deslocar a noção de “conselho especializado” para uma posição central na conversação social, os recipientes das sugestões sociais são cuidadosamente mantidos sob controle institucional, por meio de sua própria confiança nos especialistas, e do sentimento de que suas decisões individuais devem envolver orientação especializada. (VALSINER, 2012, p.144)

Ademais, emergem dessa indústria de massa ícones fabricados, produtos de desse ‘ritual’ capitalista: seja no cafezinho antes do trabalho, na cerveja do final de semana, nos medicamentos para dormir, para engordar ou para emagrecer, nas drogas utilizadas nas danceterias, nas escolas, etc., seja para integrar esses grupos, seja para ter alto rendimento, ou ainda, para fugir da realidade massacrante na qual o indivíduo está inserido. E esses representantes, acabam sendo sugados pelas pressões e do envolvimento muito intenso com o mercado, que nesse caso as drogas.

Para exemplificar o quanto é difícil a conscientização dessas pessoas em perceber que precisam de ajuda, citamos como exemplo o caso da cantora Amy Winehouse, que faleceu em 23 de julho de 2011, aos 27 anos. Considerada a "Diva do soul", que, provavelmente, influenciou muitas pessoas na sua forma de vida. Em seu álbum "*Back to Black*" traz a famosa "*Rehab*", talvez a canção mais conhecida de Amy, ela tripudia de seu vício em drogas e álcool: "*They tried to make me go to rehab, but I said 'No, no, no'*" ("Tentaram me mandar para a reabilitação, mas eu disse 'Não, não, não'").

Abaixo esquematizo o processo de socialização (Berger & Luckmann, 2010) da pessoa pontuando os fatores mais significativos e influentes em sua constituição e formação identitária.

Esquema nº 01 – Fatores que podem influenciar o consumo de drogas



Fonte: Elaboração do autor, 2018.

A Família encontra-se na sua socialização primária (Gomes, 2013) em seguida teremos os grupos relacionais, compondo a socialização secundária (Abrantes, 2011), que introduzirá o sujeito, depois de sua socialização primeira, em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade como amigos, escola e religião.

Na questão das drogas, independentemente da origem ou problema familiar, o coeficiente que mais contribuirá para o início do uso de substâncias é a curiosidade, fomentada pelas relações sociais (primária e/ou secundária), a disponibilidade da substância (acesso circunstancial ou constante) e a mídia (através de seus

personagens, apelos sexuais e grandes eventos, estes muitas vezes patrocinados pelo governo como esportes e carnaval). (NERY et al, 2013)

Por sua vez, não será a experimentação que constituirá a pessoa em dependente ou doente, os percursos são imprevisíveis. Tema proposto no capítulo seguinte que será discutido algumas possibilidades.

4 ROTAS IMPREVISÍVEIS: aproximações pelas “margens” por e com as drogas

*E você ainda me pergunta:
aonde é que eu quero chegar,
se há tantos caminhos na vida
e pouquíssima esperança no ar!
E até a gaivota que voa
já tem seu caminho no ar!”*

*O caminho do risco é o sucesso
O acaso é a sorte
O da dor é o amigo
O caminho da vida é a morte!*

(Caminhos, Raul Seixas, 1986)

Correntemente, na estreia do consumo das drogas a aquisição é simples e descomplicada, o grupo de amigos, um amigo ou amiga poderá ceder para juntos consumirem (Oliveira, 2017). Com o avançar às necessidades se modificam, cada pessoa possui suas exigências de consumo: lugar, horário, quantidade, qualidade e efeitos almejados. Começam sentir que devem dar seus passos em busca das suas substâncias, primeiro criam mecanismos de compra, estabelecendo seus fornecedores (pequenos traficantes ou consumidores que fazem revendas para sustentar sua dependência) ou buscam pessoas (entregadores de pizza, taxistas, etc) que façam compra direta pagando, por desconhecimento ou conveniência, preço acima do comercializado:

“Quando eu quero a pedra saio, vou à boca e compro, esqueço de tudo, não penso em nada, antes eu não sabia comprar, pedia para um taxista, ele ia à boca e me cobrava R\$ 20,00 por pedra, sendo que cada uma saia por R\$ 5,00” (L35). (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.110)

O grupo de pessoas que opta por afastar os “intermediários” e se lançar à compra direta, implementa a ruptura da possível película de proteção que ainda se conservava. Ao inaugurar esta etapa a pessoa poderá se deparar com embaraços e reveses de grande repercussão em sua vida, conforme relato de uma das entrevistadas:

Foi lá na Saramandaia, aconteceu comigo e minha colega. A gente queria dá um jeito de usar droga. Aí ela foi e se envolveu com um cara...o cara deu um dinheiro, aí ela falou: vamos lá na Saramandaia a gente está perto de lá, aí falei: lá é perigoso, ela disse assim, vamos embora, a gente compra e saí...nem fuma lá. Eu disse: estou com medo... e ela disse: vamos, para de bobeira...a gente compra logo na frente, o primeiro cara que a gente vê..., aí eu falei: por que a gente não vai para Ribeira e compra lá? Ela disse: não. Aí quando chegamos lá na porta já tinha um cara armado. Ele falou assim: o

que estão fazendo aqui? Estamos procurando crack, aí o cara foi e mostrou: é assim...assim...assim. Aí a gente foi, quando chegamos lá, o cara que mostrou pra gente já estava lá. Já fiquei com medo, pensei....pronto, aí tem coisa errada. Aí outro cara deu a pedra e perguntou: vocês vão fumar aonde? Aí ela vamos fumar aqui mesmo, aí eu disse: deixa isso quieto, vamos fumar em outro canto, lá no bairro mesmo. Aí o cara que estava quando nós chegamos, falou: ali tem um lugar que vocês podem fumar. Aí fomos, quando chegamos lá...quando estava lá dentro o cara trancou a porta, deixou a gente fumar, quando acabamos de fumar...ele veio já bateu o revólver na minha cabeça, e disse: vocês tão fazendo o que aqui? Vocês são da onde? Aí falei: sou da Ribeira, aí ele: que Ribeira, vocês são da Polenta (que é um bairro vizinho rival deles), vocês vieram pra bisbilhotar. Aí falei: moço, não sei onde fica esse lugar. Aí falou: vocês vão morrer...não sei o que...vocês vem pra cá bisbilhotar...hoje à noite vocês duas vão morrer e começou a bater na gente...e batia na cabeça... e dava murro nas costas...e batia...aí depois pegou nós duas...tinha uma ribanceira assim...pegou a cabeça da gente e mostrou lá embaixo, tinha um corpo lá, vocês vão pra lá, porque vocês são caguetes, vão morrer que nem aquele cara, vocês são caguetes. Aí eu pedia por amor de Deus...chorei...chorei...aí ele falou assim: vocês vão morrer meia noite, porque vai vim uns caras que vão reconhecer vocês, se vocês forem lá dá Polenta, vou matar as duas...nisso ele amarrou a gente, botou uma junta da outra. Aí a gente ficou lá, de repente começou aquele movimento, aí o cara chegou. A sorte que o cara era lá da Ribeira, do areal. Aí, o cara, olhou assim pra mim...e disse: essa menina não é dá Polenta não, essa doida é da Ribeira, lá do areal. Aí o cara falou: sorte que ele conhece vocês, se não ia matar as duas. Aí o cara ainda perguntou: o que as duas tão fazendo perdidas por aqui? Que nem desse bairro vocês é? Aí fomos embora...(M2.BR)-G28)

O local de compra, vulgarmente conhecida como “boca de fumo” ou simplesmente “boca”, possui organização hierárquica e a gestão da segurança com linhas de monitoramento, tanto dos vendedores de drogas como da força oficial de repressão ao seu comércio.

Desta forma, a intimidação poderá vir de ambos os lados (Daudelin & Ratton, 2017): os vendedores estão em permanente estado de prontidão e desconfiança devido ao constante confronto por disputa de território (ponto de venda) com outros grupos de vendedores (facções), imaginando que o(a) consumidor(a) que chegue para compra possa ter ido sondar (espionar) ou que seja policial infiltrado, pois a divisão de território para eles é muito nítida e instável.

Eu já sofri violência na rua, por causa de facção mesmo, por eu chegar na área dos outros, com um outro tipo de...de...de falar, né, porque tem tipos de facção, como: “é nós” e “catiara”, eu cheguei com outro modo de fazer, de engajar, eles não aceitaram, aí eles vieram. Pra comprar... quando você vai pegar a droga você tem que falar o nome da facção, por exemplo nome de uma facção “é nós”. Quando comprava era “é nós”, mas tinha mudado para “catiara”, eu não sabia, toda hora que ia eu falava “é nós”, e o cara falou que era “catiara”, eu falei que era “é nós”, aí na última vez que eu fui quase quebraram meu braço, saiu do lugar. No mesmo bairro pode ter duas ou três facções, uma facção em cada rua, pra passar não pode ser de outra facção. Para sair tem que saber o código, aqui é “é nós” e ali é “eia”, um não pode

entrar no território do outro. Como usuário, comprador, poderia entrar, mas não podia utilizar o código nem de uma nem de outra, mas como membro da facção não poderia atravessar. Eles sabem distinguir quem é comprador e quem é membro da facção, pelo modo de vestimento, pela cor do boné, tudo isso...pelo estilo de andar. (H1.BR)-A37).

Esse território não é apenas uma área geográfica, mas um lugar de certo poder, legitimado, implicitamente, pelo Estado. Fazer parte desse território e nele “trabalhar” não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas que o processo de rotulação proporciona. É alcançar espaço e visibilidade entre os que transitam nesse ambiente. A sua abrangência não é constituída de traçados fixos, entretanto estão perfeitamente delineados e conhecidos pelos componentes. Por isso, equívocos em seu traçado, pode resultar em importantes prejuízos econômicos, físicos e psicológicos.

Por outro lado, os órgãos oficiais de repressão às drogas, como a polícia, em suas operações na pretensão de dissuadir o consumo e impedir a comercialização dessas substâncias, agem com hostilidade com os possíveis envolvidos, com propósitos que estes informe o local de venda e quem são os vendedores:

Estava voltando da “boca” com uma pedra, quando vi os policiais joguei a pedra no chão para eles não verem...eles me seguraram e começaram a perguntar onde era “boca”, eu disse que não sabia, aí começaram a bater em mim para eu entregar. Me jogaram no chão e pisaram na minha mão, a rua ficou cheia, quando olhei às pessoas o traficante estava lá só olhando, aí fez o sinal da arma para mim. Se eu entrego eu morreria, preferi apanhar. Não consegui nem fechar as mãos, ficaram todas inchadas. Quando os policiais foram embora voltei para pegar a pedra que tinha jogado no chão, não conseguia nem segurar a pedra, pedi um velhinho que estava passando para pegar para mim e colocar no meu bolso. Quando fui fumar, foi o meu companheiro que segurou o cachimbo para mim. (M2.BR)-G28)

A Violência Institucionalizada (VI), encoberta pela nuvem que podemos nomeá-la de “em nome da segurança pública” ressuscita o espetáculo da punição, seus personagens atuam quase que diariamente, o corpo funciona como peça da engrenagem servindo de espiação (Bittencourt & Dadalto, 2017). O sofrimento físico, as dores do corpo voltam a ser os elementos constitutivos da pena, com a condenação sumária pelos juízes paralelos. (FOUCAULT, 2008)

A sociedade não reconhecendo e não querendo saber daqueles que estão sujeitos e os que exercem o espetáculo institucionalizado da dor, torna-se cúmplice e delega o poder a esse grupo que impõe o sofrimento e o medo, que se constitui em poder invisível, mas perceptivo pelas camadas que a eles estão suscetíveis.

(BOURDIEU, 2003)

Neste caso, estamos falando sobre a violência inerente a um sistema: não só da violência física direta, mas também das formas mais sutis de coerção que sustentam as relações de dominação e de exploração, incluindo a ameaça de violência. (ZIZEK, 2013)

Somado as dificuldades de acesso ao local de aquisição da droga há a questão de como consegui-la, dado que a moeda de troca, nessa seara, assume uma alta carga de volatilidade, até o próprio corpo poderá ser utilizado na relação cambiária, trazendo sérios prejuízos físicos e psicológicos, despindo, muitas das vezes, a pessoa de sua autoestima. (WEBER, 2017)

O(A) consumidor(a) de drogas, em alguns casos, possui recursos para sua aquisição, podendo ser fruto de trabalho e/ou doação da família como “mesadas”, que a depender de sua forma de consumo poderá se exaurir. (GIMBA & CAVALCANTI, 2017)

É natural⁴¹, em toda espécie de comércio, a troca do produto pela moeda corrente do país. Contudo, existe a possibilidade do escambo, possibilitando outra forma de negociação, sobretudo quando a moeda convencional se esgota.

Quando o consumidor muda de *status*, substituindo a forma “recreativa” pelo consumo mais constante (dependência) é presumível que esse processo provoque o desgaste financeiro, acarretando, assim, formas alternativas de troca para se conseguir a droga de predileção (Almeida & Luis, 2017). A mercantilização de todos os aspectos da vida se farão presentes e as violações também.

Emergem ocasiões que as pessoas que estão na dependência do crack e de outras drogas se desfazem de bens particulares, como relógios, celulares e outros objetos de valor, e, também objetos de familiares e domésticos. Como podemos citar o caso de (H1.BR-A37): morava em casa própria e tinha uma lanchonete. Acabou vendendo para manter o consumo de drogas, passando a morar de aluguel e depois na casa da mãe, da irmã e de colegas. Na sequência do consumo de crack se

41

A palavra natural foi empregada, neste caso, como sinônimo de normal, habitual, comum. E não como entendido por Noberto Bóbbio que os direitos naturais são direitos históricos. (BOBBIO, 2004, p. 7)

separou (tem dois filhos de 8 e 11anos) e, antes de entrar na Comunidade Terapêutica (CT), estava “morando” na rua.

[...] no interior, fiquei com a minha mãe, passei um bom tempo com a minha mãe, mas aí foram coisas que foram acontecendo, foi dificultando... mais ainda o crack, usando muito... chegou tempo assim... de eu tirar tudo de dentro de casa, roubar de casa, aí quando eu vi que tinha feito isso.. tirado as coisas da casa da minha mãe, e ela tinha viajado, aí bateu arrependimento, nesse arrependimento aí decidi: tenho que ir para o centro de novo, aí quando me internei no interior mesmo, passei três meses no centro, ninguém da minha família sabia onde eu estava [...]. (H1.BR)-A37)

Um número expressivo de consumidores de crack realizam pequenos serviços com intuito de obter recursos para comprar: como limpeza de terreno; venda de papelão e latinhas (materiais recicláveis); guardar carros (flanelinha); limpeza de para-brisa nos sinais de trânsito e alguns atos ilícitos, sobretudo, furtos. (FRAGA & SILVA, 2017)

O grupo de pessoas encontrado nesta pesquisa enfrentava prejuízos causados pelo consumo de drogas, como: comércio do corpo e atos ilícitos para aquisição das Substâncias Psicoativas.

Os problemas sociais de consumidores(as) de drogas são avultados quando ocorre o esgotamento das instâncias de apoio, para aqueles que ainda tinham retaguarda (família):

Eu descobri esse Centro com essa queda agora, não tinha mas lugar pra aonde ir, já tinha saído desse trabalho, já não queria voltar pra casa de minha irmã, já com aquele orgulho... não queria ajuda de ninguém, aí fui “pulando de galho em galho”, dormindo na casa de amigo aqui de amigo ali. Aí fui me deparando numa difícil situação, aí vim a dormir na rua, vim para ali na Pituba, ali no Galpão de peixe, na marquise da praia, fiquei 3 (três) dias dormindo ali. (H1.BR)-A37)

Há casos em que a pessoa passa a dever à “boca”, arrisca-se a ter seu corpo confiscado, compondo mais uma peça dessa engrenagem. Conforme as suas aptidões, físicas e psicológicas, cumprirá as atividades que o mercado necessita, de vendedores a cobradores, sendo componente de fácil reposição, pois sempre haverão devedores nessa quadra.

Segundo Foucault (2008, p.26), “o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso”. Caso não tenha condições de ser “escravizado”, atender a conveniência do senhor, pagará com a vida.

Inicialmente ia a boca, comprava minha droga tranquilo, mas com tempo comecei a consumir mais, aí comecei a pegar pra pagar depois...complicou que não conseguia dinheiro. Aí meu colega que era traficante, falou vende

pra mim, foi a maior furada, pois consumi a droga toda...ele queria me matar, não me matou porque ele cresceu comigo. Então, ele falou para mim: “é o seguinte, você vai começar a cobrar o pessoal que me deve”... Aí ele me deu oitão (revólver 38’), não matei ninguém, mas barbarizei com muita gente....(H1.BR)-L37).

O valor unitário da pedra é baixo, mas o custo da dependência é muito alto. Em uma sociedade capitalista que tem como essência o preço, a mercantilização e a coisificação, as relações passam a ter uma importância pecuniária. “Todos têm um preço”, refiro-me às condições e premissas que nos levam a aceitar ou não ofertas que a vida nos traz. “Em cada época e lugar existiu ou existem formas de moedas para estabelecer o valor simbólico que aquele objeto, atividade ou comportamento representa”.(GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.122)

Na escalada de deterioração de possibilidades (família e trabalho) e com o surgimento da fissura, as mulheres, em sua grande maioria, acabam exercendo a prostituição.

4.1 SEXO E DROGAS: sensações, abusos e conexões

A prostituição das usuárias de drogas, normalmente, é diferenciada das “profissionais do sexo”, estas últimas desejam a parte financeira e fazem uma opção de rendimentos. As pessoas em situação de vulnerabilidade advindas pela adição, com destaque às vinculadas ao crack almejam vencer a sensação da fissura e para isso podem acabar se submetendo às situações subumanas ou de violências sobrepostas (Cavalcanti, 2015 e 2017), tanto em nível de violências como de higiene/segurança (Maciel e Medeiros, 2017). Para identificar essa vivência a entrevista realizada na pesquisa empírica é reveladora demonstra sofrimentos e violações, incluindo aqui estupro coletivo em busca em um dos momentos de sanar/amenizar a sua dependência.

Estava sem dinheiro, tava pirada sobre uma coisa que soube da minha mãe..., tomei uma lata de cerveja, dessa lata de cerveja..pedi a uma amiga da minha mãe R\$ 5,00, fui para boca comprei uma pedra, fiquei no lixão fumando.. depois troquei o tênis, celular, o relógio, tudo que podia trocar.. depois, fiquei com uns caras lá favela, aí chegou um menino, que tinha uns de 14 anos com uma arma..., eles ficarão metendo um de cada vez, não tinha como sair de lá, ele estava armado.. não lembro quantos eram, fiz sexo com todos ...(R24). (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.112)

A atual investigação, em consonância ao já visto na etapa anterior (mestrado), confirma as violações que tais pessoas sofrem: vulnerabilizadas e em situações

extremas, enfrentam contextos de grave situação de saúde/segurança. Ao ouvir as palavras da entrevistada e ver as suas expressões, a ideia que se extraí sobre que é fissura⁴² e de ter provocado nela um estupor catatônico, ou seja, uma diminuição acentuada na reatividade ao ambiente:

Muitas vezes...muitas vezes...já passei por uma situação de um traficante.. de uma pedra ser R\$ 10,00 eu chegar na “boca” com R\$ 8,50, o traficante olhar pra minha cara e dizer: então por R\$ 1,50 faz o “boquete”, eu olhei pra ele assim...com muito nojo, com muito ódio, mas o eu...de vontade..eu olhava pra dentro de mim mesma... aí...(expressão de nojo e raiva), sabe quando você tem vontade de vomitar pra dentro, dizer que você está suja, uma coisa que poderia não precisar daquilo, mas estava vivendo aquilo, não sei porque, aí....(M2.BR)-B41)

Os seres humanos, ao longo do percurso de comprometimento com o crack sofrem o que Tiburi (2013) chama de dessubjetivação dos indivíduos usuários de droga, tornando-se escravo de um absoluto. “A impotência gera a violência o que psicologicamente é verdadeiro, pelo menos quanto às pessoas possuidoras de vigor natural, moral ou físico” (Arendt, 2004, p.34). Acompanhando os pensamentos da autora, fomos remetidos aos seus dizeres e ao diálogo entre o Doutor e a *Gentlewoman*, quando se referiam ao estado mental da Lady Macbeth, na peça *Macbeth*⁴³, assistida em 05/04/2015:

Onde ele diz: *You see, her eyes are open; ela responde: - Ay, but their sense is shut* (“- como você pode ver os olhos dela estão abertos; - mas a razão está fechada”). (Ato V, cena I, antesala do castelo) (versão livre).

A ausência de emoções não causa nem promove a racionalidade. “O distanciamento e a serenidade” em face da “mais insuportável tragédia” pode realmente tornar-se “apavorante”, isto é, quando não se trata de uma consequência de controle, mas uma evidente demonstração de incompreensão. A fim de se reagir de forma razoável, deve-se primeiro sentir-se “sensibilizado”, e o oposto de “emocional” não é “racional”, não importando o que signifique, mas sim a incapacidade de se sentir “sensibilizado”, geralmente um fenômeno patológico, ou o sentimentalismo, uma perversão do sentimento. (ARENDR, 2004, p.40)

O sexo, a sexualidade e os corpos, neste território complexo e movediço, podem ser marcadores sensíveis de relações de poder, objetificação e

42

Conforme o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a fissura refere-se a um desejo intenso de consumir uma substância psicoativa, associado à intenção de repetir a experiência dos seus efeitos, sendo, geralmente, acompanhada de alterações de humor, do comportamento e da cognição.

⁴³ *Macbeth*, faz parte da chamada “fase trágica” de Shakespeare e, juntamente com *Rei Lear*, foi escrita durante a maturidade do dramaturgo, entre 1605 e 1606.

mercantilização do sujeito. “O ‘poder’ corresponde à habilidade humana de não apenas agir, mas de agir em uníssono, em comum acordo” (Arendt, 2004, p. 27). O corpo é considerado como uma coleção de órgãos separados dos sentimentos, necessidades, impulsos, desejos, comportamentos e identidades sexuais, sendo transformado em moeda desvalorizada de troca. Há casos que os companheiros trocam as companheiras pela pedra (esse escambo é chamado de prostituição compulsória). (MACRAE, TAVARES & NUÑEZ, 2013; GIMBA & CAVALCANTI, 2017)

As mulheres iniciam o uso de drogas, pela influência de amigos, familiares consanguíneos e de companheiros (atual ou do passado), além da presença da droga na comunidade de convivência (Marangoni & Oliveira, 2013). Verificamos que há relação entre o consumo de substâncias psicoativas e o comportamento sexual e de intimidade, prevalecendo relações de afetividade e de aproximação para a introdução ao consumo e à adição mais avançada⁴⁴.

Podemos ratificar as informações acima, com as palavras das usuárias de crack, conforme narrativas abaixo:

[...] eu só bebia álcool, aí tinha um colega que morava perto da minha casa, ele sempre insistia para eu fumar maconha, eu dizia que não, mas teve um dia que bateu curiosidade, acabei fumando e gostando. Foi com ele também a cocaína, ele sempre no início me dava de graça, depois me vendia. Agora, o crack não foi com ele, por que ele tinha morrido. (P30). (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p. 59)

Comecei a beber na mesma idade que comecei a fumar, tinha um cigarro que era de menta...tinha acabado de passar pra quinta série, 14 pra 15 anos..aí colégio.. ginásio você quer mostrar que é adulta, os meninos tudo em cima. Hoje o meu traficante da época que comecei com ele é pastor, que inclusive já namorei com ele, então na época tinha uns 16 anos. Hoje em dia ele diz... poxa faria qualquer coisa para voltar no tempo e me punir por ter deixado você começar. É porque é assim...quando comecei foi com ele na maconha e tal e tal, então com o decorrer do tempo fui usando uma droga mais forte..(M2.BR)-B41)

Para os indivíduos do sexo masculino também há ligação entre substâncias psicoativas e as(os) parceiras(os). Portanto, o sujeito próximo pode revelar-se como o “estimulador” para acesso e introdução.

[.] voltei porque fui procurar mulher, no meio evangélico não estava conseguindo, aí saí, aí que foi que aconteceu... voltei a fumar, levei o

⁴⁴ Quando citamos às palavras sexo, comportamento sexual e sexualidade, indico uma ampla variedade de comportamentos entre indivíduos voltados para a obtenção de prazer erótico, de pelo menos um dos membros envolvidos; experimentação e de sua descoberta, num determinado período da sua existência, independentemente de haver penetração, orgasmo e fins reprodutivos, inclusive atitudes patológicas. Diferentemente da divisão biológica entre macho e fêmea e gênero.

peçoal para casa que tinha alugado, aí ficamos farreando, foi aí nesse momento de farra que deu vontade de usar crack novamente.(H1.BR)-A37)

No entanto, para os homens, de forma geral, a droga vem a ser um escudo de proteção e alavanca impulsionadora de desinibição para enfrentar a introspecção e o medo de frustrações na conquista e na abordagem, sobretudo, na adolescência onde jovens estão buscando a autoafirmação. Para além de desejos, afetos são elementos condutores da experimentação.

A literatura relata predomínio na fase juvenil para interação e momentos de socialização/sociabilidade, como por exemplo, na preparação para chegarem aos locais de encontros, tais como: festas, baladas, raves, etc, fazem seus “esquentas”, começam nas bebidas alcoólicas (a qualidade vai depender do poder aquisitivo de cada grupo) e, conforme propósitos, poderá haver progressão para outras substâncias psicoativas que possam ter efeitos mais imediatos e intensos. Todavia, a bebida alcoólica não será abandonada e poderá ser utilizada concomitantemente a outras substâncias, como se fosse um sistema de compensação. (WEBER, 2017)

O crack dava mais prazer, era mas intenso... deixei a cocaína e usava o crack e a cachaça. A cachaça não cortava o efeito do crack, mas a lombra⁴⁵...o processo de lucidez...(H1.BR)-A37).

[...] quando você usa cocaína, dá vontade tremenda de beber álcool, beber cerveja, de fumar cigarro, tremenda, incessante, pessoal fica encegueirada, não aguenta não, que seca tudo por dentro, seca tudo, aí da vontade de beber álcool; não tem como, não tem como, parece que é algo que já pede isso, é cheirou, bebeu a cerveja gelada pra refrigerar; é uma bomba [...] (H1.BR)-R24).

Quando a pessoa, tanto o homem como a mulher, já fez uso de outras substâncias psicoativas e encontra-se tentando evitar o seu consumo, a ingestão de álcool será opção não recomendada, uma vez que poderá funcionar como um “gatilho”, quebrando os limites e as balizas de controle, havendo retroalimentação. O álcool funciona como isca para droga e vice-versa (Carvalho et. al, 2017). Além disso, o consumo conjunto com bebidas alcoólicas potencializa os efeitos da cocaína. Nesses casos, surge um composto novo na circulação, a etilcocaína, que é mais nociva que a cocaína isoladamente devido a sua maior duração e a sua repercussão cardiovascular. (MARTINS-COSTA et. al, 2013)

⁴⁵ O entrevistado quis dizer que o álcool cortava a sensação de relaxamento extremo devido ao uso do crack.

Quando comparado o comportamento sexual de usuários(as) e não usuários(as) de drogas ilícitas os(as) consumidores(as) de drogas apresentaram maior incidência de comportamentos sexuais de risco para ISTs. Foram encontradas diferenças significativas em todos os parâmetros estudados: idade de iniciação sexual, uso de preservativos, pagamento por sexo e antecedentes de prostituição. (SCIVOLETTO, 1999)

A prostituição, para as mulheres, e os crimes contra o patrimônio, para os homens, têm função instrumental e oportunista. Praticam-nos se e quando necessário, não sendo estas atividades suas escolhas de vida, mas incrementadas pelo ambiente e situação. Por outro lado, apesar de não ser a normalidade, nessa dinâmica, há momentos que esses sujeitos exercem os mesmos papéis, quanto a prostituição e crimes contra o patrimônio. Nada obstante, a prática de desvios de bens, em suas casas e de parentes, e a dissipação de seus patrimônios ser frequente, como observado acima. (SILVA, 2000; BUNGAY et. al, 2010; CRUZ et. al, 2014)

A prostituição afeta os modelos de se viver em âmbito social, familiar e individual. Tal prática, poderá repercutir, sobretudo, na sexualidade e nos direitos reprodutivos. Portanto, devemos compreender que tais questões não são apenas esferas pessoais, mas social e política. (LOURO et al, 2000)

Os direitos reprodutivos são direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, assegurados em âmbito Internacional pela Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD)⁴⁶, mais conhecida como Conferência do Cairo, realizada em setembro de 1994, tendo como perspectiva que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero, e, também na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, no ano seguinte a CIPD, reafirmou os acordos estabelecidos no Cairo e avançou na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos, isto é, os direitos sexuais foram definidos de

⁴⁶ No capítulo VII, da Plataforma de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma: “Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.”

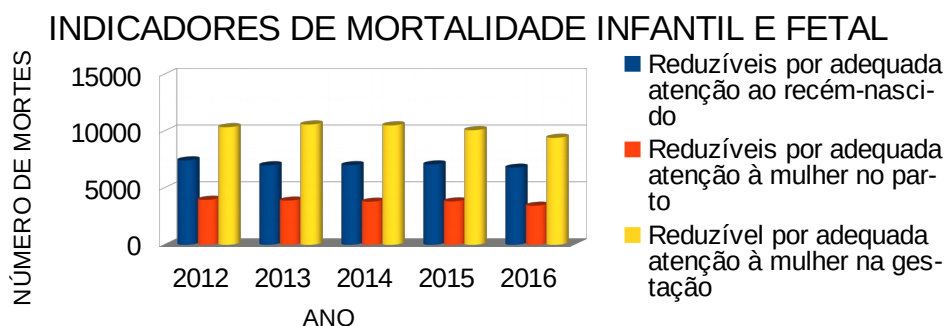
maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos. (BRASIL, 2005)

Na seara nacional, esses direitos são garantidos pela Carta Constitucional de 1988, nas legislações esparsas (lei nº 10.406/2002 e outras) e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 a qual regulamenta o planejamento familiar no Brasil, concebendo planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

As políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países. Cruzaram também realidades distintas e passaram a reconhecer o pleno exercício dos Direitos Humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos (CIPD, 1994).

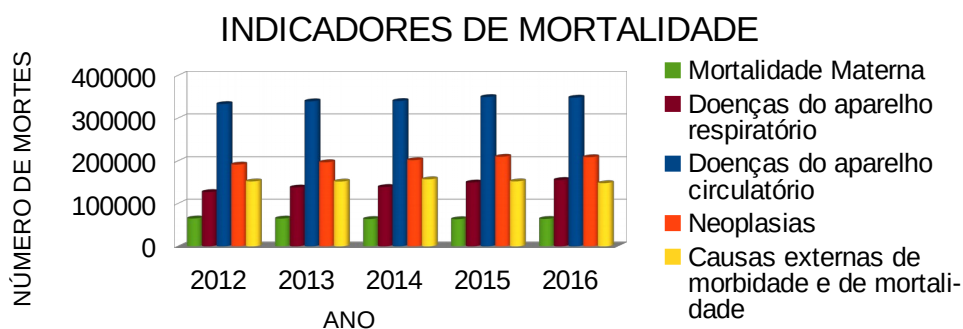
Na realidade, não haveria razão da existência de legislação para assegurar esses direitos, por serem tão básicos e essencial a vida. Infelizmente, a violação de direitos é contumaz em nossas sociedades, exigindo barreiras de contenção para minorar as investidas em nossas liberdades fulcrais.

Por sua vez, é essencial a realização de pesquisas e estudos com escopo de se verificar a dimensão do problema, e, a partir desses números se buscar políticas de enfrentamentos. No Brasil o índice de mortalidade evitável tanto infantil fetal (Gráfico nº 02) como materna (Gráfico nº 03), respectivamente, são assustadores, conforme evidenciados nos gráficos abaixo (Malta, 2007). Os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Maio de 2017, do Governo Federal:

Gráfico nº 02 – indicadores de mortalidade infantil e fetal no Brasil

Fonte: SIM, – Maio 2017. Adaptado pelo autor, 2018.

No rol do índice de mortalidade no Brasil, a morte materna localiza-se em quinto lugar, ou seja, em 2016 foram registradas 64.265 mortes.

Gráfico nº 03 – indicadores de mortalidade no Brasil

Fonte: SIM, – Maio 2017. Adaptado pelo autor, 2018.

Parece-nos que no Brasil e, provavelmente, em outras partes do mundo, existem seres humanos que não são contemplados pelas normas supramencionadas, vivendo como em um mundo paralelo. Como evidenciado pela pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), apontam-se a média de gestações e de nascidos vivos das mulheres usuárias de crack, respectivamente, com 3,82 e 2,56. Além disso, aproximadamente 46% das mulheres relataram quatro ou mais gestações ao longo da vida.

Não obstante, no Brasil, segundo os dados do Censo 2010, as mulheres

tinham, em média, 1,9 filho (IBGE, 2010a). A projeção da taxa de fecundidade para 2013 era de 1,77 filho/mulher (IBGE, 2013), o que se mostra fortemente discrepante da taxa de fecundidade estimada para as mulheres usuárias nas cenas de uso de crack. (BASTOS & BERTONI, 2014):

Meu primeiro filho eu tinha 17 anos, peguei com outro usuário, eu só queria usar droga, minha mãe não deixou tirar...eu nem olhava para ele, não tinha uma relação de mãe e filho... não sabia nem o que era isso. Os outros dois estão com os pais, um na Argentina, e outro aqui em Salvador, este eu perdi a guarda, devido à droga (L35). (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.119)

A pesquisa relata que das mulheres que gestaram ao menos uma vez na vida, mais de 60% delas referiu pelo menos uma gravidez após terem começado a usar crack. Portanto, cenário e situação de vulnerabilização dobrada e condicionada pela complexidade da adição. Destas, cerca de metade apresentou ao menos uma gestação que não evoluiu até o final (nascimento) ou que resultou em um feto natimorto.

As complicações atinentes ao consumo de drogas não se restringem apenas às gestantes, mas também ao feto, pois a maioria dessas substâncias ultrapassam a barreira placentária e hematoencefálica sem metabolização prévia, atuando sobretudo sobre o sistema nervoso central do feto, causando *deficits* cognitivos ao recém-nascido, má formações, síndromes de abstinência, dentre outros. (KASSADA et al, 2013; XAVIER et al, 2017)

Essa realidade é corolário de fatores desse cenário, cuja preocupação com cautelas relativas à saúde e ao corpo são postas nas últimas opções. A busca em atender as exigências da dependência passam a ser prioridade, ou talvez, a única necessidade reconhecida por essas pessoas. O preservativo e outras medidas anticonceptivas, como as pílulas, não são vislumbradas, incorrendo em agravos na área da saúde. Tanto homens como mulheres tornam-se elementos de circularidades de contaminação, de procriação não planejadas e não desejadas. Havendo reciprocidades, cujos os atores são carrascos uns dos outros. (SILVA, 2000; MERCHÁN-HAMANN, 2017)

A gravidez não planejada nem desejada provoca, na maioria dos casos, problemas sociais, como abortos e, caso a criança nasça, acarreta o repasse da responsabilidade de criação e filhos(as) aos avós, entrega para adoção nos abrigos ou abandono dessas crianças nas ruas. Essas mães e pais, muitas vezes, perdem a

capacidade de criar os filhos.

Na minha primeira gravidez, eu tinha 15 anos, peguei com meu namorado que usava drogas, ele que me apresentou o crack, mas nessa época eu ainda não usava, sabia fazer tudo..cortar a lata..colocar a cinza, aí eu nem sabia que estava grávida..a menstruação parou..falei para a minha mãe...ela me pegou e tiramos...sangrei quase um mês..foi horrível. Na segunda vez, eu tinha dezoito anos e foi com outro namorado, também usuário de drogas..ele estava cheio de crack..quando estávamos transando ele disse: vou te colocar um filho meu...acabei engravidando, também tirei (R24). (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.67)

Estava em uso do crack, eu não tava a fim de parir, eu sabia que não queria deixar a criança à toa...como aquela questão que te disse, agora quero ser mãe, eu não fui mãe porque a dicção não deixou, então preferi em não ter. (M2.BR)-B41)

Tenho duas filhas, não perdi a guarda, uma está com minha mãe a outra que tem um ano está em São Paulo com minha irmã. (M2.BR)-G28)

Segundo pesquisa realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, no Brasil, foram registrados de 1980 até junho de 2016, 548.850 (65,1%) casos de AIDs em homens e 293.685 (34,9%) em mulheres. No período de 1980 a 2002, observou-se um aumento do número de mulheres diagnosticadas com AIDs. No período de 2003 a 2008, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, manteve-se em quinze casos em homens para cada dez casos em mulheres; no entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução gradual dos casos de AIDs em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de vinte e um casos de AIDs em homens para cada dez casos em mulheres, em 2015. (BRASIL, 2016, p.17)

Na entrevista realizada em Comunidade Terapêuticas na cidade do Porto – Portugal, um dos internos relata o descuido potencializado pelo uso de drogas: [...] sou portador de VIH...fiz sexo com um monte de raparigas, umas poderiam ter e outras não... Devido a droga não usava preservativo. (H4.PT)- A33)

No Brasil, na entrevista realizada, em uma outra Comunidade Terapêutica, duas internas relataram que tiveram sífilis. Uma delas relatou que ainda estava em tratamento:

Inclusive eu apresentei agora, eu acabei de pedir a dona Joana (nome fictício) pra segunda-feira eu sair, estou tomando 2400 dosagens de benzetacil. Eu pedi ao Centro pra fazer alguns exames..inclusive de HIV porque...tal.. esse mundo que agente vive, né? Não sabe... pra me sentir segura e me sentir..é.. firme, né... lá fora, até em relação a isso...fiz todos

exames e tive uma reação 1.8 de sífilis, que a médica falou que não chega a ser uma coisa alta, é uma cicatriz que eu tive no passado que não foi tratado, já que precisa fazer o tratamento, vamos fazer. (M2.BR)-B41)

Já peguei sífilis, porque quando tô no uso da droga eu me prostituo, não tratei não..só quando cheguei aqui, agora não tenho mais não. (M2.BR)-G28)

Outros efeitos associados ao uso crônico são alteração de funções cognitivas com diminuição do senso de julgamento. Esse fenômeno ajuda a explicar um maior risco de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (hepatites virais, HPV e HIV, por exemplo), e de mortes por causas externas, destacando-se os suicídios. (MARTINS-COSTA et. al, 2013)

Muitas dessas doenças cognitivas são potencializadas com uso de substâncias psicoativas, como é caso de um entrevistado que tinha bipolaridade com incidências maníacas. Em um dos surtos pegou a pistola do seu pai e pensou em suicídio. Ainda em crise, teve momento de lucidez, procurou ajuda da polícia local e entregou a arma. (H4.PT)-M50)

A mesma pesquisa, acima, observou que no período de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas com HIV. A taxa de detecção de gestantes com HIV, no Brasil, vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%. Verificou, que a escolaridade ao longo dos anos, em geral, encontra-se entre a 5ª à 8ª série incompleta (29,8%).

[...] estudei até o sexto ano, só vivia na rua, falava para a minha mãe que ia para o colégio e ficava na rua, eles acreditavam...Tive duas filhas, uma está com a minha mãe e a outra, que tive a pouco tempo, ela está com a minha irmã, em São Paulo. Para conseguir a droga eu me prostituía também. (M2.BR)-G28)

O baixo nível de instrução, os costumes e as normas sexuais impostas às mulheres, como a falta de oportunidades econômicas e de controle nos relacionamentos colaboram com a vulnerabilidade feminina para a infecção. (BRASIL, 2016)

Por outro, pesquisa sobre infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) com amostra de 671 indivíduos, realizada em Portugal, constatou que os níveis de informação sobre o risco de infecção e os comportamentos

preventivos da infecção pelo HIV, são elevados: 45% desse grupo são muito bem informados e 28% razoavelmente informados. Verificou-se que, essas informações não parecem ter qualquer capacidade discriminante do comportamento que o indivíduo adota no plano do risco de transmissão do HIV a outros. (DIAS et. al, 2017)

Entenderam que as razões que podem explicar tais comportamentos são as atitudes faces às terapias e medicamentos disponíveis e a forma como se vivencia a noção de responsabilidade individual. (DIAS et. al, 2017)

As drogas e o sexo são responsáveis por intensos prazeres e paradoxalmente poderão tornar-se escravizantes. São também exibidos excessivamente na mídia (Marangoni & Oliveira, 2013), numa mercantilização perversa, para serem em seguida satanizados por alguns setores da sociedade.

Quando vivenciamos uma situação de prazer nosso cérebro libera um neurotransmissor chamado dopamina (Planeta et. al, 2007). O prazer que sentimos ao comer, fazer sexo ou ao expor o corpo ao calor do sol, é integrado numa área cerebral chamada sistema de recompensa. Esse sistema foi relevante para a sobrevivência da espécie. Quando os animais sentiam prazer na atividade sexual, a tendência era repeti-la, são memórias experienciais. Estar abrigado do frio não só dava prazer, mas também protegia a espécie. Desse modo, evolutivamente, criamos essa área de recompensa e é nela que a ação química de diversas drogas interfere. Apesar de cada uma possuir mecanismo de ação e efeitos diferentes, a proposta final é a mesma, não importa se tenha vindo do cigarro, álcool, maconha, cocaína ou heroína. Por isso, só produzem dependência as drogas que de algum modo atuam nessa área. (PLANETA et. al, 2007)

A produção de testosterona, tanto em homens como em mulheres, é aumentada devido ao sexo, que é o hormônio responsável pelo desejo sexual, já que ativa a resposta do sistema límbico, parte do cérebro que controla as emoções (Rohden, 2011; Nakano; Bonan & Teixeira, 2017). Contribuindo para fortalecer ossos e músculos, diminuindo o estresse, já que libera hormônios como serotonina e endorfina – responsáveis pelo estado de ânimo (Rohden, 2011; Manica & Nucci, 2017). Quanto mais próximo do orgasmo, mais endorfina é liberada no corpo, aumentando a sensação de relaxamento e prazer.

A atividade sexual libera diversos hormônios que proporcionam a sensação de bem-estar na mente e no corpo. Mas para garantir esse benefício, o sexo precisa estar ligado ao prazer (Rohden, 2011). Caso contrário, pode ocasionar problemas físicos e psicológicos, são eventos resultantes de violências, cujas vítimas podem ser tanto homens como mulheres.

[...] estava com um grupo de amigos, saímos para consumir algumas drogas, sei que fiz uso de algumas, depois não lembro mais de nada. Sei que depois que acordei sentia muitas dores... Isso afetou a minha autoestima. Até hoje tenho muitos problemas de relacionamento. (H4.PT)-A33)

Por isso, o debate sobre sexo, sexualidades e direitos deve ser fulcral para construção do descritor de pessoas em adição. O sexo é uma força básica de orientação da biologia humana (Therborn, 2006, p. 11); droga é um fenômeno social. Sexo e drogas são coisas distintas, mas muitas vezes se entrelaçam uma a outra (Kohler & Massuqueto, 2017). As drogas podem ser artificiais ou naturais; a sexualidade humana é socialmente construída e variável (Ressel & Gualda, 2003; Butler, 2010). Ambas são moedas conversíveis e mescláveis uma na outra. Há circunstâncias que a pessoa não consegue distanciá-las, passando a ser irmãs siamesas, como o relatado nas narrativas a seguir:

Eu sou muito inseguro, não consigo conviver com a possibilidade da negativa, acho que tudo começou na escola, no nono ano, eu era miúdo tinha por volta dos 14 ou 15 anos, tinha uma rapariga que eu me apaixonei e não sabia como “chegar nela”, fiquei semanas e semanas pensando como chegar...aí com muito custo me convenci que ela também gostava de mim...ela se chamava “Xandinha”, nunca mais me esqueci, aí no outro dia ela estava sozinha no banco do colégio, tomei coragem e fui falar com ela e disse: como você gosta de mim e eu de você..., ela nem deixou terminar, logo falou: você está completamente enganado. No mesmo momento fiquei congelado, não sabia para onde ir. Acho que foi a partir deste dia que não consigo me relacionar sexualmente se não tiver sob efeito de drogas....Não me lembro da última relação sexual que tive sem o consumo de drogas... (H4.PT)- M50).

Não há verdades absolutas nem informações definitivas em relação ao tema droga. Existem muitas “possibilidades”, “probabilidades” e muitos “talvez”, ademais, de urgência em descrever, observar e comparar dados para melhor compreender e criar situações de ações públicas. Toda droga tem seus efeitos, porém elas não se manifestam da mesma maneira em todos os organismos.

4.2 CORPOS: territórios de conflito, de uso e experiências

Destacamos o narrado por uma adicta quando lhe perguntei o porquê do uso de crack, em rápido gesto mostrou a mão, havia tatuado entre os dedos polegar e indicador um sinal de interrogação, e disse: *“coloquei esta tatuagem aqui porque sempre que uso o cachimbo, olho e me questiono: por que uso crack? Até hoje não tenho a resposta”* (M2.BR)B41).

Com os seus dizeres lembramos da música: Admirável Gado Novo, de Alceu Valença (1979). No seu refrão que diz:

“Povo marcado eh! Povo feliz.....”

Vocês que fazem parte dessa massa; Que passa nos projetos do futuro; É duro tanto ter que caminhar; E dar muito mais do que receber; E ter que demonstrar sua coragem; À margem do que possa parecer; E ver que toda essa engrenagem; Já sente a ferrugem lhe comer...

Somos gados prontos para o abate, sendo vigiados e cuidados para servir, vivendo numa infeliz ignorância, corpos registrados e carimbados. A violência pode se apresentar em variadas tonalidade e regências.

A própria substância da violência é regida pela categoria meio/objetivo cuja mais importante característica, se aplicada às atividades humanas, foi sempre a de que os fins correm o perigo de serem dominados pelos meios, que justificam e que são necessários para alcançá-los. Uma vez que os propósitos da atividade humana, distintos que são dos produtos finais da fabricação, não podem jamais ser previstos com segurança, os meios empregados para se alcançar objetivos políticos são na maioria das vezes de maior relevância para o mundo futuro do que os objetivos pretendidos. (ARENDETT, 2004, p.55)

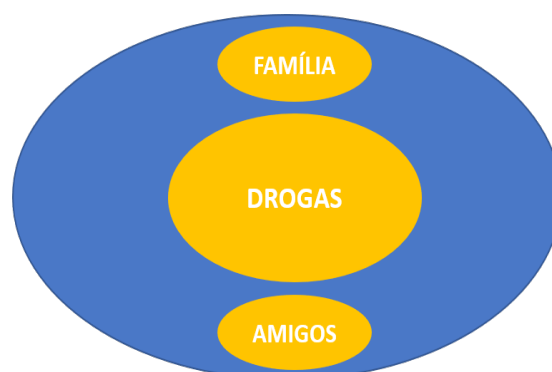
A pessoa ao atribuir valor substancial a droga, ela passa a ser a prioridade, havendo desequilíbrio nos domínios que o indivíduo deve gerir ao longo de sua vida, até mesmo o possível desaparecimento de alguns, ou de todos. Nesse caso, não só usuário(a), mas também o(a) produtor(a) e o(a) revendedor(a), que vivem apenas para a droga que produzem e que vendem. Ou seja, aquilo que era objeto tornou-se sujeito, enquanto aquilo que era sujeito tornou-se objeto (TIBURI, 2013), conforme esquema abaixo:

Esquema nº 02 – Competências

Figura nº 02 - Domínios significativos



Figura nº 03 - Hipervalorização da droga



Fonte: Elaboração do autor, 2018, através de consolidação de informações.

No esquema supra à esquerda (figura nº 02), representa alguns domínios significativos na vida da pessoa, não necessariamente terá a todos ao mesmo tempo. Todavia, busca-se um equilíbrio entre eles, ao valorizar um em relação ao outro poderá trazer alguns prejuízos de ordem profissional, afetivo, de saúde física ou mental, lembrando, que nós seres humanos somos complexos (múltiplos domínios).

[...] pra gente ficar bem é...pra ter um relacionamento a dois era preciso que a droga saísse da gente, porque...a droga era um parceiro a mais e que tava atrapalhando...porque..falando um segredo, uma intimidade..(ficou constrangida ao comentar sobre a intimidade). Às vezes a gente deixava de ter uma relação para poder usar droga...deixava de sair para usar a droga, cansamos de comprar ingresso da festa e não ir, depois ir vender o ingresso na porta para poder fazer uso da droga. Então, a gente estava deixando de viver...a idade passando...a vida passando...eu mesmo, pessoalmente não quero mais isso. (M2.BR)-B41)

O esquema à direita (figura nº 03), representa a hipervalorização da droga e o esvaziamento por completo de outros, entendemos que os domínios: família e amigos, são os últimos a dissiparem, isso não quer dizer que não se desvanecem, há vários casos dessa natureza.

Quando há esvaziamento dos domínios, o consumidor(a) de crack (ou de qualquer outra droga) sofre a objetivação, em troca de algumas pedras, seu corpo e seus atos passam a ser instrumentos ou intermediários das pressões e imposições dos vendedores.

[...] o traficante veio para mim falou: te dou oito pedras, quatro agora e mais quatro depois do serviço, eu fiquei com medo, porque se eu não faço ele me

mata, mas pensei: nem conheço a mulher, ela não me fez nada...aí ele veio me deu quatro pedras, aí eu fumei... aí agora... tenho que fazer porque fumei as pedras, se não ele vai me matar. Era para cortar a cara de uma mulher que tinha inventado um negócio sobre ele...aí ela estava no bar bebendo...entrei pedi uma cerveja o garçom veio para abrir eu falei que não precisava, cheguei perto dela quebrei a garrafa na mesa e passei duas vezes na cara dela...saí correndo. Os irmãos dela ficaram atrás de mim, sumi de onde eu morava. (M2.BR)-G28)

Dessubjetivação é o nome próprio dessa condição em que o indivíduo ao fim de um processo de autodestituição, torna-se escravo de um absoluto. Instaura em seu próprio vazio uma substância compreendida como plena. (TIBURI, 2013)

A consumidora de crack, que fez o relato acima, perdeu a autonomia e o controle de suas vontades, cedeu o corpo que se instrumentalizou, e como todos os meios, está sempre à procura de orientação e de justificativas pelo fim que busca. É aquilo que necessita justificar-se através de algo mais não pode ser a essência de coisa alguma (Arendt, 2004). A violência sofrida, não somente nesse cenário, mas sobretudo nele, verte para todos os domínios e as relações da pessoa, como se impregnasse no corpo e na alma, não mais sendo perceptível, pois é uma constante.

A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos (Chauí, 2007). Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa. Podem ser elencados cinco sentidos a palavra violência:

1) tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror. (CHAUI, 2007, p.1)

Essas pessoas sofrem e praticam violências, na vivência do crack e outras drogas, tanto física como psicológica. Perpetrando, muitas vezes, um suicídio da dignidade e terminando com a autoestima. Existem casos, que eles(as) buscam agredir as pessoas que as amam com suas ações de autodestruição, desenvolvendo sensações de responsabilização por aquele quadro que elas se

encontram. As ofensas físicas são muito comuns, até porque os outros ou as outras usuárias tentam roubar a pedra, resultando em lutas corporais e até mortes.

Eu combinei com ela que iria limpar o terreno e depois a gente ia fumar juntas a minha pedra que tinha deixado com ela, falei pra ficar me esperando sentada ali no meio-fio. Fui limpar o terreno, aí quando voltei para gente fumar, perguntei cadê a pedra? Ela disse que tinha fumado, aí eu falei vou querer outra pedra, ela falou calma vou te dar outra...aí o tempo foi passando e nada dela me pagar a minha pedra, eu vendo ela fumar outras vezes e nada de me pagar. Aí um dia, que eu já tinha fumado algumas pedras, pensei é hoje que eu quero a minha pedra, ela vai ter que pagar, peguei uma faca que tinha guardado..ela estava sentada fumando, fui lá e falei: cadê a minha pedra, quero agora, aí falou calma vou te dá, aí eu falei calma nada, peguei a faca que estava no meu bolso, passei duas vezes no pescoço dela e saí correndo, mas acabaram me segurando e fui presa... (M2.BR)-G28).

A carga discriminatória para aquelas pessoas que usam crack é maior do que aqueles dependentes de outras drogas, por ter sido estigmatizada como a droga dos sacizeiras⁴⁷. Como também, no âmbito familiar traz a desarmonia, corroendo as relações afetivas e a situação financeira.

[...] rapaz você desse jeito aí, quem era você aqui, que toda mulher cobiçava, agora, hoje em dia, como você está aí... jogado de desse jeito, não tem mais a tua mulher, já vendeu a tua casa, tudo..., perdeu tudo que você tinha, a tua lanchonete... e ela falando para mim. Naquele momento quase choro, tudo... aí peguei e saí, foi o que mais marcou para mim. (H1.BR)-A37)

Em razão da discriminação, essas pessoas querendo se esconder do estigma⁴⁸ (Goffman, 1978), fazem uso do crack de forma clandestina, em lugares fechados ou em casa quando algum parente se ausenta. Ao contrário do que aparenta, o crack não é uma droga de socialização, como o álcool. Uma das características do uso do crack é a forma utilitária, buscam a troca de algo: de favores ou da pedra, numa visão micro do capitalismo.

As pessoas que vemos nas ruas utilizando o crack, através dos olhos da mídia, que nos chocam constantemente, são aquelas que desceram muitos degraus, numa

⁴⁷ Gíria popular em Salvador (BA) que define as pessoas viciadas em crack ou usuário de drogas pesadas, em geral. Para fumar a pedra de crack é preciso ter uma espécie de cachimbo improvisado o que remete ao personagem Saci-Pererê do folclore brasileiro.

⁴⁸ Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1978, p. 5).

mistura de caos físico e psicológico, que têm suas “almas” presas ao poder da exclusão, estando em constante punição

Não se deveria dizer que a alma é uma ilusão, ou efeito ideológico, mas afirmar que ela existe, que tem uma realidade, que é produzida permanentemente, em torno, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que exerce sobre os que são punidos – de uma maneira mais geral sobre os que são vigiados, treinados e corrigidos, sobre os loucos, as crianças, os escolares, os colonizados, sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a existência. Realidade histórica dessa alma, que, diferentemente da alma representada pela teologia cristã, não nasce faltosa e merecedora de castigo, mas nasce antes de procedimentos de punição, de vigilância, de castigo e de coação. Esta alma real e incorpórea não é absolutamente substância; é o elemento onde se articulam os efeitos de um certo tipo de poder e a referência de um saber, a engrenagem pela qual as relações de poder dão lugar a um saber possível, e o saber reconduz e reforça os efeitos de poder. (FOUCAULT, 2008, p. 28)

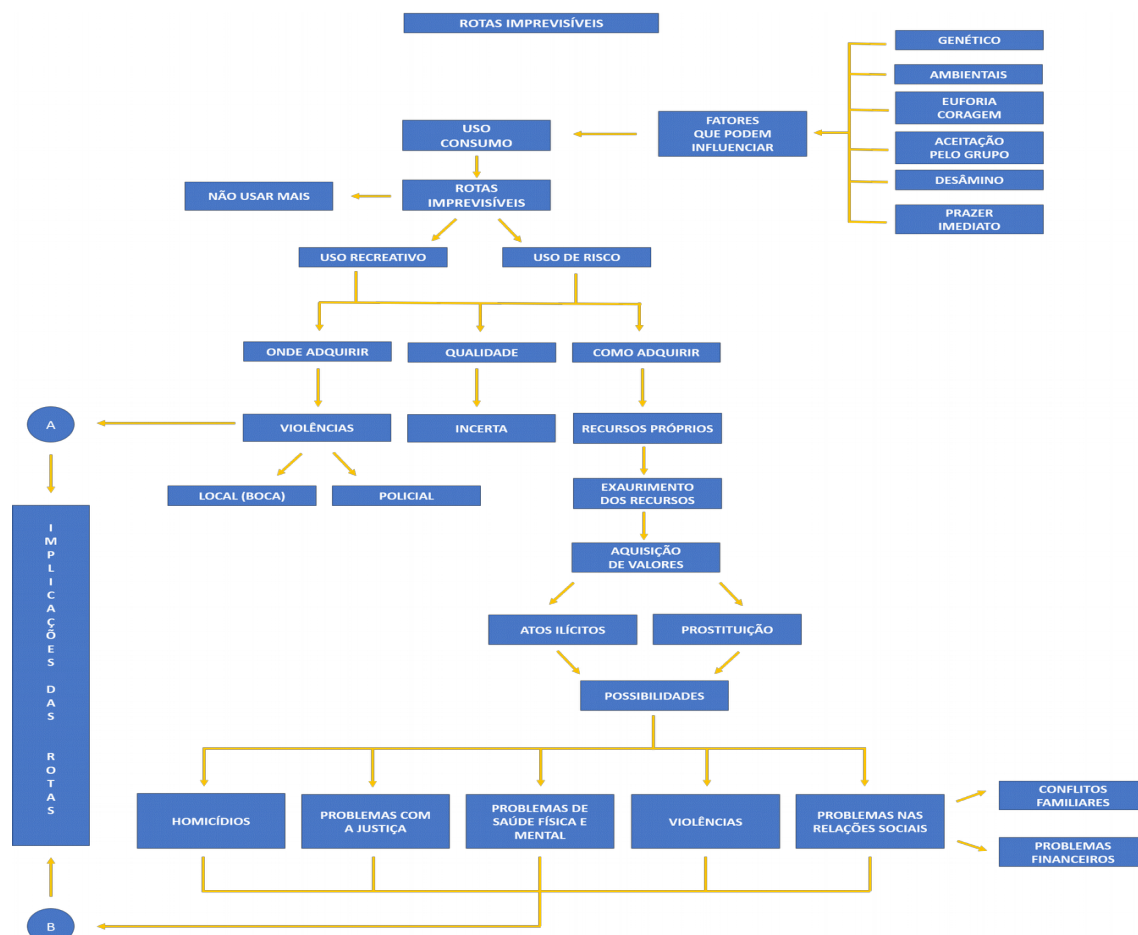
O grande número de pessoas que pretendem não se envolver e, tampouco ter conhecimento dos fatos que se sucedem, embora por toda parte crianças, jovens, mulheres, ou seja, pessoas tenham desaparecido ou nunca aparecido, visíveis-invisíveis. É provável que aqueles que vêem o que acontece no dia a dia silenciem acerca do que deve ser um fardo insuportável. É razoável supor que exista uma proporção entre o gesto de não-saber-de-nada, com discurso ao respeito às diferenças, e uma indiferença a tudo aquilo que ocorre ao nosso redor.

Eu sou homem invisível. Não, eu sou um fantasma como os que espantaram Edgar Allan Poe; nem sou eu um de vossos ectoplasmas dos cinemas de Hollywood. Eu sou um homem concreto, de carne e osso, fibra e líquidos – e de mim pode-se até dizer que tenho inteligência. Eu sou invisível, entenda-se, simplesmente porque as pessoas recusam ver-me. Como a cabeça sem corpo, que às vezes se vê em circos, acontece como se eu estivesse cercado de espelhos de vidro grosso e que distorcem a figura. Quando eles se aproximam de mim, eles vêem apenas o que me cerca, se vêem eles mesmos, ou construções de sua imaginação- na realidade, tudo, exceto eu mesmo. (MOSCOVICI, 2003, p.31)

A disposição atual em minimizar o flagelo — por mais difícil que seja compreender que existem pessoas que argumentam que fatos dessa gravidade só poderiam ter ocorrido porque os consumidores de crack ou outras drogas deram motivos quaisquer para tanto, e este vago "motivos quaisquer" pode assumir qualquer dimensão possível. O deslumbramento se impõe por sobre o equívoco gritante existente na relação entre uma culpa altamente fictícia e um castigo altamente real.

Com propósito de simbolizar os possíveis caminhos percorrido ou a ser percorrido pelas pessoas que iniciam o consumo de drogas, trazemos abaixo uma representação gráfica:

Esquema nº 03 – Rotas Imprevisíveis



Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Portanto diante destas rotas, caminhos que não temos ideia aonde chegará, há necessidade imperiosa que sejam elaboradas políticas de enfrentamentos humanizadas.

5 ENFRENTAMENTOS: possibilidades e incertezas no âmbito das drogas

Uma das práticas mais importantes da política democrática consiste justamente em propiciar ações capazes de unificar a dispersão e a particularidade das carências em interesses comuns e, graças a essa generalidade, fazê-las alcançar a esfera universal dos direitos. Em outras palavras, privilégios e carências determinam a desigualdade econômica, social e política, contrariando o princípio democrático da igualdade, de sorte que a passagem das carências dispersas em interesse comuns e destes aos direitos é a luta pela igualdade. Avaliamos o alcance da cidadania popular quando tem força para desfazer privilégios, seja porque os faz passar a interesses comuns, seja porque os faz perder a legitimidade diante dos direitos e também quando tem força para fazer carências passarem à condição de interesses comuns e, destes, a direitos universais.

(CHAUI, 2007, p.7)

Desvelar as interrogações intrínsecas ao sujeito é uma tarefa complexa, considerando-se as diferentes justificativas para o consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs). Pode ser visto como algo excitante e ousado, principalmente, por parte de jovens (Abramovay & Castro, 2006); pode ser pela influência de ambiências de sociabilidade (inserção e pressão de grupos) e eventos de socialização; pode ser para amenizar sentimentos de solidão, de inadequação, baixa autoestima ou falta de confiança ou simplesmente curiosidade. (CARVALHO et. al. 2017)

No alicerçamento familiar não podemos seguir um raciocínio linear, pois cada agrupamento e contexto individual possuem suas idiosincrasias, mas com toda certeza, independentemente de classe social, raça, etnia/cor, culturas, deverão ser construídas políticas públicas efetivas e objetivas que protejam e promovam os direitos humanos e os direitos fundamentais (Oliveira & Ribeiro, 2016) resguardados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) e na Constituição Federal da República do Brasil de 1988.

Diante da acentuada vulnerabilidade⁴⁹ e das carências das populações, sobretudo, daquelas vivendo nas periferias das cidades e com fatores de exclusão

⁴⁹ A vulnerabilidade seria o estado caracterizado por uma posição inferiorizada de certo indivíduo/grupo que poderia, a qualquer momento, ser atacado, prejudicado e ofendido sofrendo, inclusive, violências sobrepostas (Bizzoto, 2010; Cavalcanti, 2017). Podem ocorrer em consonância com várias etapas e camadas, projetando maior intensidade e gravidade à situação, dependendo do contexto e das situações familiares e individuais.

(Andrade, 2011), faz-se imperioso uma política de Estado que integre atenção a todas estas deficiências, que é, sem dúvida, um elemento essencial na resolução do problema no campo dos direitos sociais, previstos no Artigo 6º da Carta Maior de 1988, versando sobre a educação, a saúde⁵⁰, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância e a assistência aos desamparados. Vale acrescentar o respeito, a tolerância e a afetividade no trato com o próximo, essencialmente, no seio familiar.

Cuida-se de direito fundamental de segunda dimensão ou geração⁵¹ (Bobbio, 2004; Bonavides, 2006; Sarlet, 2007) que atribui aos entes estatais (União, Estado e Municípios) comportamentos ativos na realização da justiça social. A nota distintiva destes direitos é a sua dimensão positiva, uma vez que se cuida não mais de evitar a intervenção do Estado na esfera das liberdades individuais (direitos de primeira dimensão); mas sim de propiciar um direito de participar do bem-estar social. A pedra angular é o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, fundamento do Estado Democrático de Direito, consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) e no artigo 1º, inciso III⁵², da Constituição Federal do Brasil de 1988.

Sob esse prisma, relaciona-se o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o dever do Estado em garantir o mínimo existencial, é uma exigência fundamental para o exercício da liberdade e da democracia (Weber, 2013), isto é, educação, saúde, assistência aos desamparados e acesso à Justiça:

Na linha do que se identificou no exame sistemático da própria Carta de 1988, o mínimo existencial que ora se concebe é composto de quatro elementos, três materiais e um instrumental, a saber: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência aos desamparados e o acesso à Justiça. Repita-se, ainda uma vez, que esses quatro pontos correspondem ao núcleo da dignidade da pessoa humana a que se reconhece eficácia jurídica positiva e, a fortiori, o status de direito subjetivo exigível diante do Poder Judiciário. (BARCELLOS, 2002, p. 258).

⁵⁰ A saúde estabelecida aqui é política pública voltada à prevenção, diferentemente da saúde como medicalização.

⁵¹ Importante ressaltar que a divisão dos direitos fundamentais em gerações ou dimensões é acadêmica, sendo que referida divisão diz respeito somente ao reconhecimento dos mesmos em momentos históricos específicos.

⁵² Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana.

Além de que, é urgente o estabelecimento de um liame entre a prevenção e a redução de fatores de vulnerabilidade e risco, ou seja, criação de moradias, fomento da educação, do lazer, da saúde e tantos outros necessários a uma vida digna.

O uso de drogas, e principalmente, o crack são reflexos da ponta do grande iceberg social. A ausência de moradia adequada à habitação humana, é um dos grandes flagelos sociais que contribuem, sobremaneira, para o pânico social. Pois muitas daquelas pessoas que estão fazendo a rua de moradia, não tiveram a droga como fator motivador para estarem na sarjeta (GIMBA & CAVALCANTI, 2017, p.128).

Em vista disso, para melhor compreensão do processo, nos deslocaremos, neste capítulo, do microssistema (indivíduo/família) para o macrossistema, ou seja, contexto das Políticas Públicas sobre drogas. O corpus legal de análise será balizado, em âmbito internacional, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) e pela Convenção Única sobre entorpecentes de 1961, uma vez que revogou as convenções anteriores e foi revista através de um protocolo de 1972. Consultaremos, o Convênio sobre substâncias psicotrópicas (1971), a Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas (1988) (Convenção de Viena) e a XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), em Nova York, que ocorreu em 1998.

No Brasil, o marco legal será a partir da década de 1970, solo arado e adubado, preliminarmente, pela ditadura militar que possibilitou o desencadeamento das políticas de repressão e, ulteriormente, ratificados na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Ademais, o Brasil consta entre os países signatários das convenções internacionais à repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, e harmoniza-se com as resoluções das Convenções da ONU, realizadas em 1961 e 1971.

A principal proposta das Convenções de 1961 e 1971, foi a sistematização das medidas de controle internacional com o objetivo de assegurar a disponibilidade de drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas para uso médico e científico, além de ações para prevenir sua distribuição por meios ilícitos. A Agenda internacional e as ações implementadas visaram assegurar e estabelecer estratégias e condutas dos Estados-membro e das políticas especializadas, compondo corpus documental e diretor das ações que compõem o quadro desde os anos 60.

Complementando as outras duas acima, a Convenção de 1988, imprime medidas abrangentes contra o tráfico de drogas, inclusive métodos contra a lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de percussores químicos. Também reforça e incentiva a cooperação internacional por meio da extradição de traficantes de drogas, seu transporte e procedimentos de transferência.

Esses documentos traçam diretrizes de conduta/controlado para que todos possam caminhar visando a mesma agenda e ações. *A priori*, o cumprimento dos acordos não é obrigatório. Sua simples aderência indica uma tendência do país signatário a cooperar com a comunidade internacional, mas pode assegurar também "discursos dos mínimos" consensuados e compactuados através do Direito Internacional Público.

Todo el mundo parece saber qué se quiere decir cuando se habla de derechos humanos o cuando se denuncia su transgresión, y, sin embargo, el "discurso de los derechos humanos" arrastra desde su nacimiento el "síndrome de la torre de Babel": no hay, no ha habido, un concepto y un discurso único sobre derechos humanos. Tampoco son estos, por su vario potencial, nada desdeñable, un "terreno pacífico". Fueron diversos los discursos alternativos sobre los principios autodenominados, o bautizados, con tal denominador, que se fueron sucediendo y sustituyendo en el tiempo o que fueron solapando y compitiendo por erigirse em discurso hegemónico. Esto ocurrió em el pasado, y sigue ocurriendo hoy. No existe acuerdo unánime sobre cuál de los discursos producidos en diferentes marcos, espacios y momentos de la historia moderna y contemporánea tiene mayor legitimidad merece mayor credibilidad. De ahí que proceda siempre, cuando se pretende el estudio o la investigación de los derechos humanos, o se apela a ellos con fines morales o políticos, legitimadores, deslegitimadores, movilizadores, ordenadores, instrumentales o filantrópicos, por fatigoso que resulte, preguntarse qué son estos, cuáles son sus contenidos, cuál su naturaleza y origen, cuáles son sus fundamentos. (QUINTEIRO, 2016, p. 41)

Todavía, uma vez ratificada a convenção, o Estado-membro se torna promotor do que consta como princípios norteadores no documento. Deste modo, não pode dele se omitir ou agir de forma contrária, sob pena de sanção em esfera internacional, implicando prestações positivas, negativas ou de garantia.

Em cooperação com a ordem internacional, o Brasil se tornou signatário das três convenções internacionais que abordaram as questões referentes à produção, tráfico e consumo de drogas ilícitas. Cada uma dessas convenções foi em território nacional recebida como o *status* de Decretos.

A Convenção Única sobre Entorpecentes, assinada em Nova York, em 30 de março de 1961, foi ratificada como Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964. A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, firmada em Viena, em 21 de fevereiro

de 1971, como Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977. A Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, como Decreto nº 154, de 26 de junho de 1991. Tais convenções trouxeram como justificativas a necessidade de se preocuparem com a saúde pública e o uso desenfreado de substâncias entorpecentes, de modo que, sem o devido controle, acreditavam no rompimento de toda a estrutura da sociedade.

Além dos controles econômico e higienista surge os valores morais endossando a punição das condutas relacionadas às drogas (Carvalho, 2010). Insta observar que alguns dos pilares que regulam uma sociedade (médico, jurídico e religioso) estão abrigados na mesma trincheira. Portanto, é relevante observar que nas primeiras quatro considerações do Preâmbulo da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, consta nítida tonalidade alarmista e moralizadora, quando diz:

[...] Preocupadas com a saúde física e moral da humanidade, reconhecendo que a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade, conscientes de seu dever de prevenir e combater esse mal [...] (grifo nosso)

Desta forma, é interessante um questionamento: o que faz uma droga ser considera lícita ou ilícita?

Podemos nos remeter a lei seca que proibiu o consumo de bebida alcoólica, nas décadas de 1920 e 1930, nos Estados Unidos. A intenção era reduzir o consumo de álcool, eliminando as empresas que produziam, distribuíam e vendiam (Rodrigues, 2002). Demonstram, que muitas decisões políticas são circunstanciais, apoiadas em julgamentos morais e interesses de classes mercantis. À vista disso, percebemos que a classificação das drogas em lícitas ou ilícitas estão além do binarismo - bem e mal, não havendo uma clarificação nas tomadas de decisões quanto às categorizações das substâncias.

Ao pensar em Políticas Públicas sobre drogas, não ficaremos restritos apenas ao estatuto presente, faremos um recuo e lançaremos um olhar ao passado a fim de confrontar os institutos jurídicos pertinentes a temática, sinalizando que nem sempre as drogas foram proibidas, demonstrando uma ruptura com a ideia de linearidade. Nos episódios de repressão às drogas sofreram maior recrudescimento a partir do século XX, tanto no Brasil como em domínio global.

5.1 APROXIMAÇÃO CLÍNICO-JURÍDICO: práticas e marcos legais

A Política Pública formal (declarada) sobre o sistema do fenômeno das drogas assenta-se em dois subsistemas principais: “Droga-clínica”, fulcrado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ou seja, disciplina, na atualidade, as internações psiquiátricas no Brasil, marcando a Reforma Psiquiátrica e o subsistema “Droga-justiça”, disciplinado pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários, usuárias e dependentes de drogas e estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Consideramos, ainda, o subsistema não positivado (não declarado) engendrado no senso comum, o subsistema “Droga-moral”.

A moral cristã compõe, junto com a justiça e a psiquiatria, uma rede de instituições que tem por finalidade única e comum a abstinência. Porém, ao contrário da psiquiatria que se volta mais para a doença mental e da justiça que se volta mais para a delinquência, a moral religiosa inclui um terceiro elemento, a associação do prazer ao mal. o prazer da carne, que frequentemente tem sido associado ao uso de drogas, é objeto histórico de intervenção do poder pastoral e, atualmente, se associa ao poder disciplinar; mas a gênese desse poder é muito mais antiga do que a própria disciplina. o poder da Igreja sobre os usuários de drogas se justifica muito mais por uma problemática do “prazer” do que, exclusivamente, pela problemática da “razão”. Enquanto a psiquiatria e a criminologia produziam verdades sobre a razão e práticas de “cura” do anormal, fosse louco ou criminoso, a moral cristã atém-se aos desvios da “carne”, aos prazeres apetitosos. (PASSOS, 2011, p. 158)

A problematização moral do uso de drogas se alicerça, em certa medida, em um conjunto de regras morais fundamentadas em grupos que desconhecem a cientificidade do tema, não se limitando, exclusivamente, às drogas, mas se estendendo, historicamente, às condutas frente aos prazeres da carne.

Proliferam as falas prontas, cheias de ódio ou medo, mas pouco se pensa sobre elas. A reflexão séria, aquela que envolve análise crítica e desmitificação, compreensão histórica e social do fenômeno da toxicomania nas suas diversas modalidades, perde espaço para as “verdades” religiosas, pseudocientíficas ou moralistas que agradam tanto ao senso comum quanto aos donos do poder no âmbito do que costumamos nomear como “drogas”. (TIBURI, 2013, p.7)

Antes de se obrigar a esses subsistemas de controle (legal, médico ou moral), a pessoa está ligada às normas sociais interiorizadas ao longo da sua construção como ser humano por meio das socializações (conferir no Capítulo 3, desta tese).

A grande maioria das pessoas possui autocontrole e, além disso o ambiente social o qual está inserido (família, amigos e pares e outras regras com significados distintos) revela-se como fator limitador ou influenciador por um lado ou para outro.

As pessoas podem fazer uso de suas substâncias de predileção e conhecerem, naturalmente, seus limites. Tendo plena consciência e domínio do momento de começar e cessar seu consumo, respeitando a sua capacidade física e/ou psíquica. Ademais, quando vencida a primeira linha de controle (autocontrole) temos o ambiente social e de socialização, que servem de medidas contentoras ou libertadoras:

O controlo legal dos comportamentos de consumo tem necessariamente de interagir com o sistema de saúde, particularmente quando, a propósito da prática de delito de consumo ou mesmo de outros delitos conexos, assume como objectivo da sanção o reenvio do consumidor para esquema de tratamento. (QUINTAS, 2011, p. 39)

5.1.1 Subsistema Droga-clínica: legitimações camufladas?

A maioria das sociedades vivem processo crescente de “medicalização” e/ou “saudilização”, bem como de “judicialização” de todas as esferas da vida⁵³. Vicissitudes de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que camuflam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas.

Circunstâncias de âmbito coletivo são vistas como individuais; questões sociais e políticos são tornadas biológicas. Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente.

O direito à saúde é uma série alusão ao atual estágio de crise estrutural do capital, no qual o Estado Nacional, a unidade política-chave em que os interesses coletivos deveriam ser representados, sofre um sensível câmbio

⁵³ Foucault (2005, p. 23) aponta a relação tensa e ambígua entre a Medicina e o Direito, no tocante ao julgamento da sanidade mental em matéria criminal. As disputas de poder entre médicos e juristas é levantada para se saber de quem é a responsabilidade nesses casos, ele nos alerta para essa reivindicação de poder entre médicos e juristas que se segue desde do início do século XIX: “A partir desse momento se formará um médico que terá também uma função de juiz, isto é, uma função de determinar o destino do julgamento por conta de um exame de conduta psiquiátrica”.

em seu propósito histórico: de instituição representativa da organização política para um órgão administrativo de gestão das coisas. (CARVALHO, 2017, p. XVI)

A aprendizagem e os modos de ser e agir, campos de grande complexidade e diversidade, têm sido alvos preferenciais da “medicalização” e/ou “saudilização” (Mitjavila & Mathes, 2016). A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais. O consumo em larga escala dos medicamentos e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico⁵⁴ apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX.

Estamos atualmente, então, convivendo com sofrimentos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos. Diante disso, as dimensões conflitiva, imprevisível, irredutível e inapreensível da subjetividade vêm sendo negadas e tratadas como meras abstrações psicanalítico-filosóficas. (GUARIDO, 2007, p. 159)

A medicalização vem exercendo o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos. Cumpre, inclusive, o papel mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem (Dalcanale Tesser et al, 2010; Mitjavila & Mathes, 2016). Haja vista o acontecido na cidade de São Paulo, no mês de maio 2017, a intervenção da prefeitura paulistana na “cracolândia”, com reconhecida incapacidade de sanar os problemas sociais daquelas pessoas, utilizou uma conduta higienista com discurso da “saudilização”. O estigma da “doença” protegida por discursos de inclusão faz uma segunda exclusão dos já excluídos, social, afetiva, educacionalmente.

Além de papel controlador, a medicação é atualmente indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico, bem como levando em consideração a socialização do discurso médico estabelecida pela mídia e as campanhas de

⁵⁴ A necessidade de estabelecer freios sociais, buscando a legitimação de ações excludentes, ao longo dos tempos surgem fatores justificantes: “O exílio do leproso e a prisão da peste não trazem consigo o mesmo sonho político. Um é o de uma comunidade pura, o outro, o de uma sociedade disciplinar. Duas maneiras de exercer poder sobre os homens, de controlar suas relações, de desmanchar suas perigosas misturas”. (FOUCAULT, 2008, p. 164/165)

marketing financiadas pela indústria farmacêutica, pode-se reconhecer em relevo o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. (GUARIDO, 2007)

No que se refere à Dislexia e ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), produziu-se uma relação entre o discurso científico que explica o fenômeno e a ideologia dominante, de acordo com a qual só obtém sucesso os mais aptos e os mais capazes, culpando os alunos pobres e suas famílias, justificando assim a desigualdade social e ignorando os determinantes escolares e políticos das dificuldades de escolarização (Moysés & Collares, 2010). Dentre as explicações para o fracasso escolar, se destacam aquelas que atribuem patologias às crianças que não aprendem ou não se comportam conforme a expectativa da escola: as explicações medicalizantes⁵⁵ ou patologizantes. (GIUSTI, 2016)

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura nos séculos XX e XXI, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si. (GUARIDO, 2007, NASCIMENTO, 2009)

Algumas propostas precipitadas ou mal-intencionadas esquecem que o mau desempenho do aprendiz é justificado pelas condições restritas de letramento de sua família e docentes, pelos métodos de alfabetização, pelo significado da escrita de seus professores e familiares. Esses fatores corroboram a noção de incapacidade do sujeito diante da escrita e, conseqüentemente, fundamentam a noção derivada de uma trajetória que se resume a um “fracasso escolar”⁵⁶.

⁵⁵ É o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. (HORA, 2011; MITJAVILA & MATHES, 2016)

⁵⁶ Moysés e Collares (2010) destacam a propagação das chamadas “disfunções neurológicas” ou “distúrbios de aprendizagem” por falta de comprovação científica e rigor metodológico, utilizando-se critérios imprecisos e conservando conceitos frágeis e vagos, para se poder diagnosticar uma pessoa, principalmente, crianças ou jovens. É pertinente destacar a preocupação das autoras em relação ao uso de drogas psicotrópicas por crianças e jovens, podendo a longo e médio prazo, trazer resultados deletérios para esses grupos.

O fenômeno de transformar tudo e todos em mercadorias fez com que mudássemos os nossos valores, permitindo que compactuássemos com naturalidade a nova ordem do consumismo e da efemeridade, cujas as bandeiras da ética e da moral fossem depostas, e do lucro antiético fosse hasteada no mastro central. “A comercialização da felicidade parece estar associada ao lema: entorpeça-se, mas de forma limpa, lícita e controlada para não causar distúrbios e desestabilização éticas e estéticas” (Carvalho, 2010, p.302). Compete questionar e refletir sobre o alerta e a denúncia que as autoras trazem a baila: “Até quando crianças e jovens continuarão sendo quimicamente contidos? Até quando suas vidas serão o combustível para as fornalhas de fazer dinheiro dos vendedores de doenças?” (MOYSÉS & COLLARES, 2010, p.103).

Não devemos esquecer que, quase tudo, tem sua contrapartida, e no afã de alcançar o gozo efêmero poderemos nos colocar vulneráveis e reféns da “liberdade que escraviza”, ceder espaços e ultrapassar as balizas de controle, vencendo as barreiras do autocontrole e do ambiente social, abrindo possíveis caminhos para dependência. A partir deste momento a droga pode causar danos à saúde e a outros.

5.1.2 Subsistema droga-justiça: os dois lados da barricada

A ponta de lança, no Brasil, referente à incriminação de alguma substância, foi o Código Penal de 1890, que fez menção às substâncias venenosas, abrindo a possibilidade de variadas leituras a mercê do intérprete. Após, aproximadamente, quatro décadas foi promulgada a Consolidação das Leis Penais de 1932, que expressamente enceta a incriminação de condutas relacionadas à produção, à distribuição e ao consumo das drogas tornadas ilícitas e substituiu a expressão “substâncias venenosas” do artigo 159⁵⁷ do Código Penal de 1890 por “substâncias entorpecentes”.

A partir desse momento segue um conjunto de leis que visa o recrudescimento da relação consumidor-droga. O comércio da droga passa a ser regulado por leis com intento proibicionista⁵⁸, culminando, durante a ditadura militar, na primeira Constituição Federal brasileira que faz menção as drogas ou seu sinônimo,

⁵⁷ Decreto nº 847 – de 11 de outubro de 1890, Promulga o Código Penal. Art. 159. Expôr à venda, ou ministrar, substâncias venenosas, sem legitima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários: Pena – de multa de 200\$ a 500\$000.

entorpecente. Estando localizada topograficamente no capítulo que trata da competência da União, mais precisamente, no Artigo 8º, inciso VII, alínea b), da Carta Constitucional de 1967. Três anos depois, foi promulgada a primeira lei especial que regula a matéria – a Lei nº 5.726/71, meia década depois foi publicada a segunda, a Lei nº 6.368/76.

A Constituição Cidadã de 1988, assim conhecida no mundo jurídico, amplia ainda mais, em seu texto, as possibilidades de combate as drogas, fazendo menção em alguns artigos: Artigo 5º, incisos XLIII e LI; Artigo 144, inciso II; Artigo 227, inciso VII e Artigo 243, caput e Parágrafo único.

Após decorridos três decênios da última lei especial sobre drogas e, posterior, a Constituição Federal de 1988, passou a vigorar a lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, a lei especial que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Portanto, a lei nº 11.343/06 é o nosso atual instrumento normativo que estrutura e estabelece as diretrizes na temática concernente às drogas, lembrando que existem algumas leis esparsas que tratam de assuntos bem particulares cuja a droga tem sua interface, apenas como exemplo, a Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, no seu Artigo 4º, Parágrafo 13, dispõe sobre os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores.

⁵⁸ No contraponto do proibicionismo temos o abolicionismo que propõe um novo olhar sobre o sistema de justiça penal. Preconiza uma descriminalização, uma desencarcerização, uma desestigmatização, além de lançar novas alternativas para a solução dos problemas jurídico-criminais, afirmando que, em nenhuma hipótese, o sistema penal da forma que é concebido poderá prevenir e reprimir a criminalidade, pelo contrário rouba os conflitos de seus intervenientes e, gera violência sob a própria égide estatal. (KULLOK, 2015)

Segundo Zaffaroni (1991), o abolicionismo penal possui múltiplas facetas que variam de acordo com o autor que se analisa. Thomas Mathiesen, por exemplo, fortemente influenciado pelas teorias marxistas, afirma que o sistema penal é mais um instrumento de dominação de classe; Foucault, tem uma abordagem estrutural; e Nils Christie, tem uma ideia fenomenológico-histórica da questão. Os autores, no entanto, convergem na convicção de que o sistema penal vigente é ineficiente e inútil, e por isso defendem sua extinção e substituição por outros meios de resolução dos conflitos sociais.

O sistema penal, para Hulsman e De Celis, não se importa com as intenções da vítima, nem com a vida social do indivíduo processado, antes, segrega-os, congelando apenas a ação da conduta criminosa, buscando atribuir a causalidade da sua conduta a um tipo penal e, assim, atribuir uma culpa. (HULSMAN & DE CELIS, 1993; HULSMAN, 1997)

A lei nº 11.343/06, acentuou o distanciamento entre consumidores(as) e o(a) comerciante de drogas criando um verdadeiro hiato, assinalando praticamente a descriminalização do consumidor, bem de se notar que houve descarcerização, isto é, retirou a pena restritiva de liberdade e agravou a severidade para o vendedor, ratificando uma tendência que se iniciou com a lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

O fato é que nesse momento o sistema penal com sua seletividade ontológica vai distribuir seus papéis fixos: estereótipo médico para jovens usuários de classe média e estereótipo criminal para a juventude recrutada para o varejo de circuito informal. (CARVALHO, 2010, p. XVII) (grifo nosso)

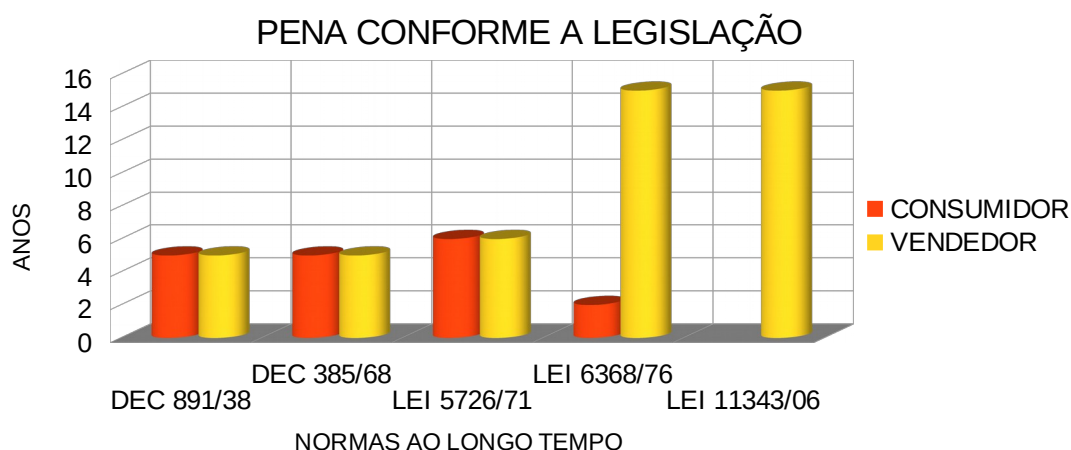
Para ilustrar e complementar o que foi aludido, foi confeccionado o quadro abaixo delineando a linha do tempo da legislação brasileira referente ao tema, lançando no gráfico as penas máximas de privação de liberdade, registrando os distintos tratamentos, a partir de um momento da História, entre dois grupos que constituem uma simbiose, um depende do outro para existir (consumidor(a)/usuário(a) e vendedor(a)/traficante).

A lei nº 6368/76 introduziu um regime diferenciado de aplicação das penas privativas de liberdade, chamado de detenção, que nas leis anteriores era de reclusão⁵⁹ tanto para consumidores(as) como para os(as) vendedores(as).

Nota-se na coluna da lei nº 11.343/06, que não há o cilindro correspondente ao consumidor, pois nesta lei o consumidor deixou de ser sancionado com a pena privativa de liberdade, conforme o Artigo 28 e seus incisos:

⁵⁹ A pena de reclusão se aplica a condenações mais severas, o regime de cumprimento pode ser fechado, semi-aberto ou aberto, e, normalmente, em estabelecimentos de segurança máxima ou média. No entanto, a pena de detenção adota-se para condenações mais leves e não admite que o início seja no regime fechado. Em regra, a detenção estabelecida no regime semi-aberto, em instituições menos rigorosas como colônias agrícolas, industriais ou similares, ou no regime aberto, nas casas de albergado ou estabelecimento adequados. (JESUS, 2015)

Gráfico nº 4 - Legislações penais e sanções



Fonte: Elaboração do autor, 2018. Dados coletados nas respectivas legislações nacionais que compõem o quadro legal dos séculos XX e XXI.

Tabela nº 01 – Penas conforme a legislação

PENAS CONFORME A LEGISLAÇÃO				
ANO	NORMA	ARTIGO	COMPARAÇÃO DAS PENAS	
1938	Decreto-Lei 891	33	Pena consumidor	Um a cinco anos de prisão celular e multa
			Pena vendedor	Um a cinco anos de prisão celular e multa
1968	Decreto-Lei 385	1º	Pena consumidor	Reclusão, de um a cinco anos, e multa de 10 a 50 vezes o maior salário-mínimo vigente no país
			Pena vendedor	Reclusão, de um a cinco anos, e multa de 10 a 50 vezes o maior salário-mínimo vigente no país
1971	Lei 5.726	23	Pena consumidor	Reclusão, de um a seis anos e multa de 50 a 100 vezes o maior salário-mínimo vigente no país.
			Pena vendedor	Reclusão, de um a seis anos e multa de 50 a 100 vezes o maior salário-mínimo vigente no país.
1976	Lei 6.368	16	Pena consumidor	Detenção, de seis meses a dois anos, e pagamento de vinte a cinquenta dias-multa.
		12	Pena vendedor	Reclusão, de três a quinze anos, e pagamento de cinquenta a trezentos e sessenta dias-multa.
2006	Lei 11.343	28	Pena consumidor	I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.
		33	Pena vendedor	Reclusão de cinco a quinze anos e

				pagamento de quinhentos a mil e quinhentos dias-multa.
Fonte: Elaboração do autor, 2018. Dados coletados nas respectivas legislações.				

Para Quintas (2011), a perseguição aos vendedores/traficantes é bem mais importante, porque mexe com os preços das drogas e com a criminalidade associada, e que a descriminalização pode ser positiva, mas não reduz os maiores danos associados com o uso, distribuição e controle das drogas. Portanto, as mudanças nas leis no interior de um país ou região não parecem ter efeitos significativos no uso de drogas.

Divergindo da assertiva acima, a descriminalização e/ou legalização do uso/consumo de drogas poderá emergir um maior número de pequenos comerciantes, haja vista a possibilidade de transporte de pequenas quantidades, “processo formiguinha”, sobretudo, em países com uma parcela da população constituída de desempregados precisando de uma forma de auferir recursos.

Tratar de descriminalização e/ou legalização de uso, consumo, comércio e transporte de drogas de forma unilateral, não fará alterações no cenário na direção de diminuição da violência e do consumo. Porém, isso não quer dizer que haverá aumento de consumo; entretanto corre-se o risco de aumento da população carcerária pelo comércio. Lembrando que, já comentado no capítulo 3, os maiores problemas vinculados ao consumo de drogas, são as consequências associadas à sua aquisição e qualidade das substâncias.

Contudo, leis de alguns países⁶⁰, com pequena coloração de abrandamento, inclusive a brasileira, agem de forma implicitamente coercitivas e com propósitos subjacentes, que independe da abordagem de medidas repressivas ou médico-sociais. Ao encaminhar os(as) consumidores(as) de drogas “transgressores(as)” das leis para os cuidados de saúde, esses(as) usuários(as) terão contato com as instituições de saúde e deixarão de comprar ou fazer pequenas vendas e praticar crimes conexos (crimes contra o patrimônio, violências). Dessa maneira, são pessoas que são afastadas do contexto das drogas por um certo período.

⁶⁰ As leis Italiana (1990), Espanhola (1992) e Portuguesa (2001) relativas ao consumo de drogas são habitualmente consideradas descriminalizadoras do consumo. Tratam-se de leis que impõe o tratamento administrativo dos delitos de consumo de drogas. No caso da Holanda houve a despenalização (1976). É interessante ressaltar que a Itália foi o primeiro país do mundo a descriminalizar o uso de todas as drogas. (QUINTAS, 2001, p.79/80)

Gilberto Velho (2008), em seu “livro Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia”, retratou como a classe média e alta do Rio de Janeiro consomem diversos tipos de substâncias, confirmando a fenda que há entre dois grupos da sociedade: os que vendem e os que compram. As medidas de maior repressão estão voltadas para aqueles que vendem as substâncias psicoativas (normalmente o grupo de pessoas mais carente), podemos chamar de varejistas das drogas. Por outro lado, os compradores obtiveram um abrandamento pela legislação atual (Lei 11.343/2006). Reforçando essa linha, conforme ressaltado por Velho, a nossa “Políticas de Drogas” estabeleceu distinções entre esses atores, colocando-os em polos distintos, ao recrudescer para uns (vendedor(a)/traficante) e abrandar para outros(as) (comprador(a)/consumidor(a)/usuário(a))

5.1.2.1 Possibilidades no controle das drogas: abrandamento ou recrudescimento?

O controle a respeito das drogas teve o seu preâmbulo, em escala mundial, estabelecido nas primeiras décadas do século XX, impulsionado pelo cenário que se desenhava à época, já apreciado nessa tese. Como a História é constituída por ondas, tende arrefecer-se para consumidores(as) no século XXI, caminhando à descriminalização e/ou despenalização, munida com as Políticas de Redução de Danos (PRD), incrementada e estimulada pela maioria dos países, que seguem a orientação da ONU.

Em contrapartida, os mesmos Estados que tendem à descriminalização e/ou despenalização do consumo de drogas, os quais ratificaram os tratados de características proibicionistas, em respeito a essas convenções e por prudência em não agir unilateralmente, manterão a venda da drogas na ilegalidade⁶¹.

As convenções internacionais não impedem os países de desenvolverem diferentes técnicas de flexibilização, mantendo a proibição na lei, designadamente os modelos baseados nos princípios de oportunidade e na tolerância ao consumo, como o holandês. (QUINTAS, 2011)

Quando questionados sobre o porquê da introdução da descriminalização e não da legalização – um conceito discutido abertamente hoje em dia por outras autoridades políticas e intelectuais, especialmente na América Latina – os entrevistados apresentam uma série de razões. Alguns centram-se nas questões relacionadas com os acordos e tratados internacionais assinados

⁶¹ Isto não quer dizer que não podem descriminalizar e/ou despenalizar. Tratam-se de institutos jurídicos distintos.

por Portugal, que obrigam os seus signatários a manter a proibição das drogas. A legalização seria contrária a esses acordos, enquanto que a descriminalização não. Outros defendem que esta nova filosofia mantém uma forte convicção que o consumo de drogas é prejudicial e indesejável e não deve ser percebido apenas como uma opção pessoal uma vez que acarreta consequências sociais. Foi afirmado que a política portuguesa da droga não se trata de dar luz verde aos consumos de drogas, mas sim de reduzir danos, parar com punições insensíveis e atingir um maior controlo sobre o problema das drogas (DOMOSŁAWSKI, 2011, p. 28).

Como os movimentos e mudanças sociais não ocorrem por saltos e, sim, por processos de idas e vindas (como ondas), o consumo de algumas drogas, por exemplo, a *cannabis*, tende a descriminalização⁶² e a legalização no Brasil. Contudo, o crack, por exemplo, deve manter-se, ainda, como crime. Haja vista, a discussão que vem se desenvolvendo na separação de drogas leves (*cannabis*) e pesadas (crack). A divisão toma por base os prejuízos biopsicossociais causados pelas substâncias.

O argumento para descriminalização e/ou despenalização da maconha (*cannabis*), fundamenta-se na conduta que vem sendo adotada, no Brasil, pelo Supremo Tribunal Federal (STF) referente ao tema e os novos modelos praticados em alguns países ocidentais.

⁶² a) Descriminalizar significa tirar o crime conforme o significa o prefixo “Des”. Com isso, quando houver descriminalização não será considerado crime, mas poderá ser tratado como ilícito civil ou administrativo, ou seja, implica a remoção de uma conduta ou atividade da esfera criminal. A proibição mantém-se a regra, mas as sanções aplicadas para o consumo (e os seus atos preparatórios) não subsumem no enquadramento da lei criminal. Por exemplo, na legislação portuguesa a Lei nº 30, de 29 de novembro de 2000, transformou a natureza do ilícito de crime para contra-ordenação. Transferindo a competência, para analisar o fato, do judiciário para esfera administrativa. (DOMOSŁAWSKI, 2011)

b) Legalizar vem a ser a liberdade de realizar atos e fatos, dentro de um Estado, que tem a competência para legislar sobre aquele tema. Essa liberdade se estende as esferas: penal, cível e administrativa. As legalizações serão regulamentadas, como o propósito de ajustar as relações cidadão e Estado. Por exemplo, a legalização do uso de maconha no Uruguai.

c) Descarcerizar entende-se como retirar a pena restritiva de liberdade, ou seja, o apenado não ficará preso pelo ato praticado. No entanto, poderá sofrer outros tipos de sanções. Por exemplo, na legislação brasileira, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, no seu artigo 28, as penas previstas não incluem restritivas de liberdade.

d) Despenalização”, significa a remoção de sanção penal estabelecida pela lei. Para mais informações acerca das diferenças entre descriminalização e despenalização. (GREENWALD, 2009, p.2).

Quadro nº 17 – Políticas de drogas em alguns países

POLÍTICAS DE DROGAS EM ALGUNS PAÍSES			
ANO	PAÍS	SITUAÇÃO	AÇÃO
2001	Portugal	Descriminalizado ⁶³ (Todas as Drogas)	Em 2001, Portugal modificou a sua legislação referente ao porte de todas as drogas para consumo pessoal – definido como a quantidade que uma pessoa usaria durante 10 dias ou menos – uma “infração administrativa”.
2013	Uruguai	Legalizado (<i>Cannabis sativa</i>)	Em 2013, o Uruguai tornou-se o primeiro país do mundo a legalizar o cultivo, a venda e o consumo de <i>cannabis</i> para uso recreativo, como medida de combate ao crescimento de cartéis de narcotráfico. Consequentemente, é também o primeiro país a romper com a Convenção Internacional sobre Controle de Drogas.
2014	EUA	Criminalizado	Em nível federal
		Descriminalizado (<i>Cannabis sativa</i>)	Carolina do Norte, Delaware, Maine, Maryland, Minnesota, Mississippi, Nebraska, Nova Iorque, Ohio, Rhode Island e Vermont.
		Legalizado (<i>Cannabis sativa</i>)	Oregon, Washington, Colorado, Alasca, Massachusetts e Nevada e a capital Washington, D.C. (Distrito de Columbia).
2018		Legalizado (<i>Cannabis sativa</i>)	Califórnia.
2011	Brasil	Criminalizado	a) conforme a decisão no julgamento Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 187), ajuizada pela Procuradoria-Geral da República (PGR), concernente a “marcha da maconha”, o ministro Celso de Mello e seguido pelos outros ministros da corte: [...] a “marcha da maconha” é um movimento social espontâneo que reivindica, por meio da livre manifestação do pensamento, “a possibilidade da discussão democrática do modelo proibicionista (do consumo de drogas) e dos efeitos que (esse modelo) produziu em termos de incremento da violência”.(STF, 2011)
2014			c) O Projeto de Lei 7270/14 do Deputado Federal Jean Wyllys (Psol-RJ) Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de <i>Cannabis sativa</i> ,

⁶³ Ao descriminalizar as drogas Portugal quebrou um paradigma. A experiência de Portugal importante como referência mundial de uma abordagem inovadora. Sabendo que um estudo do Eurobarómetro realizado em 1997, comentado por Domostłowski (2011), mostrava que os portugueses percebiam as questões relacionadas com as drogas como o principal problema social do país e que doze anos depois, em 2009, quando a nova lei de descriminalização do consumo de drogas estava implementada, as drogas passaram a ocupar o 13º lugar na lista das questões sociais que maior preocupação causava aos portugueses.

2015			<p>b) Os ministros do STF devem decidir se o artigo 28 da Lei Antidrogas fere ou não o inciso X, do Artigo 5ª, da Constituição Federal de 1988, que determina que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.</p> <p>O ministro Gilmar Mendes, que é relator do caso, votou pela descriminalização do porte de drogas.</p> <p>O ministro Luís Roberto Barroso, voto favorável à descriminalização.</p> <p>O ministro Luiz Edson Fachin votou a favor da inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas. No entanto, para ele, a descriminalização do porte deve valer apenas para maconha.</p>
------	--	--	--

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Por outro lado, a possibilidade de descriminalização e legalização do comércio de todas as drogas poderá ir de encontro a alguns obstáculos de várias ordens. Para justificar, são realizados alguns questionamentos, para adiante considerar: Qual é a população encarcerada pelo comércio/tráfico de drogas? O que aconteceria se o comércio/tráfico das drogas fosse descriminalizado?

[...] as normas do território onde habitamos, o pensamento científico, obrigam-nos à indiferença, à ironia, mesmo, perante leituras que constituem um obstáculo à procura da verdade. Não porque os cientistas do comportamento humano sejam monstruosas criaturas alheias ao sofrimento humano. Bem pelo contrário, a sua vocação consiste em interpretar e explicar a dramática da existência. (AGRA, 2008, p.7/8)

Cabe salientar quando um fato deixa de ser crime, ocorre *abolitio criminis*, as pessoas que estavam presas, por aquele crime, deverão ser postas em liberdade, apoiado no Artigo 5º, XL da Constituição Federal de 1988: “*a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu*” (retroatividade da lei benéfica) e pelo exposto no artigo 2º, *caput*, Código Penal, *in verbis*:

"Ninguém pode ser punido por fato que lei posterior deixa de considerar crime, cessando em virtude dela a execução e os efeitos penais da sentença condenatória".

A lei nova retira do campo da ilicitude penal a conduta precedentemente incriminadora, pois a lei mais benéfica (*in mellius*), sempre projeta seus efeitos para o passado, retroagindo para alcançar fatos criminosos que por ela deixaram de ser (*abolitio criminis*) ou para reduzir pena por ela abrandada ou conceder benefício por

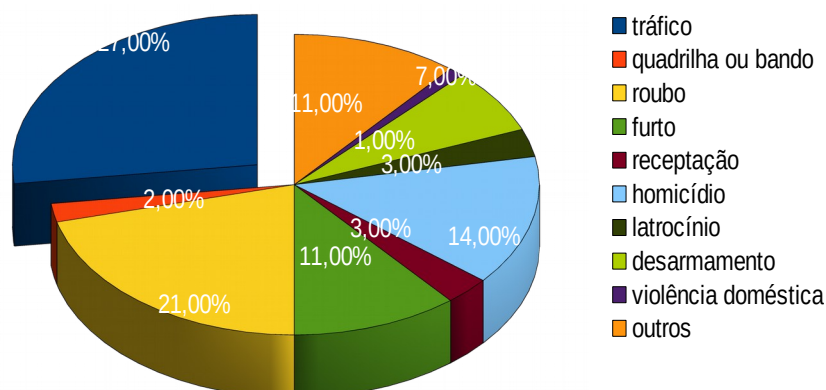
ela introduzido. (JESUS, 2015)

Conforme os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN de junho de 2014, a prevalência de baixa escolaridade segue uma constante entre os presos, o que indica que esta população já era vulnerável ou marginalizada antes de serem presos. O estudo aponta que dois em cada três detentos(as) são negros(as), e metade da população prisional não frequentou ou possui ensino fundamental incompleto. Além disso, cerca de 56% deles(as) são jovens, com 18 a 29 anos.

Em relação ao tipo de crimes, 14% dos(as) presos(as) cometeram homicídio, 21% roubo e 27% estavam envolvidos(as) com o tráfico de drogas (BRASIL, 2014, p.69).

Gráfico nº 5 – Registros percentual de pessoas presas

CRIMES ENTRE OS REGISTROS DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE



Fonte: Elaboração do autor, 2018. Dados coletados na INFOPEN, junho/2014.

Tabela nº 02 – Percentual de pessoas presas.

REGISTROS PERCENTUAL DE PESSOAS PRESAS	
TRÁFICO	27%
QUADRILHA OU BANDO	2%
ROUBO	21%
FURTO	11%
RECEPTAÇÃO	3%
HOMICÍDIO	14%
LATROCÍNIO	3%
DESARMAMENTO	1%

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	7%
OUTROS	11%

Fonte: Elaboração do autor, 2018. Dados coletados da INFOPEN/2014.

O encarceramento tornou-se fonte de renda para empresários, em uma lógica quanto mais presos, maiores ganhos. Tudo começou com a nação que possui a maior população carcerária do mundo. A ideia apareceu nos anos 80, nos Estados Unidos⁶⁴, durante o governo Reagan. (PEREIRA, SALLUM & FILIZZOLA, 2016)

No Brasil, quarta população de presos (INFOPEN⁶⁵, 2014, p.12), foram criadas as Parcerias Público-Privadas⁶⁶, que tem as diretrizes gerais previstas na Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004. Pode ser compreendida como sendo contratos realizados entre a administração pública e o parceiro privado na forma de concessão patrocinada ou administrativa, com o objetivo de escolher o melhor parceiro para um determinado fim. Esse modelo de contratação de particulares pelo poder público, tem a finalidade de realizar investimentos em infraestrutura e serviços públicos, partindo do pressuposto de ineficiência do Estado em gerir e satisfazer suas prestações obrigacionais.

No contexto do sistema prisional brasileiro, as parcerias ainda estão em fase inicial (Medeiros, 2017). Por exemplo, o estado de Minas Gerais, em janeiro de 2013, anunciou a inauguração da primeira penitenciária construída sob a regência de um contrato entre o poder público com o consórcio de Gestores Prisionais Associados – GPA.

Logo, com intuito de cumprir os contratos de metas do Poder Público com as empresas privadas, proporcionando mão-de-obra cativa e barata, vivemos um

⁶⁴ Wacquant (2007) explica como o excessivo custo econômico do aprisionamento de massa serviu de base de argumentação para que o governo norte-americano apelasse ao setor privado – orientado pela ideologia da mercantilização. Ao buscar descomprimir o caos financeiro que essa política estava causando, ao mesmo tempo oferecia um novo nicho lucrativo a esse setor.

⁶⁵ É um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, atualizado pelos gestores dos estabelecimentos penais, que sintetiza informações sobre as unidades e a população prisional (INFOPEN, 2014, p.9).

⁶⁶ As Parcerias Público-Privadas (PPP) é um contrato de prestação de obras ou serviços não inferior a R\$ 20 milhões. São um modelo de contratação que tem como partes contratantes o poder público, que cede o exercício de um produto ou serviço, e a empresa privada, podendo ainda ser formado por um consórcio de empresas parceiras, ficando este obrigado na forma mais completa de parceria a: construir, financiar, operar e manter todo o empreendimento pelo prazo mínimo de 5 (cinco)anos e máximo de 35 (trinta e cinco) anos (Extraído de <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/04/parceria-publico-privada-ppp>. Acesso em 15/11/2017).

grande perigo com esse modelo, é o encarceramento em massa. (ADORNO & SALLA, 2007; NOGUEIRA, 2015)

Artigo 6º da Lei nº 11.079/2004, *in verbis*:

Art. 6º A contraprestação da Administração Pública nos contratos de parceria público-privada poderá ser feita por:

(...)

§ 1º O contrato poderá prever o pagamento ao parceiro privado de remuneração variável vinculada ao seu desempenho, conforme metas e padrões de qualidade e disponibilidade definidos no contrato. (Incluído pela Lei nº 12.766/2012). (Grifo nosso)

Ainda mantendo o raciocínio sobre os possíveis obstáculos para a legalização e descriminalização do comércio de todas as drogas, caso houvesse a legalização, os países do bloco dominante encurtariam seus poderes intervencionistas nos países “colonizados” (Bricmont, 2005). O plano Colômbia, por exemplo, a grande ofensiva contra o cultivo, o processamento e o tráfico de drogas neste país comandada pelos Estados Unidos da América (EUA) que começou a ser gestada a partir de 1994. (RODRIGUES, 2002; VALENCIA, 2005)

Ao nível nacional, a União perderia a sua competência para atuar excepcionalmente, como previsto no artigo 243 da Constituição Federal de 1988, que trata da expropriação de terras e todo e qualquer bem de valor econômico. Além disso, em algumas cidades do país e do mundo, o comércio de drogas, real ou fictício (forjar o tráfico, implantando provas) é um meio de justificar o extermínio de grupos étnicos ou de classes sociais preteridas. (ZALUAR, 2004; WACQUANT, 2007)

Uma outra questão é que alguns setores perderão a capacidade de extorsão e corrupção⁶⁷, o qual movimenta capital e poder. De acordo com o Relatório 2010 da JIFE (Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes), a corrupção é um dos principais fatores que contribuem para o aumento do tráfico de drogas no mundo.

Las autoridades policiales y aduaneras de todo el mundo son muy vulnerables a la corrupción relacionada con las drogas. Los grupos

⁶⁷ O conceito de corrupção é amplo, incluindo as práticas de suborno e de propina, a fraude, a apropriação indébita ou qualquer outro desvio de recursos por parte de um funcionário público. Além disso, pode envolver casos de nepotismo, extorsão, tráfico de influência, utilização de informação privilegiada para fins pessoais e a compra e venda de sentenças judiciais, entre diversas outras práticas. Ao reconhecer a necessidade de um instrumento global que pudesse auxiliar os Estados-membros no enfrentamento à corrupção, a Assembleia-Geral da ONU aprovou, em 29 de setembro de 2003, a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção - o primeiro instrumento jurídico anticorrupção que estabelece regras obrigatórias aos países signatários. A convenção oferece um caminho para a criação de uma resposta global para a questão da corrupção. Disponível em: < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/corruptcao/index.html> > Acesso em 28/08/2017.

delictivos, que suelen tener a su disposición ingentes fondos y tecnología muy compleja, incluso pueden infiltrarse en las dependencias de fiscalización de drogas. Los organismos reguladores también están expuestos a la corrupción relacionada con las drogas, ya que los narcotraficantes deben implicarse en el blanqueo de capitales para ocultar sus enormes ganancias. En los casos en que se utilizan unidades militares para la erradicación de cultivos ilícitos y la vigilancia de las fronteras, esas dependencias también pueden estar expuestas a esa clase de corrupción. Además, el sistema judicial puede verse afectado por la corrupción y la intimidación relacionadas con las drogas. (JIFE, 2010, p. v)

Cite-se, ainda, que o comércio de drogas alimenta e oculta outros segmentos criminosos que emergem paralelamente ao poder estatal, indicamos a título de exemplo: tráfico de armas, de pessoas e de órgãos. (OLIVEIRA, 2007; DIAS, 2014)

Essas mudanças promoveram em curto espaço de tempo profunda desregulamentação dos mercados, sobretudo financeiros, desencadeando uma seqüência ordenada de processos: alteração das tradicionais fronteiras nacionais; incentivo ao fluxo cada vez mais maleável de capitais; abertura de espaço para atividades ilegais ao tornar a propriedade do capital anônima; circulação monetária livre de constrangimentos institucionais por paraísos fiscais, apta para o financiamento de operações como tráfico de drogas, de pessoas e de órgãos humanos, contrabando de armas, fraudes fiscais e financeiras, pirataria de mercadorias e de serviços, falsificação de medicamentos, difusão de jogos de azar, entre tantas outras modalidades. (ADORNO & SALLA, 2007, p. 10)

É importante destacar que o tráfico de drogas pode ter objetivos diversos, por exemplo: apenas a venda, a fim de obter recursos de sobrevivência ou enriquecimento dos seus comerciantes, seria o tráfico puro; o outro seria para intermediar outras atividades, como dito acima, a compra de armas e conquistas de territórios e poder, seria o tráfico instrumental.

5.2 POLÍTICA PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, podemos extrair e sintetizar seus elementos principais: a política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também interessados; é abrangente e não se limita a leis e regras; é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; e, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. (SOUZA, 2006)

Uma ação política racional pode melhorar o nível de transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, evitando que se assista de forma passiva ao fluxo e refluxo de tal conjuntura; consideramos, assim, que nada assume um caráter inevitável, mediante uma rápida comparação com o sofrimento global trazido por este consumo. (BRASIL, 2009; TEIXEIRA et. al., 2017)

[...] a sociedade atual nos disponibiliza uma extensa gama de políticas potenciais, e a sua inventividade e alcance estão em um processo de expansão contínua, sendo então possíveis outras formas de produzir novas possibilidades de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de álcool e drogas. Tal produção não ocorre somente por leis, planos ou propostas, e sim pela sua implementação e exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições, com a definição sistematizada de responsabilidades para cada esfera governamental. (BRASIL, 2009, p.5)

As primeiras medidas adotadas, no Brasil, a respeito de uma política nacional específica sobre a oferta e demanda de drogas, foi somente após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, ocorrida em 1998. Quando foi criado o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), oriundo do então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), na sequência foi constituída a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada diretamente à, então, Casa Militar da Presidência da República. (SENAD, 2016)

Coube, então, à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país, por meio do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.

A Política Nacional Antidrogas passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em 2004, substituindo o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas pelo termo “sobre”, seguindo as tendências internacionais. Dois anos depois, em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). (SENAD, 2016)

É impossível avaliar os problemas das drogas de perspectivas simplistas ou reducionistas, com foco apenas em seu consumo. O campo é bem mais amplo e traz necessidade de abordagem crítica, interdisciplinar e sobre a complexidade (Agra, 1997; Oliveira & Ribeiro, 2016). Cartografia necessária para ações efetivas e eficazes. Exige-se considerar a natureza farmacológica das substâncias, o ambiente

social dos atores, o tipo de regime de controle, a qualidade das substâncias disponíveis no mercado, como é realizada a sua ingestão, as motivações para consumo de cada pessoa, características físicas e psicológicas dos consumidores (Oliveira & Ribeiro, 2016). Nota-se que há os custos associados ao uso de substâncias e os custos associados ao seu controle.

Destarte, para se construir uma política sobre drogas se faz necessário definir sua finalidade. Se busca expandir seu campo de ação, reduzindo as suas consequências em âmbito geral: produção; distribuição; comércio; consumo e controle; e a implementação de ações de diminuição do consumo deverá ser olhada como meio e não como fim.

5.2.1 Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006: ampliação da dicotomia?

Examinando o exposto no item anterior, fica patente que passado um pouco menos de meia década da concepção da nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da edificação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), houve uma sensível separação entre consumidor e vendedor/traficante de drogas, que começou com a lei nº 6368/76, conforme gráfico nº 4 (Legislações penais e sanções).

Os caminhos determinados para os atores foram bem distintos: para os(as) vendedores(as) maior repressão e para o(a) consumidor(a) uma estratégia de prevenção e tratamento. Esse movimento ficou mais nítido com surgimento do crack e suas manifestações de miséria física, psicológica, moral e social, separando seus domínios entre droga-clínica e droga-justiça. Conforme o artigo 3º da Lei nº 11.343/2006, *in verbis*:

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Pertinente atentar que a lei emerge de movimentos sociais⁶⁸ que representam

⁶⁸ São ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas. Na ação concreta, essas formas adotam diferentes estratégias que variam da simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações etc.) até as pressões indiretas. Na atualidade, os principais movimentos sociais atuam por meio de redes sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais ou transnacionais, e utilizam-se muito dos novos meios de comunicação e informação, como a

relações intersubjetivas de interesses e paixões, de toda ordem, arrimados em saberes legitimadores (por ex.: Medicina, Direito, etc). Notamos no país e em algumas cidades campanhas respaldadas nas mídias, carecendo de apoio científico. Podemos citar a veiculada no Estado da Bahia, no ano de 2010, com o slogan: “Crack: é cadeia ou caixão” e no Estado do Rio Grande do Sul, no Balneário Pinhal: “Crack: a pedra da morte”. Assim, para elaboração de uma lei deve ser verificado os dados históricos-sociais-políticos e não arrimados em programas que objetivam o pânico social através de propagandas com tons alarmistas e ameaçadores.

Figura nº 04 – “Cadeia ou caixão”



Bahia - BR

Fonte: <http://www.ssp.ba.gov.br/modules/noticias/arquivo.php>. Acesso em 13/11/2017.

Figura nº 05 – “Pedra da morte”



Rio Grande do Sul - BR

Fonte: <http://balneariopinhal.rs.gov.br/sic>. Acesso em 13/11/2017.

A lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, quando trata do seu objeto explicita em fases, nomeando-as como medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de droga e, ainda, vai além estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. Essa lei, não faz qualquer menção sobre as substâncias consideradas ilícitas. A atuação e repressão do Estado, nesse sentido, fica condicionada à portaria⁶⁹ de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que deve dizer os nomes de todas elas. Sendo a lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 considerada, pelos doutrinadores, de norma penal em branco⁷⁰.

A lei em análise foi uma opção de Política Nacional sobre drogas, estabelecendo dois caminhos de atuação sob os crimes relativos ao consumo e a venda de drogas. Com esta distinção de tratamento cabe apreciação, com estudo de

internet. (GOHN, 2011, p. 335)

⁶⁹ Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, atualizada sempre que for considerado necessário.

⁷⁰ Normas penais em branco são aquelas em que há uma necessidade de complementação para que se possa compreender o âmbito da aplicação de seu preceito primário. Explicando de outra forma, embora haja uma descrição da conduta proibida, essa descrição requer, obrigatoriamente, um complemento extraído de um outro diploma (leis, decretos, regulamentos etc) para que possam, efetivamente, ser entendidos os limites da proibição ou imposição feitos pela lei penal, uma vez que, sem esse complemento, torna-se impossível a sua aplicação (ZAFFARONI, 2006).

caso:

Vamos supor: uma pessoa é abordada por policial e em revista é encontrada uma quantidade de substâncias consideradas ilícitas. A lei 11.343/06 constitui-se de dois critérios: um objetivo e outro subjetivo para tipificação de crimes de drogas. No caput do artigo 28 e seus incisos segue o critério objetivo e no parágrafo segundo do mesmo artigo, o critério subjetivo. Portanto, duas pessoas que praticaram o mesmo fato: encontrar-se de posse de uma certa quantidade de drogas, poderão ter tratamentos distintos, dependerá da avaliação subjetiva da autoridade judiciária, vejamos:

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.

§ 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.(grifo nosso)

Quer dizer que, por um exame subjetivo será decidido que tipo de delito e se houve delito, e, conseqüentemente, sobre os respectivos encaminhamentos. Se for considerado consumo será a(o) submetido(a) às penas constantes dos incisos I ao III, do artigo 28, acima. Caso contrário, sendo considerado comércio (tráfico) será submetido(a) as penas do artigo 33, *in verbis*:

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.

Algumas perguntas que naturalmente poderão surgir: a) a figura de consumidor(a) será sempre consumidor(a) e de vendedor(a) sempre vendedor(a)? Em algum momento essas figuras poderão fundir-se e passar ser a mesma pessoa, uma figura híbrida, consumidor-vendedor? E neste caso, como será o seu tratamento? Existe alguma previsão legal?

No domínio das drogas existem características comportamentais bem próprias, diferenciando, também, o comportamento conforme o tipo de drogas, surgindo

subdomínios distintos. Existem nesse cenário, em alguns casos, personagens bem definidos: consumidor e vendedor. Em outros, cria-se a figura híbrida consumidor-vendedor, que não possui recursos para manter a sua dependência e acaba fazendo pequenos negócios, incentivado, ou melhor, compulsado, pelos comerciantes de maior potencial (Zaluar, 2004; Feffermann, 2006). São essas pessoas, que na maioria dos casos, são presas e avaliadas como traficantes, recebendo pena privativa de liberdade, prevista no artigo 33, supra.

Contudo a lei 11.343/06, em estudo, aduz em seu artigo 22, I, *in verbis*:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social. (grifo nosso)

Continua a legislação, tratando, especificamente daquela pessoa que se encontra cumprindo pena com privação de liberdade:

Art. 26. O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança, têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. (grifo nosso)

A realidade é bem diferente, se para o consumidor em liberdade os mecanismos de aporte já falham (por falta de recursos financeiros e humanos) com uma política verticalizada e em rede especializada, que é o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Por outro lado, para a pessoa dependente de drogas cumprindo pena privativa de liberdade, ela sai da rede especializada, com plano específico, previsto por esta lei especial (11.343/06) e entra em sistema definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

A lógica da lei penal seria dissuadir tanto o consumo como o comércio, diminuindo os problemas que lhe estão associados. Entretanto, não deixam de se propagar nas cidades apesar de investimentos repressivos serem significativos. Os prejuízos em decorrência da chamada “guerra às drogas” são irrecuperáveis para sociedade tanto ao nível nacional como internacional. No Brasil, o encarceramento em massa está atrelado praticamente às drogas/tráfico de entorpecentes, sendo o crime de maior incidência, respondendo por 27% dos crimes informados (INFOPEN, 2014), conforme representado no gráfico nº 5.

Quintas (2011, p.45/46) em sua obra, demonstra em quatro planos os efeitos

indesejáveis da proibição:

- 1) No plano econômico: criação de monopólio criminal de distribuição de drogas; profissionalização e sofisticação das organizações de tráfico de drogas; branqueamento de capitais; contaminação do sistema bancário; corrupção das elites; financiamento do terrorismo e das guerrilhas locais; falta de ganhos para a coletividade em empregos e impostos sobre o consumo; custo exorbitante da repressão;
- 2) No plano jurídico: funcionamento da polícia e da justiça que ameaça os direitos fundamentais e as liberdades individuais; mecanismos excepcionais de perseguição policial, pondo em perigo as salvaguardas tradicionais de restrição dos poderes, designadamente constitucionais; risco de corrupção das autoridades policiais; elevação desajustada da severidade, pondo em causa princípios de proporcionalidade da reação penal; aplicação discriminatória das sanções em função da posição social dos consumidores que põe em perigo o princípio da igualdade dos cidadãos perante a lei; perda da credibilidade dos cidadãos na lei, violada por milhões de cidadãos que desobedecem às normas proibicionistas; contestação da norma jurídica; operações paramilitares contra países do terceiro mundo;
- 3) No plano sanitário: graves efeitos para a saúde pública do consumo de drogas ilegais por consumidores com condições de vida degradada; aumento da periculosidade das substâncias ilícitas consumidas, pela perda de controle da qualidade e composição dos produtos; reorientação para consumos de drogas mais perigosas induzida pelos mercados ilegais; acidentes mortais e atentados graves à saúde dos consumidores derivados dos comportamentos de risco potenciados pela ilicitude; práticas de consumo desastrosas, como a partilha de doenças infectocontagiosas, como o HIV e as hepatites; relutância na solicitação de assistência médica e limitações aos programas de redução de danos necessários à situação concreta dos consumidores.
- 4) No plano social: marginalização dos consumidores de drogas; aumento considerável da criminalidade designadamente aquisitiva; prostituição; insegurança urbana; utilização de consumidores e menores na revenda de drogas; violência nos mercados de drogas; superlotação e situação degradada das prisões; degradação substancial dos territórios psicotrópicos, instalados especialmente nas periferias urbanas já de si problemáticas.

Diante das problemáticas que vem atrelada ao proibicionismo, existem debates sobre os efeitos dos vários esquemas de legalização, que se registre, não houve experiências empíricas concludentes. Ainda incipiente o Uruguai contrariando as recomendações da Organização Nações Unidas (ONU), legalizou o uso e comércio da *Cannabis* (maconha) por meio da Lei nº 19.172 dezembro de 2013.

Dentro do campo das opções legais, não proibicionistas, segundo Quintas (2011, p.47/48) há quatro grandes possibilidades:

- 1) A liberalização do consumo e do mercado de drogas: esta é mais extrema das formas de legalização. A liberalização atribui às regras de funcionamento do mercado a responsabilidade de regular o consumo; (grifo nosso)
- 2) A legalização do consumo de drogas e/ou da posse para consumo mantendo a proibição da produção e comércio: procura-se limitar a oferta, mas não se encontra justificativa para punir o consumo, quer em nome da liberdade individual, quer na perspectiva clínica que encara o

toxicodependente como um doente que não deve ser punido pela sua doença; (grifo nosso)

3) A legalização do consumo e do mercado de drogas: legaliza-se o consumo e providencia-se uma fonte legal de fornecimento de drogas. Este mercado deve, contudo, estar submetido a sistemas de controle altamente restritivo, tendencialmente sob controle estatal; (grifo nosso)

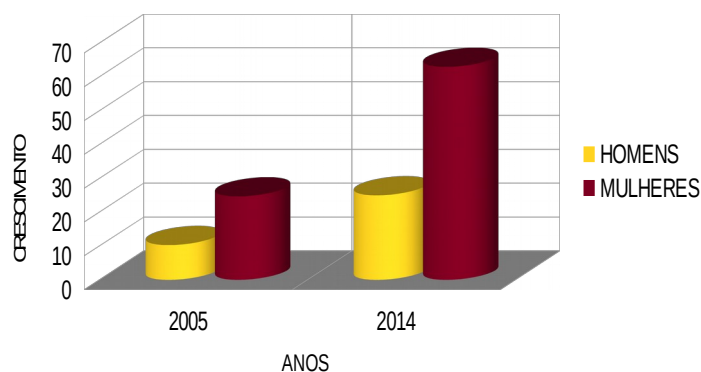
4) A regulação sanitária: atribui-se ao sistema de saúde a responsabilidade de prescrever e administrar as substâncias de que cada consumidor necessita. Geralmente esta possibilidade é equacionada para consumidores toxicodependentes, podendo estes aceder às drogas com garantias de qualidade, em boas condições sanitárias e de forma combinada com cuidados médico-psico-sociais. (grifo nosso)

Diante dos efeitos previsíveis de diferentes regimes legais emergem alguns questionamentos: quais das opções permitem uma mais eficaz limitação do consumo de drogas? Que opção permite limitar os prejuízos do consumo para os consumidores, para os vendedores e para sociedade?

Podemos notar no gráfico abaixo, a evolução da população carcerária e seu perfil no período entre os anos de 2005 e o ano de 2014, antes e depois da entrada em vigor da lei 11343/06:

Gráfico nº 06 – Relação entre mulheres e homens presos por tráfico

RELAÇÃO ENTRE MULHERES E HOMENS PRESOS POR TRÁFICO DE DROGAS NO BRASIL



Fonte: Elaboração do autor, 2018. Dados coletados da INFOPEN/2014.

Tabela nº 03 – Percentual entre mulheres e homens presos por causa do tráfico entre 2005 e 2014

RELAÇÃO ENTRE MULHERES E HOMENS PRESOS POR TRÁFICO DE DROGAS NO BRASIL		
ANO	HOMENS	MULHERES
2005	10%	24,7 %
2014	25%	63%

Fonte: Elaboração do autor, 2017. Dados coletados da INFOPEN/2014.

Desses dados, podemos auferir algumas considerações, uma delas é que a população que, muitas vezes se relaciona com as drogas, faz parte de grupo de excluídos, sobretudo, as mulheres, que alguns profissionais estabelecem estereótipos acerca das relações de gênero (D'Oliveira & Schraiber, 2013). Geralmente, praticam a prostituição⁷¹ como meio de subsistência, tornando-se suscetíveis a pressões e diante das dificuldades, acabam sendo arrebanhados pelo tráfico. (BARCINSKI, 2012; FRAGA & SILVA, 2017)

Salienta-se que não há como afirmar que as políticas repressivas adotadas sejam efetivamente responsáveis pelo aumento do consumo de drogas, porque a essa política pode acrescentar outros fatores: ambiental, curiosidades, familiar e outros. Como já abordado ao longo da tese. Por outro lado, conforme o gráfico nº 5, acima, pode-se considerar que a política repressiva é responsável pelo grande número de pessoas encarceradas.

Por sua vez, o Sistema Jurisdicional deve interagir com os Sistemas de Saúde e o de Assistência Social, sendo um dos objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários(as) e dependentes de drogas.

É bom lembrar que as instituições que prestam os serviços de internação, tanto voluntária como involuntária, só poderão realizá-las se autorizadas por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento, segundo o Artigo 8º da lei nº 10.216/2001.

Assevera o Artigo 16, da lei nº 11.343/06 que as instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários(as) ou

⁷¹ Ver item 4.1 SEXO E DROGAS: sensações, abusos e conexões

dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas da União.

Demonstra a lei nº 8.742/1993, que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Conforme a lei 8080/90, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), estão incluídos a execução de ações, como da vigilância sanitária, assim entendido: um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, essa prestação de serviço se refere a Rede de Atenção Psicossocial.

5.3 POLITICAS DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS

No Brasil, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas previsto no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 tem como norte a responsabilidade compartilhada, seguindo como estratégia a reciprocidade de cooperação e a articulação de esforços entre governo, a participação da sociedade civil e o controle social.

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

A população de modo geral se assusta, na maioria das vezes, com as condições não-humanas que as pessoas que usam abusivamente o crack se apresentam nas ruas ou lixões, como farrapos, sujos e desfigurados. E, atrelados a esses seres humanos um conjunto de “sanguessugas” a lucrar com suas desgraças, os vendedores dessas mercadorias (camelôs que representam outros distribuidores numa grande teia, cuja identidade daquele que aufere o verdadeiro lucro nunca é conhecida ou declarada) que serão presos e descartados com as investidas das

autoridades policiais. Semelhante a uma bola de borracha que é comprimida, mas faz pressão a fim de retornar ao seu estado anterior, sempre buscando a sua forma esférica, ou seja, esses(as) pequenos(as) vendedores(as)⁷² são rapidamente substituídos(as).

Como se sabe, o tráfico de drogas necessita de um mercado consumidor em emergência, à busca de novas experiências sociais, e que disponha de meios suficientes para aquisição regular de drogas. Para funcionar, esse mercado requer o concurso de cidadãos empobrecidos, sem trabalho ou sem perspectiva de futuro definido, para, como trabalhadores assalariados, exercer controle da distribuição de drogas, do ponto-de-venda, da circulação de dinheiro, das dívidas contraídas quer por consumidores quer por pequenos vendedores. Em contrapartida, eles devem obedecer a comandos externos, incluindo matar desafetos e promover a desordem urbana. Pouco a pouco, institui-se uma sorte de escravidão urbana à semelhança do que ocorre no campo. (ADORNO & SALLA, 2007, p. 13)

Portanto, em ações desesperadas para responder aos apelos de gestão pública, especialmente, onde há violência urbana, vulnerabilidades e pressões midiáticas que respaldam e legitimam esses atos, os governos acabam violando direitos humanos e fundamentais (Gonçalves, Queiroz & Delgado, 2017). As pessoas precisam sim, de ser acudidas com urgência, acolhidas em ambientes adequados tudo dentro da legalidade e ética, com outras palavras, respeito e tolerância.

Para se cumprir qualquer tipo de recolhimento de pessoas devem ser seguidos processos legal-institucionais consensuados e pactuados (Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 11.343/2006). Os governos podem até estar “bem-intencionados”, mas é muito fácil partir de uma boa intenção para atos arbitrários e abusivos. Conforme Quinteiro (2016), isso aconteceu no passado, e ainda está acontecendo hoje. Não há acordo unânime sobre qual dos discursos produzidos em diferentes quadros, espaços e momentos da história moderna e contemporânea tem maior legitimidade e merece

⁷² Observa-se a constante renovação do quadro dos pequenos traficantes: [...] o departamento de narcóticos (Denarc) prendeu 162 traficantes na região (“cracolândia”) desde 2015. Trinta deles, incluindo o suspeito de ser responsável por abastecer o tráfico na região, foram presos durante a megaoperação de 21 de maio (SOUZA, BBC SÃO PAULO, 2017); Segundo o prefeito (João Doria, da Cidade de São Paulo – São Paulo), forças de segurança já investigam o “pequeno tráfico”, como classificou, que ocorre nas regiões. “Estamos monitorando. Já temos as imagens. Já identificamos [os criminosos]. Da mesma maneira que fizemos na Nova Luz, a ação será cirúrgica e muito precisa para evitar violência”, afirmou. (TOMAZ & SOARES, G1 São Paulo, 2017) e Para a Promotoria de São Paulo, as autoridades não conseguiram sequer acabar com o comércio de entorpecente, apenas mudaram ele de região. Enquanto isso a ‘procissão do crack’, como é chamada a andança dos usuários, todos em grupo, continua por outras bandas. “Continua venda de drogas a céu aberto. Do ponto de vista do tráfico não solucionou o problema”. (TOMAZ & SOARES, G1 São Paulo, 2017)

maior credibilidade. Não podemos comungar ou compartilhar de atitudes de condução coercitiva para se saber se “x” ou “y” são doentes.

Observa-se que na lei nº 11.343/2006 e na lei nº 10.216/2001, que regulam os internamentos por dependência química ou psiquiátrica, respectivamente, não há previsão de condução coercitiva para verificar dependência química ou doença mental, qualquer medida não autorizada em lei, será arbitrária.

Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, *in verbis*:

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:

(...)

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, em seu Artigo 6º que regula as internações psiquiátricas:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Existe, por outro lado, a previsão de equipes multiprofissionais em condições técnicas de mensurar o estado biopsicossocial do dependente, pois nem todos têm condições de manifestar a sua vontade livremente, devido ao comprometimento físico e mental por uso/adição de drogas e que não conseguem a abstinência. Nesse caso, pode-se pensar em Política de Redução de Danos (PRD), visando uma diminuição da frequência de uso, diminuindo as vivências nos contextos de risco.

Pois o objetivo que norteia a saúde pública é que usuário(a) possa retornar à sua vida diária e convivência.

Em contrapartida, existem os que consideram o internamento compulsório eficaz e, que a Política de Redução de Danos não é adequada para o crack. Tendo a necessidade de mais tempo para a internação, aproximadamente, de seis meses a um ano.

[...] Cabe considerar aqui que modelos preventivos de abordagem, **do tipo redução de danos, parecem apresentar pouco resultado nessa população de usuários**. Medidas como cachimbos descartáveis ou outras estratégias que se baseiam predominantemente na manutenção de uso seguro - bastante aceitáveis em outras modalidades de uso de substância - não apresentam eficácia comprovada em usuários de *crack* (KESSLER, 2008, p.97). (grifo nosso)

Antônio Nery Filho, em entrevista ao jornalista Gilberto G. Pereira, do jornal Tribuna do Planalto (11/10/2011) com o tema: “É preciso respeitar a liberdade”, faz comparação, após a pergunta do jornalista, entre Consultório de Rua e Internamento Compulsório:

Qual é a vantagem de um procedimento de um consultório de rua sobre a tradicional internação compulsória?
 Não tem comparação. Internação compulsória é pegar na rua e internar. Talvez a comparação seja que o Consultório de Rua é o antídoto e a anti-internação compulsória. Enquanto a internação compulsória vai lá pega e interna, o Consultório de Rua vai lá para reconhecer o direito do sujeito onde ele está, como ele é, como ele quer viver. Uma vai lá para tirar, e a outra vai lá para conhecer, dialogar, ser reconhecida. É completamente diferente. (FILHO, 2011, p. 3)

Tal argumento e sustentação também encontram respaldo nas entrevistas realizadas nas Comunidades terapêuticas para o desenvolvimento dessa tese, uma das perguntas era sobre internamento, das quais pode-se destacar as seguintes passagens:

Essa pra mim é a vez que vim de verdade, as outras eu fui levada. Só funciona sendo voluntariamente, ainda assim tem que ter força de vontade, tem que ter um lugar que nos deixe à vontade para querer estar. Porque os outros Centros que eu convivi., acho mesmo que estivesse com vontade de ficar eu não ficaria, porque não é um local..(bateu na mesa, com tom de afirmação) você é forçado a ser uma pessoa que não é, a fazer coisa que não gosta de fazer. Enfim, não é porque você é um adicto que você pode ser obrigado a fazer coisas que você não quer, tipo uma religião...ou um...hábitos que você não estar acostumado a ser, fazer, querer. Aqui eu me sinto em casa (M2.BR)-B41).

Eu acho que o internamento involuntário é melhor, deveria ter mais clínicas públicas com portão fechado, porque quando a pessoa sabe que não pode sair ela se conforma e tenta melhorar (M2.BR)-G28).

Antes de qualquer decisão extrema, o(a) paciente (dependente), em crise, deverá ser encaminhado(a) para hospital que é a porta de entrada da rede, pois encontra-se voltado, sobretudo, para o manejo de crises agudas e para a desintoxicação. A duração média preconizada é de duas a quatro semanas, tempo mínimo desejável para que os(as) usuários(as) possam ser avaliados(as) quanto à presença de dependência e de outras comorbidades, para que participem de atividades capazes de motivá-los(as) para o tratamento e para que familiares possam ser localizados, ouvidos, orientados e sensibilizados, com o intuito de se elaborar um plano de tratamento eficaz. (MOREIRA, MITSUHIRO & RIBEIRO, 2012)

A sobriedade ao abordar a questão é de suma importância. Primeiro não confundir usuário(a) com dependente, e nem tampouco com vendedor de drogas. Pois na tentativa de fragilizar um lado e draconizar o outro, pode dificultar ou impedir um desenvolvimento de melhores mecanismos de apoio.

Não se está aqui a defender a maior severidade penal com o usuário ou, ao reverso, o abrandamento absoluto com os atos de traficantes, o que se quer é revelar as minúcias legais que forjam lentamente um quadro excludente que se inicia na realidade social e é repassada para a legislação. (BIZZOTO, 2010, p. 13)

O discurso médico-sanitário (estereótipo da dependência) e o discurso político-jurídico (estereótipo da criminalidade). Ambos proliferam a ideologia de diferenciação entre consumidor-doente e traficante-delinquente, mantendo na contemporaneidade o padrão e a dinâmica das leis penais, processuais penais e executivas no campo dos entorpecentes. (CARVALHO, 2010, p. 295)

O sucesso desta iniciativa, como qualquer intervenção médica responsável, depende do acerto entre a medida usada e as necessidades da pessoa. Qualquer atividade de atenção e reinserção social exigem a observância de princípios legais, como o respeito ao dependente de drogas ou álcool, a definição de projeto terapêutico individualizado e o atendimento, ao doente e a seus familiares, por equipes multiprofissionais. (cf. art. 22, da lei 11.343/06)

A internação deve ser considerada alternativa e de caráter extremo, analisada por equipe profissional habilitada, de acordo com o grau de dependência da pessoa, com a gravidade dos transtornos que ela apresenta e suas peculiaridades socioculturais, o nível de comprometimento familiar na busca da cura, a insuficiência de medidas anteriores menos agressivas etc.

A existência de um doloroso problema, contudo, não pode servir para justificar e encobrir equívocos. É fundamental que a construção dos instrumentos legais esteja pautada pelas garantias constitucionais. Os valores da dignidade humana e da igualdade concreta precisam ser utilizados para desvelar os sentidos linguísticos e simbólicos que tanto auxiliam na manutenção da inércia social. (BIZZOTO, 2010, p.3)

Em outro olhar, há casos que a internação é uma possibilidade para tratamento eficaz. Muitos são inaptos para aquilatar a própria dependência e a nocividade de seu comportamento⁷³.

Para dependentes químicos, a postura refratária ao tratamento e a resistência integra o quadro da doença. Por isso, dependendo do caso o internamento compulsório ou involuntário deve ser levado em consideração dentre as possibilidades. Mas, esse tratamento deverá ser efetuado, com intuito de tirar o(a) usuário(a) da crise compulsiva, e não prolongar o tratamento, pois a(o) dependente de drogas deverá aderir ao tratamento, senão estará fadado ao insucesso.

As pessoas devem se internar por conta própria, não adianta alguém te levar, ela precisa se conscientizar, porque depois que sair...vai voltar a usar, porque veio só para restaurar o corpo, aí volta a usar de novo. Tem gente assim...que fica aqui, não sabe pra que veio. Obrigado não funciona, o cara faz um trato com a mãe, diz que vai ficar um mês, dois meses... não cumpre o tratamento. Pra mim não adianta a pessoa continuar usando a droga, mesmo que seja mínima, deve parar de vez. (H1.BR)-A37)

⁷³ Para Schenker e Minayo (2005, p. 710/711), o comportamento de risco para drogadição pode ser influenciado por alguns fatores:

- (1) Um deles diz respeito aos efeitos cumulativos das substâncias tóxicas e sua relação com a vulnerabilidade do indivíduo. De um lado sabe-se que a probabilidade de desenvolvimento de determinado distúrbio aumenta em função do número, da duração e da "toxicidade" dos fatores de risco envolvidos;
- (2) Um segundo aspecto importante a ser considerado é o que se refere ao risco que constitui a atitude positiva da família com relação ao uso de drogas, reforçando a iniciação dos jovens. Hoje se sabe que as relações familiares constituem um dos fatores mais relevantes a ser considerado, mas de forma combinada com outros. Por exemplo, que não há uma relação linear entre o abuso de álcool dos pais e de seus filhos. Sugere que os padrões de comportamento dos pais e as interações familiares, e não só o fato de eles beberem, são em boa parte responsáveis pelas atitudes dos filhos;
- (3) O envolvimento grupal tem sido visto como um dos maiores prenúncios do uso de substâncias. No entanto, essa relação interpares também precisa ser qualificada. Ela se configura como fator de risco quando os amigos considerados modelo de comportamento;
- (4) Muito se tem falado também no papel da escola seja como agente transformador, seja como lócus propiciador do ambiente que exacerba as condições para o uso de drogas. Ninguém desconhece que essa instituição é hoje alvo do assédio de traficantes e repassadores de substâncias proibidas, prevendo-se o alicia mento por pares;
- (5) A disponibilidade e a presença de drogas na comunidade de convivência têm sido vistas como facilitadoras do uso de drogas por adolescentes, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso;
- (6) Outra tendência muito comum quando se fala de drogas é a absolutização do papel da mídia como fator de risco. É certo que, sobre tudo no caso das drogas lícitas, os meios de comunicação geralmente mostram imagens muito favoráveis.

5.3.1 Rede de Atenção Psicossocial

Nesta parte da tese adentraremos a uma seara específica, tendo como meta compreender o funcionamento e como se define a Rede de Atenção Psicossocial (RAP)⁷⁴ Integral na assistência de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Será um pouco mais voltado à descrição das modalidades de tratamento para pessoas com dependência de álcool e outras drogas e suas comorbidades associadas.

Além disso, não será estudada as Comunidades Terapêuticas, pois será em capítulo próprio, após esse capítulo, que também faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAP). Haja vista que o propósito desta pesquisa é o estudo dessas instituições, o olhar será mais aprofundado merecendo o debruçar mais demorado. Analisaremos a história de vida dos internos, discutiremos as filosofias de trabalho e as propostas dos profissionais que atuam com pessoas dependentes de substâncias psicoativas.

Antes do Governo Federal criar a Rede de Atenção Psicossocial, instituiu através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), tendo como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o Governo Federal exigiu em seu artigo 5º, inciso III, para se poder instituir uma Região de Saúde que deveria conter, no mínimo, atenção psicossocial, além de outras ações e serviços. Com isso, em 23 de dezembro do mesmo ano, o Ministro da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (GIMBA & CAVALCANTI, 2017)

⁷⁴ As informações sobre a estrutura da Rede de Atendimento Psicossocial foram colhidas do Governo Federal através do site: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>. Acessado em 25/08/17.

Dentre os seus compromissos ela deverá atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Para tanto, esta Rede de Atendimento será estruturada da seguinte forma: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Dentro de Atenção Básica em Saúde, temos os seguintes componentes: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura.

Enquanto a Atenção Psicossocial é composta por Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, abaixo discriminadas:

Os Centros de Atenção Psicossocial I (CAPS I) têm como objetivo atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

Os Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) buscam atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes;

Os Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III) visam atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter

comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes;

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;

Os Centros de Atenção Psicossocial i (CAPS i) atendem crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Já a atenção hospitalar busca usuários(as) com Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com internações de curta duração, até a estabilidade clínica do(a) usuário(a).

Nessa relação articulada, as portas de entrada⁷⁵ deveriam efetivamente funcionar, sendo o filtro o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção de usuário(a) na comunidade. Com a falta de apoio aos Centros de Atenção Psicossocial, podem deixar de cumprir esse papel, provocando uma desarticulação de seus componentes, onde cada serviço funcionará independentemente, desvirtuando a finalidade daquela instituição que seria de tratar pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou adição. Portanto, acabam tornando-se albergues e esconderijos, possibilitando a ocorrência de excessos.

⁷⁵ Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS, conforme Artigo 2º, inciso III, e 9º do Decreto 7508/2011: Art. 9º. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto. Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Em relação as Estratégias de Desinstitucionalização são elaborados projetos que visam a garantir às pessoas com transtorno mental, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, almejando sua progressiva inclusão social. Garrafa (2005, p.129) entende “o fenômeno de inclusão social como um processo dinâmico que necessita ser construído e levado à prática, objetivando a conquista da verdadeira justiça social em saúde”.

Uma dessas estratégias é o Programa de Volta para Casa (PVC) que vem a ser uma política pública de reabilitação e inclusão social que busca fortalecer o processo de desinstitucionalização⁷⁶. Foi instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que prevê um auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Um dos requisitos para a obtenção do benefício do PVC, que o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos. (BRASIL, 2010)

Nessa esteira de compartilhamento de responsabilidades, os Estados e Municípios, elaboraram seus planos de enfrentamento, buscando soluções adequadas às suas realidades e aos objetivos.

Abaixo foi sintetizado o percurso do capítulo, de forma que se possa ter uma visão célere daquilo que foi discutido, mas não deixando de lado o essencial do que foi exposto e trabalhado até o momento. Pretendeu-se também, fazer uma preparação para o capítulo seguinte que será estudado sobre as comunidades

⁷⁶ A desinstitucionalização recebeu três endereçamentos históricos nos processos reformistas ocorridos no mundo Ocidental: um deles, vinculado à experiência norte-americana do Governo Kennedy, fundamentado na psiquiatria preventiva e comunitária, redundou num processo de desospitalização, ou seja, retirada das pessoas com transtornos mentais de serviços fechados, desospitalizando-as, circunscrito a deliberações saneadoras e racionalizadoras. Outra vertente, ligada à primeira, mas intensificando-a, tem por eixo os desdobramentos de processos desospitalizadores, que resultaram em desassistência, quer dizer, a saída do Estado do processo de proteção social às pessoas com transtorno mental, refletindo no seu abandono, “seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo”. A terceira vertente, abraçada pelas lideranças do movimento reformista brasileiro, orienta a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação, estigma e destituição de direitos da pessoa com transtorno mental. Vincula-se à tradição italiana construída por Franco Basaglia, exigindo a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares, reconstruindo a complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde. (SILVA, 2014, p. 253)

terapêuticas e seus impactos individuais, relacionais (sociais e familiares) bem como no âmbito de políticas públicas e agendas contemporâneas urgentes e emergentes.

Os países, em geral, adotam políticas públicas de enfrentamento às drogas. Aqueles que são signatários das convenções da ONU, seguem normalmente as suas diretrizes com cariz proibicionista. Há Estados que tendem a ser mais repressivos e outros mais brandos acerca dos consumidores de drogas, encaram esse grupo como estivesse precisando de proteção e cuidado (droga-clínica). Contudo, a respeito de vendedores(as) de drogas existe maior recrudescimento das sanções (droga-crime), podemos chamar de dicotomia de procedimentos.

Quando vencida a barreira da prevenção (medidas de redução dos fatores de vulnerabilidade e risco), as outras barreiras de prontidão são acionadas por meio da atenção (intervenções), reinserção e repressão (contenção). Todavia, para operar essas barreiras existem as instituições especializadas para cada oportunidade e grupo peculiar com suas idiosincrasias.

Para o público que necessita da atenção (intervenções) e reinserção, considerados(as) dependentes (droga-clínica) existe, no Brasil, a Rede Psicossocial, com suas equipes em cada fase de exigência do dependente, tudo de acordo com seu comprometimento com a substância ou substâncias.

Agora, sendo considerado(a) vendedor(a)/traficante (droga-crime), o destino será o sistema penitenciário brasileiro. Adorno e Salla (2007) aponta que a modalidade de criminalidade organizada com sua origem nas prisões se formou nos anos 1970, no Rio de Janeiro, experimentando rápido crescimento na década seguinte. A literatura especializada (Mingardi, 1998; Zaluar, 2004; Misse, 2006), traz a história contemporânea da emergência da criminalidade organizada, sobretudo em torno do tráfico de drogas, em São Paulo.

Caso o(a) vendedor(a)/traficante seja também dependente, chamamos de situação híbrida, ele receberá o tratamento, acerca da dependência de drogas, estabelecido pelo presídio o qual estiver, segundo a lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 e a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, esta trata da execução penal e tem como objetivos: efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.

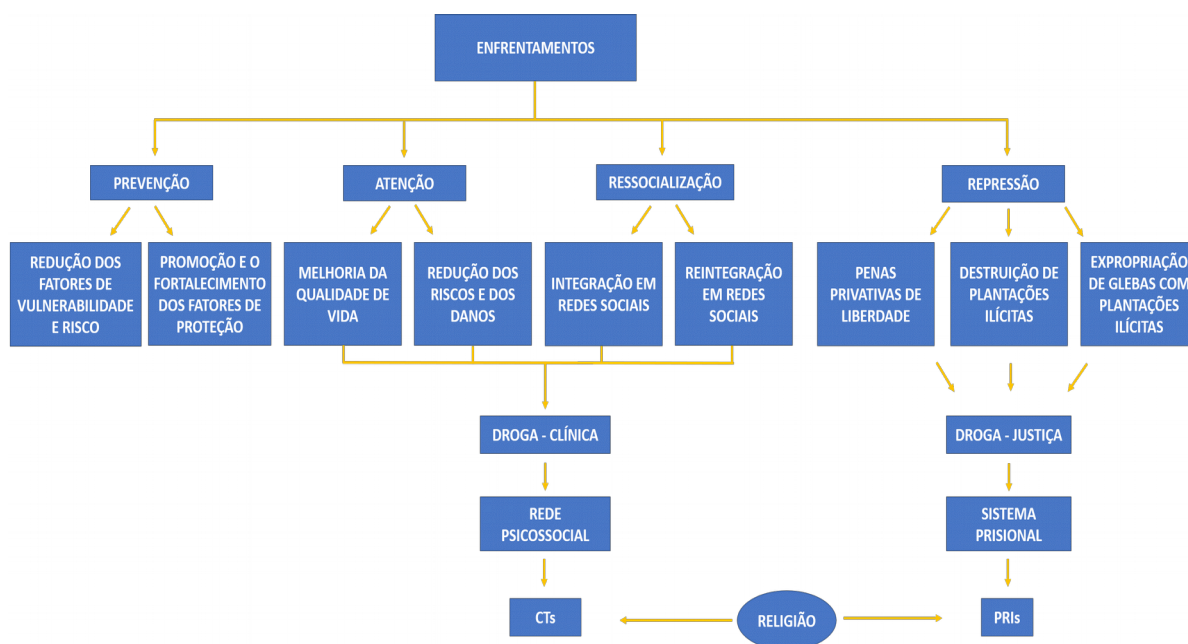
É sempre bom lembrar, que no Brasil, a massa carcerária é, em sua grande maioria, composta por presos pobres, com poucos recursos pessoais, suscetíveis às influências do momento e vulneráveis às ações arbitrárias e violentas e acabam sendo cooptados pelas lideranças da criminalidade organizada. (PAIXÃO, 1987; SINHORETTO, SILVESTRE & MELO, 2013)

Tudo é passível de querela: confrontos entre quadrilhas; suspeita de delação; envolvimento no tráfico de drogas, na exploração de atividades internas, no tráfico de influências sobre os “poderosos”, sejam aqueles procedentes da massa carcerária ou da equipe dirigente; posse de objetos pessoais; obtenção de favores sexuais, o que compromete não apenas os presos, em particular os mais jovens e primários, muitas vezes comercializados no interior da população, mas também suas esposas, suas companheiras e suas filhas; manutenção de privilégios conquistados ou cedidos; disputas de postos de trabalho. não raro, verificam-se homicídios praticados com requintes de barbaridade, veiculados boca a boca como sinais de virilidade e coragem. afora esse espectro de violência, haveria que se contabilizar os estupros, as agressões de uns contra outros, os acertos de contas verificados notadamente durante as rebeliões e motins, os “pactos de morte” e a confrontação, por vezes dramática, entre presos organizados no interior das prisões e as autoridades constituídas. (ADORNO & SALLA, 2007, p.16)

Nas instituições de internação coletivas, como são as Comunidades Terapêuticas e as Prisões, é assegurada a prestação de assistência religiosa, de acordo com Artigo 5º, inciso VII, da Constituição Federal brasileira de 1988. No entanto, as pessoas não podem ser compelidas a seguir a crença religiosa de determinado segmento ou grupo, com o propósito de benefícios, nos casos das prisões, ou acolhimento nessas instituições (Comunidades Terapêuticas), até porque são prestadoras de serviço público.

Desta forma, a seguir adentraremos em um modelo específico de tratamento, com nuances e distinções em suas modalidades de instituições, as quais acabamos confundindo, cada uma tem a sua singularidade e sua maneira própria de conduzir suas atividades, com isso gera discriminações e preconceitos em ser reconhecida como terapia adequada aos dependentes de substâncias psicoativas.

Esquema nº 5 – Políticas Públicas



Fonte: Elaboração do autor, 2018.

6 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Direitos Humanos ou Violências Institucionalizadas?

É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida. As instituições, também, pelo simples fato de existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que canalizam em uma direção por oposição às muitas outras direções que seriam teoricamente possíveis.

Este capítulo tem como ponto nodal o empenho em compreender um modelo de Instituição que nos últimos anos teve significativa exposição no campo da saúde mental e no imaginário social. As denominadas Comunidades Terapêuticas (Cts) compõem ponto de partida e de chegada para essa tese e demonstram as interfaces entre Estado, sociedade, famílias e pessoas que integram o cotidiano dessa modalidade de atendimento e de políticas públicas adotadas no Brasil e em outros países, como o exemplo do caso português.

Com o advento da visibilidade do consumo de crack e outras drogas, surgiram divergências entre os profissionais especializados em relação ao cuidado (ética X economia), sobretudo, na institucionalização dos dependentes químicos. Tal fato se deve, sobretudo, por conta do debate e de intensas críticas por parte de muitos desses profissionais na contramão da Reforma Psiquiátrica (Pitta, 2011; Perrone, 2014), que tem como um dos princípios a desinstitucionalização⁷⁷.

Outros especialistas alertam para a cautela com generalizações (Silveira, 2013). “Mesmo que nós não gostemos das comunidades terapêuticas, elas são atores e fazem parte do jogo e jogam o jogo. O que é preciso fazer é aprender a também lidar com essa situação” (Kinoshita, 2013, p. 59). Deste modo, cabe o olhar com ponderação, analisando os pontos positivos e negativos, não adotando posturas maniqueístas e ideológicas extremadas do “a favor” ou “contra”.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), além da desinstitucionalização, o outro objetivo da Reforma Psiquiátrica, segundo seus idealizadores, foi a luta contra os industriais da loucura e de pessoas. Existem muitas dimensões e discursos que envolvem a temática e a maneira como tem sido conduzida e implementada, especialmente no caso brasileiro e com o desmonte e conduta diante de Direitos Humanos e políticas especializadas para pessoas em situação de rua, planos nacionais e estaduais e ações concretas já implementadas para além de agendas. Talvez, alguns objetivavam, sublinharmente, a fragmentação do comércio da miséria que estava nas mãos de poucos, estabelecendo o

⁷⁷ Para Saraceno et al (1994) a desinstitucionalização consiste em trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional e suas consequências: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles.

monopólio da clínica-patologia. Por outro lado, existem outros segmentos⁷⁸ que desejam parte do mercado: o moral-religioso; políticos-jurídicos e os mediáticos. (FILHO, 2011)

Nesse confronto, sem trégua, formam comerciantes da loucura e da dependência química, que montam suas bancas de comércio distantes das possíveis fiscalizações. Ademais, sem preparo técnico nem emocional para essa atividade, esquecendo-se que o ser humano possui o direito de escolher o seu estilo de vida, mas contemplando direitos fundamentais e essenciais ao desenvolvimento humano e relacional (com destaque ao projeto comum e familiar, por exemplo), como já explorado em capítulos anteriores.

Verificam-se casos que demandam cuidados e atenção, requerendo a mediação de profissionais na percepção da imprescindibilidade da intervenção (internação/acolhimento em instituições). Cada tratamento precisa ser individualizado e analisado por técnicos habilitados e comprometidos com a ética, almejando a complexidade da natureza e da cultura, integrando as quatro esferas possíveis e integradoras de ações: Estado, sociedade, famílias e indivíduos.

A ética não é um estoque de condutas, mas, sim, uma práxis que só existe pela e na ação dos sujeitos individuais e sociais, definidos por formas de sociabilidade instituídos pela ação humana em condições históricas determinadas. Volta-se aos aspectos relacionais e relativos da existência humana e identifica a complexidade de ações e de contextos. A ação só é ética se realizar a natureza racional, livre e responsável do agente e se o agente respeitar a racionalidade, liberdade e responsabilidade dos outros agentes, de sorte que a subjetividade ética é uma intersubjetividade. (CHAUI, 2007)

Na maioria das causas, a fonte dos obstáculos e impedimentos de uma vida digna e a possibilidade de alcançar os direitos fundamentais e humanos, não é a droga, e, sim a negação ao acesso à saúde, educação, moradia, cidadania, ou seja, tornando os sujeitos vulneráveis. Desta forma, a droga não é a causa, mas consequência, ou ainda, respostas e múltiplas expressões de vivências, sociabilidades e vulnerabilidades, para além de escolhas e desejos individuais. É

⁷⁸ Goffman (2003, p. 25) chamou de cínicos esses atores que não estão comprometidos com os verdadeiros interessados: “quando o indivíduo não crê em sua própria atuação e não se interessa, em última análise, pelo que seu público acredita.”

inviável se propor uma intervenção pela consequência e não pela causa do problema. (SILVEIRA, 2013)

As pessoas permanecem e procuram as Comunidades Terapêuticas (Cts), como fim-meio, apesar das críticas⁷⁹ e dos movimentos contrários de setores da sociedade. Talvez uma pista, seja através da observação e atentar para as respostas de adictos de drogas quando perguntamos: o que esperam de um tratamento para seu problema com as drogas? Respondem, geralmente, com a reivindicação de um verdadeiro “pacote” de direitos sociais. (SOUZA, 2016)

A resposta do questionamento acima poderia ser a mesma vinda de qualquer pessoa das periferias brasileiras ou que vivem em situação de rua ou múltiplas vulnerabilidades e exclusão social. Diversas vezes, seus corpos são apropriados por setores que se autodesignam como fonte e detentores das regras e do poder, impondo rituais de dominação, os quais são legitimados pela massa social. Acesso à justiça e à cidadania, portanto, estão como elementos centrais e constam nas narrativas também dos sujeitos que compõem essa investigação doutoral. Não aqui matizamos o senso comum, mas o *habitus*. (BOURDIEU, 1971)

Outra ação excludente, mais que o preconceito e a discriminação sofridos pelas pessoas que não são contempladas pelos Direitos Humanos, é o estigma, tanto antes ou depois da institucionalização, que se configura em barreira importante para o tratamento. (DIAS, 1998)

Espera-se das abordagens técnicas a diligência adequada e não um outro elemento de violação de direitos os quais deveriam intervir junto aos mesmos a fim de reduzir o estigma e, conseqüentemente, melhorar a atenção da saúde dessas pessoas. O que se percebe é a culpabilização por sua condição e que são moralmente fracas.

As pessoas adictas já sofrem normalmente preconceitos e estigmatizações e dentro de algumas das Comunidades Terapêuticas, criam-se subgrupos de estigmatizados e havendo a sobreposição de violências (CAVALCANTI, 2015). Já não mais a esfera de violações e vulnerabilizações fica adstrita ao campo individual, comprometendo desenvolvimento relacional e efetividade nos tratamentos e ações relativas ao acompanhamento, projeção e redução de danos.

⁷⁹ Exemplo pode ser encontrado no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, realizado em 2013, pelo Conselho Federal de Psicologia,

A entrada e a permanência dessas pessoas para tratamento em dependência química desdobram-se em um fenômeno que acima do interesse científico que acende, é, sobretudo, de um interesse social e humanitário que suscita discussões de natureza crítica e imediata, visto que são seres humanos vítimas e vitimizadoras de todos os tipos de violências.

Segundo Perrone (2014), em algumas regiões do Brasil, até 80% das pessoas com problemas mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas realizam tratamento em Comunidades Terapêuticas. Essa é uma das frentes da ação e da intervenção, pois o debate sobre coerção, poder e uso da força também estão caracterizados nos eventos e nas políticas adotadas regional ou nacionalmente.

À medida que o tempo vai passando, as instituições que acreditam que albergam soluções tornam-se mais frequentes e mais regulares, o que nos remete a perguntar se estamos diante de uma ação de saúde, ação social, ação sanitária, ou seria uma ação de segregação?

6.1 O QUE SÃO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Os critérios de conceituação, classificação e informação do número existente de Comunidades Terapêuticas nos parece um tanto quanto indefinidos. Essa indefinição pode ser observada na própria legislação e no Glossário de Álcool e Drogas da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

A lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, em seu artigo 4º §§ 2º e 3º, aduz que pessoas portadoras de transtornos mentais⁸⁰ pelo uso de Substâncias Psicoativas (SPA) ou qualquer outra razão, não poderão ser acolhidas em “equipamentos sociais” (Comunidades Terapêuticas), pois é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições desprovidas de serviços médicos. Esses procedimentos devem ser realizados somente em estabelecimento de saúde

⁸⁰ Definir transtorno mental é difícil, porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Há um intenso debate acerca de quais condições são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. Por exemplo o legislador pode querer restringir a categoria apenas a transtornos mentais graves. Por outro lado, pode estar preocupado com direitos positivos e assim definir transtorno mental da forma mais ampla possível para estender os benefícios da legislação a todas as pessoas com transtornos mentais. A definição de transtorno mental também depende do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. (OMS, 2005)

mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011⁸¹, da ANVISA, abrange todas as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares, independente de nomenclatura.

Estabelece a diferenciação entre as instituições que prestam serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, tendo como principal instrumento a convivência entre os pares, de um lado, e os serviços referidos pela legislação sanitária como estabelecimentos de saúde, de outro. Esses últimos podem ser considerados como equipamentos de saúde (caso dos hospitais, clínicas e congêneres), já os primeiros devem ser considerados “equipamentos sociais”.

Ademais, a RDC 29, exige como responsável técnico um profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação, diferentemente da RDC nº 101/2001, revogada, que exigia profissional de nível superior na área da saúde e serviço social (ANVISA, 2011).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Gabinete do Ministro da Saúde, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Traz no seu artigo 9º, II a denominação de Comunidades Terapêuticas como “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”.

A Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), que se encontra suspensa, temporariamente, por força de

⁸¹ A RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, revogou a RDC nº 101/2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que disciplinava o funcionamento de instituições conhecidas como “Comunidades Terapêuticas”.

tutela antecipada concedida pelo Juízo da 20ª Vara Federal, de São Paulo nos autos da Ação Civil Pública nº 0014992-18.2016.403.6100⁸², expressa no seu Artigo 2º:

Art. 2º. As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados⁸³ ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos. (grifo nosso)

A Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, considera elegível, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES as entidades de promoção à saúde e as Comunidades Terapêuticas (Cts).

O Glossário de Álcool e Drogas da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁸⁴ conceitua Comunidade Terapêutica (CT) como:

Um ambiente estruturado no qual indivíduos com transtornos por uso de substância psicoativa residem para alcançar a reabilitação. Tais comunidades são em geral especificamente destinadas a pessoas dependentes de drogas; elas operam sob normas estritas, são dirigidas principalmente por pessoas que se recuperaram de uma dependência, e são em geral isoladas geograficamente. As comunidades terapêuticas são caracterizadas por uma combinação de “teste de realidade” (através da confrontação do problema relacionado ao uso de droga do indivíduo) e de apoio dos funcionários e de co-residentes para a recuperação. Elas têm geralmente uma linha muito similar à dos grupos de ajuda mútua tais como Narcóticos Anônimos. (GLOSSÁRIO, 2006, p. 44)

O conceito acima, apresentado pelo Glossário, de Comunidade Terapêutica é um misto dos modelos Minnesota e Synanon. Esta última foi a primeira Comunidade

⁸² Ação Civil Pública proposta pela PRDC/SP em face da UNIÃO – Ministério da Justiça – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, para, em síntese, obter a condenação da ré com a declaração de nulidade da Resolução CONAD nº 01, de 19 de agosto de 2015 ou, subsidiariamente, a condenação da União à obrigação de não fazer, por meio do Ministério da Justiça – Conselho Nacional de Política Sobre Drogas - CONAD, consistente na abstenção de aplicação da referida Resolução, que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas”, e a sua condenação para que, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), destine os recursos destacados do orçamento do Ministério da Justiça para a política de atenção à saúde para o álcool e outras drogas (Decreto nº 9.150/2017), apenas para entidades que cumpram a Resolução RDC ANVISA nº 29, bem como a Portaria do Ministério da Saúde nº 131, de 26 de janeiro de 2012, e/ou para equipamentos previstos na política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde. (Ministério Público Federal, 2017, p. 35). Com isso, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas publicou a Resolução nº 3, de 30 de agosto de 2016 suspendendo, por força de decisão judicial, a aplicação da Resolução nº 1 do CONAD, de 19 de agosto de 2015.

⁸³ Os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas são definidos como de relevância clínica; a expressão “problemas associados ao uso de substâncias psicoativas” é mais ampla, e inclui eventos e condições que não apresentam necessariamente uma relevância clínica. (GLOSSÁRIO, 2006, p. 125)

⁸⁴ Foi publicado, inicialmente, em 1994 na Organização Mundial de Saúde (OMS). O Diretor desta Organização cedeu os direitos de tradução para o português à SENAD, a qual passou ser a única responsável pela referida edição. (GLOSSÁRIO, 2006)

Terapêutica, fundada em 1958, na Califórnia, por Chuck Dederich e mais alguns companheiros alcoólatras em recuperação que decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, encontrar uma nova maneira de viver. Aplicavam o conceito de ajuda as pessoas em dificuldades feita pelos próprios pares. No modelo Minnesota, o tratamento é sucedido por reuniões temáticas do programa de Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos⁸⁵. A equipe é composta por antigos(as) usuários(as), que utilizam o programa de recuperação de Doze Passos com o objetivo de colaborar com a recuperação de outros. Esse modelo influenciou e até hoje influencia boa parte das comunidades em todo o mundo, especialmente nos Estados Unidos e no Brasil. (DE LEON, 1985)

Ribeiro e Minayo (2015) consideraram que exista o predomínio de três modelos de Comunidade Terapêuticas no Brasil: modelo religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; modelo científico, com médicos(as), psicólogos(as) e assistentes sociais; e modelo misto, que une as modalidades anteriores.

Parece-nos que as Comunidades Terapêuticas (CTs) são um equipamento *sui generis* que transitam em alguns segmentos, demonstrando a sua característica polissêmica e também adaptada às regras mercadológicas e de políticas públicas. Podem, ora se apresentar como equipamento social, ora de saúde e ora um misto. Talvez estejam aí as razões de tanta polêmica em torno de sua aceitação.

⁸⁵ NA (Narcóticos Anônimos) e AA (Alcoólicos Anônimos) são associações, sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram problemáticas, tanto ilícitas ou lícitas (álcool). São adictos em recuperação que se reúnem regularmente com o intuito de se ajudarem mutuamente a se manterem sem consumo, ou seja, em abstinência. Portanto, este programa consiste em abstinência completa de todo o tipo de drogas. Arrimados no programa dos doze passos: 1. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis; 2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade; 3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos; 4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; 5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas; 6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter; 7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições; 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados; 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem; 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente; 11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade; 12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Desta forma, consideramos que as Comunidades Terapêuticas (CTs) são Instituições totais⁸⁶ de Permanência Transitórias (IPT) privadas e abertas⁸⁷, sem fins lucrativos; financiadas ou não, pelo poder público; possui caráter de equipamento social e/ou estabelecimento de saúde (quando transitando como equipamento de saúde devem seguir a legislação sanitária que são aplicadas as clínicas e hospitais); de adesão exclusivamente voluntária; voltadas às pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido para auxiliar na recuperação da dependência da droga; e o tempo de acolhimento pode durar até doze meses.

Durante esse período, os acolhidos devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários. O seu responsável técnico deve ser de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Outro ponto de desencontro e de grande dificuldade é descobrir a quantidade existente de Comunidades Terapêuticas (CTS). No Brasil, os números variarão substancialmente, conforme a agência que preste a informação, chegando aproximadamente a três mil Comunidades Terapêuticas (CTS)⁸⁸.

Ribeiro e Minayo observaram também o desencontro de informações:

Segundo o “Observatório Crack é Possível Vencer”, existem hoje, no Brasil, 5.496 vagas em 252 CT e, até o final de 2014, a proposta era chegar a dez mil vagas. No entanto, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, como afirma Kurlander, existiriam entre duas mil e quinhentas e três mil CT no país, atendendo a sessenta mil pessoas por ano. Já Silva e Damas, seguindo dados do Ministério da Saúde, afirmam que há duas mil e quinhentas CT que atendem a 80% dos dependentes de drogas. O desencontro de informações sugere que há diversas entidades funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento. (RIBEIRO & MINAYO, 2015, p. 515).

Os órgãos responsáveis divergem desse quantitativo, dessa forma, para fins de estudo adotaremos as informações fornecidas pelo Instituto de Pesquisa Econômica

⁸⁶ Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo.” (GOFFMAN, 2008, p. 11 e 16)

⁸⁷ Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html> . Acesso em 27/12/2017.

⁸⁸ Brasil. Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/comunidades-terapeuticas-oferecem-80-das-vagas-para-tratamento-de-dependentes-quimicos.aspx>. Acesso em 27/12/ 2017.

Aplicada⁸⁹ (IPEA), que no Brasil existem hoje mais de 1800 Comunidades Terapêuticas. Dessas apenas 300 mantêm parcerias com o Governo Federal, no âmbito do programa “Crack: é possível vencer”. Por meio dessa parceria, a SENAD oferece apoio financeiro⁹⁰ para que estas CTs acolham pessoas que desejam se tratar, mas não dispõem de recursos para pagar os custos do tratamento.

Na pesquisa realizada no Portal da Transparência⁹¹ os valores dos convênios estabelecidos entre o Governo do Estado da Bahia e as Comunidades Terapêuticas pesquisadas, são os seguintes: Comunidade Terapêutica M2.BR (Convênio 030/2015 - R\$ 795.000,00)⁹² com o início de vigência em 25/11/2015 e término de vigência em 24/11/2016 (último convênio celebrado com a Instituição com registro no Portal da Transparência) e com a Comunidade Terapêutica HM3.BR (Convênio 034/2015 – R\$ 19.999.997,04)⁹³, com o início de vigência em 04/12/2015 e término de vigência em 04/12/2017.

Cabe esclarecer que de acordo com a Diretora Técnica (DT) a Comunidade Terapêutica HM3.BR possui o número de aproximadamente mil internos e recebe o valor para manter o correspondente de seiscentos internos. Em contrapartida, a Comunidade Terapêutica M2.BR possui a previsão para trinta internas.

Em Portugal, segundo informações da Diretora Técnica (DT) e da Monitora (MT) das Comunidades Terapêuticas (H4.PT) e (H5.PT), respectivamente, o custo de cada interno é de 750 euros. O Governo Federal repassava às Comunidades Terapêuticas 70% desse valor. Os 30% restante, cabe a família do interno. No entanto, caso a família não tenha recursos que possibilite o pagamento desses 30%, esse valor será complementado pela Seguridade Social.

⁸⁹ Suas atividades de pesquisa fornecem suporte técnico e institucional às ações do governo para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento

⁹⁰ Para terem acesso ao apoio financeiro do Estado, as comunidades terapêuticas precisam, em primeiro lugar, se adequar às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). É preciso ainda atender às regras dos editais do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD), onde está centralizada a gestão da política antidrogas e dos recursos públicos a serem nela aplicados.

⁹¹ BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=7>. Acesso em 27/12/2017.

⁹² BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/Convênio/Desembolso/2015-3-12-12101-1210100041500000175>. Acesso em 27/12/2017.

⁹³ BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/Convênio/Desembolso/2016-3-12-12101-1210100031600000032>. Acesso em 10/12/2017.

6.1.1 Comunidade Terapêutica: prestadora de serviço público?

Eu entendo, enquanto sociedade civil, tenho que dar a minha participação, mas eu não me proponho a assumir um papel que é do Poder Público..há..Então, Políticas Públicas é financiada pelo Poder Público, eu enquanto sociedade civil entro com a administração que é custo zero para ele (Poder Público), entro com espaço que é custo zero para ele, a credibilidade da Instituição que nós construímos, agora a parte do Poder Público eu não abro mão, esse negócio de aos domingos fazer bingo, sair as portas com saquinho para pedir ajuda e ir na imprensa pedir ajuda... para o empresário que fica até aqui... sufocado de imposto para poder suprir uma lacuna do Poder Público eu não faço isso. A SUPRAD que é o órgão responsável pela prevenção e tratamento de dependência química, em 2012, lançou um edital eu participei do processo, mandei meu projeto que foi analisado e aprovado sem restrição.

[...] Existe somente uma comunidade terapêutica para mulheres financiada pelo Governo do Estado, que sou eu, para atender a todo Estado da Bahia. Na realidade eu sou a única comunidade terapêutica para atender a todas as mulheres do Estado da Bahia, tanto como Comunidade financiada e não financiada pelo Governo do Estado. A maioria das mulheres que estão aqui, tem origem de outro município.

[...] Meu convênio com Governo do Estado eles cobrem tudo, desde de mobiliário a material de higiene (M2.BR)-DT)

A União é responsável pela Política Pública de drogas a qual elege seus princípios e objetivos que estão inaugurados na Constituição Federal de 1988, em seus Artigos 5º, incisos XLIII e LI; 144, inciso II; 225, parágrafo 3º e 243, parágrafo único. Em razão disto, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) por meio da lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários(as) e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

“É toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público”. (DI PIETRO, 2016, p. 368)

A lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, que dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional, exprime no seu artigo 2º:

Art.2º - Reputa-se agente público, para os efeitos desta lei, todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior.

O Código Penal Brasileiro (CPB) enuncia no Artigo 325:

Art. 325 - Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública.

§ 1º - Equipara-se a funcionário público quem exerce cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, e quem trabalha para empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública.

O serviço público é visto como um conjunto de atividades e serviços ligadas à administração estatal através de seus agentes e representantes do Governo, custeados pelos impostos que os administrados pagam ao Fisco. Nada obstante poderá ser exercida por outras entidades, mesmo que privadas, com escopo de promover o bem-estar à disposição da população, que o exercem em nome próprio, por sua conta e risco. Na maioria dos casos são realizados processo licitatório por parte do Estado para concessão ou permissão do referido serviço ao particular.

Para exemplificar a Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD), em 2015 selecionou projetos de tratamento a usuários de drogas, da seguinte forma:

Comunidades terapêuticas e centros de reabilitação, sem fins lucrativos, que atendem a usuários de substâncias psicoativas, podem participar da seleção de projetos sociais realizada pela Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), por meio da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD), até o dia 31 de maio 2015.

Os recursos serão destinados a oito projetos que atendam 30 usuários por mês, no valor de até R\$ 515 mil para cada projeto, totalizando nesta faixa o montante de R\$ 4,1 milhões. Os recursos são oriundos do Fundo de Combate à Pobreza do Estado da Bahia e do Tesouro do Estado, por meio da SJDHDS, considerando as exigências fixadas no edital. (SECOM, 2015)

Portanto, agente público é todo aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública, as quais são prestadas pelas Comunidades Terapêuticas. Das três Comunidades entrevistadas na Bahia – Brasil, apenas uma não tinha contrato com o Poder Público, recebendo seus recursos de doações de particulares⁹⁴ e da religião

⁹⁴ As doações são feitas pelos integrantes da comunidade religiosa e empresários que compartilham dos objetivos dessa instituição ao responsável pela Comunidade Terapêutica, que pode ser realizada tanto na Igreja ou na própria Comunidade Terapêutica. O material doado consiste em alimentação, material de higiene, vestuário, colchões etc.

evangélica a qual se encontra vinculada. Todavia, não deixa de prestar uma atividade de obrigação do Estado, ou seja, devem seguir os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Além disso, responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, segundo o *caput* do artigo 35 e seu parágrafo 6º da Carta Constitucional de 1988.

Ademais, a gestão de contratos é atividade exercida pela Administração visando ao controle, ao acompanhamento e à fiscalização do fiel cumprimento das obrigações assumidas pelas partes, ou seja, deve pautar-se por princípios de eficiência e eficácia, além dos demais princípios regedores da atuação administrativa, de forma a se observar que a execução do contrato ocorra com qualidade e em respeito à legislação vigente. Há que se pensar em efetividade, transparência e controle social, pois envolve financiamento público e impactos individuais e sociais relevantes.

6.1.2 Todo espaço vago será ocupado...?

Abrem-se lacunas, diante do não cumprimento das garantias prescritas na Constituição Federal do Brasil de 1988, sobretudo os direitos sociais, algumas Comunidades Terapêuticas do Brasil, em sua maioria de viés religioso, buscam ocupar esse vazio.

[...] E, do mesmo modo que a natureza detesta o vácuo, assim também a cultura detesta a ausência de sentido, colocando em ação algum tipo de trabalho representacional para familiarizar o não-familiar, e assim restabelecer um sentido de estabilidade. (MOSCOVICI, 2003, p. 16)

No Brasil, a grande maioria destas comunidades, vinculadas principalmente a confissões religiosas (católicas e evangélicas), surgiu, gradativamente, em função de dois grandes motivos:

1º) o vácuo deixado pelas políticas públicas nessa área: por muito tempo a questão do álcool e de outras drogas foi tratada em nosso país como um “caso de polícia”. Até a década de 1960, época em que as comunidades terapêuticas começaram a surgir no Brasil, o dependente químico e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios, levando o usuário/dependente a ser considerado como uma pessoa com transtornos psiquiátricos. Surgiram também as clínicas particulares especificamente atuando nesta área, mas com custos elevados, mantendo excluídos do tratamento uma grande parcela oriunda das classes mais empobrecidas da sociedade.

2º) Esse vácuo foi sendo ocupado por diferentes confissões religiosas, motivadas pela perspectiva de “evangelização”, mas também pela necessidade de fornecerem resposta aos pedidos de ajuda por tratamento que chegavam às suas portas na mesma proporção em que a dependência química alcançava números alarmantes de vítimas. (COSTA, 2009, p.5)

Algumas dessas instituições vivem de doações e trabalhos de filantropia de seus integrantes, como é o caso da Comunidade Terapêutica (H1.BR).

[...] Henrique (nome fictício) chegou a uns 4 ou 5 anos vomitando sangue, foi curado em nome de Deus... com a palavra de Deus e o amor, tudo que você fizer tem que ser com amor, não adianta fazer as coisas sem amor... (H1.BR)-DT).

Desta forma, as Cts transformam-se em aparelho social que absorve muitas daquelas pessoas que não possuem retaguarda, ou seja, sem apoio familiar. Não exercem exclusivamente a função de tratamento de dependência química, tornam-se cabide de muitas das mazelas sociais, desviando de sua finalidade normativa⁹⁵.

[...] Você não vai acreditar estou aqui há três anos, a questão é que não posso voltar para casa da minha mãe, por causa de meu pai, ele não quer saber de mim. Aí morava na rua, para eu sair daqui.. me recuperar e voltar pra o meio da rua... vou voltar de novo, na rua só oferecem drogas...bebidas. Estou aguardando umas propostas...me cadastrei na minha casa minha vida, estou aguardando (M2.BR)-G28).

O tempo de tratamento são 9 meses, mas quando acaba alguns não têm para onde ir, tem dois aqui com mais de 50 anos, que não tem ninguém. Eles acabam ficando, não tem como mandar para rua. Dou uma função para eles, assumem uma pasta, tomam conta de algum lugar. Eu divido em pastas, pasta da cozinha, pasta da disciplina, pasta do corte de cabelo...como se fosse um ministério (H1.BR)-DT).

Advertindo que, pela legislação específica⁹⁶, as pessoas deverão ser acolhidas nas instituições vinculadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁹⁷, conforme parecer da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas.

Há casos que as Comunidades Terapêuticas, pesquisadas na Bahia - BR, acolhem as pessoas e depois encaminham para os CAPS, tendo em vista que o(a) usuários(as) de drogas procuram diretamente à Comunidade Terapêutica.

Aqui elas chegam sem nada, não sabemos seu estado de saúde e nem se tem passagem pela polícia, pois se exigíssemos esse tipo de coisas,

⁹⁵ Ver RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

⁹⁶ Conforme Art. 3º, da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.

⁹⁷ Ver Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

estariamos dificultando o acesso dessas pessoas que já não possuem nada. Depois encaminhamos para os CAPS e alguns órgãos para tirarem a documentação. Tentamos também contatar os familiares (M2.BR)-DT).

A Diretora Técnica da Comunidade Terapêutica (M2.BR) ressaltou que os profissionais dos CAPS relutam em encaminhar os dependentes químicos às Comunidades Terapêuticas devido ao estigma dessas instituições:

[...] o não reconhecimento do Conselho de Psicologia e dos CAPS em relação às Comunidades Terapêuticas, porque o olhar da saúde, do Conselho de Psicologia e da Psiquiatria é que nós somos charlatões. Eles têm uma postura de não encaminhar o dependente químico a uma Comunidade Terapêutica. Quando são lugares pequenos que não têm uma estrutura de CAPS, que tem um único CAPS, que não é um CAPS AD específico, aí é uma forma deles se verem livre de uma ou um dependente químico que está criando problema, indo lá...então assim eles encaminham, geralmente, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social. Mas a postura do CAPS daqui e o CAPS de Salvador... entendeu? Eles não encaminham e não reconhecem...tem uns que tem a postura radical. Eles têm a Comunidade Terapêutica como um tratamento alternativo. Quanto ao tratamento, eles associam a dependência química ao distúrbio mental. Eles enchem de remédios, existe uma prescrição padrão como diazepam, carbamazepina, ampicilil e fernegan. Sendo um comprimido de manhã, de tarde e de noite, elas ficam dopadas. (M2.BR)-DT)

Em Portugal, os usuários e usuárias de drogas que desejarem entrar em programa de tratamento numa Comunidade Terapêutica, beneficiando-se de financiamento do Estado, deverão fazê-lo de acordo com o definido no Despacho Conjunto n.º 18683/087. Neste país existem três formas de admissão na Comunidade Terapêutica, conforme o nº 12 do Despacho Conjunto n.º 18683/087, *in verbis*:

12- A admissão de utentes em camas convencionados de comunidades terapêuticas ou em lugares convencionados de centros de dia, pode processar-se por iniciativa do próprio junto da instituição, por indicação das equipas de tratamento do IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (Instituto Público), da direcção clínica dos subsistemas de saúde protocolados com aquele Instituto ou, ainda, por determinação judicial. (grifo nosso)

Consoante ao item supra, faz necessário ressaltar que em Portugal as Comunidades Terapêuticas podem receber dependentes químicos por determinação judicial e, no Brasil, a legislação determina que somente de forma voluntária o dependente químico pode permanecer em Comunidade Terapêutica, de acordo com a Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011:

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

III - a permanência voluntária;

Em Portugal, ocorrem casos semelhantes ao do Brasil, em que o consumidor de drogas procura diretamente a Comunidade Terapêutica. Nesse caso, a Comunidade Terapêutica deve comunicar o órgão competente (Delegação Regional - DR), remetendo a documentação (Proposta de Admissão - PA e Pedido de Emissão de Termo de Responsabilidade - PETR) preenchida e também a documentação da pessoa que deseja se internar (Declaração do Utente – DU) e conforme a decisão receberá o Termo de Responsabilidade (não concordância da Delegação Regional – DR) ou caso de concordância devolve a documentação a Instituição e Equipe Técnica (ET).

Aqui chega pessoas sem nenhuma retaguarda, ao certo elas devem ser encaminhadas após a desintoxicação, em abstinência de álcool e drogas. Porém, não temos como não as receber. Daí encaminhamos depois para realizar os exames. Pois a Comunidade Terapêutica faz parte de uma rede (H5.PT) – MT).

A Comunidade Terapêutica (H1.BR) arrima-se no serviço voluntário, na prática assistencialista, no ensino religioso e na “boa vontade” do seu responsável.

[...] Se seu João (nome fictício) pegar ele não gosta não, seu João é radical, seu João é como se fosse no exército, no quartel, é sargento mesmo; é uma pessoa ótima; com certeza; ele é durão mesmo mas...o amor apaga todas as transgressões (H1.BR)R24).

Contudo, a boa vontade ou a boa intenção não capacita ninguém a tratar dependentes químicos. Nem mesmo o fato de ser ex-usuário habilita alguém para ser “cuidador” do problema. A intervenção precisa ser comprovadamente eficaz.

Na Comunidade Terapêutica (HM3.BR), a Diretora Técnica ressaltou que a experiência com ex-usuário não está sendo positiva, haja vista que tende ao fator comparação, dizendo que: “se eu passei por isso você também pode”, esquecendo-se da singularidade de cada pessoa. Em muitos casos têm provocado retrocesso no tratamento dos internos. Existe o adágio popular que diz: “o maior torturador é o que foi torturado”.

6.2 ENTRE A (IN)DECISÃO E A NECESSIDADE: entrando na Comunidade Terapêutica

As pessoas consomem substâncias psicoativas porque esperam/decidem beneficiar-se de tal consumo, seja por prazer ou para evitar dores, incluindo o

consumo social. Perceber e assumir que o uso da substância que elegeu está lhe trazendo prejuízo, não é fácil. Mais difícil ainda, é a decisão de se internar, tomada individual ou com apoio familiar (aqui entra o fator relacional de impacto e de projeção integrada).

Estou internado há 4 meses, esta é a minha 3ª vez, aqui é a minha 1ª vez. Já estive internado outras vezes: O primeiro centro que a minha esposa colocou só fiquei 20(vinte) dias, o segundo fiquei 9 meses, mais 3 (três) meses, no caso um ano. Foram todas Comunidades terapêuticas (sistema religioso). O primeiro Centro não queria nada mesmo, fui para ver como era. O segundo fui porque vi que não tinha mais jeito mesmo para mim, apesar que a minha família queria me levar de novo, mas eu não queria, mas como comecei a ver que dependia mesmo do Centro que era lugar da palavra, tem o conhecimento da palavra, aí eu fui sem a minha família saber, porquanto fiquei lá por volta de três meses sem a minha família saber onde eu estava. Depois que eles foram saber pelo um pessoal do interior onde eu estava. Aí saí do Centro fiquei um bom tempo, depois que vim para o Centro de novo (H1.BR)-A37).

Ao chegar a Comunidade Terapêutica, a pessoa possui motivos, expectativas, dúvidas e histórias que a conduziu para esse tipo de instituição. Deixará para trás alguns hábitos e passará a novas regras e rotinas.

Um aspecto que pode impactar é a localização, se é próximo ou longe de onde mora. A distância pode ser um fator positivo ou negativo, variará conforme os interesses do(a) interno(a). Circunstância capaz de interferir no número de visitas que receberá e nos riscos de ser descoberto(a) por algum desafeto, devido às dívidas ou violências praticadas no contexto das drogas.

Quadro nº 18 – Instalações das Comunidades Terapêuticas

INSTALAÇÕES (BRASIL E PORTUGAL)	
H1.BR	Foi criada em 2006 em Salvador – BA, neste local realiza-se a triagem das pessoas que desejam se internar. Dentro desse espaço, existe uma igreja e alojamento.

	Ficam de três dias a uma semana, esse período funciona como desintoxicação e evangelização, até serem conduzidos à Comunidade Terapêutica, localizada na zona rural. Com lago, árvores, alguns animais, campo de futebol e área de plantio. Possui ainda, uma pequena casa, que serve de sede, refeitório, alojamento e oficina de carpintaria. A área é cercada com arame e porteira.
M2.BR	Foi criada em (1987 – 1996)**, em sua área existem algumas construções: três casas que alojam as internas, com televisor, geladeira e mesa para refeições; cozinha; escritório; lavanderia, uma sala para os cursos e um pátio. Localizada no Estado da Bahia, na área urbanizada. Não coloca placa de identificação para evitar chamar a atenção do tráfico da região. Muros altos e portões fechados.
HM3.BR	Foi criada em (1999 – 2007)***, o responsável mora na própria CT. A fachada representa uma grande barca, possui área de eventos para shows lazer, dormitórios, padaria, áreas de recreação, oficinas profissionalizantes, cozinha e dispensa para armazenamento de alimentos. Localizada no Estado da Bahia. Não possui muros, e sim uma cerca baixa.
H4.PT	Foi criada em 1999, possui um antigo casarão com dois pavimentos. No primeiro pavimento, encontra-se dois escritórios (um da direção e outro dos auxiliares), a cozinha e o refeitório. No segundo pavimento, localiza-se os alojamentos para os internos. Junto ao casarão uma antiga capela, que é utilizada para sala de reuniões e de televisão. Na área externa, possui espaço para plantio, uma lavanderia e uma pequena quadra de esportes. Localizada em Porto – PT, em área urbanizada. Os portões ficam sempre abertos.
H5.PT	Foi criada em 1984, possui um antigo casarão com dois pavimentos. No primeiro pavimento, encontra-se o escritório, a cozinha, o refeitório e a sala de televisão. No segundo pavimento, localiza-se os alojamentos para os internos. Na área externa, possui espaço para plantio, uma lavanderia. Localizada situada em Porto – PT, área urbana. Os portões ficam sempre fechados.
(**) A Comunidade Terapêutica M2.BR, teve a sua origem religiosa em 1987 até 1996, momento que os responsáveis desistiram e atual responsável assumiu. Não possui viés religioso	
(***) A Comunidade Terapêutica HM3.BR, iniciou em 1997, em outra localidade e apenas 2007 na nova sede.	

Fonte: Elaboração do próprio autor, a partir de pesquisa empírica realizada no Brasil e em Portugal entre 2016 e 2017.

A distância, como dito acima, poderá inviabilizar as visitas, afastando ainda mais o(a) consumidor(a) de drogas internado(a) de suas famílias, que devem ser acompanhadas e orientadas, porque muitas famílias adoecem, física e psicologicamente, na vivência do consumo de drogas. Elas são importante para o tratamento do interno(a), no fortalecimento de vínculos e resgate da confiança, que se desenvolve num *continuum* relacional que depende de múltiplos fatores (cognitivos e/ou afetivos) que interagem e se complementam, dando origem a uma relação de confiança (Machado, 2011). Por exemplo, na Comunidade Terapêutica H1.BR, não há possibilidade de chegar de transporte público. Para que possa ocorrer as visitas a direção da Comunidade Terapêutica H1.BR aluga um ônibus, uma vez por mês, que sai de Salvador – BA e os(as) visitantes ficam o dia inteiro e

depois retornam no final da tarde.

As mulheres, em relação aos homens, ficam em desvantagem quanto a possibilidade de escolha das características metodológica da terapêutica adotada e a localização das Comunidades Terapêuticas. No Estado da Bahia, existem apenas duas Comunidades Terapêuticas conveniadas com o Governo estadual que recebem mulheres. Sendo uma mista, ou seja, para homens e mulheres de linha religiosa (evangélica) HM3.BR e a M2.BR que atende somente mulheres.

Nesse caso específico das categorias de gênero, verificamos a presença e a força das concepções informais que atribuem às mulheres “qualidades” (infidelidade, histeria etc.) responsáveis por “explicar” sua menor adesão (em comparação com os homens) ao tratamento tanto nos órgãos diretamente vinculados ao Estado (como o CAPSad analisado) como em organizações religiosas (missão Cristolândia), as quais vem assumindo crescente protagonismo na execução de políticas públicas. Esse contexto institucional, marcado pela força social do poder discricionário dos agentes institucionais e das concepções informais acerca dos atributos do público relevantes para as ações e decisões dos agentes, pode e é frequentemente muito adverso para mulheres com trajetórias de exclusão social e uso problemático do crack. (SOUZA, 2016, p. 326)

A carência no número de instituição, para atendimento das mulheres, desdobra-se em significativos problemas sociais. Quando conseguem vaga em uma das Instituições, ficam distantes de suas famílias provocando o enfraquecimento dos vínculos que são importantes para o tratamento, muitas dessas mulheres são mães. Esse distanciamento passa a ser um fator complicador. Com quem ficará a criança? Com isso, passam a conviver com o fantasma da perda do Poder Familiar. Conforme assevera o artigo 22 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e o artigo 1.638 do Código Civil Brasileiro (CCB) de 10 de janeiro de 2002, *in verbis*:

Art. 22. Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais.

Art. 1.638. Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que:
I - castigar imoderadamente o filho;
II - deixar o filho em abandono;
III - praticar atos contrários à moral e aos bons costumes;
IV - incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente.

Destaca-se que a falta de condições econômicas, não é motivo para destituição do poder familiar, segundo o artigo 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): *in verbis*:

Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

Os Governos, de todas esferas administrativas, devem fomentar a criação ou aumento de Instituições especializadas na terapia de mulheres usuárias de drogas, que necessitem de cuidados, com suporte para seus filhos.

Outro fator que poderá impactar na entrada da(o) adicta(o) é a qualidade do ambiente que a(o) abrigará. A impressão acerca das instalações, envolve questões relacionadas às sensações e percepções, processo carregado de emoções, consequentes da interação do espaço arquitetônico e do indivíduo. Considerando relevantes, os seguintes aspectos: iluminação, ventilação, influência das cores e atividades ocupacionais. Sendo estes, de suma importância na recuperação do dependente.

Nada pode parecer mais ilimitado à primeira vista do que o pensamento humano, que não apenas escapa a toda autoridade e a todo poder do homem, mas também nem sempre é contido nos limites da natureza e da realidade. Criar monstruosidade e juntar formas e aspectos incongruentes não provoca à imaginação mais embaraço do que conceber os objetos mais naturais e mais familiares. Apesar de o corpo estar preso a um só planeta, sobre o qual se com agonia e dificuldade, o pensamento pode nos transportar num instante as mais distantes regiões do universo, ou ainda, além do universo, para o caos indeterminado, onde se supõe que a natureza se encontra em confusão total. Pode-se arquitetar o que ainda não foi visto ou ouvido, porque não há nada que esteja fora do poder do pensamento, exceto o que implica total contradição. (HUME, 2008 p.30/31)

O ambiente, através de linguagem simbólica, será capaz de incluir ou excluir socialmente ao eliminar ou criar barreiras físicas ou atitudinais.

A linguagem é capaz não somente de construir símbolos altamente abstraídos da experiência diária, mas também de “fazer retornar” estes símbolos, apresentando-os como elementos objetivamente reais na vida cotidiana. Desta maneira, o simbolismo e a linguagem simbólica tornam-se componentes essenciais da realidade da vida cotidiana e da apreensão pelo senso comum desta realidade. Vivo em um mundo de sinais e símbolos todos os dias. (BERGER & LUCKMANN, 2010, p. 59)

As barreiras atitudinais, de acordo com Oliveira (2001), referem-se às atitudes que a sociedade apresenta frente ao indivíduo marginalizado. Quando uma instituição é afastada de centros urbanos, quando é caricaturada ou quando suas instalações são adaptações de prédios que não possuem mais destinação. São formas de isolar, de estigmatizar e invisibilizar, entre outros.

Durante as visitas às Comunidades Terapêuticas não havia rampas nem

elevadores, se constituindo em barreiras arquitetônicas⁹⁸ para as pessoas que desejam se internar que tenham dificuldades de locomoção, ou seja, pessoas portadoras de deficiência⁹⁹ ou com mobilidade reduzida¹⁰⁰.

6.2.1 Ultrapassando a barreira: os primeiros passos

Ao vencer a primeira impressão, quanto as instalações, o(a) interno(a) terá que se ajustar a metodologia da Comunidade Terapêutica.

Se for a primeira vez que se interna para tratamento acerca do uso prejudicial de substâncias, lícitas ou ilícitas, estará envolvido(a) no imaginário, que é fruto de sua interpretação inerente ao cotidiano de um(a) interno(a). A interpretação é uma tarefa infinita, inacabável; ela é sempre apropriação, apoderação por violência de um pedaço de realidade que não tem, em si, qualquer significação essencial ou ideal; ela remete constantemente a "máscaras sem rosto", sem identidade e envolve, desde o início, uma pluralidade de sentidos. (VARGAS, 1992)

[...] Já tenho 8 meses e 20 dias. É a primeira vez, com certeza, tem que ter a convicção né? Eu estou esperando em Deus isso, estou me edificando, buscando a cada vez isso, ser a última vez né, mas o homem não está safo de cair, que o mundo cada vez tenta nos engolir. As trevas são uma situação difícil. O mundo lá fora não é brincadeira, se a gente não tiver ligado com Jesus mermo...(H1.BR)-R24).

O imaginário sofrerá alteração ao longo dos dias, transformando-se em realidades. Para Berger e Luckmann (2010, p. 11) “a realidade é construída socialmente, sendo uma qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos ser independente de nossa própria volição (não podemos “desejar que não existam”)”. Essas realidades vão depender da perspectiva do(a) interno(a), sobretudo, ao estado físico, psicológico, familiar e/ou social que se encontrava.

⁹⁸ Conforme Art. 2º da lei nº 10.098/2000 – Inciso II - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em: b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados.

⁹⁹ Conforme Art. 2º da lei nº 10.098/2000 – Inciso III - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas

¹⁰⁰ Conforme Art. 2º da lei nº 10.098/2000– Inciso IV - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso.

Estou internada há 5 meses, (começou a responder as perguntas com tom de voz baixo e acanhado). Essa é a quinta vez que estou internada, todas eu venci o plano¹⁰¹ de ficar 9 meses. A primeira vez fiquei 9 meses, saí... caí, voltei fiquei 9 meses saí... caí. Das outras 4 vezes eu fui levada ao Centro, dessa vez eu vim. Acho que essa é a única vez que eu tô no Centro de verdade, até já saí fui em casa umas duas vezes e estou de volta, fui e voltei com as minhas próprias pernas. (M2.BR)-B41)

O novato, aquele que acaba de adentrar a instituição total, sofre um processo de desconstrução moral e física, chamada pelo autor de mortificação ou mutilação (Goffman, 2008). Para exemplificar, ele considera como a primeira mutilação a barreira imposta entre o internado e o mundo externo. Nessa ruptura, ele ou ela (internado(a)) passa por um processo de socialização que inclui um “teste de obediência”, que é considerada como as “boas vindas”. É realizado um trabalho de desvestimento da pessoa, um rebaixamento, uma desfiguração com a perda da identidade. Com a perda, a instituição providencia a sua substituição através da uniformização tanto de apresentação como de conduta, tendo a desfiguração pessoal, podemos caracterizá-la com a utilização de idiomas expressivos, expressões corporais, submissão, atos de deferências e humilhação.

As primeiras mudanças começam a serem sentidas com a implementação de práticas terapêuticas que cada instituição emprega. Cada interno possui seu Plano Terapêutico Singular (PTS)¹⁰², que todas as Comunidades Terapêuticas pesquisadas possuem, podendo ter nomes diferentes, mas na essência é o mesmo plano¹⁰³. A Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, prevê em seu Art. 7º a Ficha Individual:

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

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

- I - horário do despertar;
- II - atividade física e desportiva;
- III - atividade lúdico-terapêutica variada;
- IV - atendimento em grupo e individual;

¹⁰¹ Vencer o plano, segundo a entrevistada, é ficar internada o tempo previsto de internamento na Instituição.

¹⁰² O PTS envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito e envolve uma pactuação entre esses mesmos atores. (HORI, 2014, p. 3562)

¹⁰³ Em Portugal ver os Decreto-lei nº 16, de 25 de janeiro de 1999, Decreto-lei nº 135, de 22 de abril de 1999 e o Despacho nº 18683 de 14 de julho.

- V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
 VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;
 VII - registro de atendimento médico, quando houver;
 VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
 IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
 X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;
 XI - atendimento à família durante o período de tratamento.
 XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e
 XIII - atividades visando à reinserção social do residente.
 §2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

O plano é traçado em conjunto com o profissional especializado, adequando o tratamento ao perfil da pessoa e suas necessidades e possibilidades, levando em consideração a sua história de vida. Assim deveria ser, de acordo com a previsão da legislação.

Quadro nº 19 – Equipe de profissionais

EQUIPE DE PROFISSIONAIS	
H1.BR	Diretor - Ensino médio
	Auxiliar (líder) - Ex-interno
	Obreiros – 10 (dez) - Internos mais antigos na casa
M2.BR	Diretora Técnica – Contabilidade (possui cursos na área de dependência química)
	Assistente Social (1)
	Educador Físico (1)
	Psicóloga (1)
	Cuidadores (6)
HM3.BR	Diretora Técnica (Assistente Social)
	Assistente Social (8)
	Educador Físico (3)
	Nutricionista (1)
	Pedagogos (3)
	Psicóloga (8)
H4.PT	Diretora Técnica - Psicologia
	Assistente Social (1)
	Médico Psiquiatra (1)
	Médico Clínico Geral (1)
	Monitores (6) (curso técnico)
H5.PT	Diretora Técnica – Assistente Social
	Assistente Social (1)
	Enfermeiro (1)
	Médico Psiquiatra (1)

	Psicólogos (2)
	Monitores (2) (curso técnico)

Fonte: Elaboração própria do autor, 2018.

No caso da Comunidade Terapêutica (H1.BR), os profissionais voluntários que fazem trabalhos de filantropia, em sua grande maioria pertencem a mesma igreja do Diretor da Instituição, ajudam na elaboração desses planos.

Quadro nº 20 – Voluntários da Comunidade Terapêutica H1.BR

H1.BR	VOLUNTARIADO	Arquiteto, médicos, enfermeiros, nutricionista e engenheiro agrônomo, todos da Igreja do Diretor. No entanto, esse trabalho é feito esporadicamente, por mutirões.
-------	--------------	--

Fonte: Elaboração própria do autor, 2018.

OBS: Nas demais CTs não constavam número e nem menção ao voluntariado e nem acessibilidade para estágios.

Nas Comunidades Terapêuticas o principal instrumento terapêutico¹⁰⁴ 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. Nesse sentido, o método de trabalho dessas instituições valoriza as atividades em grupo e as decisões, normalmente, são para a coletividade de internos.

Goffman (2008) ressalta que nas instituições totais, como as Comunidades Terapêuticas, ocorre a perturbação da autonomia, cujo interno perde a capacidade de pequenas decisões, de mínimos movimentos, sendo necessário que se submeta a rituais para adquirir pequenas autorizações ou objetos, que vem a ser mutilação ou mortificação do eu, que às vezes ecoa de forma diversas nos internos trazendo aguda tensão psicológica para um e alívio para outro.

6.2.2 Rupturas ou Isolamentos Necessários: (des) culturamento ou fator protetor?

¹⁰⁴ O Parágrafo Único, do Artigo 1º da Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, estabelece a principal metodologia adotada pelas Comunidades Terapêuticas.

Quadro nº 21 – Rupturas – Programa de visitação

RUPTURAS – Programa de visitação e acessibilidade relacional	
H1.BR	Visitas uma vez por mês
M2.BR	Permite que as visitas sejam qualquer dia da semana, de 2ª a 6ª feira para não limitar e dificultar as pessoas que moram longe. Pois muitas famílias moram no interior e depende do apoio da prefeitura.
HM3.BR	Visitas duas vezes ao mês. Mas nem todos recebem visitas, devido a distância para algumas famílias que moram em outras cidades e até em outros Estados.
H4.PT	Visitas após dois meses. Todas as sextas-feiras, tem um almoço com os internos e suas famílias. Aqueles que não completaram o tempo mínimo para receber visitas, participam do almoço, mas sem suas famílias.
H5.PT	Visitas após dois meses.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

As estratégias adotadas por todas as cinco Comunidades Terapêuticas estudadas, para os que chegam, é a ruptura com o meio externo. A possibilidade do início das visitas variará conforme a metodologia de tratamento da cada instituição. Não é permitido o acesso à internet. Os telefonemas são regulados conforme a necessidade de cada interno e para assistir à televisão existem horários estabelecidos e restrições a alguns programas e canais.

As Comunidades Terapêuticas quanto às visitas possuem regramentos próprios e, em geral, são criteriosas e bastante rígidas. Estabelecem dias específicos devido as suas rotinas (conforme quadro acima), criando ruptura e desvinculação para seguimento de tratamento.

A localização, como citado acima, pode ser um fator de desestímulo às visitas, devido a muitas das famílias não possuírem recursos para o deslocamento, ficam dependendo de apoio da prefeitura onde residem. Como por exemplo, a Comunidade Terapêutica (M2.BR) é a única exclusiva para mulheres dependentes de drogas conveniada com o Estado da Bahia.

Além da dificuldade de acesso, muitos dos usuários e das usuárias de drogas romperam os vínculos familiares em consequência do consumo de drogas. Quando os(as) internos(as) em Comunidade Terapêutica(CT) possuem a família como retaguarda, estas apresentam, em sua maioria, o tecido emocional e patrimonial desgastado, tendo a Comunidade Terapêutica (CT) como um local que possibilite ter

um descanso ou de retornar a suas rotinas diárias, mesmo que por um certo período pois o consumidor de drogas demanda atenção significativa de suas vidas.

Recebo visita da minha mãe, de dois em dois meses, ela não pode vir cá, meu pai não deixa, ela fala que vai em outro lugar e vem aqui, vem escondida. Meu pai diz para ela não me ver, nem nada, pra ele eu estou morta.(M2.BR)-G28)

Temos uma mãe que pede, constantemente, que estenda o tratamento de seu filho, dizendo que há muito tempo ela não sente a paz que se encontra hoje, consegue dormir, coisa que não consegue quando o filho está fora da Comunidade Terapêutica. Quando ligamos para algumas famílias, por quaisquer motivos, podendo ser para obter uma simples informação de confirmação de dados, elas temem em atender os nossos telefonemas, com medo que estejamos encerrando o tratamento de seu parente. Podemos perceber pelas suas falas tensas (H5.PT)-MT).

Entretanto, existem casos que os(as) internos(as) não querem receber visitas, talvez por não quererem que seus familiares os vejam na situação de internos(as) ou porque precisam refletir sobre as suas vidas sem influência da família:

Dessa vez, por exemplo, que eu vim, eles nem sabem o endereço, porque fiz questão de deixar bem claro que quero passar por esta fase agora sozinha, porque essa coisa de estar sempre muito superprotegida por eles, que querem demais a minha recuperação acaba que sufoca... muita visita...muito aquela coisa que... agora eu quero parar... parar e pensar e recomeçar e ver onde que errei e colocar um retrovisor assim e sempre... um retrovisor para cada vez que eu pensar em fazer algo de errado novamente... eu olhar para o retrovisor e conseguir enxergar tudo que eu vivi e já fiz de errado na minha vida para que eu não faça tudo de novo, já passei por esta fase de cá... e subir... se você vai para o Centro pela primeira vez a família aposta tudo em você, mas com uma queda...aí pronto...quando você volta para o Centro já falam que virou bagunça vai e volta..vai e volta. Então, acho que eu agora tenho que pensar em mim, não é o que a minha família vai...tem que ver... acho que minha família não tem que ver nada. Eu acho que eu tenho que ver onde estar o erro, eu que tenho que ver o que me leva a cá... eu tenho que ver que eu tenho que me vê, para que eles possam ver o que eu estou vendo. Porque se eu ficar sempre mostrando a eles eu nunca vou está me vendo (M2.BR)-B41).

Entre os internos e internas pesquisados(as) apenas um dos internos mantinha vínculos com a parceira (casado). Nota-se que os laços afetivos são fragilizados ou desfeitos no contexto das drogas. Nas Comunidades Terapêuticas pesquisadas não existe a possibilidade de visitas íntimas, podendo gerar desconforto e constrangimentos nos internos e internas.

A Diretora Técnica da M2.BR, fez uma observação dizendo que não entende porque não existe previsão para visitas íntimas para as pessoas em tratamento em Comunidade Terapêutica, tendo em vista ao tempo que elas ficam internadas, se

existe esta previsão legal para os presos¹⁰⁵.

A Diretora Técnica da H4.PT, entende que nos primeiros quatro meses o interno está muito frágil devido as substâncias e medicamentos e, ainda, não está fisicamente em condições, não tem libido. Que a partir desse período o organismo começa a sentir capaz, funcional tanto físico como psicológico. Quando completa esse tempo de internamento, já começa a sair, para fazer suas visitas.

O comportamento do interno da Comunidade Terapêutica H1.BR, quanto ao tempo de fragilidade física e ausência da libido, se mostrou diferente do observado pela Diretora da H4.PT.

O internamento, o primeiro foi a minha esposa que me colocou, fiquei 20(vinte) dias... de quinze em quinze dias poderia receber visita, no 15º (décimo quinto) dia ela foi me visitar, aí me deu uma vontade de ir com ela.... de transar...de me relacionar...ela pediu ao rapaz do centro que fosse com ela em casa, ele permitiu mas que ela me trouxesse de volta ao centro...aí foi... voltei mas fiquei só mais 5 (cinco) dias e saí...aí foi indo...foi indo...passando o tempo voltei a usar de novo, aí pronto não deu pra gente ficar juntos, foi ela que decidiu assim e eu disse que ela estava certa mesmo, que não tem jeito, que estava difícil de eu largar esta droga, assim foi o processo...(H1.BR)-A37).

Berger e Luckmann (2010), inferem que toda cultura¹⁰⁶ tem uma configuração sexual distintiva, com seus próprios padrões especializados de conduta sexual e seus pressupostos. Observa-se que a institucionalização busca controlar uma função biológica intrínseca ao ser humano, como a sexualidade.

6.2.3 Práticas sexuais: entre o controle institucional e a necessidade humana

Quadro nº 22 – Práticas sexuais em Comunidades Terapêuticas estudadas

PRÁTICAS SEXUAIS	
H1.BR	Práticas sexuais não são permitidas. Ainda não soube da existência de homossexualidade, caso tenha fará a separação do restante dos internos.
M2.BR	A prática sexual, dentro da CT, não é permitida. Tanto para heterossexuais como para homossexuais. Para tentar dissuadir as práticas sexuais utiliza câmeras.
HM3.BR	A prática sexual dentro da CT não é permitida.
H4.PT	A prática sexual dentro da CT não é permitida.
H5.PT	A prática sexual dentro da CT não é permitida.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

¹⁰⁵ Ver Art. 41, Inciso X, da lei 7210/1984, Lei de Execução Penais. e Lei Art. 68 da Lei 12.594/2012.

¹⁰⁶ Sempre que um grupo de pessoas tem parcialmente uma vida comum com um pequeno grau de isolamento em relação a outras pessoas, uma mesma posição na sociedade, problemas comuns e talvez alguns inimigos comuns, ali se constitui uma cultura. (BECKER, 2008, p.90)

OBS: Imaginemos que dentro do sistema prisional há garantias e direitos, incluindo visitação e visitas íntimas, o que não ocorre nas CTs (conforme quadro indicativo acima).

A proibição da prática sexual é comum a todas as cinco Comunidades Terapêuticas investigadas. No entanto, as razões que não autorizam diferenciam. As Comunidades Terapêuticas H1.BR e HM3.BR diz que dentro da instituição não é lugar adequado para relações sexuais e, sim para tratamento. A M2.BR, explica que como é uma coletividade todas devem ter tratamento igualitário, como nem todas compartilham das mesmas opções sexuais e não é permitido visitas íntimas, poderia criar ciúmes entre as internas e conflitos, prejudicando o tratamento.

As Comunidades Terapêuticas H4.PT e H5.PT, aduzem que os internos estão fragilizados afetivamente e um envolvimento amoroso poderia desviar do foco do tratamento, que exige muita força de vontade.

A Diretora Técnica da H4.PT, comentou que, normalmente, as paixões quando ocorrem são unilaterais. Mas que houve um caso de reciprocidade, ambos desistiram do tratamento, naquela instituição.

A Diretora Técnica da M2.BR, relatou que se sentiu pressionada a instalar câmeras na Comunidade Terapêutica, não somente pela segurança, sobretudo, para inibir o lesbianismo que estava intenso. Acredita que a carência afetiva das mulheres estava influenciando essas relações, que mulheres que tiveram companheiros e filhos estavam nessa prática sexual.

Uma das internas comenta sobre a manifestação da sexualidade na Comunidade Terapêutica M2.BR

A maioria é homossexual... mas eu adoro homem... e não troco essa tese por nada, sou muito satisfeita... acho que uma pessoa para tomar uma decisão dessa que já foi casada... tem filhos chega num lugar desse para se relacionar com outra mulher é questão de carências, achando que o mundo acabou, mas o mundo não acabou... está me esperando lá fora com tanta coisa boa. Acho também é questão de idade, de ser levada pelos ouvidos... a pessoa que tem mais experiência com isso... começa elogiar por aquilo... e aquilo... e a pessoa acaba se levando pelos ouvidos e aí vai numa porta que não tem mais saída. Acontece muito, mais comigo não. Porque quando a pessoa começa a puxar um assunto, eu já sei que vai ser aquele, eu já começo já falar: porra, pense num negão agora, pense naquele negócio bem... aí uma vai saindo de fininho e outra também, aí pronto... eu mudo logo a prosa (M2.BR)-B41).

Na Comunidade Terapêutica H5.PT, o interno relatou também a manifestação

de interesse de outro companheiro em manterem um relacionamento afetivo, ele pediu que não insistisse que achava que ali não era o local adequado. Porém, comentou que não tinha nada contra às relações homoafetivas.

A sexualidade é função orgânica, ou seja, faz parte da natureza do ser humano. Diferentes instituições sociais, em especial, as instituições totais, tentam negar essas necessidades, conduzindo em direções específicas, mais por controle das atividades das pessoas do que conhecimento científico. A condução, que não somente impõe limites a esta atividade, afeta diretamente as funções orgânicas e psicológicas.

Ao normatizarem essas condutas que são da natureza humana, ficam sujeitas as violações dessas regras. Para inibir essas violações criam-se sanções para punir aquilo que é natural, ou deveria ser considerado assim. Uma interna, relata a punição que sofreu por olhar, segundo ela, com desejos sexuais para um interno, quando estava em uma outra Comunidade Terapêutica (HM3.BR).

Eu passei numa instituição (se referindo a HM3.BR), que eu passei noventa dias sem comer carne, dentro de uma camisa vermelha, na qual essa camisa vermelha me punia de... não sentava na mesa com as outras internas, não participava das atividades físicas, eu não participava de culto, eu não participava de nada eu era aniquilada dentro de um jângal de cimento, tipo um quiosque, que agente ficava sentadinha lendo a bíblia, não comia carne, só leite em pó e farinha. Noventa dias, isso porque olhei para um cara, só porque olhei para ele...mas eu olhei para ele...eu tirei a roupa dele toda (risos). Foi uma punição inadequada, porque agente anda ali, homens e mulheres, fica aqui às mulheres e ali os homens, nós temos que orar sem ter que olhar para eles..isto não existe, sem comentários... (M2.BR)-B41).

6.2.4 Intervenções: controlar para recuperar?

Uma disposição básica da sociedade é a intervenção e o controle, desde cedo acostumamos ser cuidados, controlados e monitorados por nossos familiares e damos continuidade a essa conduta, o poder que se dá por meio da sutileza, um poder que faz funcionar e que opera a partir da lógica da proteção e do cuidado, uma violência intrínseca, ou melhor, uma violência sútil.

O corpo encontra-se aí em posição de instrumento ou de intermediário; qualquer intervenção sobre ele pelo enclausuramento, pelo trabalho obrigatório visa privar o indivíduo de sua liberdade considerada ao mesmo tempo como um direito e como um bem. Segundo essa penalidade, o corpo é colocado num sistema de coação e de privação, de obrigações e de interdições. (FOUCAULT, 2008, p.14)

Toda intervenção remete ao poder e à busca da força do superior sobre o

inferior do mais forte sobre o mais fraco, daquele que tem a capacidade de decidir sobre o que é certo ou errado, bonito ou feio, legal ou ilegal. Com a autoridade da última palavra sobre a questão, afastando qualquer capacidade de reação, mesmo que se tente, será sufocada pela força física, moral ou psicológica. Mas, contam os vitoriosos, que se não interviesse não haveria a cura ou salvação, lembremos, quem conta a história é o vencedor, pois o vencido ou não existe, está desacreditado ou não tem força para se posicionar.

Decerto que existam intervenções necessárias: talvez um tumor deva ser extirpado que caso ali fique pode vir a transformar-se em metástase e prejudicar todo o corpo e levá-lo a morte ou a mãe, o pai ou responsável deva agir um pouco mais de rigor, até mesmo para que seu filho ou filha venham a ser medicados.

Agora, no campo das drogas não é pacífico, o teatro de operações está nebuloso, muitas verdades de cá e de lá. As forças aparentemente se equivalem, seus objetivos são um tanto quanto obscuros. Mas, para aquele que se encontra na linha de frente pouca ou quase nenhuma informação, ficando ao alvitre de discursos calorosos e até fanáticos, com forte poder de convencimento. Sabe-se que é um fenômeno que perpassa toda a sociedade e em todos segmentos, ninguém fica isento ou distante.

Quadro nº 23 – Intervenções e Características

INTERVENÇÕES E CARACTERÍSTICAS		
H1.BR	Caráter	Religioso – Evangélica
	Restrições	Abstinência: álcool, tabaco e outras de drogas
		Os materiais de higiene permitido são: sabonete, escova e pasta de dente, papel higiênico e desodorante (todos doados pela CT).
		Não é permitido relógio, celular, cordão e brinco.
		Não pode ter barba
		Cabelo cortado (máquina “1”)
Não pode usar shampoo (o cabelo é lavado com sabonete)		
Sanções	Quando violam regras. Varia conforme a gravidade. Pode ser de limpeza de alguma área, ficar de joelhos orando e lendo a bíblia e até a expulsão.	
M2.BR	Caráter	Laico, com proposta de resgate da autoestima. Busca reorganizar a vida da interna. Aplica a metodologia dos Narcóticos Anônimos (NA)
	Restrições	Abstinência: álcool e outras de drogas. Não há restrições ao tabaco. Os materiais de higiene permitido são: sabonete, escova e pasta de dente, papel higiênico, shampoo e desodorante (todos doados pela CT)

		Não permite melhorias na alimentação, caso a família forneça deverá dividir com as outras internas.
	Sanções	Normalmente são coletivas, para que uma tome conta da outra. Entretanto, existem as pontuais que chamam para conversar, pode ser até o desligamento da Instituição.
HM3.BR	Caráter	Religioso – Evangélica
	Restrições	Abstinência: álcool e outras de drogas, inclusive ao tabaco.
	Sanções	Advertência verbal, advertência por escrito e camisa vermelha para quem descumpriu as regras (está automaticamente desligada do processo) e camisa azul são os repetentes. A disciplina mexe com a barriga e atividades.
H4.PT	Caráter	Laico. Trabalha com três programas terapêuticos: o alcoolismo, a toxicodependência e de longa duração (pessoas sem retaguarda).
	Restrições	Abstinência: álcool e outras de drogas. Não há restrições ao tabaco.
	Sanções	Conforme a quebra de regras, pode haver retorno de fase (*). Como a terapia é dividida em fases (receber visitas após dois meses, sair a rua após 4 meses) ele pode voltar a fase inicial, ser suspenso algo que goste de fazer (beber café). Também pode haver o desligamento da instituição.
H5.PT	Caráter	Laico. Trabalha com dois programas terapêuticos: o alcoolismo e a toxicodependência. Encontra-se dividida em fases (*) para dependentes em álcool e outras drogas(toxicodependentes).
	Restrições	Abstinência: álcool e outras de drogas. Não há restrições ao tabaco.
	Sanções	Conforme a quebra de regras, pode haver retorno de fase. Como a terapia é dividida em fases (receber visitas após dois meses, sair a rua após quatro meses) ele pode voltar a fase inicial. Também pode haver o desligamento da instituição, caso ocorra violência verbal ou física e consumo de substâncias (são feitos testes para verificar se houve consumo).
	(*)	Para dependentes em álcool, a primeira fase não recebe visitas, não realiza e nem recebe ligações telefônicas. No final de dois meses faz o pedido de passagem de fase, para a equipe técnica, apresentando os motivos pelos quais quer mudar de fase. Esse pedido será analisado por duas comissões, uma de técnicos e outra de internos. Se passar de fase, poderá telefonar para família em quinze em quinze dias e receber visitas ficando ao redor da CT. Ao passar dois meses poderá fazer outro pedido para passar de fase, passando será permitido fazer visitas de quinze em quinze dias em casa. Para dependentes em outras drogas (toxicodependentes) e de longa duração em vez de ser de dois em dois meses, passa a ser de três em três meses.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Antes de tratarmos das Comunidades terapêuticas com viés religioso, cabe a distinção entre os termos “religiosidade” e “espiritualidade” os quais costumam ser utilizados como sinônimos nos estudos empíricos. No entanto, existem debates epistemológico do emprego desses conceitos. Para padronizar a informação, no

presente trabalho, recorrerei a conceituação de Panzini et al (2005), para o termo espiritualidade o qual envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas.

Religião é um sistema solidário de crenças seguintes e de práticas relativas a coisa sagrada, ou seja, separadas, proibidas; crenças e práticas que unem na mesma comunidade moral, chamada igreja, todos os que a ela aderem. O segundo elemento que aparece na nossa definição não é menos essencial que o primeiro; pois, mostrando que a ideia de religião é inseparável da ideia de igreja, faz pressentir que a religião deve ser coisa eminentemente coletiva. (DURKHEIM, 2008b, p. 59)

Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo. Crenças pessoais podem ser quaisquer fé/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento. Pode haver coincidência com espiritualidade, pois crédulos pessoais não necessariamente são de natureza não-material, como o ateísmo (NAPPO & SANCHEZ, 2007)

6.2.4.1 *Religião: renúncia de si mesmo ou busca de purificação?*

Das cinco Comunidades Terapêuticas estudadas duas são religiosas a H1.BR e HM3.BR, ambas trabalham com proposta da substituição. Esta metodologia visa, segundo seus idealizadores, fortalecer física e psicologicamente os internos dando oportunidade de refletir sobre suas condutas no contexto das drogas através dos cultos, orações e leituras bíblicas, proporcionando novas posturas no seu dia a dia.

[...] tem que passar aquele tempo ali pra tá ouvindo a palavra de Deus, pra a palavra de Deus começar a limpar; com certeza nu e crua, a mídia às vezes vem com este pensamento de que remédios e outras coisas tratam a droga, mas não tem outro tratamento a não ser Jesus de Nazaré, não tem; parar com tudo, não existe meio termo; é tudo ilusão, é tudo ilusão; não vale nada, tem que ter a santificação. Eu fui... uma vez num lugar que tratava dessa forma, mas não foi legal não, eu achei que isso era ilusão, eu mesmo na droga achei que isso era ilusão, no Centro de Apoio Psicossocial, no CAPS, tinha isso... implantava essa redução de danos, não existe isso, não existe, é como se fosse alguém em cima do muro, não existe redução de danos, ou se afasta totalmente; é; com certeza; e ninguém faz uma redução de danos a risca, não existe, por isso é que é ilusão, que eu digo (H1.BR)-R24).

A imposição de qualquer Religião, conforme os artigos 2º, 16, 18 e 26 da

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) e o que dispõe o inciso I, do Art. 19 da Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011, é nítida violação aos Direitos Humanos.

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

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira. (grifo nosso)

Ao participar dos cultos nas duas instituições, durante o processo de investigação, observamos que alguns internos pareciam que alteravam seu estado de consciência, com os olhos fechados dançavam e levantavam as mãos, sintonizando-se com o que o pastor dizia, repetindo o que constava nos textos que liam ou repetiam o que era dito. Durante aos cânticos cantavam com vibração as músicas. Nas entrevistas com os internos, eles repetem os dogmas e as palavras de seus líderes.

[...] Eu estou esperando em Deus isso, estou me edificando, buscando a cada vez isso, ser a última vez né, mas o homem não está safo de cair, que o mundo cada vez tenta nos engolir. A treva é uma situação difícil. O mundo lá fora não é brincadeira, se a gente não tiver ligado com Jesus mermo (H1.BR) R24).

Na entrevista com a Diretora Técnica da HM3.BR, ela entende que vivemos em mundo de substituição. Ela explica: quando eles ou elas chegam aqui e deixam de consumir drogas sentem muita fome. Substituem as drogas pela comida. Nós também vivemos substituindo, preenchendo o nosso dia a dia por atividades.

Se pudesse voltar para trás teria entrado na igreja logo, para conhecer a palavra, né... é a única coisa que pode salvar a gente...quem pode tirar a gente desse caminho é Deus... é só Jesus mesmo. Talvez se eu conhecesse a igreja antes, se eu frequentasse a igreja antes, se eu tivesse no meio evangélico antes não teria usado crack não... se eu tivesse dado ouvido a minha mulher, naquele tempo ela estava na igreja, ela me chamava sempre para ir à igreja, eu não aceitava... não queria. Como não queria ir à igreja, ela chegava fazer culto dentro de casa, ela chamava as irmãs da igreja para fazer culto dentro de casa, para eu ouvir a palavra para dar crédito, e eu nunca quis dar crédito, aí teve um momento que ela chegou a levar às irmãs... sempre que ela levava eu não ia né, eu não ficava, sempre que às irmãs chegavam eu estava de saída, era dia de 5ª feira e nunca ficava em casa. Antes eu frequentava a mesma religião, mas eu tive a queda, me afastei da religião. Aí vim para cá, é um novo... é um novo.... me converti mais uma vez (H1.BR)-A37).

Edgar Morin alerta sobre a construção de escravos psíquicos, pois a partir do momento que perdemos a capacidade de refletir e apenas repetimos o que nos

falam, a nossa mente encontra-se a mercê de outrem.

As inquietações inerentes ao ser humano e as quais ciência e religião tentam explicar, ainda são inexplicáveis. Pessoas nascem e morrem ainda na ansiedade vã de uma possível resposta. Infelizmente nessa busca incessante surgem oportunistas construindo gerações de escravos psíquicos. (MORIN, 1999, p.8)

Tanto nos diálogos, nas entrevistas e observações pudemos reparar que o perfil das pessoas internadas nas Comunidades Terapêuticas na Bahia – BR e em Porto – PT, são semelhantes em alguns pontos, como: início do consumo, grau de escolaridade e classe social, mas houve uma diferença que me chamou a atenção. A violência sofrida no contexto da droga, sobretudo, a falência generalizada do consumidor de crack.

Aí fui me deparando numa difícil situação, aí vim a dormir na rua, vim para ali na Pituba, ali no Galpão de peixe, na marquise da praia, fiquei 3 (três) dias dormindo ali, aí o pessoal me informou desse Centro: vai lá rapaz, atrás da Igreja tem esse Centro, aí mais tarde me falaram de novo, aí que eu vim. Quando cheguei fui bem acolhido, foi uma primeira vez, fui bem acolhido, estou há 4(quatro) meses, pretendo ficar 9 (nove) meses ou ficar mais tempo se precisar. Eu não tenho um pingão de vontade, assim... assim de sair cedo daqui, a não ser... se for vontade de Deus, acontecer um trabalho, pressa de sair daqui eu não tenho. (H1.BR)-A37)

Com isso, a pessoa que vai ser internada nas Comunidades Terapêuticas¹⁰⁷, está muito machucada, tanto física, econômica, moral, afetiva e psicologicamente tendo a sua capacidade crítica e decisiva prejudicada. Submetendo-se a imposições e restrições por aceitar que é culpada por tudo.

[...] aí ele viu toda a decadência... todo o fim de uma vida... todo o fim de um casamento... o fim de uma família, ele viu toda a minha família desabar por causa de mim, é porque assim, eu tenho uma família grande de seis homens e duas mulheres e só eu bebo, só eu fumo, só eu uso drogas... só eu tudo... entendeu? Então foi um momento assim, em que tudo mundo é... tornou-se sofrido por causa de mim. Na verdade a família adocece junto e a doença deles não tem conserto... porque a doença deles é a falta de confiança e a minha é o uso da droga... e a deles é a confiança perdida... eu acho que a confiança leva tempo para construir e para perder é um minuto e depois que perde não tem aquela coisa, que acabei de falar, tem coisas que não voltam atrás, você pode até construir outra confiança que não existia ainda, pode vir a confiar naquilo que eles nem sabiam que eu sabia fazer, mas não haverá retorno de confiança, não vai haver. Tanto da parte dos meus pais como da parte dos meus irmãos... como da parte dos meus filhos, é uma questão assim... de... sabe quem convive... eles me viram fazer coisas que nunca imaginaram que eu era capaz de fazer e que viram eu fazer... então eles ficam se perguntando o que ela é ainda capaz de fazer? (M2.BR)-B41).

¹⁰⁷ Citamos ser internada em Comunidade Terapêutica, devido a situação de carência que a pessoa se encontra, ela, provavelmente, não terá condições financeiras de arcar com uma instituição particular para seu tratamento e a Comunidade Terapêutica é financiada pelo Poder Público.

Na Comunidade Terapêutica H1.BR, o responsável relatou que ali recebiam todos os tipos de pessoas e classes sociais e, quanto maior o nível intelectual mais difícil era de trabalhar. Em contrapartida, quanto mais “machucado” mais dócil ficavam. Essa declaração nos remete à docilização do corpo. O objetivo dessa docilização é a sujeição dos corpos a uma lógica normatizadora.

A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, os chamados “corpos dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por um lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. (FOUCAULT, 2008, p. 119)

A docilização ou a sujeição é consequência da crença na ausência de possibilidades, o medo de perder a oportunidade de sobrevivência. Para conservar a sujeição as instituições estabelecem as restrições através de regras que vão normatizar as relações entre os atores.

6.2.4.2 *Entre o constrangimento e a cooperação*

Todos os grupos sociais estabelecem regras e tentam, em certos momentos e certas circunstâncias, impô-las. Regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”.(BECKER, 2008)

As Comunidades Terapêuticas estudadas estão subordinadas as normas dos Órgãos Governamentais para seu estabelecimento e funcionamento, por exemplo normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Internamente, os seus responsáveis criam regras de conduta, conforme as suas metodologias de trabalho, que não devem colidir com as normas de hierarquia superior.

Certos preceitos instituídos pelas Comunidades Terapêuticas assemelham-se, como a abstinência ao álcool e drogas ilícitas, proibição ao uso de celular, da internet e práticas sexuais, dentro da instituição. Outros diferenciam-se, como a autorização de consumo de tabaco. As Comunidades Terapêuticas M2.BR, H4.PT e H5.PT, autorizam o seu consumo e as Comunidades Terapêuticas H1.BR e HM.BR proíbem o seu consumo.

Quanto a abstinência do uso de drogas, o quadro de “crise” pode variar de pessoa para pessoa.

Eu não tenho crise de abstinência, talvez as outras meninas, mas eu não. Assim, eu entro no Centro, se ficar sem fumar, a partir de dois dias que entrei não tenho mais vontade, tem gente que treme, fica nervosa, quer bater... minha vida fica bem normal... é como te falei, parece que estou em casa aqui, tenho crise na TPM, mas fora isso... abstinência não. Eu conheço meninas que chegaram e tiveram o mesmo comportamento que o meu, completamente normal, acho que o ambiente interfere (M2.BR)-B41).

De vez em quando ainda sinto falta do crack, eu procuro ocupar a minha mente para não usar, se eu não ocupar, vou querer sair e usar, é muito forte... é muito forte. Não é nem do corpo, é uma coisa da mente, que agente não controla. Uma vez estava na rua trabalhando, uns sete a oito meses bem, trabalhando para conseguir comprar até móveis de casa, trabalhando em dois lugares, aquela agonia... alugar casa... de repente deu aquela vontade de usar incontrolável... pensar que não... já estou usando. Quando me aborreço com alguma coisa a primeira coisa que eu penso é em usar. Quando fumo esqueço logo de tudo, mas a realidade não é essa não. (M2.BR)-G28)

As Comunidades Terapêuticas H1.BR e M2.BR restringem à aquisição de material de higiene particular, determinando aos internos e internas o uso de mesmo tipo de produto, como sabonete, desodorante e shampoo os quais são doados pelas próprias Comunidades Terapêuticas. E, não aceitam alimentos trazidos pelos familiares de forma individual, como biscoitos e bolos. Caso venha acontecer os internos e internas são obrigados(as) a dividir com os(as) outros(as) internos(as).

A Comunidade Terapêutica H1.BR não permite o consumo de café, regula o corte de cabelo, determinando que seja curto (máquina "1"), não pode usar barba, não autoriza o uso de relógio, cordão e brinco e para lavar os cabelos, somente sabonete.

Eu sinto mais falta da droga quando tomo café, sem a droga dá muita vontade de comer, o ex-drogado tem muita fome. Essa foi uma das questões que vim a discutir com a minha irmã foi por causa disso. Eu na condição de ex-drogado, estava comendo muito mesmo, a tendência de quem não estar usando droga é se alimentar mesmo, na certa ela não entendia esse processo, ela achava que eu era um... era um guloso, um..., apesar que eu fazia a minha parte também né..., mas foi por falta de entendimento dela mesmo, porque hoje dia a gente conversou ela entendeu isso (H1.BR)-A37).

Para aplicação de tais medidas os seus diretores justificam de forma diferente. A Diretora da M2.BR explica que visa a uniformização de conduta e minimizar a opressão através da ostentação, ou seja, as dívidas de favores, que podem gerar a escravização.

O Diretor da H1.BR, é filho de militar que lutou na 2ª Grande Guerra Mundial e, relatou que ele era muito rígido, alega que as pessoas hoje estão precisando de

disciplina, por isso estabelece as regras como fosse um quartel. Essa estratégia de trabalho é aceita como normal e justa pelo interno entrevistado:

Aqui não tem punição, a punição aqui é ficar de joelho, ficar 15 minutos...meia hora...uma hora de joelhos orando, eu já fiquei uma hora e meia. Às vezes por falta desta disciplina, que muitos de nós não tivemos em casa, que veio acontecer isto. Por falta dessa rigidez, seu Pedro (nome fictício) é rígido... cheio de coisa, mas depois vem e cativa a gente. Dentro de casa às vezes demora muito, quando vem receber à repreensão, aí já não aceita mais, entendeu? (H1.BR)-A37).

Destarte, as Comunidades Terapêuticas por intermédio do constrangimento buscam à cooperação, uma submissão da autonomia pessoal em prol do coletivo.

[...] à tarde tem a terapia ocupacional. A terapia a gente faz a manutenção do sítio todo, a limpeza, uns trabalham na parte da obra, na construção civil, outros trabalham na jardinagem, outros trabalham na limpeza do rio, outros trabalham carregando água; eu faço a manutenção do santuário, aquele santuário ali, desde a limpeza, molhar as plantas, limpar o santuário, a limpeza da casa da árvore; só podemos ler a bíblia; apesar de Sérgio (nome fictício) não proibir, mas o seu Pedro (nome fictício) não gosta muito não que a gente leia outros livros não, ele gosta só que leia a bíblia, é liberado a bíblia, mas Sérgio não proibe não (H1.BR)-R24).

Quando uma regra é imposta, mormente, há previsão de sanções para quem a viole, senão poderá torna-se inócua. Segundo Becker (2008), a pessoa que presumivelmente a infringiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como um *outsider*.

6.2.4.3 *Entre a qualidade do ato e aplicação das regras*

As regras criadas nas Comunidades Terapêuticas para disciplinar os seus internos, tem importância naquele contexto, fora deles observamos que são condutas naturais do dia a dia, que não traz prejuízo à sociedade de forma geral. Como escolher o seu shampoo, ingerir a sua bebida alcoólica de predileção e, assim por diante.

Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um infrator. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal. (BECKER, 2008, p.22)

As cinco Comunidades Terapêuticas investigadas possuem seus códigos sancionatórios. Nas Comunidades Terapêuticas (H4.PT e H5.PT), dependendo da gravidade do ato (assim entendido pela CT), as sanções variarão, podendo haver

até retorno de fase (como a terapia é dividida em fases: receber visitas após dois meses, sair a rua após 4 meses), o interno poderá voltar a fase inicial (não receber visitas). Também pode haver o desligamento da instituição, caso ocorra violência verbal ou física e consumo de substâncias psicoativas, incluindo o álcool (são feitos testes para verificar se houve consumo).

Na Comunidade Terapêutica M2.BR as sanções, normalmente, são coletivas, para que uma tome conta da outra. Entretanto, existem as pontuais que a Diretora Técnica chama para conversar, pode ser até o desligamento da Instituição. No ambiente da Comunidade Terapêutica H1.BR as sanções podem ser: a limpeza de alguma área, ficar de joelhos orando e lendo a bíblia e até a expulsão. Já na HM3.BR podem ser: advertência verbal, advertência por escrito e camisa vermelha para quem descumpriu as regras (desligamento da Comunidade Terapêutica) e camisa azul são os repetentes¹⁰⁸. A disciplina mexe com a barriga e atividades:

Aqui existem medidas disciplinares, certo...? Se me perguntar se você concorda, vou dizer que não, eu não concordo. Disciplina sim, não no nível de punição, punição é uma coisa... Então você tem advertência verbal e advertência por escrito e depois ele vai...Aqui tem dois critérios que é uma camisa vermelha, que todo mundo já ouviu falar, e uma camisa azul. A camisa vermelha é para as pessoas que descumpriram as regras. Aí ela vai receber essa camisa, ela automaticamente está desligada do processo, ela tem o direito de ir embora, mas às vezes elas não querem ir embora, querem ficar e aí ficam. Mas ele deixa de ser atendido, de ter atendimento. Ele passa a ser um problema da área administrativa da HM3.BR, certo? Então, tem um grupo que cuida dele, o pastor diretamente cuida dele. Ele fica lá...lendo bíblia...e ele não toma café...e ele não come carne, ele... uma séria de coisas...Eles estão desligados. São aqueles que não podem sair realmente...não podem...São ameaçadas de morte, são aqueles... Eles ficam...Eles têm um período lá. Depois são avaliados pelo grupo e retornam para o processo. E tem os camisas azuis que são os repetentes. Então, aqueles camisas azuis eles passam pelo mesmo processo. A disciplina deles aqui mexe com a barriga...mexe com a barriga e mexe com as atividades. Não participam de atividades de esportes, não são atendidos pela equipe técnica, se tiver passeio eles não vão, tá? Eles ficam bem paradinhas ali, num lugar que é chamado de corredor. Essa é a disciplina, eles ficam dias...alguns meses lá...vivendo um processo de reflexão. Eu que sou, ainda, ousada... vou me aproximar...converso...chamo...peço para refletir...Porque toda hora defendo: disciplina é um processo de reflexão, não é um processo de punição. (HM3.BR)-DT) (grifo nosso)

Há casos que os internos ou internas assimilam a sanção pacificamente, como uma forma de aprendizado.

¹⁰⁸ São considerados repetentes os que retornam à Comunidade Terapêutica, dentro de sessenta dias, após ter terminado seu tempo de tratamento. Esse retorno pode ser por recaída ou por não ter para onde ir ou ficar, regras estabelecidas pela Comunidade Terapêutica HM3. BR.

[...] acho que a punição pior para quem tá internada, para mim seja talvez parar o seu tratamento, se ela quer de verdade continuar, porque a punição maior para mim seria a dona Joana (nome fictício) chegar para mim e dizer: quero que você vá embora. [...] ah! vou te dizer uma punição que a gente vive aqui. Por exemplo, no outro dia...quebraram a chave na porta...então a gente não dormiu enquanto a chave não saiu de lá. Foi uma pessoa e todas pagaram, então a gente não paga. Por exemplo, se eu quebrar essa cadeira aqui, eu não vou pagar sozinha, a casa toda paga. Então, a casa toda tem que se policiar, se eu estou vendo a menina fazendo aquilo errado, vou ter que policiar, porque se ela quebrar vou ter que pagar também, eu acho bom (M2.BR)-B41).

Tem pouco tempo atrás eu fui punido para passar um dia de domingo todo sem lazer.. sem lazer, sem televisão, sem jogar bola, sem poder ir para o quarto dormir, sem nada. Só ficar aqui, mas no caso dessa minha punição eu tive que trabalhar. Porque a punição aqui divide pela parte da manhã e trabalho e pela parte da tarde você fica aqui embaixo mermo, sem ter direito a dormir a descansar no domingo, aí eu trabalhei aí na frente, nesse sítio da frente aí; tive que fazer a manutenção lá no rio, na beira do rio... assim colocar e carregar barro; o domingo todo. Porque destratei os obreiros aqui, eu tinha um produto lá em minha mão, produto de limpeza, meu que eles queriam tomar eu não aceitei não, falei não você não vai tomar nada, é meu, não foi você que comprou, aí ficaram: não pode... não pode... não pode, peguei me retei joguei tudo fora, aí eles quis debater demais comigo, eu dei as costas, fez me invocar, não fiz nada de agressão nem nada não, mas tive um bate boca básico, quase ia ficar feia a situação, mas graças a Deus ficou tudo tranquilo. isso ia custar até a minha saída daqui, que o outro pessoal a outra liderança daqui era ruim.. era ruim... demais. Fiquei de joelho só 10 minutos, 10 minutos de joelho ali só orando, mas não é punição não, alguns vêm como punição, mas não é punição não. A minha mais forte, foram quatro domingos, me disciplinaram quatro domingo por causa desse ato. Só porque eu aceitei a punição tranquilamente, paguei sem reclamar sem nada, tiraram os três, eu só fiquei um; foi, ficou tranquilo; reconheci. (H1.BR)-R24)

Existem sanções que violam a dignidade da pessoa humana. Portanto, os profissionais não podem se omitir diante de tais fatos. A responsabilidade de profissionais frente as violências podem ser discutidas em alguns aspectos: o ético, o jurídico e o da consciência moral. Na perspectiva ética, é patente que qualquer cidadão se obriga a comunicar os casos de maus tratos.

No campo jurídico, no tocante a omissão constante da narrativa acima, é importante esclarecer que não basta dizer que não concorda ou não se compraz das ações do agressor, já que podia e devia adotar providências para que tais fatos não ocorressem.

O Código Penal Brasileiro (CPB) com a redação dada pela Lei nº 5.209/1984, no seu Artigo 13, § 2º, trata sobre relação de causalidade e diz que:

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido. (grifo nosso)

(...)

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

- a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;
- b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;
- c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.

A consciência moral deve ser entendida como a faculdade que se tem de fazer distinção entre o bem e o mal, de onde resulta o sentimento do dever ou da proibição de se cometer certos atos, e a aprovação ou a dor de consciência por tê-los executado. (BRAZ, 2000)

A justificativa dos direitos alargar-se-ia para além do horizonte do indivíduo, por um lado - superando o mero interesse ou a vontades individuais - e, por outro lado, permitiria aplicação mais próxima ao contexto de cada sociedade, de cada cultura, sem incorrer em universalismos abstratos, cheios de boas vontades, mas realmente sem conteúdo. (DUQUE, 2016, p. 3)

6.2.5 Um olhar social: cuidar de quem precisa ou internar para excluir?

A relação entre exclusão social e uso de drogas, sobretudo o crack, é um tema emergente. Lembrando que a exclusão tem uma relevância na equação, mas não se encontra sozinha, soma-se a inúmeras variantes e condicionantes, por exemplo: relação familiar e problemas psicológicos.

Desta feita, para contribuir com o diálogo sobre exclusão social numa perspectiva acerca do cuidado dos usuários de drogas e o internamento em Comunidades Terapêuticas.

Portanto, a exclusão social se manifesta no próprio fenômeno da segregação espacial, uma vez que a distribuição das áreas de habitação na cidade por classes sociais distintas, coloca “de fora” das melhores condições de habitabilidade as populações mais pobres, e, portanto, com acesso diferenciados às benfeitorias e ao conforto urbano. Essa condição, associada aos altos níveis de pobreza presentes na realidade brasileira, acaba por intensificar os processos de exclusão na cidade, que adquirem outras dimensões socialmente mais graves, envolvendo o aumento da violência, o afastamento dos padrões institucionais estabelecidos, a privação na geração de oportunidades, enfim, o distanciamento da condição de cidadania. (GORDILHO-SOUZA, 2008, p. 16)

A cidadania se torna de vital importância quando possui forças para desfazer privilégios, seja porque os faz passar a interesses comuns, seja porque os faz perder a legitimidade diante dos direitos e também quando tem força para fazer carências passarem à condição de interesses comuns e, destes, a direitos universais. (CHAUI, 2007; PEDROSO, 2013)

Torna-se, por conseguinte, relevante a informação sobre o número de internos, o tipo de internamento (voluntário, involuntário ou compulsório) e o tempo de permanência em cada Comunidade Terapêutica investigada:

Quadro nº 24 – Olhar psico-demográfico-social

OLHAR PSICO-DEMOGRÁFICO-SOCIAL		
H1.BR	Nº de internos	Cem homens acima de dezoito anos idade
	Formas Internamento	de Voluntário. Muitos dos internos vão para Comunidade Terapêutica, devido ao convite do Diretor Técnico (DT) quando faz distribuição de sopa em lugares carentes.
	Tempo de Permanência	Nove meses – porém muitos ultrapassam esse tempo por não terem para onde ir.
M2.BR	Nº de internos	Trinta mulheres acima de dezoito anos idade
	Formas Internamento	de Voluntário. Segundo a Diretora Técnica, já ocorreu, na sua CT, um tipo de Internamento em que o juiz, em audiência judicial com a usuária de drogas, condiciona o seu internamento a perda do Poder Familiar. Chamarei de Internamento Condicional.
	Tempo de Permanência	Nove meses – porém muitos ultrapassam esse tempo por não terem para onde ir. No dia da entrevista havia uma interna com três anos.
HM3.BR	Nº de internos	Aproximadamente mil, acima de dezoito anos idade
	Formas Internamento	de Voluntário
	Tempo de Permanência	Nove meses – porém muitos ultrapassam esse tempo por não terem para onde ir.
H4.PT	Nº de internos	Vinte homens acima de dezoito anos idade
	Formas Internamento	de Voluntário
	Tempo de Permanência	O alcoolismo – são seis meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses; A toxicodependência – são doze meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses; A Longa Duração – são trinta e seis meses, podendo ser prorrogado por mais doze meses;
H5.PT	Nº de internos	Dezessete homens (quinze vagas permanentes e duas à disposição da justiça).
	Formas Internamento	de Quinze voluntários e dois por determinação judicial (compulsório) = total dezessete
	Tempo de Permanência	O alcoolismo – são seis meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses; A toxicodependência – são doze meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses;

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

No Brasil as normas que se referem ao número previsto de internos em Unidades de Acolhimento¹⁰⁹, incluindo as Comunidades Terapêuticas, são: a Portaria nº 121¹¹⁰, de 25 de janeiro de 2012 e a Portaria nº 131¹¹¹, de 26 de janeiro de 2012.

Após vasculhar a legislação¹¹² de Portugal, referente a toxicod dependência, não foi encontrado informação que trate desse tema (número de interno em cada unidade).

Quanto ao tempo de permanência na instituição, de forma geral, as Comunidades Terapêuticas, no Brasil, aderem aos nove meses como paradigma. Em Portugal, esse prazo é diferenciado para cada tipo de terapia, toxicod dependente e alcoolismo. No entanto, na prática, em ambos países esses prazos são elásticos, vai depender da situação do adicto e disponibilidade de vagas. Mas, as Comunidades Terapêuticas têm como princípio não deixar as pessoas que estão terminando seus tratamentos sem local para onde ir. Por isso que, nas entrevistas observamos internos e internas que haviam vencido seus prazos de permanência. A

¹⁰⁹ Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, artigo Art. 1º, § 2º - As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria.

¹¹⁰ A Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, regula em seu artigo 5º o número previsto para cada modalidade de Unidade de Acolhimento: Art. 5º - As Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades:(...) § 1º - A Unidade de Acolhimento Adulto terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas; § 2º - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil terá disponibilidade de 10 (dez) vagas. (grifo nosso)

¹¹¹ A Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Art. 2º O incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1º será da ordem de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária. § 1º O número total de residentes na entidade beneficiária não pode ultrapassar 30 (trinta). (grifo nosso)

¹¹² Decreto-Lei n.º 16/99 de 25 de Janeiro de 1999, regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas que actuem na área da toxicod dependência. Decreto-lei nº 135 de 22 de Abril de 1999, Define os princípios gerais de acção a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua actuação face ao cidadão, bem como reúne de uma forma sistematizada as normas vigentes no contexto da modernização administrativa. Despacho nº 25360 de 12 de Dezembro de 2001 determina que seja facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS. E Despacho nº 18683 de 14 de Julho de 2008, Fixa os requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, através do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P. (IDT, I. P.), e as unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, tendo em vista o apoio ao tratamento de toxicod dependentes e alcoólicos.

legislação brasileira que regula esse tempo é a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, *in verbis*:

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (grifo nosso)

Em Portugal, a norma que regula é o Despacho nº 18683 de 14 de Julho de 2008, *in verbis*:

16 - Os termos de responsabilidade referidos nos números anteriores são pessoais e intransmissíveis e têm a validade de um ano para as comunidades terapêuticas e de três meses se emitidos para doentes alcoólicos ou para centros de dia. (grifo nosso)

17 - No caso das comunidades terapêuticas, os termos de responsabilidade referidos no número anterior poderão ser objecto de prorrogação especial apenas por mais seis meses, três meses no caso de doentes alcoólicos, mediante solicitação do diretor clínico da comunidade através de modelo próprio, onde conste relatório circunstanciado fundamentando as razões dessa prorrogação, obtido despacho favorável do responsável clínico da delegação regional competente ou, na sua falta, do director clínico do IDT, I. P. (Instituto da Droga e da Toxicodpendência, Instituto Público). (grifo nosso)

Como mostrado acima, apesar das normas estabelecerem os limites sem e com prorrogação do tratamento, tanto o prazo de permanência como o número de internos das Comunidades Terapêuticas estudadas são diferentes. Cada uma adota critérios diferenciados de número de internos e suas permanências, levando em consideração a sua estrutura física e profissional, e proposta terapêutica.

A Comunidade Terapêutica H1.BR tem como objetivo a filantropia e conta com voluntários e doações para arcar com os custos e atividades, não recebe dinheiro público. Muitos dos internos vão para Comunidade Terapêutica a convite do Diretor Técnico (DT), quando faz distribuição de alimentos em lugares carentes e verifica a privação que a pessoa se encontra. São voluntários e podem ultrapassar os nove meses, que é o tempo previsto de permanência, por não ter para onde ir, em consequência da ruptura dos laços familiares, limitações físicas, devido ao uso

prolongado da droga e baixa escolaridade que dificultam a reinserção social. Existem também, aqueles que por dívidas com o traficante, não querem retornar para onde morava por risco morte.

[...] Foi coisa de Deus mesmo, assim colocando, clamando a Deus, clamava a Deus falando assim, Deus me leva para um lugar para uma igreja, que eu possa morar lá e me sair daqui desse meio porque provavelmente se eu passar um tempo sem pagar esse dinheiro aos caras, se eu não conseguir esse dinheiro, eles vão me matar, me leva para um lugar para eu não morar mais aqui; foi que Deus me trouxe mesmo; Deus levou um pastor, em minha casa, Deus levou o pastor em minha casa, a gente foi, orou, conversou, e ele tem um grupo com um pessoal lá que me trouxe para cá, para Pituba para borracharia primeiro em 3 dias, eu vi logo para cá, para o sítio, no dia 19 de maio (H1.BR)-R24).

A Comunidade Terapêutica M2.BR, conveniada ao Governo do Estado da Bahia, possui trinta internas, conforme a previsão determinada pela Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. A forma de internamento é o voluntário, até porque é a exigência da legislação¹¹³ pertinente sobre a forma de internamento nas CTs. No entanto, durante a entrevista, a Diretora Técnica comentou sobre uma interna que, em audiência judicial, o juiz condicionou o seu internamento a perda do Poder Familiar. O magistrado advertiu a interna empregando o inciso I, do art. 28, da lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, engendrando um tipo de internamento, não previsto normativamente, internamento condicional¹¹⁴. Esse internamento difere do internamento compulsório, porque o juiz neste tipo de internamento (compulsório) visa salvaguardar a(o) usuária(o) ou a terceiro. Quando a(o) dependente química(o) se encontra em comprometimento das suas faculdades físicas e/ou mentais, precisando de intervenção médica com equipe especializada e distanciamento do grupo social que vive. Quanto ao aspecto condicional possibilita a escolha, alertando-se para possíveis negligências de higiene e cautelas com a saúde, como o não uso de preservativo. Portanto, ao se internar voluntariamente, ela deverá seguir as regras da instituição, tais como: rotinas de higiene e normas de relacionamento e ambientação.

O tempo de internamento, como já visto acima, são nove meses. Porém muitas ultrapassam esse tempo por não terem para onde ir. No dia da entrevista, havia uma interna que estava na instituição há três anos.

¹¹³ Conforme o art. 19, Inciso III da Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

¹¹⁴ Não existe previsão legal para esse tipo de internamento psiquiátrico. Segundo o art. 6º da lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, em seus incisos I, II e III apenas voluntário, involuntário e compulsório.

Eu que vim, uma moça do último Centro que eu internei que falou para minha mãe, que ia abrir esse Centro aqui, aí a minha mãe foi onde estava e me avisou, aí eu vim. Eu vim para cá grávida. [...] Você não vai acreditar estou aqui há três anos. Fui internada mais de dez vezes por causa do crack. A questão é que não posso voltar para casa da minha mãe, por causa de meu pai, ele não quer saber de mim. Aí morava na rua, para eu sair daqui.. me recuperar e voltar pra o meio da rua... vou voltar de novo, na rua só oferecem drogas... bebidas. Estou aguardando umas propostas... me cadastrei na minha casa minha vida, estou aguardando (M2.BR)-G28).

As narrativas da interna (M2.BR)-G28), como todos outros pesquisados, foram distribuídas ao longo da tese, conforme a pertinência do tema. Todavia, consideramos oportuno, no que diz respeito ao tempo de permanência (de três anos) em uma Comunidade Terapêutica, transcrever parte de sua história, inerente ao seu processo de internamento e prorrogações, relatada pela Diretora Técnica da M2.BR. Em uma primeira leitura, considerar-se-á abusivo e excessivo. Lembrando que a história ao ser narrada e interpretada sofre ressignificação e o observador, apesar de buscar a isenção, não consegue ser neutro.

A (M2.BR)-G28), quando chegou à Comunidade Terapêutica M2.BR, estava grávida e queria abortar, pois o feto era consequência de prostituição no contexto do crack. Além disso, ela não conseguia se ver gerando mais uma criança, sua filha estava com sua mãe e, pela sua opção sexual, não se sentir mãe. Após realizar algumas entrevistas com a psicóloga e conversas com a Diretora Técnica resolveu não abortar. A criança foi entregue à sua irmã e foi possível compor uma situação diferenciada para manutenção das relações familiares e não interrupção da gestação.

Durante o processo de tratamento, na Comunidade Terapêutica M2.BR, fez curso de doceira e surgiu a possibilidade de trabalhar, informalmente, dando início a sua ressocialização. Começou a ter recursos financeiros próprios e investir em mobiliário para quando acabasse o tratamento se instalar em um imóvel. Depois de alguns meses a pessoa que havia contratado soube que ela era ex-usuária de crack e que estava em tratamento em Comunidade Terapêutica. A partir desse momento mudou a forma de tratá-la, começou a não deixar dinheiro solto e a separar os talheres que ela fazia as refeições. Com isso, a (M2.BR)-G28 se sentiu discriminada e saiu do emprego, começou a vender os bens que havia comprado transformando em pedra. Em seguida, buscou a prostituição.

Segundo declaração da Diretora Técnica, na cidade onde está localizada a

Comunidade Terapêutica (M2.BR), as mulheres mais antigas, na prostituição, queriam que ela pagasse uma forma de pedágio, percentual sobre os “programas” e, também, que servisse de chamariz¹¹⁵ para roubarem os clientes. Nesse caso ela não aceitou se submeter as exigências, até porque, em Salvador é conhecida e respeitada nessa quadra. Por causa disso, ela entrou em luta corporal e foi esfaqueada, vindo a se socorrer do apoio da Comunidade Terapêutica. Além do que, seu pai não a reconhece mais como filha pelo seu passado, onde causou prejuízos afetivos e patrimoniais (ruptura intergeracional ascendente). Por causa desse percurso, a (M2.BR)-G28 se encontra por três anos na Comunidade Terapêutica M2.BR.

A Comunidade Terapêutica HM3.BR, conveniada ao Governo do Estado da Bahia, possui aproximadamente mil internos, distanciando-se, em muito, da limitação determinada pela Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Ao perceber tal discrepância entre a determinação normativa e o praticado pela HM3.BR, foram procuradas informações junto ao Governo da Bahia, no propósito de compreender de que maneira era realizada a formalização contratual entre o Governo da Bahia e a Comunidade Terapêutica HM3.BR, sabendo que as contratações com a Administração Pública são vinculadas a norma (Lei 8666, de 21 de junho de 1993):

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Subordinam-se ao regime desta Lei, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Art. 2º As obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações, concessões, permissões e locações da Administração Pública, quando contratadas com terceiros, serão necessariamente precedidas de licitação, ressalvadas as hipóteses previstas nesta Lei.

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada.

Art. 3º A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios

¹¹⁵ Segundo a Diretora Técnica, elas chamam de “suadouro”. Uma das mulheres marca ou chama o cliente para um programa em um determinado local, que na realidade é uma emboscada para que ele seja assaltado por outras pessoas que faz parte da quadrilha. (M2.BR)-DT

básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.

Após a consulta por e-mails à Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD/SJDHDS) na pessoa da Diretora de Gestão e Monitoramento de Políticas sobre Drogas (DGMPD) sobre a quantidade de Comunidades Terapêuticas contratadas e como era formalizada a contratação com o Estado da Bahia, obtive a seguinte resposta:

São doze Comunidades Terapêuticas e os critérios para se firmar o convênio são os critérios da RDC 29 da ANVISA e Resolução 01/2015 CONAD, além dos documentos básicos de conveniamentos” (DGMPD, 2017).

No caso específico da HM3.BR, a resposta foi:

Não tenho informação, pois é um convênio firmado com a Superintendência de Direitos Humanos, segue email do superintendente: xxxxxxxxxxxxx@sjdhds.ba.gov.br” (DGMPD, 2017).

Atendendo orientação da Diretora de Gestão e Monitoramento de Políticas sobre Drogas fiz a consulta também por e-mails¹¹⁶ à Superintendência de Direitos Humanos, na pessoa do superintendente solicitando a informação e obtive resposta que: “existe o convênio”.

A forma de internamento, na Comunidade Terapêutica HM3.BR, é o voluntário. O processo metodológico é dividido em três fases. A primeira fase tem como objetivo conhecer e entender as complicações causadas no indivíduo, identificando possíveis transtornos devido ao uso de drogas e álcool. Esta fase tem a duração de dois meses, onde são realizadas ações conjuntas, focando a história do homem biopsicossocial e espiritual, através de atendimento individual e grupal, apoiando na superação das crises agudas da abstinência.

A segunda fase tem uma duração de três meses, quando são realizadas ações interdisciplinares, intensificadas por meio de escuta, estudos bíblicos, laborterapia, participação nas oficinas de qualificação profissional e de cidadania, dinâmicas de

¹¹⁶ Foram enviados e-mails à Superintendência de Direitos Humanos, haja vista a data do envio da resposta da Diretora de Gestão e Monitoramento de Políticas sobre Drogas encontrar-me realizando o estágio doutoral em Porto – PT, impossibilitando a presença pessoal. (Período de busca e tentativa de coleta de dados realizada entre Novembro/2016 e Agosto/2017).

grupo, atendimentos individuais, atividades de esporte, cultura e lazer e saídas terapêuticas

A terceira etapa começa com o quinto e vai até o nono mês. É desenvolvida a terapias de família, integração familiar. As atividades da segunda fase são mantidas e, é dado ao interno a possibilidade de assumir o posto de discípulo (forma de liderança) dentro da instituição. Nesta fase, o interno completa o processo de recuperação com a duração de nove meses, quando é submetido à avaliação do gestor e da equipe técnica para verificar como sujeito de direitos, sua nova estrutura (avaliação nas áreas física, psíquica, espiritual, social, familiar e profissional).

Por meio desta análise é possível verificar se o interno apresenta um resultado positivo, dando por concluído o processo. Caso seja constatado alguma debilidade persistente que o coloque em situação de risco ou de vulnerabilidade social, o mesmo permanece por mais um período de três meses.

A Comunidade Terapêutica H4.PT, conveniada ao Governo português, possui vinte internos voluntários e acima dos dezoito de idade. Desenvolve o tratamento com três tipos de exigência terapêutica, dessa forma variando os tempos de internamento.

Para o tratamento do alcoolismo são seis meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses. Segundo a Diretora Técnica, o dependente de álcool precisa de menos tempo devido, em sua maioria, ter um maior suporte familiar e financeiro. Considerando que, em Portugal beber nas aldeias (nos sítios, fazenda, parte agrícola) é natural e cultural. Existe a produção de vinho nas pequenas e grandes propriedades, é uma forma de confraternização e conviver com o frio. Nos centros urbanos, dificilmente haverá uma refeição sem acompanhamento do vinho.

Desta feita, desenvolvimento da dependência do álcool é lenta e gradativa e as pessoas demoram ou não querem perceber que estão dependentes. Muitos deles ou delas são profissionais, pai ou mãe que desenvolveram a dependência do álcool. Por isso, entende que a sua ressocialização será melhor alcançada.

A toxicodependência, o tratamento são doze meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses. Segundo a Diretora Técnica da H4.PT, o histórico de vida do toxicodependente é distinto do alcoolista devido a sua evolução de consumo. Acumula ao longo da carreira de consumo vulnerabilidade relacionais,

enfraquecimento de vínculos e dificuldades de se manter no emprego, exigindo um maior trabalho na ressocialização.

A longa duração perdura por trinta e seis meses, podendo ser prorrogado por mais doze meses, é um tratamento para aquelas pessoas que são consideradas sem retaguarda, significa que são pessoas em completa carência social, com os vínculos rompidos. Necessitando um maior tempo para uma organização pessoal.

A Comunidade Terapêutica H5.PT, conveniada ao Governo português, possui dezessete internos sendo quinze voluntários e dois por determinação judicial, acima dos dezoito anos de idade. Desenvolve o tratamento com dois tipos de exigência terapêutica: o tratamento do alcoolismo que são seis meses, podendo ser prorrogado por mais seis e a toxicodependência, sendo o tratamento de doze meses, podendo ser prorrogado por mais seis meses. Assemelha-se a Comunidade Terapêutica H4.PT, apenas distinguindo-se por não ter o tratamento de longa duração (trinta e seis meses, podendo ser prorrogado por mais doze meses) e possui previsão de internos com determinação judicial.

Uma questão que surgiu durante a investigação foi referente ao período de tratamento. Ao perquirir às Comunidades Terapêuticas acerca desses prazos as respostas foram diferentes.

A interrogação emerge a partir do momento que se contrasta com o internamento em clínicas particulares do Brasil, que variam de prazos, sendo bem inferior ao prazo de tratamento das Comunidades Terapêuticas. Por exemplo, as clínicas particulares estudadas na pesquisa de mestrado variam de quinze dias a quarenta e cinco dias. (GIMBA & CAVALCANTI, 2017)

As Comunidades Terapêuticas de viés religioso, justificam o porquê dos nove meses de tratamento ser o equivalente a uma gestação. Explicam que, usuário(a) de drogas ao começar seu tratamento em uma Comunidade Terapêutica, passará por fases e reconstrução da pessoa (sentidos e percepções relacionais), como se houvesse limpeza da alma e purificação do ser, originando o nascimento de um novo indivíduo.

O “nascer de novo” na religião refere-se muito destacadamente a duas instituições decisivas na produção, reprodução e reversão de trajetórias de exclusão social: família e economia. Longe de ser ao acaso, a referência a essas instituições está orientada precisamente pelo peso que possuem na trajetória social dos indivíduos que buscam as religiões pentecostais e

neopentecostais, denominações que comandam as práticas e o imaginário religioso das classes populares no Brasil. (SOUZA, 2016, p. 214)

Os responsáveis técnicos das Comunidades Terapêuticas laicas, tanto no Brasil como em Portugal, responderam de forma não científica. Disseram que não sabiam o porquê, sinalizaram que era previsão legal. A Diretora Técnica da M2.BR, arriscou uma opinião dizendo que, provavelmente, o legislador seguiu o costume e prazos sugeridos pelas religiões católicas e evangélicas.

6.3 ENTRE (IN) CERTEZAS E POSSIBILIDADES: saindo das Comunidades Terapêuticas

Quadro nº 25 – Expectativas e tensões

(M2.BR)-B41)	Hoje tenho certeza que após eu sair daqui... depois de quatro centro vou fazer de conta que estou saindo daquela roda de maconha na qual eu usei crack pela primeira vez e se alguém dissesse que aqui é uma maconha diferente e eu diria que essa maconha eu não vou usar, então eu não conheço eu não vou...
(H1.BR)-R24)	Eu me imagino assim... na minha casa, na presença de Deus levando a palavra de Deus pra aquelas pessoas necessitadas no mesmo papel que fizeram comigo, eu me imagino dessa forma, apesar de estar com pouca força nesse momento, mas eu me imagino dessa forma, eu me imagino com uma atenção... uma atenção redobrada. Lá fora porque eu tenho que vigiar lá fora, eu tenho que construir minha vida de novo tenho com foco. Eu imagino com uma criança, com esposa, com uma criança que eu tenho um desejo muito grande e, que seja menina o nome dela eu já dei: Marina. É, eu imagino... eu sonho.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

O indivíduo que sofre a alternância estaria, sem dúvida, melhor, se pudesse esquecer completamente alguns destes. Mas esquecer completamente é coisa sabidamente difícil. Por conseguinte, o que é necessário é uma radical reinterpretação do significado desses acontecimentos e pessoas passadas na biografia do indivíduo. Sendo relativamente mais fácil inventar coisa que nunca aconteceram do que esquecer aquelas que realmente aconteceram, o indivíduo pode fabricar acontecimentos e inseri-los nos lugares adequados, sempre que forem necessários para harmonizar o passado lembrando com o passado reinterpretado. (BERGER & LUCKMANN, 2010, p. 205)

O interno ou a interna antes de entrar na Comunidade Terapêutica, em sua maioria, tiveram seus laços familiares e vínculos sociais enfraquecidos pelos efeitos do uso abusivo de drogas e, ao entrar e permanecer passa por um período de rupturas com o meio que vivia, já comentado acima, na busca do afastamento ou esquecimento dos fatores que contribuíram para seu consumo. Ao se aproximar da provável data de saída, começam as dúvidas e os temores, tanto do interno prestes a sair e de sua família, em vez de fortalecer e projetar vínculos e relacionamentos

para desenvolvimento humano, podem servir de rupturas e distanciamentos

É... eu talvez ou quisesse, às vezes eu penso assim... meu filho falou assim: minha mãe estou sentindo você tão bem, se eu pudesse a senhora não saía mais de lá. Poxa, eu até me perguntei... me senti assim... mal... (um silêncio e continuou) ao ouvir ele dizer ele: se eu pudesse a senhora não saía mais de lá, isso pesou um pouco, quer dizer... tipo ele me quer ver distante, que a maioria das famílias quer que você se recupere e volte, ele já pediu de forma diferente, por mim a senhora já mora logo lá (falou de forma chorosa, que doeu no íntimo). Quer dizer isso passa para mim... um... medo que ele tem que eu saía e que eu vou voltar (M2.BR)-B41).

A reinserção social de usuário(a) de drogas é objetivo das instituições de tratamento, é uma empreitada complexa. As Comunidades Terapêuticas estudadas, no Brasil, desenvolvem trabalhos com seus internos no propósito de suas reinserções, com oficinas de carpintaria, serralheria, cursos de manicure e cabeleira.

Em Portugal, as Comunidades Terapêuticas investigadas não possuem essas atividades específicas de oficinas e cursos. A forma de promoção da reinserção, nesse país, é a realização de contato prévios com possíveis empregadores. Mas segundo a Diretora Técnica da H4.PT, essa reinserção dependerá da qualificação técnica do usuário e a situação do mercado, haja vista, as crises econômicas que os países vêm passando e o grande número de desempregados, ficando entre a necessidade e a possibilidade. Isto quer dizer que, quando saem das Comunidades Terapêuticas, voltam à realidade que vivemos.

No Brasil a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, busca promover a reinserção social incentivando as empresas através de concessão de benefícios, conforme previsão do Artigo 24, *in verbis*:

Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

Com o panorama econômico e social que vivemos hoje, com milhões de desempregados, somado ao estigma e baixa escolaridade que os internos nas Comunidades Terapêuticas estão envoltos, percebe-se que a reinserção não é tarefa fácil, transformando-se em desafio para os Órgãos Governamentais de todas as esferas, para as instituições de tratamento de dependentes químicos, para sociedade, para as famílias e o indivíduo que acabou de sair da instituição.

A não recolocação no mercado e a perpetuação do estigma são fatores que contribuem com a recaída. As Comunidades Terapêuticas pesquisadas não possuem

estatísticas elaboradas, quando perguntado dizem que é muito alto, estando entre oitenta a noventa por cento nos internos que saem. Através de um brocardo popular, após questionada pelo número de recaídas, a Diretora Técnica da M2.BR, confessou que se sentia “enxugando gelo”, querendo simbolizar a tamanha dificuldade que sentia no processo de recuperação. Advertindo que a dependência de drogas é uma doença crônica fazendo um paralelo com a diabetes, que a pessoa deve sempre ter suas precauções. Determinadas atitudes poderão comprometer todo tratamento feito, anteriormente, nas Comunidades Terapêuticas.

O problema da clínica das toxicomanias, e, em particular, do crack, quer em instituições de saúde, quer em comunidades terapêuticas, é a saída dos pacientes autorizada pelo profissional sob o registro “alta” do tratamento. Poucos são aqueles que completam o projeto terapêutico, alguns abandonam o tratamento, outros fogem e outros forçam a família a se responsabilizar por sua saída. Isso se deve ao alto índice de reincidência, independentemente do tipo da instituição. Esse quadro é ainda mais grave quando a substância escolhida para uso é o crack. (MEDEIROS, 2014)

A Diretora Técnica da H4.PT, acredita que outro fator de recaídas é afetividade, os amores não correspondidos ou suas rupturas:

Parei de usar drogas por sete anos, estava bem. Voltei usar depois que terminei meu noivado. Foi muito conturbado, estava preparando para casar. A dependência igual um bichinho que fica escondido, pensamos que não está lá, de repente reaparece. (H5.PT)-R36)

Outro aspecto que deverá ser avaliado é o antigo ambiente o qual convivia e fazia seu consumo. O grupo de amigos poderá influenciar, oferecendo a droga. Fator de grande relevância a ser considerado no pós-tratamento, pois o processo de associação feito pela mente, recordando os momentos de prazer resultante do consumo da droga pode provocar, no(a) ex-usuário(a), o desejo de reutilizar a substância.

O consumo de uma substância pode desencadear, como efeito dominó, o desejo de consumir outra droga mais intensa. O consumo de bebida alcoólica, segundo os entrevistados, desencadeia um grande desejo de consumir cocaína e/ou crack.

[...] a queda é proveniente da bebida, bebei álcool...já foi. Uma das coisas que tenho que mudar na minha vida, o álcool. Eu era parceira fiel, eu e a cerveja (falando de forma descontraída) comecei a usar maconha...álcool. Bebia assim com meus pais... um licorzinho de São João. (M2.BR)-B41)

As mulheres não usavam crack, a minha fraqueza era a cachaça mesmo, o álcool. Até a minha ex-esposa dizia: você não pode beber, quando bebe você faz uso de drogas, era isso que ela falava. (H2.BR)-A37)

A recaída não deve ser considerada como fracasso e, sim como parte do processo de tratamento. Como foi visto acima, são vários os fatores que podem impulsionar a reutilização das drogas. A Monitora da H5.PT, comentou que admirava a pessoa que tinha a coragem de reiniciar o tratamento, dizendo que a pessoa tem que ser muito forte e ter muita força de vontade para se recuperar, que era um ato heroico. (SILVA, FERREIRA GUIMARÃES & BERNARDONI SALLES, 2014)

O autoconhecimento e o resgate da autoestima é preponderante para que a pessoa reaprenda a resolver seus problemas. Um dos fatores que torna a droga prejudicial ao consumo é a forma de lidar com ela. O que se espera de seus efeitos? Se não gostamos de nós, de nosso temperamento ou do nosso comportamento relacional e fazemos uso da droga para esconder a pessoa que somos, devemos rever os nossos paradigmas.

Depreende-se, então que se faz necessário ter uma consciência individual para que se possa ser responsável socialmente. Mas para que as pessoas possam desenvolver o comprometimento comunitário é imprescindível a ação contra a miséria de forma mais ampla, já que ela se manifesta de diferentes maneiras: na saúde, na educação, na falta de moradia, na falta de esgoto, etc. A educação é um dos principais pilares para o indivíduo tornar-se cidadão. Porque a educação atualiza a inclinação potencial e natural dos homens à vida comunitária ou social.

Cidadania é, nesse sentido, um processo. Processo que começou nos primórdios da humanidade e que se efetiva através do conhecimento e conquista dos direitos humanos, não como algo pronto, acabado; mas, como aquilo que se constrói. Assim como a ética a cidadania é hoje questão fundamental, quer na educação, quer na família e entidades, para o aperfeiçoamento de um modo de vida. Não basta o desenvolvimento tecnológico, científico para que a vida fique melhor. É preciso uma boa e razoável convivência na comunidade política, para que os gestos e ações de cidadania possa estabelecer um viver harmônico, mais justo e menos sofredor. (CARVALHO, 2003, p. 6)

Por isto, recorreremos ao sujeito ético, quanto a necessidade de ações de cidadania, que busquem concretizar direitos, para que as Instituições que tratam de dependentes químicos, como as Comunidades Terapêuticas, possam ser o lugar privilegiado da autonomia e autorealização dos indivíduos, das famílias e da própria sociedade. (CARVALHO, 2003)

Há emergência de se olhar as Comunidades Terapêuticas (Cts) com “lentes miúdas”. Não podemos pensar que sozinhas alcancem grandes transformações das pessoas, das famílias e da sociedade. Podem, ao contrário, trilhar um caminho carregado de desesperança e resignação devido ao encabrestamento dos povos à lógica de mercado. Por detrás de cada discurso aflora um tipo de ideologia. É o olhar do sujeito que se põe sobre o objeto dada a sua cultura, a sua estrutura mental e a sua postura valorativa. Uma vez que ninguém age de forma desinteressada.

7 REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES: Em que ponto chegamos

[...] tipo agora que a gente acabou de viver o que estou buscando para mim futuramente. A gente estava numa casa com um monte de pessoas e a gente pôde se ausentar para uma outra casa que está tudo limpinho, organizadinho... aí chegamos sentamos e estamos aqui conversando como duas pessoas normais, duas pessoas adultas, coisa que antes a gente não faria se fosse em outras épocas. Estaria trancada dentro de um casebre que seja, no fim do mundo...sabe Deus aonde, com medo, escondida, sem querer saí, com medo que as pessoas me vissem. Então, é todo um processo, o prazer que eu quero hoje é bem diferente. Então, que vire livro ou não...um pouquinho que estou passando pra você está sendo um prazer...eu em adicção você não ia nem me ver, hoje você está me vendo, estamos conversando né? Está me dando voz...A tua tese vai salvar pessoas, a gente vai conseguir mostrar às pessoas as várias experiências nossas e as pessoas vão ter medo, as pessoas não vão querer passar por aquilo que a gente passou, muita gente toma por exemplo as vidas de outras pessoas para que não aconteça com elas.

(M2.BR)-B41)

O grupo de pessoas que nos propusemos ouvir e acompanhar nesse percurso, já amplamente demonstrado ao longo da pesquisa e da escrita da tese doutoral, ao relatar as suas trajetórias de vida, contextos, temporalidades e narrativas, tiveram a possibilidade de revirar o passado que, muitas vezes, ainda flerta perigosamente com o presente, como se estivesse na busca do equilíbrio em uma corda que não para de sacolejar. É o futuro-pretérito de vivências e experiências de adicção e de sociabilidades complexas, tensas e intensas.

As observações realizadas e as palavras transcritas ecoam e são de origem humana – fundamentalmente humana relacional, seja nas instituições, nas relações sociais e familiares - que precisam ser ouvidas e vistas, registradas e expostas com cuidado, com ética e, especialmente, como reflexão. Conhecendo melhor essa população, entrando em contato com o real, o vivido, a subjetividade, capturando o fenômeno como uma representação que se dá no cotidiano daqueles que estão inseridos por ele, podemos opinar ou sugerir novas propostas, matizar conflitos, mas também enfrentamentos e incentivos.

Ao refletir a respeito da investigação realizada, muitos pontos emergem exigindo atenção. Com escopo de fazer uma leitura integradora, estabelecemos o fio

condutor interligando e conectando os conteúdos analisados, sustentamos que os(as) entrevistados(as), passaram ao longo de suas vidas, por processos de socializações diferenciados e descontínuos. Entre rupturas e vulnerabilizações, o estágio de adicção revela componentes de complexidade e urgência interdisciplinar para captação e análise, para além de um compromisso na escritura da potência humana, familiar e social. As suas socializações começaram nas famílias de origem, em relações de intimidade e de confiabilidade, com uma dinâmica própria, com algumas especificidades conforme descritas na pesquisa.

Comumente, iniciam os primeiros consumos de substâncias quando jovens, podendo dar continuidade a depender do estilo de vida de cada um. Caso não interrompa esse processo, estão suscetíveis de sofrer todos os efeitos de uma socialização pela “rua”, vivendo ou não nela, de tal maneira marcante e desorganizadora de suas vidas.

Em determinada altura, poderão integrar um programa terapêutico intensivo (nas comunidades terapêuticas), no sentido da mudança do estilo de vida e da modificação da sua identidade. Esta experiência proporciona, ao indivíduo, toda uma possibilidade de ponderar, confrontando-se a si próprio e à sua história.

A construção e a análise advindas de cada capítulo desenvolvido, nesta tese, traz como destaque instrumental, o que consideramos pontos de inflexão ou os chamados “pontos cegos” de acesso à justiça, à cidadania e a um projeto realmente efetivo/eficaz de sociabilidade e abordagem relacional de desenvolvimento da pessoa humana em sua dignidade e potencialidade relacional.

Sabendo que o nosso objeto de investigação é um fenômeno, ao mesmo tempo, social e individual, optamos por uma estratégia metodológica pluralista que pudesse captar ambas as ações: individuais e sociais. Para se chegar aos objetivos propostos muitas ferramentas foram examinadas, experimentadas e deixadas sobreaviso.

Compreendemos que a pesquisa qualitativa possibilita a imersão nas gradações e nas particularidades que o tema comporta. O melhor de tudo é o inesperado, fatos que nunca havíamos imaginado, que não faziam parte de nossa realidade, que de repente são adicionados a nossa bagagem de vida. Por isso que, dentre a gama de estratégias metodológicas (etnografia, fenomenologia e outras),

no campo da investigação qualitativa, elegemos a *Grounded Theory* com o fito de construir, concomitante ao próprio processo e tempo dedicado a essa investida, não apenas a verificá-la.

A abordagem qualitativa permitiu a aproximação tanto com indivíduos adictos quanto captar suas relações e trajetórias dentro de Cts. Acessamos pessoas que se dispuseram em enveredar e adentrar no campo de suas intimidades. Que, em outras circunstâncias, talvez não mais nos veremos, mas tiveram o propósito de colaborar com suas histórias de erros e acertos, consubstanciando sigilo e confidencialidade.

Não estamos preocupados com a droga como objeto, como substância inerte que pode ser direcionada a diversas funções ou destinações. Essa substância que, hoje draconizamos, pode tornar-se a panacéia amanhã, dependerá do sentido dado a ela.

Berger e Luckmann (2010) afirmam que, quando o indivíduo contempla sua vida passada, sua biografia torna-se compreensível para ele nesses termos. Quando se projeta no futuro, pode conceber sua biografia desenvolvendo-se em universo cujas coordenadas últimas não são conhecidas.

Portanto, investigar é um processo de construção que não se desenvolve sozinho, mas, paradoxalmente, o(a) investigador(a) torna-se solitário, precisa se distanciar para compreender e aproximar para alimentar-se das fontes de informações, em movimentos de idas e vindas, podendo ser a busca de respostas às inquietações, que não se sabe onde começou.

Podemos afirmar que todo este investimento pessoal, profissional, familiar, não foram em vão, muito pelo contrário, alcançam seu maior propósito e intento:

a) observar realidades que matizam características e sombras de sociedades que se distanciam pelo corte de um oceano, mas que se ligam e se aproximam pela história (Brasil e Portugal). Fez com que a nossa perspectiva de olhar alterasse, adicionando dados que na literatura não encontraria, o encontro com o outro. A construção de identidades e alteridades assinala mais que a captação de sujeitos e suas narrativas, mas uma perspectiva de direitos humanos e de agendas relacionais;

b) escutar mais que ouvir, pudemos desfrutar da entrega e de histórias de vidas que nos empenhamos para registrar nesta tese, mas sabemos que não se consegue transcrever as emoções e sentimentos que estavam naquelas gravações que guardamos; e

c) compreender, tolerar e respeitar pessoas que estão em situação de vulnerabilidades, é o nosso maior objetivo. Através investigação em estágio avançado, esforçamo-nos em trazer um pouco da fala dessas pessoas que recebem rotulações e estigmatizações e mostrar o quanto necessitam de políticas públicas adequadas.

Percebemos que a curiosidade fomentada por vários veículos relacionais ou de comunicação tem significativa importância no início de uso das substâncias psicoativas: grupo de “amigos/as” e bebidas alcoólicas utilizadas de forma permissiva em casa, se repetem em praticamente todas as falas. Também se destacou a estratégia de valerem-se das escolas como possibilidades de contatos para outros fins, sobretudo, consumos de drogas. A substância vem sempre acompanhada e acompanha a experimentação relacional.

O interesse de conhecer algo pode ser entendido como positivo ou negativo a depender da direção a ser tomada. Consideramos como curiosidade positiva aquela que impulsiona avanços sociais e científicos. Corolários das pulsões cognitivas em se buscar respostas as inquietações em determinado contexto histórico-geográfico.

Por outro lado, compreendemos como curiosidade inconsequente aquela que, com realizações imediatas, estimula ações e comportamentos indiferentes aos resultados. A pessoa se esquia de vivenciar as rotinas e as incertezas do processo de construção da sua ancoragem. Segundo Bourdieu (2003) para projetar o futuro, é preciso estar firmemente plantado no presente.

Entendemos que as pessoas, em sua maioria, que iniciam o uso de substâncias psicoativas têm informações a respeito dos seus efeitos e prejuízos. Correm o risco por acreditarem que poderão superar as possíveis implicações.

Contudo, a experimentação de “drogas” não definirá a dependência, outros elementos contribuirão (biológico, psicológico e social). Não existe determinismo,

como se houvesse um “portal”, que ultrapassado decretaria ao usuário o abuso e, em escala progressiva, a destruição física, social e moral.

O relevante é o que a pessoa busca com o uso da substância. O consumo é uma experiência exclusivamente individual, uma série de sensações que só pode ser vividas subjetivamente. Se ela não estiver bem consigo e usa a substância para transformar-se em outra pessoa (desinibir-se para ser aceita no grupo), poderá ser um uso de risco.

Após ao início do consumo das substâncias psicoativas ilícitas além dos problemas que poderão advir, relacionados à saúde, física e psicológica, o que toma relevo, para nós, é como e onde adquirir a substância ilícita e a sua qualidade. Acreditamos que um dos pontos críticos da dependência das drogas ilícitas encontra-se na aquisição dessas substâncias.

Constatamos, nas expressões narrativas de indivíduos diferentes e com contextos também diversos, tanto no Brasil quanto em Portugal que, após o exaurimento próprio e/ou da família, o(a) consumidor(a) emprega meios para obtenção das drogas que gera prejuízos individual, familiar e social. Como prostituição, furtos na residência e furtos e roubos a terceiros. O círculo e o ciclo se ampliam, ganhando novos territórios, entornos e contornos, reforçando sociabilidades tensas.

Outro fator de dano a pessoa é o acesso aos pontos de venda, “boca de fumo”, envolto em violências, tanto dos traficantes como das autoridades de segurança, sobretudo, nos últimos anos palco de constantes conflitos.

A questão da qualidade da droga, muitas são misturadas (batizadas) a outras substâncias, como mármore moído, massa para manutenção de carro e estrumes de animais. Além disso, há misturas com outras drogas, como a colocação de pedras de crack no cigarro de maconha (pitilho, mesclado, melado).

Analisamos a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas) e notamos a nítida acepção binária, distinguindo consumidor(a) e vendedor(a), demarcando responsabilidades, atuações e inserção nessa esfera. Para o(a) consumidor(a) abrandamento da pena, com a extinção da pena de privação de liberdade (descarcerização) e para o(a) comerciante/traficante a exasperação da pena, sendo que a relação de ambos

(usuário e traficante) é de complementariedade, a existência de um depende da do outro numa relação simbiótica.

Entendemos que a descriminalização ou legalização do consumo de drogas, de forma unilateral, ou seja, o prosseguimento da proibição da venda, se mantendo na clandestinidade, os prejuízos que assistimos hoje se perpetuarão: violências do tráfico e a problemática da qualidade das substâncias.

Em contrapartida, se o comércio, a produção e a regulação forem deslocados para competência do Estado a tendência é a melhoria da qualidade do produto (possibilidade de fiscalização da Vigilância Sanitária) e o acesso para aquisição ficará mais seguro (ponto de venda oficial, como farmácias). Além de possibilidade de geração de emprego, direto e indireto, e arrecadação de recursos através de impostos que poderão ser reinvestidos na prevenção e tratamento dos prejuízos decorrentes do uso abusivo.

Isso não significa que o comércio “pirata” (realizado por pessoas não autorizadas pelo Estado) não ocorrerá, porém as pessoas terão opção de compra. Nesses casos, de venda não autorizada, sugerimos que passe, de forma gradativa, de ilícito penal para ilícito civil e/ou administrativo.

Uma vez que os danos e os efeitos colaterais causados pelo encarceramento no Sistema Penitenciário Brasileiro (SPB) são maiores que os prejuízos que se pretende evitar (saúde pública). Fazendo uma correlação com intervenções médicas que, muitas das vezes, provocam as doenças iatrogênicas que são mais perigosas e nocivas que a doença que se quer curar.

Consideramos, portanto, as penas desproporcionais aos atos praticados, cuja a maioria das pessoas presas são pequenos(as) vendedores(as)/traficantes arrebanhados(as) por grandes traficantes para “trabalharem” como “mulas” para o transporte da droga, principalmente as mulheres, devido a escassez de oportunidades, dívidas na “boca” e ameaças a seus familiares.

O “mercado” das drogas movimenta vários setores, provocando empreendimentos morais, políticos e profissionais. Havendo disputa do destino de recursos públicos, como uma disputa de cabo de guerra, de um lado os Conselhos representativos de classes julgam que as Comunidades Terapêuticas são obstáculos para a consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica e de outro as Comunidades

Terapêuticas entendem que estão ocupando um espaço relegado pelo Estado.

Os profissionais de ambos os segmentos, devem compreender que todos estão do mesmo lado. As comunidades Terapêuticas fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, as quais só deveriam receber pessoas para serem internadas após passarem por avaliação dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Uma vez que, o dependente químico quando cessa o uso da droga, sem passar por processo de desintoxicação em estabelecimento especializado, poderá ter crises de abstinência, ficando fragilizado psicológica/física/emocionalmente.

As conexões entre as políticas públicas e as comunidades terapêuticas, no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, devem ser aperfeiçoadas com legislação mais clara, maior fiscalização e controle social, transparência e efetividade de projeto social envolvendo elementos importantes para esse desenvolvimento. Preconizando o papel de cada instância pública e privada no intento de melhorar o atendimento à dependência química.

Em função da fragilidade da rede pública, no Brasil, boa parte da oferta de serviços de atenção a usuários(as) de SPAs são de Comunidades Terapêuticas, sendo em sua maioria instituições religiosas. (PERRONE, 2014)

As Comunidades Terapêuticas apresentam como características principais: institucionalizar pessoas com dependência de drogas, lícitas ou ilícitas, em caráter voluntário, abstinências e rupturas com o meio externo.

Verificamos que o tempo de permanência dos(as) internos(as) nas Comunidades Terapêuticas é longo, variável e recorrente, não havendo explicação homogênea e padrão para tal período e acessibilidade. Nas entrevistas com profissionais, os mesmos não identificam causas únicas ou explicações consistentes. Aqueles responsáveis das Comunidades Terapêuticas com viés religioso, fizeram, de forma alegórica, correspondência a um processo gestacional, como a pessoa após ao período de retidão renascesse para a vida. Já a experiência relatada pelos Os responsáveis das Comunidades Terapêuticas laicas apresenta como base justificativa a previsão normativa, inspirada nas Comunidades Terapêuticas com viés religioso, isto é, equivalente a uma gestação.

Ademais, há casos que internos(as) ultrapassam o prazo definido na legislação (nove meses) por não terem para onde ir e estarem ameaçados de morte.

Distorcendo a finalidade dessas instituições, como fosse a panaceia dos problemas sociais.

O período prolongado e o não cumprimento dos prazos firmados de permanência, nesse equipamento para dependentes químicos, pode, ao nosso sentir, gerar algumas implicações:

- a) diminuição e/ou escassez de vagas para outros dependentes ou superlotação já que não ocorre a rotatividade de pessoas. Lembrando que a legislação (§ 1º, do Art. 2º da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012) determina que são, no máximo, 30 (trinta) pessoas locadas em dois módulos de 15 (quinze) pessoas em cada Comunidade Terapêutica;
- b) subemprego de profissionais especializados, já que essas pessoas que permanecem nas Cts por não terem para onde ir ou estarem ameaçadas de morte, não necessitam do atendimento desses especialistas, porém precisam de políticas públicas de reinserção social e não eternização do ostracismo;
- c) o tempo prolongado vivendo sob limitações e abstinência de diversos domínios (relações sexuais, contatos telefônicos, acesso à Internet, limitações de horários e programas de televisão), podem agravar o desgaste emocional e psicológico;
- d) o desgaste emocional e psicológico resultantes das restrições fixadas pelas Cts e a longa permanência concorrem para violações das pesadas regras que algumas destas instituições impõe aos seus internos;
- e) cominação de sanções que violam os Direitos Humanos e fundamentais (indo da proibição de tomar café a ficar por dias até meses sem alimentação adequada em lugares sem ventilação e dificuldade de mobilidade (sentados em corredor);
- f) possibilidade de mentores (responsáveis) de algumas CTS utilizarem o tempo expressivo para influenciar os internos(as) e seus familiares em candidaturas políticas como “trampolim” político; e

g) agravamento da quebra dos vínculos os quais deveriam ser fortalecidos na preparação da reinserção social.

Esse intervalo de tempo alargado vem na contramão de terapêuticas adotadas em outras instituições (Gimba & Cavalcanti, 2017), que recomendam o período necessário à saída da crise (30 a 45 dias).

Os que são a favor do prazo prolongado, relatam que esse intervalo de internamento das pessoas tem como propósito o afastamento das experiências associativas¹¹⁷, ou seja, dos fatos ou de pessoas que estimulam o consumo de drogas, contribuindo, dessa forma, para diminuição de riscos e possibilidades de recaídas. Tal argumento não justifica o isolamento de pessoas do convívio social e/ou restrição de suas liberdades. Cessado, portanto, os momentos de crise, as pessoas devem retomar ao convívio social e familiar.

Não obstante, é recomendável que o ex-interno, ao sair das instituições de tratamento, evitem os locais, as pessoas e as atividades que possam relacionar com os hábitos de consumo de outrora.

Em depoimento prestado, a monitora (H4.PT) revelou que muitas famílias têm esse íterim de afastamento do adicto como momento de paz e refazimento das forças. Demonstra que as famílias devem ser acompanhadas e tratadas em conjunto. Em razão de que o “adoecimento” pode ter se instalado anteriormente a manifestação da dependência. Isso também aponta para a constatação de que as comunidades Terapêuticas estudadas não possuíam planos de acompanhamento familiar nem a Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos de Vulneráveis (SUPRAD) do Estado da Bahia.

Julgamos que o poder público deva desenvolver e aprimorar os já existentes equipamentos com propósito de atenção às carências sociais (moradia, alimentação, vestuário, segurança, etc), e não somente de exclusão social (internamento).

Queremos dizer que compete objetivar a atenção às populações em transitoriedade, que estão em situação de rua, com: camas individuais, em alojamentos e espaço para guardar roupas; vestuários com chuveiros, adaptados

¹¹⁷ Experiências associativas considero todas as situações que as pessoas podem estabelecer vínculos, ligando um acontecimento ao outro. Pode-se ser na área afetiva (perda de um ente querido), espaço físico (consumia substâncias psicoativas em determinado local, como uma praça), pessoas (grupos de amigos que consomem), sensações (odor, música, cores).

para pessoa com deficiência, onde possam fazer higiene; lavanderia; refeitório; sala de TV e sala Administrativa (Escritório). Essas instalações devem ser para efetivos pequenos (15 a 30 pessoas), limpas e harmonizadas diariamente, sendo distribuídos em lugares de maior necessidade e acessibilidade, por meio de levantamento realizado por especialistas da área social.

Entendemos que as comunidades Terapêuticas são relevantes instrumentos de cuidado e a atenção ao dependente químico, mas que deixem de ser lugares de “boa vontade” e “cabide” de mazelas sociais e que sejam, não apenas por previsão legal, mas de fato interligadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs).

Desta forma, propomos algumas medidas:

- a) as pessoas, para iniciarem seus tratamentos, devam ser avaliadas por profissionais habilitados que possam estabelecer o Plano Terapêutico Singular (PTS), por meio dos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) e com a fiscalização de órgãos competentes (Estados, Ministério Público, Vigilância Sanitária e Conselhos de Classes);
- b) não sejam permitidas “fazendinhas”, “barcas”, alojamentos, casas que utilizem equivocadamente a denominação de Comunidade Terapêutica, que na realidade são depósitos de seres humanos com cumplicidade e/ou omissão dos poderes constituídos.
- c) as pessoas tenham liberdade de professar suas crenças e, até mesmo de não tê-las;
- d) seja aquilatado, por técnicos capacitados, as vantagens e desvantagens do tempo de permanência nessas instituições;
- e) não seja permitindo nenhuma forma de punição. As regras disciplinares e de controle, dessas instituições, devem ser estabelecidos pelo Governo Federal, por meio da legislação cabível e fiscalizados pelos órgãos competentes (Estados, Ministério Público, Vigilância Sanitária e Conselhos de Classes);
- f) que as restrições (abstinências) de consumo e atividades

sejam avaliadas conforme o Plano Terapêutico Singular (PTS). Respeitando, assim, a individualidade e opções de cada ser humano, na busca de não potencializar as dificuldades já vivenciadas por essas pessoas durante o tratamento;

g) que os profissionais, de forma geral, consigam compreender a necessidade e a importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), e não sejam corporativistas no sentido de valorizar um equipamento e desvalorizar o outro.

A abordagem desse tema não pode ocorrer de forma parcial, como se houvesse apenas uma alternativa e/ou forma eficiente de atenção à dependência química. Desta maneira, a prevenção, o tratamento, a recuperação, reinserção social e a redução dos danos são válidos e importantes na medida em que contribuem, não apenas para a compreensão desta problemática, mas também para o seu enfrentamento.

São vários os sujeitos institucionais envolvidos, mas não podemos perder de vista que o principal sujeito participante deste processo não é institucional; mas sim, humano. É o usuário/dependente de SPAs que deseja e busca atendimento e que tem o direito de ter acesso ao tratamento adequado à sua necessidade e de qualidade social.

Não haveria possibilidade de cruzar esse caminho, intencional ou voluntariamente, sem deixarmos várias lacunas e brechas para futuras incursões e novas abordagens, com foco naquilo que não foi alvo de investigação ou sinalizado como respostas, nem sequer citadas, tendo em vista a complexidade do tema em estudo. A complexidade e a necessidade de colocar em foco estudo sobre uma abordagem interdisciplinar, mas com forte recorte da Criminologia e do acesso à justiça e à cidadania trazem ainda relevância social e impactos nos estudos acadêmicos versando sobre comunidades terapêuticas e os indivíduos que as integram.

Esperamos que os(as) pesquisadores(as) que venham a desenvolver novos estudos possam vir a se beneficiar não apenas de nossos acertos, como, e especialmente, de nossos eventuais erros. Desta forma, recomenda-se, a realização de novos estudos na perspectiva de investigar outros aspectos relacionados à

visibilidade do consumo de drogas em distintos contextos assistenciais. Que descrever não seja somente o elemento central, mas registrar e analisar quais “pontos cegos”.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Miriam. CASTRO, Mary Garcia. **Juventude, juventudes: o que nos une e o que separa**. Brasília: UNESCO, 2006.
- ABRAMOVAY, Miriam; GRACAS, Maria das. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO, 2002. 400p.
- ABRANTES, Pedro. Para uma teoria da socialização Sociologia. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXI, 2011**, p. 121-139. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/9864.pdf> > Acesso em 20/12/2017.
- ADORNO. Theodor W.; HORKHEIMER, Max. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ADORNO. Theodor W. **Educação e emancipação**. 2. ed. Tradução Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- ADORNO, Sérgio. SALLA, Fernando. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. **Estud. av. [online]. 2007, vol.21, n.61, pp.7-29**. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142007000300002>. Acesso em 27/08/2017
- AGRA, Cândido. **A toxicomania: desordens bioquímicas e ordem social**. Psicologia. III, 3 e 4, pp71-88,1982.
- AGRA, Cândido; FERNANDES, Luiz. **Droga enigma, droga novo paradigma**. In Agra, C (Coord.) Dizer a droga, ouvir as drogas. Porto: Radicário,1993.
- AGRA, Cândido. **Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma**. In Droga: Situações e Novas Estratégias. Actas do Seminário promovido pelo Presidente da República. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1997.
- AGRA, Cândido. **Entre Droga e Crime**. 2ª ed. Cruz Quebrada: Ed. Casas das Letras, 2008.
- ALCÂNTARA, Miriã; MOREIRA, Lúcia. Vaz. Campos; PETRINI, Giancarlo. **Família na contemporaneidade: uma análise conceitual**. In: MENEZES, José Euclimar Xavier de; CASTRO, Mary Garcia. (Org.). Família, população, sexo e poder: entre saberes e polêmicas. 1ed.São Paulo: Paulinas, 2009, v. 5, p. 194-206.
- ALFERES, Eduardo Henrique. **Autopoiése do Direito**. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7780>. Acesso em 18/11/2017.
- ALMEIDA, Camila Souza de; LUIS, Margarita Antonia Villar. Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um Caps Ad. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 4, p. 1716-1723,

2017. Disponível em: <
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15269> > Acesso
 em: 18/11/2017.

ALMEIDA, Diana Jenifer Ribeiro de; QUADROS, Laura Cristina de Toledo. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. **Pesqui. prá. psicossociais [online]. 2016, vol.11, n.1, pp. 225-237.** ISSN 1809-8908.

ANDRADE. Claudia Castro de. A Fenomenologia da Percepção a partir da autopoiesis de Humberto Maturana e Francisco Varela. Griot – **Revista de Filosofia v.6, n.2, dezembro/2012.** Disponível em: <
http://www2.ufrb.edu.br/griot/images/vol6-n2/8-A_FENOMENOLOGIA_DA_PERCEPCAO_A_PARTIR_DA_AUTOPOIESIS_DE_HUMBERTO_MATURANA_E_FRANCISCO_VARELA-Claudia_Castro_de_Andrade.pdf. > Acesso em 30/11/2017.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.12.** Rio de Janeiro. Dezembro de 2011.

ARAÚJO, Ulisses Campos de. **O Pai na Sociedade Contemporânea.** In: MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos/PETRINI, Giancarlo. Edusc. 2010.

ARENDT. Hannah – **DA VIOLÊNCIA** - Tradução: Maria Claudia Drummond. Data Publicação Original: 1969/1970. Data da Digitalização: 2004. Disponível em: www.sabotagem.revolt.org. > Acesso em 20 Ago 2015.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno.** Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1985.

BARBEIRO, Ana; MACHADO, Carla. **Violência institucional e privação dos direitos humanos: Contributos para uma abordagem vitimológica.** In Novas Formas de Vitimação Criminal, org. C. Machado. Braga: Psiquilibrios Edições, 238-276.

BARCELLOS, Ana Paula. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais.** Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARCINSKI, Mariana. Mulheres no tráfico de drogas: a criminalidade como estratégia de saída da invisibilidade social feminina. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 5, n. 1, pp. 52-61, jul. 2012. Disponível em <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822012000100007&lng=pt&nrm=iso > Acesso em 18/10/2017.
<http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.51.06>.

BASTOS. Francisco Inácio; BERTONI Neilane. **Pesquisa nacional sobre uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BATISTA, Antônio Augusto Gomes; CARVALHO-SILVA, Hamilton Harley de. **Família, escola, território vulnerável**. São Paulo: CENPEC, 2013.

BECKER, Howard Saul. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio** - Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BELLONI, Maria Luíza. Infância, mídias e educação: revisitando o conceito de socialização. **Perspectiva, Florianópolis**, v. 25, n. 1, p. 57-82, jan. 2007. ISSN 2175-795X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/1629>>. Acesso em: 29/12/2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5007/1629>.

BENCHAYA M.C, Bisch N.K, Moreira T.C, Ferigolo M, Barros H.M. **Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children**. J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):238-244.

BENJAMIN. Walter. **Documentos de cultura. documentos de barbárie**: escritos escolhidos I. São Paulo: Cultrix: Editora da Universidade de São Paulo. 1986.

BERGER, Peter & LUCKMANN, Thomas. **A Construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BEZERRA, Jorge et al. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. **Revista Panamericana de Salud Pública [2009]**, 26, 5, pp.440-446. ISSN 1680-5348. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009001100009>. Acesso em 29/12/2017.

BIRMAN, Joel. **Tatuando o desamparo: a juventude na atualidade**. Adolescentes, p. 25-43, 2006. Disponível em: <http://www.janehaddad.com.br/arquivos/tatuando_o_desamparo.pdf> Acesso em 17/11/2017.

BITTENCOURT, Matheus Boni; DADALTO, Maria Cristina. Seletividade penal e criminalidade violenta: Os esquadrões da morte e as masmorras no estado do Espírito Santo. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 189-213, jun. 2017. ISSN 2178-2792. Disponível em: <<https://revistas.ufrrj.br/index.php/dilemas/article/view/10594>>. Acesso em: 18/11/2017.

BIZZOTO, Alexandre; RODRIGUES, Andreia de Brito; QUEIROZ, Paulo. **Comentários Críticos à Lei de Drogas**. Rio de Janeiro: Lumes Júris, 2010.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 19ª Edição, São Paulo: Editora Malheiros, 2006.

BOSI, Ecléa. **Memórias e Sociedade – Lembranças de Velho**. São Paulo. Companhia das Letras, 1994.

BOURDIEU, Pierre. **Esquisse d'une théorie de la pratique**. Paris: Mouton-Bordas, 1971.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. **Ofício de Sociólogo**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Violência Intrafamiliar- Orientações para a Prática em Serviço / **Cadernos de Atenção Básica –nº 8 pág. 28 - 2a.Edição-** Brasília – DF / 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/**Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.**

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas;**

IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.** Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010, 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde**, texto preliminar destinado à consulta pública, Brasília, abril de 2010.

BRASIL. Ministério de Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN - Junho de 2014.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV.** 1ª edição, 2016.

BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, pp. 91-97**, janeiro 2000.

BRICMONT, Jean. **Impérialisme humanitaire.** Droits de l'homme, droit d'ingérence, droit du plus fort ?, Aden, Bruselas, 2005.

BRITTO, Ayres Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental ([ADPF 132](#), j. 5-5-2011, P, DJE de 14-10-2011).

BUNGAY, V.; JOHNSON, J.L.; VARCOE, C. & BOYD, S. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. **International Journal of Drug Policy, 2010, 21 (4), pp. 321-329.**

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero.** Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CALAVIA SÁEZ, Oscar. A ética da pesquisa na era da autoria Direito intelectual indígena, socialidade e invenção antropológica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 83, 2013.

CAMPOS, Rosana T Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão** (Publicado em Tratado de Saúde Coletiva; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. - 2006.

CAMPOS GS; BANDEIRA AC; SARDI SI. **Zika virus outbreak**, Bahia, Brazil [letter]. *Emerg Infect Dis.* 2015 Oct; 21(10): 1885-6. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.3201/eid2110.150847> > Acesso em 10/11/2017

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, n 06, 2002 (pp.115-128): São Paulo, SP.

CARVALHO, Ciara. **O direito ao aborto diante da epidemia de zika e a explosão de casos de microcefalia**. Conselho Federal de Farmácia, 02 mar. 2016. Disponível em < <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=3541&titulo=O%20direito%20ao%20aborto%20diante%20da%20epidemia%20de%20zika%20e%20a%20explos%C3%A3o%20de%20casos%20de%20microcefalia>: Acesso em: 09/11/2017

CARVALHO. Érica Rios de. **A judicialização das políticas de saúde: interlocução entre os princípios de integralidade e isonomia**. Salvador: Ceala, 2017.

CARVALHO, Luis Carlos Ludovikus Moreira de. **Ética e cidadania**. 2003. Disponível em: < https://www.almg.gov.br/export/sites/default/educacao/sobre_escola/banco_conhecimento/arquivos/pdf/etica_cidadania.pdf > Acesso em 28/12/2017.

CARVALHO, Milca Ramaiane da Silva et al. Motivações e repercussões do consumo de crack: o discurso coletivo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 21, n. 3, e20160178, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300209&lng=en&nrm=iso> Acesso em 18/11/2017.

CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumes Júris, 2010.

CASTRO, Mary Garcia. **Por uma epistemologia interdisciplinar no campo das humanidades**. Salvador: 2011 (mimeo).

CASTRO, Mary Garcia. **Entre a intenção e o gesto ou Quão interdisciplinar somos?** Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012, ISSN 2316-266X. Disponível em: < <http://www.aninter.com.br/ANAIS%20I%20CONITER/GT17%20Estudos%20de%20fam%Edlia%20e%20gera%E7%F5es/ENTRE%20A%20INTEN%C7%C3O%20E%20O%20GESTO%20OU%20QU%C3O%20INTERDISCIPLINAR%20SOMOS%20-%20Trabalho%20completo.pdf> > Acesso em 22/07/2016.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon; SILVA, Antonio Carlos da. **Sociedad del espetáculo en ritmo de capital**. 2010. (Apresentação de Trabalho/Comunicação)

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. A contramão da Exclusão, pobreza e trabalho – Visibilidade da condição feminina. In: PETRINI, J.C. & CAVALCANTI, V.R.S. **Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon; SILVA, Antônio Carlos da. **Diálogos abertos e Teoria Crítica: Por uma “aventura” emancipatória**, 2015.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. Violência(S) Sobrepostas. **Contextos, tendências e abordagens em um cenário de mudanças**. In: DIAS, Isabel. (Org.). *Violências de gênero*. Porto, 2017. (no prelo)

CEBRID – Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas Psicotrópicas. **IV levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2010**.

CHAUI, Marilena. **Contra a violência**. Publicado em 31/03/2007 pela Fundação Perseu Abramo – FPA (<http://www2.fpa.org.br>)

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev Saúde Pública, São Paulo, v.45, n.6, p.1168-75**, dez. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102011005000066&script=sci_abstract. > Acesso em 10/11/2017.

CIAMPA, Antônio Carlos. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo, SP: Brasiliense. 1987.

CIAMPA, Antônio Carlos; KOLYNIK, H. M. Corporeidade e dramaturgia do cotidiano. **Discorpo: Revista do Departamento de Educação Física e Esportes da PUC-SP**, 2. 1993.

CORSI, Giancarlo. Levando o indivíduo a sério: a relação indivíduo-sociedade na teoria dos sistemas. **Tempo soc., São Paulo, v. 27, n. 2, pp. 181-198**, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000200181&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03/05/2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-2070201529>

Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. - Brasília: CFP, 2013. 160p.

CONTE, Marta et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004**.

COSTA, Selma Frossard. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química**. Disponível em < <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20%DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20DO%20AUTOR.pdf> > Acesso em 07/08/2017.

COURT, Pedro Morandé. Família e sociedade contemporâneas. Trad. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti. (IN) **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**/João Carlos Petrini, Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti (organizadores) – Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. **VV. AA. Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004.**

CRUZ, Vania Dias. **The experiences of women who use crack in the city of Pelotas RS. 2013.** 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Obstetrícia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

CRUZ, C. D. et al. (2014). Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. **Texto Contexto Enferm. 23(4), p.1068-76**

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-140, June 2013. ISSN 1679-9836.** Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>>. Acesso em: 29/08/2017.

DALCANALE TESSER, Charles; POLI NETO, Paulo; GASTÃO, Wagner de Sousa Campos, **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família***Ciência & Saúde Coletiva* [en linea] 2010, 15 (Noviembre-Sin mes): Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302036>> ISSN 1413-8123. Acesso em 28/08/2017.

DAUDELIN, Jean; RATTON, José Luiz. Mercados de drogas, guerra e paz no Recife. **Tempo soc. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 115-134, May 2017.** Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702017000200115&lng=en&nrm=iso> Acesso em 18/11/2017.

DE LEON. George **The therapeutic community: status and evolution.** Int J Addict 1985; 20(6-7):823-44.

DIAS, Guilherme Mansur. **Migração e crime: desconstrução das políticas de segurança e tráfico de pessoas. 2014.** 318 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000926721>>. Acesso em: 17/11/2017.

DIAS, Maria Isabel Correia. **Estratégias de pesquisa qualitativa no estudo da violência na família.** In: António Esteves; José Azevedo. (Org.). Metodologias qualitativas para as ciências sociais. 1 ed. Porto: Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras do Porto, 1997, v., pp. 29-39.

DIAS, Maria Isabel Correia. **Exclusão Social e Violência Doméstica: que relação?** "Sociologia (Porto), v. 8, pp. 189-205, 1998.

DIAS, Maria Isabel Correia. **Violência na Família: uma abordagem sociológica**. 2010. Edições Afrontamento. Porto- Portugal.

DIAS, Maria Isabel Correia. LOPES, Alexandra. CARVALHO, Helena. FERREIRA, Mariana. LEMOS, Rute. **Infecção por VIH entre Homens que fazem sexo com Homens (HSH): Fatores de Risco e Novas trajetórias de Soropositividade**. Instituto de Sociologia da Universidade do Porto (IS-UP) e Centro de Investigação e estudos de Sociologia do Instituto de Lisboa (CIES-UL). 2017.

DIAS, Maria Olívia. **Um olhar sobre a família na perspetiva sistêmica e o processo de comunicação no sistema familiar**. *Gestão e Desenvolvimento*, 19 (2011), 139-156. Disponível em: < http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf > Acesso em 08/11/2017.

DINIZ, Débora. As mulheres do zika foram esquecidas. 2017. **Carta Capital**. Disponível em: < <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/as-mulheres-do-zika-foram-esquecidas> > Acesso em 15/12/2017

DI PIETRO. Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. Rio de Janeiro, Forense, 2016.

DOMOSŁAWSKI, Artur. Política da Droga em Portugal: os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas. **Global Drug Policy Program. Junho de 2011**.

DONATI, Pierpaolo. **La società é relazione**. In: Id. (Org). *Lezioni di sociologia. Le categorie fondamentali per la comprensione della società*. Padova: Cedam, pp. 1-54. Primo Rapporto CISF sulla Famiglia in Italia: *L'emergere della famiglia auto- poietica*. Milano: ed. San Paolo, 1998.

DONATI, Pierpaolo. **Teoria relazionale della Società**. Milano: Franco Angeli. 1991.

DUALIBI, Lucy; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Cad Saude Pública, Rio de Janeiro, v.24, supl.4, pp.545-57**. 2008. Disponível em: < <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/446> > Acesso em 10/11/2017.

DUARTE, Danilo Freire. Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. **Rev Bras Anestesiol** 2005; 55: 1: 135 – 146.

DUARTE, Ulisséa de Oliveira. ARRUDA, Gisele Maria Soares de Melo. SANTOS, Mayara Paz Albino dos. **Transdisciplinaridade e cognição: reflexões teóricas para uma prática direcionada**. Editora Pamper, 2017.

DUBAR, Claude. **A Socialização Construção das identidades sociais e profissionais**. Porto Editora, Lda. 1997.

DUQUE, J. M. **Ética dos Direitos Humanos**. SEMOC, Universidade Católica de Salvador. 2016.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: Estudo Sociológico**. 1ª ed. São Paulo-SP, Editor: Victor Civita, 1973.

DURKHEIM, Émile. **A evolução pedagógica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo-SP, Editora Martin Claret Ltda, 2008a.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares de vida religiosa**. São Paulo-SP, Editora PAULUS, 2008b.

ECO, Umberto. **Tese científica ou tese política? Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

ESCOHOTADO. Antônio. **Historia General de Las Drogas**. Séptima edición, revisada y ampliada (primera en «Área de conocimiento: Humanidades»): 1998.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf> Acesso em 27/08/2017

FEFFERMANN, Marisa. **Vidas arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico**. Editora Vozes, 2006.

FERNANDES, Eugénia M.; ALMEIDA Leandro S., ed. lit. - **Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas**. Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, 2001. ISBN 972-8098-98-7. p. 49-76.

FERNANDES, Luiz. **Estratégias qualitativas de investigação do uso de drogas e da toxicoddependência**. *Análise Psicológica*, 1-2-3, 329-338, 1989.

FERNANDES, Luiz. **Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas**. Porto: F.P.C.E.U.P.,1990.

FERNANDES, Luís; RAMOS, Alexandra. Exclusão social e violências quotidianas em bairros degradados: etnografia das drogas numa periferia urbana. **Toxicoddependências, Lisboa, v. 16, n. 2, pp. 15-27, 2010**. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000200003&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 17/11/ 2017.

FERP, UGB; KREJCI, Rosali; LACERDA, Meibel. FILHOS DO CRACK. In: **Simpósio**. 2017.

FIAMENGHI JR., Geraldo A.; MESSA, Alcione A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 27, n. 2, pp. 236-245, jun. 2007.** Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10/11/2017.

FILHO. Antonio Nery. **É preciso respeitar a liberdade**. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/2011/10/11-10-2011_entrevistacom.shtml>. Acesso em 25/08/2017.

FIGLIE, Neliana et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 31, n. 2, pp. 53-62, 2004.** Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07/11/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000200001>.

FOGGIATO, Daiana de Siqueira, et al. Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. **Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 2, 2012.** Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483648963006/>> Acesso em 17/11/2017.

FONTE, Carla. O consumo de drogas e os comportamentos aditivos. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.** ISSN 1646-0502. 4 (2007) 238-250. Edições Universidade Fernando Pessoa. 2007.

FOUCAULT, Michel. **Soberania e Disciplina**. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2004.

FOUCAULT, Michael. (2005). **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976) (5a ed., M. E. Galvão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhe. 35. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008 – p. 164/165.

FRAGA, Paulo César Pontes; SILVA, Joyce Keli do Nascimento. A participação feminina em mercados ilícitos de drogas no Vale do São Francisco, no Nordeste brasileiro. **Tempo Social, São Paulo, v. 29, n. 2, pp. 135-157, agosto. 2017.** ISSN 1809-4554. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/ts/article/view/128528/130982>>. Acesso em: 18/11/2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.128528>.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura).

GARRAFA, Volnei. **Inclusão social no contexto político da bioética**, 2005. Disponível em: < <http://fri.bioetica.org/bibliografia/garrafa.pdf> > Acesso em 25/08/2017.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo, Editora da Unesp, 1991.

GIMBA, Marcelo de Freitas. CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. Filh@s da pedra: desvendando vidas a partir de narrativas de mulheres usuárias de crack. **CIENTE-FICO.COM (IMPRESSO)**, v. 3, pp. 49-68, 2014.

GIMBA, Marcelo de Freitas. Gravidez e Drogas: Antinomínia entre o Direito à vida do feto e a autonomia da mulher em relação ao próprio corpo. **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades - CONINTER. Salvador BA: UCSal, 8 a 10 de Outubro de 2014, ISSN 2316-266X, n.3, v. 14, p. 360-375.**

GIMBA, Marcelo de Freitas. CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. **Relações familiares e vulnerabilidades: pesquisa com mulheres usuárias de crack (re) construindo laços e projetos** - Curitiba: Juruá, 2017.

GIUSTI, Karina Gomes. Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. **Revista Brasileira de Sociologia-RBS**, v. 4, n. 8, p. 191-216, 2016.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L., organizadores. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldine Publishing Company; 1967.

GLOSSÁRIO de álcool e drogas / Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis, Vozes, 2003.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos Sociais na Contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação, Minas Gerais**, v.16, n. 47, pp. 333-351, maio/ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>. Acesso em 24/08/2017.

GOMES, Jerusa Vieira. Socialização primária: tarefa familiar. **Cadernos de Pesquisa**, n. 91, pp. 54-61, 2013. Disponível em: <

<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/876> > Acesso em 17/11/2017.

GONÇALVES, Hérica Cristina Batista; QUEIROZ, Marcello Roriz de; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, pp. 17-23, 2017.

GORDILHO-SOUZA, Angela. **Limites do habitar: segregação e exclusão na configuração urbana contemporânea de Salvador e perspectivas no final de século XX**/ Salvador: EDUFBA, 2008.

GRAU, Eros. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 153**. J 29-4-2010, P, *DJE* de 6-8-2010.

GREENWALD, Glenn. 2009. Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies. **Cato Institute Whitepaper Series**. <http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies>. Acesso em 27/09/2017.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqui.** [online]. 2007, vol.33, n.1, pp.151-161. ISSN 1517-9702. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>. Acesso em 27/08/2017.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. Dez lições sobre a violência de pais contra filhos. **Lua Nova, São Paulo**, v. 3, n. 2, pp. 38-45, dezembro de 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451986000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/07/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451986000300007>.

HABERMAS, Jurgen. **Logique des sciences sociales**. Paris: PUF, 1987.

HALPERN, S.C. **O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar**. Pens famílias 3: 120-5, 2002.

HORA, Dayse Martins. **O olho clínico do professor: um estudo sobre conteúdos e práticas medicalizantes no currículo escolar**. 1. ed. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):297-305, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>> Acesso em 02/11/2017.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.8, pp. 3561-3571. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>. Acesso em 04/11/2017.

HULSMAN, Louk; DE CELIS, Jacqueline Bernat. **Penas perdidas: O sistema penal em questão**. Rio de Janeiro: Luam, 1993

HULSMAN, Louk. **Themes and concepts in an abolitionism approach to criminal justice**, 1997. Disponível em: <http://www.loukhulsman.org/Publication/>. Acesso em: 13/11/2017.

HUME, David. **Investigação sobre o Entendimento Humano**. São Paulo-SP, Editora escala, 2008.

JESUS, Damásio E. Direito Penal Vol. 1. **Parte Geral**. São Paulo: Saraiva, 2015.

JODELET, Denise. **Representações sociais: um domínio em expansão**. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (**JIFE**). Informe. 2010 (E/INCB/2010/1)

JORDÁN, Ma Lourdes Jinez; SOUZA, José Roberto Molina de; PILLON, Sandra Cristina. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2. Disponível em: < 2009. <http://www.redalyc.org/html/2814/281421907017/>> Acesso em 17/11/2017.

KASSADA, Danielle Satie; MARCON, Sonia Silva; PAGLIARINI, Maria Angélica; ROSSI, Robson Marcelo. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paul Enferm.** 2013; **26(5):467-71**.

KESSLER, Felix; PECHANESKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]**. 2008, vol.30, n.2, pp. 96-98. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300003&script=sci_arttext Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Acesso em 05/04/16.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social/** In: Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: 2013. pp. 53-60.

KIPLING, Rudyard. **Mogli, o Menino Lobo**. Editora: HARBRA - Edição: 1 Ano: 2007

KOHLER, Gilson; MASSUQUETO, Sara. Estigma da prostituição no uso de substâncias psicoativas versus doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 8, n. 1, pp. 51-58, 2017.

KULLOK, Arthur Levy Brandão. O abolicionismo penal segundo Louk Hulsman. **Olhares Plurais**, v. 2, n. 11, pp. 74-92, 2015.

KURZ, Robert. O fim da política: teses sobre a crise do sistema de regulação da forma mercadoria. Disponível em <http://obeco.planetaclix.pt/rkurz105.htm> (Original

alemão Das Ende der Politik em www.exit-online.org. **Publicado na Revista Krisis nº 14, 1994**. Versão italiana La fine della politica, in La fine della politica a l'apoteosi del denaro, Manifesto Libri, Roma, 1997. Versão portuguesa em <http://planeta.clix.pt/obeco> 15.09.2002.). Acesso em 27/07/2017.

LAHIRE, Bernard. **Homem plural: os determinantes da ação**. Petrópolis, Vozes, 2002.

LANNA, Marcos. Sobre Marshall Sahlins e as "cosmologias do capitalismo". **Mana, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 117-131, Apr. 2001**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/12/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132001000100006>.

LEAL, Fernanda Andrade. **Entre a mulher e a mãe: reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto/** Fernanda Andrade Leal. – Salvador, 2017. 135 f.

LOBÃO. Margarida Maria de Carvalho. **Infeção por VIH: Vivências e Comportamentos de Risco**. Tese realizada no âmbito do Doutoramento em Sociologia. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Janeiro de 2017.

LOURO, Guacira Lopes. WEEKS, Jeffrey. BRITZMAN, Deborah. HOOKS Bell. PARKER, Richard. BUTLER, Judith. **O CORPO EDUCADO: Pedagogias da sexualidade**. In: Guacira Lopes Louro (organizadora). Traduções: Tomaz Tadeu da Silva 2ª Edição Autêntica. Belo Horizonte. 2000.

LUHMANN, Niklas. **Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie**. Frankfurt, Suhrkamp, 1984.

LUHMANN, Niklas. **Poder**. trad. de Mirtine Creusot de Rezende Martins, 2ª ed. Brasília, Editora universidade de Brasília, 1992.

MACHADO, Luís A; VELOSO, Ana. O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. **Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2011, vol.24, n.3, pp. 523-532. ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000300013>**.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012**. Disponível em: < <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021> > Acesso em 02/11/2017.

MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katrucky Tenório. **Mulheres usuárias de crack: enfrentamentos e barreiras sociais**. In: Roso, Adriane. Crítica e Dialogicidade em Psicologia Social: Saúde, Minorias Sociais e Comunicação. Fundação de Apoio a Tecnologia e Ciência - Editora UFSM. 2017

MACRAE, Edward. **"Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos."** Dependência de drogas (2001). Disponível em: < http://www.neip.info/downloads/t_edw10.pdf. Acesso em 10/11/2017.

MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso.** Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013. 232p. (Coleção drogas: clínica e cultura)

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):233-244, out-dez, 2007.** < Disponível em http://svs.aids.gov.br/dashboard/download/lista_causas_mortes_evitaveis.pdf > Acesso em 15/06/2017.

MANICA, Daniela; NUCCI, Marina. Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. **Horiz. Antropol. Porto Alegre, v. 23, n. 47, p. 93-129, Abril de 2017.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832017000100093&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-71832017000100004>.

MANITA, Celina. **Das descobertas privadas aos crimes públicos: evolução dos significados em trajetórias de droga-crime.** Toxicodependências. nº2, pp17-31.2000.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 3, pp. 662-670, setembro de 2013.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 12/11/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>.

MARIOTTI, Humberto. **Autopoiese, Cultura e Sociedade.** Disponível em: < http://humbertomariotti.com.br/imagens/trabalhosfoto/201999_autopoiese_port.pdf > Acesso em 03/04/2016.

MARTINS-COSTA, Sérgio Hofmeister; VETTORAZZI, Janete; MALUF, Júlia Marques da Rocha de Azevedo; STUMPF, Camile Cesar e RAMOS, José Geraldo Lopes. **CRACK: a nova epidemia obstétrica. Revista HCPA. 2013;33(1):55-65**

MATURANA, Humberto. R.; VARELA, Francisco. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. **Campinas, SP: Psy II, 1995.**

MEDEIROS, Jéssica Conceição Calaça de. O colapso do sistema prisional e a mercantilização do cárcere. **Brasília: IDP/EDB, 2017. 29f. Artigo (Especialização).- Instituto Brasileiro de Direito Público.**

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 1,**

pp. 105-117, março de 2014. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/84852>>. Acesso em 27/12/2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100008>.

MELUCCI, Alberto. **Por uma sociologia reflexiva; pesquisa qualitativa e cultura**/ Alberto Melucci; Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. e00157815, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública [online]**. 1988, vol.4, n.4 pp. 363-381. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso> Acesso 27/04/16.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro**, 10 (supplement 1): 07-18, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República no Estado de São Paulo. Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão. **Relatório Anual de 2016**. São Paulo. Março de 2017.

MINGARDI, Guaracy. **O Estado e o Crime organizado**. São Paulo: IBCCRIM, 1998.

MINGARDI, Guaracy. O trabalho da Inteligência no controle do Crime Organizado. **Estudos Avançados, São Paulo**, v. 21, n. 61, p. 51-69, dezembro de 2007. ISSN 1806-9592. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10266>> Acesso em: 17/11/2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142007000300004>.

MISSE, Michel. **Crime e violência no Brasil contemporâneo. estudos de sociologia do crime e da violência urbana**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2006.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Labirintos da medicalização do crime. **Saude soc., São Paulo**, v. 25, n. 4, p. 847-856, dezembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400847&lng=en&nrm=iso> Acesso em 11/10/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016165278>.

MOYSÉS, Maria Aparecida; COLLARES, Cecília Azevedo. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MOREIRA, M. M.; MITSUHIRO, S.; RIBEIRO, M. **Avaliação e conduta em situações específicas**. In: RIBEIRO, M ; LARANJEIRA, R. (Org). Tratamento do Usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MORIMURA, M. C. R; Mendes, M. D. C.; SOUZA. A. I.; Alencar. L. C. A. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.6 suppl.1 Recife, maio de 2006. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000500010&script=sci_arttext> Acesso em 26/05/2016.

MORIN, Edgar. **Cultura de massas no Século XX: neurose/** Edgar Morin: tradução Maura Ribeiro Sardinha – 9ª ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1997. (208 p.) - (O espírito do tempo; 1).

MORIN, Edgar. **Na noite do século/ O desafio do político**. In: As grandes questões do nosso tempo. Lisboa: Notícias Editorial, 1999.

MORIN, Edgar. **Da necessidade de um pensamento complexo**. 2000. Disponível em: < <https://docs.google.com/folderview?id=0B-YLV8egGwSua2hsSmNaVUNiZjQ>> Acesso em 21/07/2016

MORIN, Edgar. **O método 3: Conhecimento do conhecimento./** Edgar Morin; tradução Juremir Machado da Silva. 5ª ed. - Porto Alegre: Sulina, 2015.

MOSCOVICI, Serge. **Representações em psicologia social/**Serge Moscovici; editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. - Petrópolis, RJ: Vozes. 2003.

MONSMA, Karl. Teorias interacionistas e fenomenológicas da violência com aplicações à pesquisa histórica. **MÉTIS: história & cultura – v. 6, n. 11, pp. 23-37**, jan./jun. 2007. ISSN Online: 2236-2762 / ISSN Impresso: 1677-0706. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/metis/article/view/822/579>. Acesso em 31/08/2017.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 415-432, 2017.

NAPPO, Solange Aparecida. SANCHEZ, Zila Van Der Meer; RIBEIRO, L.A. Troca de sexo por crack. In RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org). **Tratamento do Usuário de crack. 2 ed** – Porto Alegre : Artmed, 2012.

NAPPO, Solange Aparecida. SANCHEZ, Zila Van Der Meer. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp.73-81. ISSN 0101-6083.** Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700010>. Acesso em 23/01/2017.

NASCIMENTO, Rodrigo Costa do. **Loucura e cidadania: avanços e impasses da reforma psiquiátrica brasileira** / Rodrigo Costa do Nascimento. - Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2009.

NICO, Lucélia Silva; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; RUIZ, Tânia; MOREIRA, Rafael da Silveira. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2007, vol.12, n.3, pp. 789-797. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300029>. Acesso em 05/10/2015.

NERY, Ferreira Luciano et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63028795030/> > Acesso em 17/11/2017.

NOGUEIRA, Vinícius Alfredo. A Parceria Público-Privada no Sistema Penitenciário Brasileiro: uma perspectiva jurídica. **unisanta law and social science – p. 254 - 266; Vol. 4, nº 3 (2015)**.

OLIVEIRA, Adriano. As peças e os mecanismos do crime organizado em sua atividade tráfico de drogas. **DADOS–Revista de Ciências Sociais**, v. 50, n. 4, p. 699, 2007.

OLIVEIRA, CAS. **A gestão da política de inclusão das pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: Ministério da Justiça; 2001.

OLIVEIRA, Consuelo Silva de; VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Microcefalia e vírus zika. **J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre**, v. 92, n. 2, p. 103-105, abril de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000200103&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10/11/2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.003>.

OLIVEIRA FILHO, José Jeremias de. Patologia e regras metodológicas. **Estud. av., São Paulo**, v. 9, n. 23, pp. 263-268, abril de 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13/12/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141995000100017>.

OLIVEIRA, María Coleta. A família brasileira no limiar do ano 2000. **Estudos feministas**, p. 55-63, 1996.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de et al . Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 21, n. 2, pp. 546-553, abril de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200546&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10/11/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200011>.

OLIVEIRA, Lucas Lopes; RIBEIRO, Luziana Ramalho. Políticas públicas de drogas no Brasil e Direitos Humanos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, n. 1, pp. 139-159, 2016. Disponível em: <<http://www2.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/296> > Acesso em 19/11/2017.

OLIVEIRA, Pedro Paulo de. Esse 'barato' é ou não caro? Consumo de drogas e inserção social. **Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, n. 1, pp. 41-64, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7206> > Acesso em 18/11/2017.

OLIVÉ, León; SANTOS, Boaventura de Sousa; LA TORRE, Cecilia Salazar de; ANTEZANA, Luis Henrique; ROMERO, Wálter Navia; TAPIA, Luis; GARCÍA, Guadalupe Valencia; ANYUL, Martín Puchet; Mauricio Gil; IBARGÜEN, Maya Aguiluz; SUÁREZ, Hugo José. **Pluralismo Epistemológico. La Paz, Bolívia 2009.**

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo.** Genebra, 2004. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf. Acesso em 29/12/2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS), **Global Status Report on Alcohol 2004** (www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/). Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/221/problemas-sociais-decorrentes-uso-alcool.php> > Acesso em 08/11/2017

Organização Mundial de Saúde. **Livro de recursos sobre saúde mental, Direitos Humanos e legislação.** Genebra, 2005.

OZDEMIR M; KOUTAKIS N. **Atitudes restritivas dos pais pode prevenir o uso de álcool por menores de idade?** *Addiction* 2016 Feb;111(2):263-7. Disponível em <<http://www.cisa.org.br/artigo/6981/atitudes-restritivas-pais-pode-prevenir-uso.php>> Acesso em 08/11/2017.

PAIXÃO, Antônio Luiz. **Recuperar ou punir? Como o estado trata o criminoso.** São Paulo, Cortez, 1987.

PALOMBO, Renata. **MATERNIDADE X MATERNAGEM.** Disponível em <<http://descobrimdoamaternagem.blogspot.com.br/2011/08/maternidade-x-maternagem.html>> Acesso em 28/05/2016

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp.105-115.** ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>. Acesso em 23/01/2017.

PASSOS, Eduardo Henrique, Paula Souza, Tadeu, Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia**

& **Sociedade [en linea] 2011, 23 (Janeiro-Abril)**. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326567006> ISSN 0102-7182. Acesso em 26/07/2017.

PEDROSO, João. **Acesso ao direito e à justiça: um direito fundamental em (des) construção: o caso do acesso ao direito e à justiça da família e das crianças**. 2013. Tese de Doutorado.

PEREIRA, Henrique Viana; SALLUM, Camila; FILIZZOLA, Marina Franco Lopes Mavros. Parcerias Público-Privadas na construção e administração de estabelecimento prisionais. **Virtuajus, v. 12, n. 28, p. 105-129, 2016**.

PERRONE. Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.2 Rio de Janeiro, fevereiro de 2014**. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013> > Acesso em 29/12/2017.

PETRINI, João Carlos; CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon (Organizadores). **Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PETRINI, Giancarlo. Introdução. (IN) **O Pai na Sociedade Contemporânea**. MOREIRA Lúcia Vaz de Campos; PETRINI, Giancarlo; BARBOSA, Francisco de Barros (Org) – BAURU, SP: EDUC, 2010.

PETRINI, Giancarlo; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Família, Pobreza e Políticas Públicas no Brasil./Organização: BASTOS, Ana Cecília de Souza; MOREIRA, Lúcia Vaz Campos; PETRINI, Giancarlo e ALCÂNTARA, Miriã Alves Ramos. **Família no Brasil: recursos para a pessoa e sociedade**; Curitiba: Juruá, 2015.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011**. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/02> > Acesso em 08/09/2015.

PLANETA, Cleopatra da Silva et al. Ontogênese, estresse e dependência de substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, pp. 335-346, 2007**.

POLIT, Denise; BECK. Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

PONS DIEZ, Xavier. Modelos interpretativos del consumo de drogas. **Polis [online]. 2008, vol.4, n.2, pp.157-186. ISSN 1870-2333**. Disponível em: < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006 > Acesso em 17/11/2017.

PINTO, Maria Luísa Macedo da Costa. **Contextos de Socialização e Reconstrução Identitária de Adolescentes com Consumos de Drogas**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. 2011-02-07. Porto. Programa de Doutoramento em Ciências do Serviço Social.

QUINTAS, Jorge. **Regulação legal do consumo de drogas: impactos da experiência portuguesa da descriminalização**. Porto – Portugal. Fronteira do Caos Editores Ltda. 2011.

QUINTEIRO, Maria Esther Martinez. **El discurso de los derechos humanos em perspectiva histórica. El síndrome de la torre de Babel**. In: BALLESTEROS, Maria de la Paz, RAMIREZ, Alicia m.; RODRIGUEZ, Pedro g. orgs. Pasado y presente de los Derechos Humanos. Madrid: Catarata, 2016: p. 41.

RAUP, Luciane Marques; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, n. 4, 2015.

Relatório de Status Global sobre Álcool e Saúde - 2014 ed. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1> Acesso em 12/04/17.

RESSEL, Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 3, pp. 82-87, 2003.

RIBEIRO, Marcelo. LARANJEIRA, Ronaldo. **Perfil sociodemográfico e história natural do consumo de crack entre usuários de sete estados brasileiros e do distrito federal (2012)**. Disponível em < <http://inpad.org.br/perfil-sociodemografico-e-historia-natural-do-consumo-de-crack-entre-usuarios-de-sete-estados-brasileiros-e-do-distrito-federal/> > Acesso em 20/12/ 2017.

RIBEIRO Weiss; TATIANA, Pergher; NICOLAU, Kuckartz; TOROSSIAN. DJAMBOLAKDJIAN, Sandra. Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público. **Psicologia: Reflexão e Crítica [en linea] 1998**. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18811303>> ISSN 0102-7972. Acesso em 10/11/2017.

RIBEIRO FML, MINAYO MCS. Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, state of Rio de Janeiro, Brazil. **Interface (Botucatu)**. 2015; 19(54):515-26.

RIBEIRO, Sidarta. Tempo de cérebro. **Estud. av., São Paulo**, v. 27, n. 77, p. 07-22, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06/06/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000100002>.

RICHARDSON, Roberto Jarry; et al. **Pesquisa Social. Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativas**; Petit – Campinas, SP: Papyrus (1995). Volume II.

RODRIGUES, H. B. C. Michel Foucault, as 'marcas da pantera' e a 'pantera cor-de-rosa': apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. **Revista Vivência**, v. 32, p. 41-60, 2007.

RODRIGUES, Luciana Oliveira Villarinho; SILVA, Carlos Roberto de Castro e; OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz de e TUCCI, Adriana Marcassa. Perfil de usuários de crack no município de Santos. **Temas psicol. [online]**. 2017, vol.25, n.2, pp. 675-689. ISSN 1413-389X. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-14>.

RODRIGUES, Thiago M. S. A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 16, n. 2, pp. 102-111, junho de 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 11/10/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392002000200012>.

ROHDEN, Fabíola. " O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, n. 35, pp. 161-196, 2011.

RONZANI, Telmo Mota. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores** / Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira ; colaboradores Ana Luísa Marlière Casela .[et al.] – Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

ROQUETE, Fátima Ferreira et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013. Disponível em: < <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245/360>> Acesso em 17/11/2017.

RUSSO, Marisa. Ética e integridade na ciência: da responsabilidade do cientista à responsabilidade coletiva. **Estud. av.**, São Paulo, v. 28, n. 80, pp. 189-198, abril de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13/12/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142014000100016>.

SA, Marilde Beatriz Zorzi; CEDRAN, Jaime da Costa; PIAI, Débora. Modelo de integração em sala de aula: drogas como mote da interdisciplinaridade. **Ciênc. educ. (Bauru) [online]**. 2012, vol.18, n.3, pp.613-621. ISSN 1516-7313. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132012000300008>. Acesso em 17/11/2017.

SANTOS, Boaventura Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista crítica de ciências sociais**, **63**. Outubro 2002. **237-280**.

SANTOS, Reinaldo Amanda Márcia dos; PILLON, Sandra Cristina. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. **16**, 2008. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/2814/281421898005/> > Acesso em 17/11/2017.

SANTOS, Simone Ganem Assmar. **Dores no Corpo/Dores na Alma: uma reflexão sobre a experiência corporal e familiar de mulheres mastectomizadas**. 2010. 194 f. Dissertação (mestrado em família na sociedade contemporânea). Universidade Católica do Salvador.

SANTOS, Vilmar Ezequiel; BALDINI SOARES, Cassia. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. **4**, n. **2**, **2013**. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/2653/265328844007/> > Acesso em 17/11/2017.

SARACENO B, Asioli F, Tognoni G. **Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: Hucitec; 1994.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 8ª Edição, Porto Alegre : Livraria do Advogado Ed., 2007

SCIVOLETTO, Sandra et al. Relationship between drug consumption and sexual behavior among high school students of São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. **21**, n. **2**, pp. **87-94**, **1999**.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, **8(1)**, **299-306**.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. **2005**, vol.**10**, n.**3**, pp.**707-717**. ISSN **1413-8123**. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>. > Acesso em 19/07/2017.

SILVA, Daila Alena Raenck da et al. Prevalência de sífilis em mulheres. **Enfermagem em Foco**, v. **8**, n. **3**, **2017**. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/891> > Acesso em: 17/11/2017.

SILVA, Meire Luci da; FERREIRA GUIMARÃES, Camila; BERNARDONI SALLES, Daiane. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. **15**, n. **6**, **2014**.

SKINNER, Burrhus Fredric, 1904-1990. **Ciência e comportamento humano** / B. F. Skinner; tradução João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. - 1ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2003. - (Coleção biblioteca universal)

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 9. ed. – Brasília: 2016. 146 p.** – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 9. ed. Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni)

SECOM – Secretaria de Comunicação Social. Disponível em: <<http://www.secom.ba.gov.br/2015/04/124944/Secretaria-da-Justica-seleciona-projetos-de-tratamento-a-usuarios-de-drogas.html>> Acesso em 22/04/2017.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 26, n. 3, pp. 263-268. 2013.**

SENAD/CEBRID/ **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.**

SHAKESPEARE, William. **MACBETH**. Coleção L&PM Pocket. 2000.

SILVA, Jair Lourenço. **Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em Comunidades Terapêuticas**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2011.

SILVA, Selma Lima da. **Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do "Crack"**. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. doi:10.11606/D.6.2000.tde-27042008-180551. Acesso em 07/11/2017.

SILVA, E. K. B. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **R. Katál [periódico na internet]. 2014**. Acesso em 14/11/2017; 17 (2): 252-260.

SILVA, Maria Teresa Araujo; GUERRA, Luiz Guilherme G. C.; ALVES, Cilene Rejane Ramos. Modelos comportamentais em neurociências. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento, [S.l.], v. 1, n. 2, abril de 2016**. ISSN 2526-6551. Disponível em: <<http://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/2168/2468>>. Acesso em: 11/11/2017. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v1i2.2168>.

SILVA, Sofia A.; PIRES, António P.; GOUVEIA, Maria J. Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura. **Psicologia Clínica, v. 27, n. 1, p. 83-100, 2015.**

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social / In: **Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: 2013. pp. 73-82.**

SINHORETTO, Jacqueline; SILVESTRE, Giane; MELO, Felipe Athayde Lins de. O encarceramento em massa em São Paulo. **Tempo Social, 2013, 25.1: 83-106.**

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.** Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso em 19/11/2017.

SOUZA, Jessé. Organização. Crack e exclusão social / **Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. 360 p.**

SOUZA, Felipe, BBC, São Paulo. Disponível em < <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/fim-da-cracolandia-o-que-especialistas-governo-e-prefeitura-apontam-como-solucao-para-a-feira-de-drogas-em-sp.ghtml> > Acesso em 11/06/2017.

SPERBER, Jonathan. **KARL MARX: uma vida do Século XIX.** Tradução Lucia Helena de Seixas Brito. Editora: Amarilys. 2014.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Basics of qualitative research: grounded theory-procedures and techniques. **California: Sage Publication, 1998.**

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017.**

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan/abr. 2002.**

TENÓRIO Medeiros, Katruccy et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em estudo, v. 18, n. 2, 2013.** Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/2871/287128992008/> > Acesso em 17/11/2017.

TOMAZ, Kleber; SOARES, Will. **G1 São Paulo, São Paulo. 26/05/2017.** Disponível em: < <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/cracolandia-se-expandiu-da-luz-para-mais-7-bairros-de-sp-e-pode-aumentar-diz-mp.ghtml> > Acesso em 25/08/2017.

THERBORN, Goran. **Sexo e poder: a família no mundo, 1900-2000.** São Paulo: Contexto, 2006.

TIBURI, Márcia & COSTA, Andrea. **Sociedade Fissurada.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

TORRADO, Marco; OUAKININ, Sílvia. Orbitofrontal Maturation, Somatic Markers and Early Vulnerability: A Comprehensive Hypothesis of "Emotional Myopia" in Drug Addiction. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 1, pp. 97-104, 2015.

UNODC (Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes). **Tratado internacional de Xangai, 1909**. Disponível em <<https://unodocminionu.wordpress.com/2011/03/20/tratado-internacional-de-xangai-1909/>> Acesso em 28/04/2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Disponível em: <www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_References_to_Brazil_PRT.pdf> Acesso em: 09/04/2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC), **World Drug Report 2017** (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6). Acesso em: 31/08/2017.

YAMAGUCHI E.T.; CARDOSO M.M.; TORRES, M.L.; ANDRADE, A.G. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiquiatr. Clin.** 2008;35(Supl 1): 44-7.

VALENCIA, León. Drogas, conflito e os EUA: a Colômbia no início do século. **Estud. av. [online]**. 2005, vol.19, n.55, pp.129-151. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142005000300010>. Acesso em 24/05/2017.

VALENÇA CN, Brandão ICA, Germano RM, Vilar RLA, Monteiro AI. **Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem**. *Esc. Anna Nery*. 2013;17(3):562-567.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2007, vol.12, n.3, pp.777-788. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300028>. Acesso em 22/07/2017.

VALSINER, Jaan **Mundos da Mente, Mundos da Vida**. Fundamentos de uma Psicologia Cultural, Artmed. 2012.

VARGAS, Eduardo V (1992), **Gabriel Tarde e a microssociologia**. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, PPGAS, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. (http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_27/rbcs27_06.htm). Acesso em 18/08/2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**/Eduardo Vasconcelos, - Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 7 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004. Cap., 9 – Observando o Familiar

VELHO, Gilberto. **Nobres e Anjos: Um estudo de tóxicos e hierarquia**/ Gilberto Velho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. 216P.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: direito de família**/Sílvio de Salvo Venosa. – 3ª ed. – São Paulo: Atlas, 2003. – (Coleção direito civil; v.6).

WACQUANT, L. **Punir os pobres. A nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj. Relações entre práticas educativas parentais percebidas e a autoestima, sinais de depressão e uso de substâncias por adolescentes. **International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia.**, v. 2, n. 1, p. 157-168, 2017. Disponível em: < <http://infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/928>> Acesso em 18/11/2017.

WEBER, Thadeu. A ideia de um "mínimo existencial" de J. Rawls. **Kriterion, Belo Horizonte v. 54, n. 127, p. 197-210, junho de 2013**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100011&lng=en&nrm=iso> Acesso em 19/11/2017.

WINNICOTT, Donald Woods. **O Brincar & a Realidade**. Coleção Psicologia Psicanalítica. 1975. Imago Editora LTDA, Rio de Janeiro.

XAVIER, D., GOMES, G., CEZAR-VAZ, M., FARIAS, D., ALMEIDA, M., ROCHA, C.. Percepção de mulheres usuárias de crack sobre a influência da droga na gestação e parto [Women crack users' perceptions of the drug's influence on pregnancy and childbirth]. **Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 25, março de 2017**. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/13697>>. Acesso em: 07/11/2017.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas: A perda da legitimidade do sistema penal**, tradução: Vânia Romano Pedrosa, Amir Lopes da Conceição. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1991.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**, volume 1, 6 ed. São Paulo: ed. Revista dos Tribunais, 2006.

ZAGO, Luis Henrique. O método dialético e a análise do real. **Kriterion [online]. 2013, vol.54, n.127, pp.109-124**. ISSN 0100-512X.

ZAGO, Nadir. Fracasso e sucesso escolar no contexto das relações família e escola: Questionamentos e tendências em sociologia da educação. **Revista Luso-**

Brasileira, v. 2, n. 3, p. 57-83, 2011. Disponível em: < <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/17155/17155.PDF> > Acesso em 17/11/2017.

ZALUAR, Alba. **“Os antropólogos e os pobres: Introdução metodológica e afetiva.** A máquina e a revolta. As organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense. 2000.

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

ZIZEK, Slavoj. **Violências seis reflexões laterais.** São Paulo. Boitempo Editora, 2013.

NORMAS

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948).** Disponível em: < <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> > Acesso em 07/04/2017

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Única sobre entorpecentes (1961).** Disponível em : < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> > Acesso em 23/03/2017.

Declaração de Helsinki (1964). A declaração de Genebra da Associação Médica Mundial estabelece o compromisso do médico com as seguintes palavras: "A Saúde do meu paciente será minha primeira consideração", e o Código Internacional de Ética Médica declara: "Qualquer ato ou notícia, que possa enfraquecer a resistência do seu humano, só pode ser usado em seu benefício".

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convênio sobre substâncias psicotrópicas (1971).** Disponível em: < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> > Acesso em 23/03/2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas (1988).** Disponível em: < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> > Acesso em 23/03/2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS),** em Nova York, que ocorreu em 1998. Disponível em: < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> > Acesso em 23/03/2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) 1994.

PORTUGAL. **Lei nº 2.118/63.** Disponível em: <
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=186&tabela=leis. Acesso
em 25/05/2017.

PORTUGAL. **Decreto-lei nº 16 de 25 de Janeiro de 1999.** Diário da República nº
20/99 - I Série A. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

PORTUGAL. **Decreto-lei nº 135 de 22 de Abril de 1999.** Diário da República nº
94/99 - I Série A. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

PORTUGAL. **Lei nº 30 de 29 de Novembro 2000.** Disponível em: <
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=186&tabela=leis. Acesso
em 25/05/2017.

PORTUGAL. **Despacho nº 25360 de 12 de Dezembro de 2001.** Diário da República
nº 286/01 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

PORTUGAL. **Despacho nº 18683 de 14 de Julho de 2008.** Diário da República nº
134/08 - II Série. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde.
Lisboa.

PORTUGAL. **Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P:** “Linhas
Orientadoras para a Intervenção Social – Modelo de Intervenção em Reinserção”,
Lisboa, 2011, <http://www.idt.pt/Reinserção/Documents/MIR.pdf>.

URUGUAI. **Lei nº 19.172, dezembro de 2013.** Legaliza e regula a produção,
distribuição e porte, assim como o consumo recreativo, médico e científico da
cannabis e seus derivados.

BRASIL. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil.**
Brasília, DF: Senado Federal, **1967.**

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**
Brasília, DF: Senado Federal, **1988.**

BRASIL. **Decreto nº 847 – de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal.

BRASIL. **Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932.** Revogado pelo Decreto
nº 11, de 1991. Aprova a Consolidação das Leis Penais, da autoria do Sr.
Desembargador Vicente Piragibe.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Aprova o Código Penal.

BRASIL. **Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964.** Promulga a Convenção
Única sobre Entorpecentes.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Vigência. Revogado pela Lei nº
6.368, 1976. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de

substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Vigência Revogada pela Lei nº 11.343, de 2006. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977**. Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3657/1989** (Transformado na Lei Ordinária 10216/2001). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 154 de 26 de junho de 1991**. Promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas.

BRASIL. **Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992**. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

BRASIL **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998**. Dispõe sobre os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores; a prevenção da utilização do sistema financeiro para os ilícitos previstos nesta Lei; cria o Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

BRASIL. **Lei nº 9.882, de 3 de dezembro de 1999.** Dispõe sobre o processo e julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, nos termos do § 1º do art. 102 da Constituição Federal.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Resolução - RDC/ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001.** Dispõe sobre as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil Brasileiro.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002.** Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. **Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7663/2010.** Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995,

9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 28 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

BRASIL. Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).

BRASIL. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

BRASIL. **Resolução do CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Brasil. **Resolução nº 3, de 30 de agosto de 2016**. Suspende, por força de decisão judicial, a aplicação da Resolução nº 1 do CONAD, de 19 de agosto de 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016**. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições.

BRASIL. **Decreto nº 9.150, de 4 de setembro de 2017**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Justiça e Segurança Pública, remaneja cargos em comissão e funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE.

**APÊNDICE A -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa que tem como título: **TRAJETÓRIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: narrativas, contextos relacionais e (res) significações em Comunidades Terapêuticas.**

INVESTIGADOR: MARCELO DE FREITAS GIMBA.

OBJETIVO: conhecer a trajetória da(o) usuária(o) de crack, a importância e interferência das comunidades terapêuticas em suas vidas e de suas famílias através do estudo comparado entre as comunidades terapêuticas femininas e masculinas da Bahia.

PROCEDIMENTOS: será realizada entrevista semiestruturada e gravada com consentimento.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Dentre os riscos e os danos prováveis, não se enquadram os físicos, mas psicológicos e sociais mínimos. Pela acessibilidade e número de visitas não haverá estabelecimento de relações que não sejam formais e estejam consubstanciados por conduta coletiva e em espaço público entre o pesquisador e participantes voluntários (concordantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, proposto, lido e assinado nos primeiros momentos de pesquisa e em contato direto com o pesquisador responsável por este projeto de investigação doutoral). A probabilidade de desconforto ocasionado pela entrevista e contato com familiares não são maiores do que aqueles vivenciados no cotidiano da pessoa em regime fechado, já inseridos em rotinas de visitas, acompanhamentos e investigações.

Tais danos podem ser amenizados e/ou reduzidos, caso ocorram pela experiência como jurista e investigador qualificado para o convívio com pessoas vulneráveis, não havendo discriminação e estigma como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade, já que o foco da pesquisa e o roteiro não direcionam para o crime-delito e nem para condição sócio-econômica.

Também não se enquadram danos econômicos e legais, por não resultarem em custos reais adicionais ou qualquer mudança no processo vivenciado. Ademais, em qualquer momento poderá acionar os agentes da própria Comunidade Terapêutica, para supervisão técnica ou substituição de procedimentos,

CONFIDENCIALIDADE: As informações prestadas fundamentarão a tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador – UCSAL. Outros trabalhos científicos podem ser derivados desta pesquisa, mas em qualquer circunstância, sua identidade será mantida em sigilo, caso seja sua opção.

DIREITO DE RECUSAR OU DESISTIR DA PARTICIPAÇÃO: Sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo recusar-se a dela participar. Se mudar de ideia a respeito da sua participação após o início da pesquisa, poderá deixá-la. Negar-se a participar ou interromper sua participação não trará nenhuma consequência.

QUESTÕES

Você receberá uma cópia deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Em caso de dúvidas, por favor, sinta-se à vontade. Se no futuro tiver perguntas a fazer, entre em contato com o investigador pelo e-mail : mgimba@bol.com.br

Data _____ / _____ / _____

Assinatura da participante

Data _____ / _____ / _____

Assinatura do investigador

APÊNDICE B

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS NA ÁREA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

DATA _____; INÍCIO _____; FIM _____

1) Instituição:

2) Função do profissional:

SOBRE A INSTITUIÇÃO

3) Quando foi criada? _____

4) Como foi seu processo de criação?

4) É filiada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)?

a) Por que sim (não) ?

b) Há quanto tempo ?

c) Quais são as vantagens?

d) Quais são as desvantagens ?

5) Existe apoio do governo ? Qual instância – federal, estadual ou municipal? E qual o valor (para a manutenção e por interno) ?

6) Os internos pagam algum valor?

7) Qual é a formação dos profissionais?

a) Quantos são?

b) Como é a remuneração?

c) quantos internos para cada profissional?

d) por quem e como é feita a triagem dos internos e como é realizado o controle pelo Estado no repasse dos recursos?

e) qual é a média de permanência do profissional na instituição e quanto tempo de formados?

f) os acolhidos dispõe de laços familiares e possibilidade de suporte social?

g) como são mantidos, estabelecidos ou restabelecidos seus vínculos familiares e sociais?

8) Quem fiscaliza? Se é fiscalizado?

SOBRE OS(AS) INTERNOS(AS)

9) QUAL É O PERFIL DOS(AS) INTERNOS(AS) ?

a) Sexo

b) Idade

c) Grau de Escolaridade

d) Etnia

e) Classe Social

f) Estado Civil

g) Filhos(as)

h) Caso tenham filhos(as), moram juntos

i) Tipo de Residência anterior

- j) Houve caso de perda da Guarda dos filhos(as)?
 - l) Quanto tempo faz uso da droga?
 - m) Qual foi a substância/droga introdutória?
 - n) Existe algum quadro de violência sofrido por esses internos(as)?
- 10) Por que a opção por este perfil de internos (as) (sexo)?
- 11) Como é a manifestação da sexualidade? E como a instituição lida com isso?
- 12) Como é a participação da família?
- 13) A família é tratada conjuntamente?
- 14) Qual é o método de tratamento para o(a) interno(a) ?
- 15) Qual é média de tempo para o internamento?
- 16) Como é a convivência entre os internos(as)? E como é mediado esta relação?
- 17) Como é a relação entre os profissionais e os internos(as)?
- 18) Nessa relação profissional/interno(a) é desenvolvido algum vínculo de confiança?
- 19) Como se dá a reinserção (familiar e social)?
- 20) Média de recaídas?
- 21) Como os(as) internos(as) se comportam diante da abstinência?
- 22) Como é mantido controle?
- 23) Como é feita a triagem dessas pessoas?
- 24) É feito algum tipo de exame médico ou análise da vida pregressa dessas pessoas?
- 25) Apresentam algum sintoma de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST/Aids)?

SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

- 26) Conhece a política de redução de danos e qual a sua opinião sobre ela?
- 27) Se conhece e o que acha sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil (lei 10.216/01)?
- 28) O que acha sobre internamento (compulsório, involuntário e voluntário) e se há, neste centro de tratamento, alguém nesta situação?

29) Em relação a outras dependências (químicas) como pode classificar a dependência do crack?

30) Gostaria de acrescentar algo mais sobre o que conversamos?

OBRIGADO !!!

APÊNDICE C

ENTREVISTA COM PACIENTES NA ÁREA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

DATA _____ INÍCIO _____ FIM _____

1 Nome da Instituição:

2 Perfil da(o) paciente:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| a) Idade | b) Grau de Escolaridade |
| c) Etnia-raça | d) Classe Social |
| e) Estado Civil | f) Possui filhos(as)? |
| g) Caso afirmativo, mora(m) com você? | |

3) Acontecimentos significativos no grupo familiar

- a) Separação dos pais ?
- b) Morte de um dos genitores ou elemento significativo do agregado ?
- c) Vítima de maus tratos por agressão física (ameaças, escoriações) ?
- d) Vítima de maus tratos por agressão psicológica (expressões orais, queixas sistemáticas, insultos, desvalorização, ...) ?
- e) Vítima de violação, incesto ?
- f) Relação com e entre familiares ?
 - f.1) Como avalia a relação entre os genitores ?
 - f.2) Como recorda as relações entre si e os genitores ?
- g) Modos de abordar os problemas familiares ?
 - g.1) Analisados em momento próprio ?
 - g.2) Discutidos entre os genitores e posteriormente informados os outros elementos ?
 - g.3) Não há conversa regular sobre os problemas e o modo como cada um os vive e sente ?
- h) Clareza na definição de limites: cumprimento ou não de regras e normas ?
- i) Demonstração de interesse dos genitores relativamente à atenção prestada aos problemas; esclarecimento sobre dificuldades ?
- j) Demonstração de afetos entre os adultos e o próprio (envolvimento emocional coerente com os sentimentos expressos pelo filho) ?
- k) Existência de situações de crise ou ruptura ?
- l) Sempre morou no mesmo lugar ?
- m) Motivos pelos quais mudou de local de residência?

4 Percurso escolar e profissional

- a) Que estabelecimentos escolares frequentou?
- b) Em que locais?
- c) Com que idade entrou na escola?
- d) Até que idade frequentou a escola?
- e) Por que abandonou/mudou?
- f) Problemas experimentados?
- g) Como eram os seus comportamentos face à escola?
- h) Sentimentos vividos?

- i) Já trabalhou? Com que?
- j) Como era seu rendimento, antes e depois da droga?
- k) Ainda trabalha?
- l) Por que saiu?

5 Trajetória de consumos

- a) Como iniciou o consumo de drogas ?
- b) Com que idade começou a consumir?
- c) Com que drogas e com que frequência?
- d) Quando começou a consumir o crack e por que?
- e) Durante quantos anos consumiu?
- f) Em que locais costumava consumir ?
- g) Consumia sozinho ou em grupo?
- h) Quem o/a ajudou a aprender a preparar a droga?
- i) Quando experimentou, gostou logo?
- j) Porque continuou?
- k) Chegou a parar alguma vez?
- l) Sabia que era ilegal?
- m) Não tinha medo das drogas?
- n) O grupo ajudou a perder o medo de consumir?

6 Relação com a família

- a) A família sabia que consumia?
- b) Como fez para evitar que a família soubesse?
- c) Tinha medo que descobrissem, porquê?
- d) Alguém da família consumia drogas? Quais?

7 Relação com a droga

- a) Sabia que a droga podia fazer mal?
- b) O que sentia quando consumia?
- c) Como conseguia a droga?
- d) Era fácil ou difícil o acesso às drogas?
- e) Precisava de roubar para ter dinheiro para a droga?
- f) Precisava se prostituir para ter dinheiro para a droga?
- g) Não tinha medo?
- h) Alguma vez foi apanhado(a)?
- i) O que te aconteceu?
- j) Sabia que roubar ou se prostituir podia ser perigoso?
- l) O grupo ajudou a ganhar confiança para roubar/prostituir?
- m) O que lhe pedia o grupo?
- n) Que obrigações tinha para com eles?
- o) O que pensa desse comportamento de roubos/prostituição?
- p) chegou a vender a droga?
- q) O que pensa de quem consome drogas?
- r) E de quem trafica? Acha legítimo?

8. Reflexos do consumo de drogas

- a) Acha que consumir drogas é uma doença ou um comportamento de desvio às normas?
 - b) Já se sentiu discriminada(o) por fazer uso de droga (crack)?
 - c) Já apresentou algum sintoma de doenças sexualmente transmitidas (IST/Aids), relacionado ao crack, (não uso de preservativo) ?
 - d) Já engravidou por causa do uso de crack? Ou conhece alguém?
 - e) Como foi a gestação?
 - f) Teve acesso à rede de saúde pública?
 - g) Onde está a criança?
 - h) Houve caso de perda da Guarda¹¹⁸ dos filhos(as)?
9. Vivência em Comunidade Terapêutica
- a) Em que estado físico e psicológico você chegou aqui?
 - a.1) Antes de vir para esta Comunidade Terapêutica você passou por outro Centro de tratamento, por exemplo CAPS AD?
 - a.2) Como você foi tratado e por que não deu continuidade ao tratamento no CAPS AD?
 - b) Como você descobriu este centro de tratamento?
 - c) Antes de entrar, neste centro de tratamento, você frequentava alguma religião? Qual?
 - d) Qual foi o processo de internamento (voluntário, involuntário ou compulsório)?
 - e) Quanto tempo está internada(o)? (dias/semanas)
 - f) Quantas vezes já foi internada(o)?
 - f.1) Você tem algum tipo de atendimento médico?
 - f.2) Quando tem problemas de saúde como e onde você tratado(a)
 - f.3) Como é feita a medicalização (os remédios);
 - f.4) Foi criada alguma forma de dependência destes remédios?
 - g) Recebe visitas e acompanhamento(a) de familiares?
 - h) Qual a rotina que você desenvolve aqui?
 - i) Como se sente na abstinência? e como lida com a crise?
 - j) Quanto tempo não faz uso de substância psicoativa?
 - k) Como é a forma de diálogo entre os internos? pode se falar sobre a vivência (experiências) anteriores à internação?
 - l) Existe alguma forma de tratamento psicológico?
 - m) Como é a relação entre os profissionais e os internos (residente/ aluno)?
 - n) Nessa relação profissional/interno é desenvolvido algum vínculo de confiança ?
 - o) Existe punição? como ocorre? e por quê?
 - p) Já sofreu alguma violência física ou já foi ofendido?
 - q) Caso positivo quem a praticou?
 - r) como gostaria que fosse o seu tratamento?
 - s) já teve alguma recaída?

¹¹⁸ A guarda destina-se a regularizar a posse de fato da criança ou de adolescente (ECA, art. 33, § 1º, início), mas já como simples situação de fato, mostra-se hábil a gerar vínculo jurídico que só será destruído por decisão judicial, em benefício do menor – criança ou adolescente. Já, judicialmente deferida, a guarda será uma forma de colocação em família substituta, como se fosse uma família natural, de maneira duradoura (ECA, art. 33, § 1º, início), ou será, liminarmente ou incidentalmente, concedida nos procedimentos de tutela ou adoção (ECA, art. 33, § 1º, fim) ou, ainda, atenderá, excepcionalmente e fora dos casos de tutela e adoção, situações peculiares ou suprirá a falta dos pais ou responsável, podendo ser deferido o direito de representação para a prática de certos atos (ECA, art. 33, § 2º). (VENOSA, 2003. p. 329-332)

- t) qual é a sua opinião sobre o internamento compulsório?
- u) qual melhor forma de tratamento contra a droga na sua opinião?

10. Perspectivas e reflexão

- a) Se pudesse voltar no tempo o que faria de sua vida?
- b) O que deseja e espera para tua vida?
- c) Onde se imagina daqui há 6 meses, 1 ano, 5 anos e 10 anos?
- d) Em relação à família (parceiros, ascendentes e descendentes quando houver), o que gostaria de registrar sobre sua experiência até o momento?
- e) Como você vê o teu corpo (feminino/masculino) no contexto da droga (crack)?
- f) Qual a tua visão sobre as pessoas que não fazem uso de drogas?
- g) Algo mais a comentar?

- 11) Gostaria de acrescentar algo mais sobre o que conversamos?

APÊNDICE D
ENTREVISTA COM A SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL (SUPRAD/SJDHDS)

DATA _____;

1) Função/Cargo do profissional:

2) Qual é a missão Institucional?

3) O Estado da Bahia possui todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial previstos na Portaria nº 3088, de 23 Dez 2011?

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

4) Qual deles funcionam e quantos? Existe outro tipo serviço, não relacionado na rede, conveniado ou apoiado pelo Estado? Caso positivo pode informar?

5) A atenção residencial de caráter transitório que são formados pela Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial entre os quais as Comunidades Terapêuticas, poderia explicar a diferença significativa entre eles?

6) Quantas Comunidades Terapêuticas são conveniadas com o Estado da Bahia?

- 7) Quais são os critérios para se firmar o convênio?
- 8) Se há processo licitatório, qual tipo procedimento celebrado?
- 9) Sabe informar total de Comunidades Terapêuticas conveniadas e não conveniadas no Estado da Bahia?
- 10) Quais são os setores que fiscalizam as Comunidades Terapêuticas e como funciona, ou seja, quais os itens avaliados e critérios adotados (Legislação que fundamenta)
- 11) Quais são as formas e valores de financiamento desses serviços (Comunidades Terapêuticas, Unidades de Recolhimento, Fundações, Serviços Residenciais Terapêuticos e outros)?
- 12) As Comunidades de Terapêuticas são filiadas a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)? Há interesse ou não que elas se filiem?
- 13) Existe apoio do Governo Federal para a manutenção dos Serviços das instituições além do Governo estadual?
- 14) Existe alguma condição estabelecida para acolhimento das pessoas?
- 15) Os acolhidos pagam algum valor às Instituições de acolhimento ou ao Governo? Como funciona este financiamento?
- 16) Existe alguma exigência referente à formação dos profissionais e a composição da Equipe Técnica?
 - a) mínimo exigido e especialidades?
 - b) remuneração dos profissionais?
 - c) quantos internos para cada profissional?
 - d) por quem e como é feita a triagem dos internos?
 - e) como é realizado o controle pelo Estado no repasse dos recursos?
 - f) qual é a média de permanência do profissional na instituição e quanto tempo de formados?
 - g) os acolhidos dispõem de laços familiares e possibilidade de suporte social?
 - h) como são mantidos, estabelecidos ou restabelecidos seus vínculos familiares e sociais?
- 17) Existe algum registro de violência sofrido por esses internos(as)?
- 18) Existe algum programa para tratamento da família?
- 19) Qual é média de tempo para o acolhimento, caso vença o tempo de tratamento o/a interno(a) pode permanecer na instituição?
- 20) Como se dá a reinserção (familiar e social)?
- 21) Gostaria de acrescentar algo mais ?

OBRIGADO !!!