

## Vivências em uma comunidade terapêutica

### Experiences in a therapeutic community

### Experiencias en una comunidad terapéutica

Alice Leonardi Pacheco<sup>1</sup>

Universidade Regional Integrada e das Missões – URI

Andrea Scisleski

Universidade Católica Dom Bosco

#### Resumo

O presente artigo tem como objetivo abordar o contexto de uma comunidade terapêutica, suas práticas, limitações e vivências dos usuários de álcool e drogas dentro desse espaço de confinamento, fazendo também uma discussão entre a abordagem da abstinência, vigente na instituição, e a política de redução de danos. As problematizações aqui feitas emergem a partir da experiência vivenciada através de práticas de Psicologia Social que se realizaram na comunidade terapêutica de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Conclui-se que o discurso moral, proveniente tanto da estrutura e da rotina do local quanto das políticas de tolerância zero, produz efeitos nos sujeitos internados. Ademais, a caracterização das comunidades terapêuticas concerne a intervenções que buscam uma espécie de cura pela fé, e não um projeto engajado com um tratamento profissional em saúde para os usuários. *Palavras-chave:* Drogas; Comunidade terapêutica; Abstinência; Redução de danos.

#### Abstract

This article aims to describe the context of a therapeutic community, its practices, limitations and the experiences of users of alcohol and drugs within that internment space, we also discuss the existing approach of abstinence at the institution, and harm reduction policy. The problematizations are made in the Social Psychology practices field, which took place in a therapeutic community located in a small countryside city in Rio Grande do Sul, Brazil. We conclude that the moral speeches, from the structure and routine of that place as also the zero-tolerance policies, produce effects in subjects confined. Moreover, the characterization of therapeutic communities concerns interventions that seek a kind of healing by faith, and not a project engaged with a health professional treatment for addicted people.

*Key-words:* Drugs; Therapeutic community; Abstinence; Harm reduction.

#### Resumen

Este artículo tiene como objetivo abordar el contexto de una comunidad terapéutica, sus prácticas, las limitaciones y las experiencias de los usuarios de alcohol y drogas dentro de ese espacio de reclusión, haciendo también una discusión entre el enfoque de la abstinencia, que prevalece en la institución, y la política de reducción de daños. Las problematizaciones hechas aquí emergen de la experiencia vivida a través de prácticas de Psicología Social, celebrada en la comunidad terapéutica en una ciudad del interior de Rio Grande do Sul, Brasil. Llegamos a la conclusión de que el discurso moral, tanto de la estructura y la rutina del lugar como las políticas de tolerancia cero, produce efectos en sujetos internados. Por otra parte, la caracterización de las comunidades terapéuticas se refiere a las intervenciones que buscan una especie de curación por la fe, y no un proyecto comprometido con un tratamiento profesional de la salud para los usuarios.

*Palabras-clave:* Drogas; Comunidad terapéutica; Abstinencia; Reducción de daños.

#### Introdução

Este artigo discute a abstinência como prática de *tolerância zero*, oriunda da política de *guerra às drogas* proveniente dos Estados Unidos (Rodrigues, 2012), que vem sendo operada pelas políticas públicas brasileiras no que tange ao atendimento em saúde mental para usuários de álcool e drogas, e a perspectiva de redução de danos, a partir de uma experiência de atuação no campo da Psicologia Social, realizada em uma comunidade terapêutica de um município do interior do Rio Grande do Sul.

A comunidade terapêutica em questão oferecia tratamento de internação a usuários de álcool e drogas sob a perspectiva de abstinência.

A partir dessa temática vemos uma proliferação de discursos que se colocam em posições de embate, sendo que alguns se baseiam em informações e dados alarmantes sobre o uso de drogas, defendendo a proposta da tolerância zero; enquanto outros sustentam a ideia de uma prática que pressupõe o autogerenciamento do uso, postulando a redução de danos. Dessa maneira, destacamos alguns desses discursos para discuti-los aqui.

De acordo com De Paula e Pires (2002), a dependência química compromete a vida de aproximadamente 10% da população mundial, remetendo à ideia de que existe uma crescente

Endereço 1: Av. Batista Bonotto Sobrinho, s/n. Santiago – RS.  
CEP 97700-000

expansão do uso da droga e do álcool de forma prejudicial e abusiva. “*O uso de drogas é um fenômeno bastante antigo na história da humanidade e constitui um grave problema de saúde pública, com sérias consequências pessoais e sociais*” (Marques & Cruz, 2000, p. 32). Esses estudos também apontam que o uso de álcool e drogas está cada vez mais disseminado, principalmente entre os jovens. “*Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia esse uso*” (Marques & Cruz, 2000, p. 32). De acordo com essa lógica, está cada vez maior a quantidade e a variedade de substâncias psicoativas disponíveis, o que, por sua vez, reflete-se também na considerável elevação do número de usuários. Proporcionalmente a esses dados existe, ainda, um grande aumento no número de comunidades terapêuticas e centros de recuperação para dependentes químicos, como há uma maior procura por essas instituições (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008).

No entanto, tal colocação sobre as comunidades terapêuticas, que passam a ser tomadas como necessárias de acordo com um discurso proibicionista e pró-abstinência, remete ao esvaziamento da discussão sobre os rumos da Reforma Psiquiátrica no Brasil na atualidade. Se por um lado, hoje vemos o apelo e o sensacionalismo midiático defendendo o encaminhamento de usuários de drogas às comunidades terapêuticas, especialmente por meio de internação compulsória, por outro lado, vemos a insurgência de um modelo de internamento que reedita uma série de questões contrárias à criação de serviços substitutivos à internação, que operam fazendo a manutenção da lógica manicomial através de mecanismos que interdita a circulação de sujeitos tidos como *perigosos*, que é o caso, então, dos usuários de drogas. Ou seja, discute-se o encaminhamento às comunidades terapêuticas, mas não se coloca em debate a falta de implementação de serviços substitutivos em número suficiente para lidar com a questão do uso abusivo de drogas.

Nesse sentido, é fundamental destacar a crítica que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) emite em relação à forma de como os países latino-americanos, especialmente o Brasil, tem utilizado o encaminhamento à internação compulsória e involuntária para o tratamento de álcool e drogas destinado aos dependentes químicos. A própria OMS assinala o retrocesso das políticas brasileiras nesse aspecto, pois a internação tem sido a principal estratégia para lidar com os usuários de drogas, havendo poucas ações no âmbito da prevenção, por exemplo, bem como ao enfatizar a internação, outras formas de tratamento acabam por deixar de ser ofertadas.

É dentro dessa trama complexa que trataremos de discutir alguns impasses e desafios a partir de uma experiência de intervenção no contexto de uma comunidade terapêutica.

### **Inserindo a psicologia social em um espaço de confinamento: possibilidades e desafios**

É possível propor um trabalho em psicologia social dentro de um espaço de internação? É possível trabalhar com psicologia social na medida em que o serviço em questão opera em uma lógica de abstinência? Ou, ainda, seria essa entrada da psicologia social em tal espaço e em tal lógica de atendimento uma forma de *redução de danos* – pois se o sujeito está ali encerrado, discutir essa questão a partir de vivências dos sujeitos em grupo seria uma estratégia de minimizar os malefícios da internação? É a partir dessas questões que propomos, para tanto, analisar a forma pela qual chegamos até uma comunidade terapêutica para o exercício da atuação da prática do psicólogo social.

Em um primeiro momento, quando houve o convite do administrador do local de que houvesse práticas de psicologia na referida comunidade, propomos a modalidade de um trabalho em grupo com os internos. No entanto, diante da questão do confinamento, foi ressaltada a ideia de realizar um grupo com todos os integrantes, mas que eles não precisariam fazer parte dessa atividade caso não desejassem participar.

O grupo foi organizado para acontecer duas vezes por semana durante duas horas; entretanto, normalmente se estendia por mais meia hora, porque quando instigados a falar, os sujeitos traziam muitas de suas questões, histórias de vida e experiências naquela instituição. No grupo, os sujeitos vislumbravam a importância de conversar entre si, compartilhando medos, angústias, expectativas e problemas semelhantes, a partir das trocas de experiências. Os participantes do grupo relatavam que apreendiam o que consideravam importante e que, no grupo, tinham a oportunidade de elaborar e ressignificar a sua própria vivência, através do reconhecimento dos outros e de si.

A nosso ver, os sujeitos tentavam aproveitar ao máximo as discussões grupais para falarem sobre o que tinham vontade, pois fora do grupo não podiam, já que uma norma da instituição proibia-os de falar sobre as vivências anteriores à internação na comunidade terapêutica. Ressaltamos que essa questão remete à abstinência, que não se refere apenas ao uso da droga, mas até mesmo era negado, fora do grupo, expor pensamentos e sentimentos a respeito da droga e qualquer lembrança relacionada à experiência da drogadição.

A questão do uso da droga e do álcool sempre aparecia na fala dos sujeitos, mesmo quando não era suscitada, estava explícita, pois concerne às suas vivências, desde as mais prazerosas até as mais

dolorosas, e principalmente, por ser esse o motivo central que os fez buscarem o tratamento. Todavia, apesar dos integrantes da comunidade terapêutica estar vivendo naquele espaço de institucionalização, praticamente pelos mesmos motivos e com objetivos similares, eles não se davam conta, coletivamente, das semelhanças entre suas histórias de vida e experiências. Ao que parece, seus discursos eram tomados de significações muito particulares e que, apesar das questões em comum, a reflexão oriunda no grupo ocorria individualmente, ainda que a psicóloga interviesse no intuito de apontar aproximações e conexões entre essas histórias. Esse processo que implica na dificuldade de uma reflexão coletiva remete ao âmbito da individualização e mesmo de uma culpabilização pelo uso de drogas, além do bloqueio em visibilizar processos sociais que criam condições para o uso abusivo.

No entanto, a cada grupo, novos questionamentos, discussões e também queixas quanto à instituição apareciam. De certa forma, os sujeitos que compunham o grupo aproveitavam aquele espaço como uma estratégia de enfrentamento ante às restrições e às exigências das normas institucionais. Sob esse aspecto, o grupo, desde o princípio, se configurou como um momento de diferença dentro daquele espaço de confinamento. Apesar de existirem restrições e interdições na instituição sobre diversas questões e em vários momentos, o grupo operava como um espaço para uma certa liberdade para os internos discutirem o que eram pauta de seus interesses. Durante a realização dos grupos, estiveram em tratamento na comunidade terapêutica, durante o período da atividade, aproximadamente nove internos, sendo todos do sexo masculino, tendo como faixa etária de dezoito a trinta anos, com predominância de sujeitos de baixa renda, em situação de vulnerabilidade social e com baixa escolaridade.

#### **As comunidades terapêuticas como instituições totais**

As comunidades terapêuticas propõem internação em tempo integral, por isso, além de apresentarem-se como locais de confinamento, também podem ser consideradas *instituições totais*. Conforme Erving Goffman (2001, p.11) “*uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada*”. As instituições totais não permitem qualquer contato entre o indivíduo internado e o mundo externo, a fim de que o sujeito internalize totalmente as regras e as normas institucionais e incorpore-as ao seu processo de *aprendizagem* (Goffman, 2001).

Com relação às exigências e às normas, cada sujeito possuía uma tarefa diária predeterminada

naquela comunidade, que envolviam em sua rotina cuidar dos animais, cuidar da horta, fazer artesanato, cozinhar ou lavar as roupas. Rezar, uma vez que as orações eram realizadas, em média, seis vezes por dia; estudar a Bíblia, no mínimo, uma vez por dia e antes de completarem oito meses de internação. Além disso, os sujeitos só poderiam sair da instituição acompanhados pelos administradores, pois após esse prazo, poderiam ir para casa somente aos finais de semana.

Quanto às restrições da instituição, citamos que não havia televisão, aparelho de som, rádio ou internet no local; o computador só poderia ser utilizado pelos administradores; o recebimento de visitas e ligações dos familiares ocorria mensalmente. Ressaltamos que uma das principais normas da instituição referia que os internos não poderiam falar sobre suas experiências como usuários de álcool e drogas fora do espaço de grupo, era proibido, inclusive, tomar café, pois existia a crença de que a cafeína poderia suscitar a vontade de fumar - o que também era interdito.

Nesse caso, vemos que a proposta em questão trata-se de algo ainda mais repressor do que a ideia de abstinência, pois o que está em questão é uma *renúncia de si*. Foucault (2004) fala sobre a *renúncia de si* como um dispositivo proposto pelo Cristianismo, que se caracteriza como uma nova concepção de subjetividade e de experiência ética. A renúncia de si concerne a uma direção de consciência voltada para a salvação, que está calcada na obediência e na abdicação completa da vontade, de maneira que “*não haja outra vontade senão a de não ter vontade*” (Foucault, 2004, p. 181). De acordo com o filósofo francês, o Cristianismo inaugurou a renúncia de si como um paradoxo, em que conhecer a si mesmo constitui uma via para renunciar às vontades do sujeito.

Outra restrição institucional é que os internos da fazenda não podem ter acesso a relógios, porque segundo os administradores, se tivessem relógios eles ficariam ansiosos, controlando as horas e o tempo. A partir disso, podemos pensar no quanto essas regras do local acabam subjetivando os sujeitos em seu tratamento, pois o que é realizado vai além de uma reabilitação, posto que trata de uma verdadeira reforma subjetiva, uma *reforma do sujeito*. Sobre esse aspecto, Goffman (2001) ressalta que existe um contraste entre a vida familiar e a vida nas instituições totais, pois nessas instituições há uma série de regras e normas de comportamento que tentam promover uma mudança cultural nos indivíduos, que passarão a conformar-se a uma nova realidade, apartada do meio social.

Práticas como cobrança de trabalho e vigilância constante, visando disciplina e obediência, são muito utilizadas na instituição, que possui administradores e coordenadores representando figuras de poder que desempenham as funções de orientar e disciplinar,

mas ao mesmo tempo, também controlam e vigiam o comportamento dos sujeitos, produzindo assim, uma *docilização* dos indivíduos. Para Foucault (1987), a docilização do corpo – efeito da tecnologia disciplinar – tem uma vantagem social e política, pois ela torna os corpos produtivos. Pensamos que a disciplina e a vigilância são dispositivos destinados a educar – e a adestrar – as pessoas para que essas cumpram normas, leis e exercícios. O objetivo dessa docilização é a sujeição dos corpos a uma lógica normatizadora. Além disso, a vigilância é uma maneira de se observar a pessoa, se está realmente cumprindo com todos seus deveres; é um poder que atinge os corpos dos indivíduos, seus gestos, seus discursos, suas atividades e sua subjetividade.

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, 1987, p. 119).

As pessoas ocupam posições desiguais na hierarquia da instituição exercendo cargos e funções diferenciados. Na comunidade terapêutica em questão, existem os administradores, que se encontram no topo da hierarquia chefiando a instituição; os coordenadores, que gerenciam as atividades diárias; os obreiros, que são internos que após estarem certo tempo na instituição (e demonstrando disciplina) têm seu encargo elevado, passando a ter a responsabilidade também de vigiar os outros internos com menos tempo de confinamento e obtêm algumas regalias, como, por exemplo, mais dias de visita, mais passeios à cidade, o direito de dormir em quarto separado, entre outros; e, na base da ordem hierárquica, estão os sujeitos internados, que na comunidade terapêutica, são chamados de *alunos* antes de ascenderem a obreiros.

A instituição da religião, que é a que regula as relações do homem com a divindade, divindade sobrenatural para uns ou imanente à vida terrena para outros, mas com respeito à qual existe toda uma série de comportamentos indicados e toda uma série de comportamentos contra-indicados (Baremlitt, 2002, p. 29).

O discurso religioso encontra-se tão perpetuado na instituição que os próprios sujeitos se referem uns aos outros através do termo *irmãos* e quando falam sobre a recuperação da dependência química utilizam a palavra “*alvação*” para designar a cura que buscam através do tratamento pela fé. Outra questão que também chama a atenção é a faixa etária desses sujeitos, que têm entre dezoito e trinta anos, caracterizando uma procura desse serviço por pessoas jovens, que em sua maioria possuem um tempo de drogadição bastante significativo, desde a

infância ou adolescência. Ademais, a internação nessa comunidade terapêutica é exclusiva para pessoas do sexo masculino, maiores de dezoito anos, devido a ideia de que “misturar” homens e mulheres em uma instituição pode acabar gerando relações amorosas e sexuais entre os internos, o que atrapalharia na recuperação, segundo às normativas institucionais. A não permissão de menores de idade na instituição é justificada pelo fato de os administradores não estarem dispostos a lidar com as implicações legais que tal responsabilidade requer.

A proibição das relações amorosas remete à questão da cura pela fé nos princípios cristãos, que pregam que os relacionamentos não podem ser homossexuais e que o sexo entre homens e mulheres somente pode acontecer após o casamento. Assim, também deve haver essa abstinência, essa renúncia das relações sexuais durante o período de internação, exceto se o sujeito internado for casado. Mais uma vez, constatamos que, desse modo, a abstinência em questão não concerne apenas à droga, mas é uma *renúncia de si* mais ampla, exatamente nos pressupostos de um Cristianismo ortodoxo aplicada ao tratamento da dependência química.

Retomando Foucault (2004), em *A Hermenêutica do Sujeito*, curso proferido em 1982 no Collège de France, aborda a terminologia *renúncia de si* referindo que na ascese cristã, os sujeitos têm o cuidado de si em busca de uma purificação, para que assim possam abdicar de si mesmos e encontrar a salvação. Essa renúncia de si também seria uma forma de abstinência, que visa o tratamento pela fé.

No que concerne à atual concepção de abstinência, a mesma corresponde à lógica da maioria dos serviços de saúde, ocasionando a culpabilização do usuário de álcool e drogas, mas ao mesmo tempo, relaciona-se à proposta do Cristianismo, que utiliza a fé religiosa como um dispositivo de cura e aponta que as pessoas precisam abster-se para encontrar a salvação. No caso da instituição em questão, destacamos que o projeto terapêutico – apesar de chamar-se comunidade terapêutica – não existia, uma vez que tudo era administrado pelo saber religioso, sem qualquer vinculação a um saber médico, psicológico, pedagógico ou de assistência social. O mais próximo a isso dizia respeito aos acontecimentos do grupo coordenados pela psicóloga vinculada à universidade local. Diante desse cenário, é importante questionarmos sobre o que se tem produzido em lugares como esses, já que vemos, como apontado no início do texto, no Brasil uma proliferação crescente dessas comunidades e um esvaziamento das discussões favoráveis à Reforma Psiquiátrica.

Retomando a questão da lógica religiosa presente nas comunidades terapêuticas, um pensamento de Foucault (2004) é importante de ser colocado, uma vez que o filósofo francês observa que os cristãos tinham a ideia de que é preciso buscar Deus para poder

se conhecer e depois renunciar a si mesmo, em busca de uma purificação. Essa relação entre o tratamento da dependência química e a religião está explícita na comunidade terapêutica, que concebe a fé cristã como um instrumento de *cura*.

Apesar da internação naquela comunidade em questão ser voluntária e os sujeitos poderem abandonar o local no momento que desejarem, tais sujeitos somente são considerados aptos a retornar ao convívio social, segundo as regras da instituição, quando completarem um ano morando na comunidade. Sendo assim, a *alta* é dada exclusivamente após um ano de internação, desprezando o processo de recuperação pessoal de cada um. Desse modo, não existe uma perspectiva de *cura* diferenciada nas políticas adotadas pela instituição, o que existe é um padrão de cura para todos estipulado meramente pelas próprias normas institucionais.

Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003, p. 10).

Além disso, as medidas de cura e salvação, pautadas no caso em questão pela lógica da abstinência, da obediência e da renúncia de si, contrastam com as políticas da redução de danos. As estratégias que vimos na referida comunidade evidenciam que a cura está diretamente relacionada à abstinência, que exige do usuário o abandono completo da droga antes mesmo do início do tratamento, o que vem de encontro à proposta da redução de danos. Esta, por sua vez, constitui um modelo de abordagem mais flexível e pragmático, visando minimizar as consequências adversas do uso abusivo de substâncias psicoativas, sem necessariamente almejar – e exigir – a cura total do usuário. Nesse caso, a ideia é propor um autogerenciamento do uso da droga. Assim, a redução de danos não impõe a total eliminação do uso de álcool e drogas, enquanto a abolição do consumo é uma exigência das políticas de abstinência.

### **Lidando com as implicações do uso e abuso de álcool e drogas**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), uso nocivo é um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde, podendo ser esse de natureza física ou mental. Dessa maneira, nem todo o uso de drogas configura-se como abusivo e nem todo o usuário pode ser considerado viciado. Essa perspectiva vem de encontro à abordagem da abstinência que combate todo e qualquer consumo de drogas, contrariamente à redução de danos, que

propõe cuidados na direção de uma saúde possível, sem que necessariamente haja a interrupção do consumo (Rigoni, 2006).

De modo geral, o dependente químico em recuperação, quando para de usar a droga apresenta a síndrome de abstinência, que pode causar diversos sintomas, tais como ansiedade alteração do humor, agressividade, angústia, irritabilidade, tensão, desorientação no tempo e no espaço, convulsões, medo, confusão mental, dificuldade de concentração, lapsos de memória, insônia, pesadelos, alucinações, delírios, dor de cabeça, sudorese, dores musculares, tremores, fadiga, oscilação na pressão arterial, taquicardia, febre, náuseas, entre outros. Tais sintomas podem persistir por horas, dias e até meses após o início do tratamento. (Focchi, Leite & Scivoletto, 2001). O que se percebe é que as comunidades terapêuticas, em geral, têm bastante dificuldade em lidar com esses sinais e sintomas, pois frequentemente não trabalham utilizando medicações, nem contam com o acompanhamento de um profissional da saúde – isto é, não são efetivamente terapêuticas já que essas instituições focalizam unicamente no trabalho, na disciplina e na fé, majoritariamente.

Focchi, Leite e Scivoletto (2001) ressaltam que “*por aumentar o risco de recaída, a ‘fissura’ originada pela interrupção do uso da droga justifica o emprego de agentes específicos no tratamento da abstinência*”. Por isso, é fundamental a criação de estratégias que possibilitem a redução da síndrome de abstinência – e a própria lógica da abstinência – nos serviços de atenção a usuários de álcool e drogas, ou seja, meios que visem minimizar a *fissura* pela droga durante o tratamento. Em contraposição à tolerância zero, Oliveira e Nappo (2008) afirmam que os programas de redução de danos são estratégias eficientes para diminuir a dependência pela droga e os demais sintomas associados à síndrome de sua abstinência, o que possibilitaria, a longo prazo, a reintegração sócio-laboral do usuário e minimizaria as implicações de vida associadas ao uso compulsivo.

Outra problemática essencialmente preocupante é a estigmatização sofrida pelos usuários de álcool e drogas, que constitui um processo produzido socialmente a partir de conotações moralizantes e mistificadoras. A estigmatização social acarreta na desvalorização do sujeito a quem o estigma é dirigido. O preconceito contra os usuários de álcool e drogas é algo que ainda está muito presente em nossa sociedade, que recrimina, condena e rotula-os de delinquentes e criminosos.

Sobre esse tema, Goffman (1988) identificou o estigma como um importante signo de controle social usado para marginalizar certos sujeitos, que implica uma intolerância grupal; o sujeito estigmatizado é aprisionado sob a fixidez do olhar do outro. A palavra *estigma* está relacionada ao conceito de sinal, marca, indicador, impressão ou cicatriz. O estigma aponta a

inferioridade de um sujeito ou grupo e assinala que esse sujeito estigmatizado deve ser rejeitado por possuir atributos desprezíveis. Desse modo, o estigma que existe perante a drogadição tenta enfatizar que há, sim, diferenças entre os usuários de drogas e os sujeitos *normais*, segregando os usuários e tratando-os como criaturas indignas e repulsivas.

Os próprios internos da comunidade terapêutica relataram que se sentiam discriminados pelas pessoas, até mesmo pela própria família, por serem usuários de drogas e o quanto isso afetava a vida pessoal e profissional deles. Uma situação marcante foi quando um dos sujeitos participante falou sobre sua vivência de ter sido demitido do emprego quando o seu rótulo de “drogado” chegou ao conhecimento do chefe. Também mencionaram que jamais serão vistos novamente pela sociedade como pessoais “normais”, pois o estigma de *ex-viciado* prevalecerá pelo resto de suas vidas; eles pensam que sempre serão tratados com desconfiança, independentemente do que vierem a fazer.

Na maioria das vezes, a dependência química causa grande sofrimento tanto ao dependente quanto aos seus familiares, amigos e pessoas próximas, porque suas atividades e seu círculo social tornam-se, cada vez mais, associados ao uso da droga surgindo, então, problemas de natureza familiar, sociais, legais, financeiros, físicos e psicológicos (Góis & Amaral, 2009). Diante desse contexto de desespero, angústias e dor, muitos usuários e/ou familiares acabam procurando uma comunidade terapêutica, sem, contudo, pensar no tipo de tratamento que é efetivamente ofertado ali.

### Abstinência X Redução de danos

As comunidades terapêuticas, também chamadas de fazendas, sítios ou centros de recuperação, são ambientes de tratamento da dependência de substâncias psicoativas bastante divulgados, especialmente pela mídia, na atualidade. Essas instituições propõem fomentar uma reforma subjetiva e pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais em termos estritamente religiosos, oferecendo uma forma de ajuda no processo de recuperação das pessoas. Contudo, tais instituições tratam a dependência química de forma radical, através do discurso da abstinência total e, mais do que isso, propõem uma espécie de *renúncia de si*.

“Existem duas posturas básicas diante do problema do uso e abuso das substâncias psicoativas: a tradicional, ou ‘guerra às drogas’, e a redução de danos” (Moreira, Silveira & Andreoli, 2006, p. 809). Como mencionamos anteriormente, essa comunidade terapêutica, assim como muitas outras, atua sob a perspectiva de abstinência, ou seja, “guerra às drogas”, sem questionar o que os participantes pensam a respeito dessa prática.

A redução de danos se constitui como estratégia

que incentiva a busca por uma saúde possível para usuários de drogas e seus familiares, servindo como instrumento de luta pela garantia de seus direitos. Por ser um conjunto de medidas para minimizar os danos decorrentes do uso/abuso de drogas, sem que haja, necessariamente, uma diminuição do consumo, tais ações possuem como princípio o respeito à “liberdade de escolha”, pois nem todos os usuários conseguem ou desejam abster-se do uso de drogas (Nardi & Rigoni, 2009, p. 382).

Quanto à abstinência, está explícito na fazenda terapêutica que o usuário precisa manter distância de qualquer droga, mesmo que no discurso, independentemente se lícita ou ilícita. Referimos-nos a essa questão usando a palavra “distância” porque é exatamente nesse lugar que eles estão, em um território apartado, como os próprios integrantes falam: “estamos longe do mundo”. Segundo Goffman (2001), o “*caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico*” (p.16). Sendo assim, grande parte das comunidades terapêuticas encaixa-se apropriadamente no conceito de instituições totais, devido ao seu espaço físico, à sua localização espacial, pela lógica de seu funcionamento e regras.

Aludimos que os internos da fazenda mantêm distância tanto de drogas ilícitas, quanto de substâncias lícitas, porque, como já foi citado anteriormente, a estratégia da instituição consiste em os usuários não falarem sobre suas vivências na drogadição e, mais ainda, de preferência, não lembrando de suas vidas antes da internação para não pensar nos seus passados.

Na realidade, a redução de danos apresenta um discurso diferente da maioria das propostas hegemônicas que tendem a manter o uso de drogas no lugar de marginalização, pois as estratégias moralistas e legalistas, no fundo, “*reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade*” (Brasil, 2003, p. 7). Apesar de muitas políticas públicas sobre drogas no Brasil remeterem, no papel, à proposta da abordagem da redução de danos, diversas instituições operam efetivamente no exercício da defesa da lógica da tolerância zero, celebrando a abstinência, ainda que fora do âmbito do restrito universo das comunidades terapêuticas.

A estratégia da redução de danos sociais às políticas de saúde mostra-se como uma alternativa interessante, porque além de não ser repressora quanto à abstinência que reprime completamente o sujeito, a redução de danos auxilia na inserção do sujeito na sociedade e lhe permite trocar a droga por algo que também vai lhe proporcionar prazer. “*É melhor reduzir os danos, ao invés de tentar eliminá-los por completo*” (Fonseca & Bastos, 2005, p. 289).

A redução de danos parte do princípio de que as drogas fazem parte do mundo do usuário, por isso atua diminuindo seus efeitos mais nocivos em vez de simplesmente recriminá-los. Para Moreira, Silveira e

Andreoli (2006, p. 813):

A proposta da redução de danos permeia todos os aspectos do trabalho no campo do uso e abuso de substâncias psicoativas, focando o indivíduo como um todo, a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável.

A política de abstinência, adotada pela comunidade terapêutica, é uma abordagem moralista e intolerante, que espera que o sujeito abandone apenas por seu esforço e fê totalmente o vício. Provavelmente decorra disso o fato de que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2003), o nível de adesão aos tratamentos pautados na abstinência seja baixo e pouco contribua para a inserção social do usuário. “Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças” (Brasil, 2003, p. 8).

A perpetuação das práticas em prol da abstinência já mostra seus efeitos: estigma, reincidência e, acima de tudo, ineficácia (Scisleski, 2006; Scisleski, Maraschin & Silva, 2008), uma vez que intervir apenas na proibição da vontade do sujeito não promove outras possibilidades e alternativas possíveis à construção de sua autonomia e de suas escolhas de vida. A nosso ver, a abstinência é uma abordagem hegemônica, que propõe a eliminação completa do consumo de drogas e parte de uma lógica culpabilizante e discriminalizante, desresponsabilizando o indivíduo por suas escolhas e produzindo a segregação dos usuários de álcool e drogas.

A redução de danos é uma opção mais inclusiva, que incentiva formas de auxílio, cujo principal objetivo não é abolir o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das drogas, sejam eles de natureza biológica, econômica ou social (Moreira, Silveira & Andreoli, 2006). A estratégia da redução de danos está calcada no respeito ao indivíduo e à sua possibilidade de administrar o consumo de drogas.

Ao invés de abordar a dependência química por um viés de culpabilização pela doença, é preciso levar em conta a responsabilização pelo uso da droga, pelo tratamento, e principalmente, pelo processo de estar em recuperação. Segundo Rigoni (2006), é necessário que se busquem outros modos de intervenção para lutar contra as possíveis implicações do abrandamento ou inexistência da responsabilidade do usuário sobre o que lhe acontece, minimizando os estigmas sociais e a repressão social que lhe acarreta.

Nesse sentido, a proposta da redução de danos está diretamente vinculada à idéia de responsabilização, pois essa abordagem conduz a uma maior liberdade de ação e reflexão, além de incentivar que o usuário de drogas tenha o controle de si, assumindo as responsabilidades pelas possíveis consequências

de seus atos e de suas escolhas. “A idéia veiculada pela redução de danos não seria de “salvar”, mas de resgatar possibilidades para que a própria pessoa assuma as responsabilidades por suas escolhas, sejam elas quais forem” (Rigoni, 2006, p. 104). Por isso, a redução de danos também é uma postura ética que permite que o sujeito decida sobre seu próprio corpo, sua própria vida e seu destino.

É interessante ressaltar isso, posto que no grupo, os sujeitos mencionaram algumas vezes que precisavam começar a se responsabilizar por seus comportamentos, porque até então tinham o hábito de culparem aos outros por suas próprias atitudes e atribuíam aos amigos, familiares e, até mesmo aos traficantes que lhes vendiam as substâncias psicoativas, a escolha pelo uso da droga.

Devido à problemática da dependência química ser considerada um grande desafio na contemporaneidade, se torna cada vez mais imprescindível também a descriminalização do uso de drogas como política de redução de danos e tratamento de dependentes. Essa prática justifica-se devido à sua importância pelo fato de viabilizar modificações no imaginário em torno do uso e do usuário de drogas e na forma de abordar o problema das drogas (Burgierman, 2011). O mais viável seria pensarmos na redução de danos como forma de tratamento, porque a mesma configure-se como uma opção, pois atua transformando a realidade do usuário de drogas na passagem de uma situação de estigmatização social para uma posição de sujeito que legitimamente possui desejos, escolhas e vontades singulares.

### Considerações finais

A concepção criminalista e condenatória a respeito dos usuários de álcool e drogas parece provir de modelos de pensamento retrógrados e moralistas, que se cristalizaram na sociedade, tomando a proporção de valores centrais. Segundo Moraes (2001), a criminalização contravém direitos legais, pois pressupõe cidadãos sem controle e sem autonomia para avaliarem seus cursos de ação. Consequentemente, é discriminatória, já que não proíbe o uso de outras drogas tão ou mais danosas do que as substâncias ilícitas.

A descriminalização da droga e a extinção dos estigmas e preconceitos contra os usuários de álcool e drogas são processos que se conectam simultaneamente, uma vez que a criminalização do usuário situa-se, através de uma perspectiva médico-psiquiátrica, legalista e religiosa, na abordagem do uso da droga como crime e/ou como pecado, associando a figura do usuário de drogas à imagem de criminoso e imoral, perpetuando a estigmatização social.

É relevante que sejam implantadas novas políticas e ações que visem minimizar o impacto do estigma que existe acerca do usuário de álcool e drogas. Tal

estigma social faz parte, inclusive, de uma maneira de tratar o dependente químico pelos próprios serviços de saúde (Rigoni, 2006), que por vezes lidam com a questão do uso abusivo de drogas a partir de uma visão moralista e preconceituosa. Conforme Ronzani e Furtado (2010):

A atribuição moral e a culpabilização/acusação do usuário por parte da população e em especial por parte dos profissionais de saúde podem criar barreiras na qualidade do cuidado em saúde, que levam à exclusão e ao calvário de alguns usuários dos serviços de saúde. Por essa razão, é preciso de estratégias que visem a mudança de atitudes, conhecimento e habilidades dos profissionais sobre os usuários de álcool e outras drogas (p. 331).

Desse modo, as reflexões sobre o uso de drogas e a redução de danos na sociedade atual são cruciais, pois é fundamental a difusão de idéias, como o respeito à liberdade de escolha, a ruptura com a criminalização do usuário, a ampliação da definição de drogas e a desconstrução do conceito de uso como sintoma, para que dessa forma haja uma ampliação das práticas de modo a possibilitar outras estratégias, já que a repressão e a abstinência não tem produzidos efeitos sociais consoantes com o projeto de cuidado e de humanização de que fala o próprio Sistema Único de Saúde, o SUS (Lei Federal 8080/1990). Mais do que isso, torna-se imprescindível uma mudança nas ações e estratégias voltadas para as políticas antidrogas, já que muitas delas trazem a redução de danos em discurso, mas ainda há um grande hiato para a implementação enquanto prática efetiva. Dessa maneira, ainda estamos diante de uma produção de usuários tomados em uma relação de dependência e abdicação de escolhas de suas vidas.

### Referências bibliográficas

- Baremblyt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5a ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.
- Burgierman, D. R. (2011). *O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas*. São Paulo: Editora Leya Brasil, pp. 288.
- De Paula, W. K., & Pires, G. S. P. (2002). *Viver livre das drogas*. Florianópolis: Letras Brasileiras.
- Fochi, G. R. A., Leite, M. C., & Scivoletto, S. (2001). *Utilização do agonista dopaminérgico pergolida no tratamento da "fissura" por cocaína*. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 23(4), 188-194.
- Fonseca, E. M., & Bastos, F. I. (2005). Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: Acselrad, G. (org.) *Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e Punir: História da violência nas prisões* (33a ed., R. Ramallete, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- \_\_\_\_\_. (2004). *A Hermenêutica do Sujeito* (M. A. Fonseca & S. T. Muchail, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos* (D. M. Leite, trad.). São Paulo: Perspectiva.
- Gois, M. M. A. & Amaral, J. H. (2009). *O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências sociais e econômicas*. In: Intertemas: Revista da Toledo. Presidente Prudente, SP: Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 5(5).
- Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). *O adolescente e o uso de drogas*. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 22(2), 32-36.
- Morais, P. C. C. (2001). *Drogas: criminalização, alternativas e tendência legislativa brasileira*. Belo Horizonte: Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública. Recuperado em 28 de novembro de 2011, de [http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/artigos\\_publicacoes/art\\_drogas\\_criminalizacao.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/artigos_publicacoes/art_drogas_criminalizacao.pdf)
- Moreira, F. G., Silveira, D. X., & Andreoli, S. B. (2006, julho/setembro). *Redução de danos e uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde*. In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 11(3), 807-816.
- Nardi, H. C., & Rigoni, R. Q. (2009). *Mapeando programas de redução de danos da região metropolitana de Porto Alegre*. Cadernos de Saúde Pública, 25(2), 382-392.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008). *Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 42(4), 664-671.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Principles of drug dependence treatment*. United Nations, Office on drugs and crime. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf). Acesso em 09 de setembro de 2013.
- Raup, L. M., & Milnitsky-Sapiro, C. (2008). *A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 24(3), 361-368.
- Rigoni, R. Q. (2006). *Assumindo o controle: organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Rodrigues, T. (2012). *Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra*. Contexto Internacional, vol.34, n.1, pp. 9-41.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). *Estigma social sobre o uso de álcool*. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 59(4), 326-332.
- Scisleski, A. C. C. (2006). *Entre se quiser, saia se puder: os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Scisleski, A. C. C., Maraschin, C., & Silva, R. N. (2008, fevereiro). *Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica*. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24(2), 342-352.

Recebido: 26/04/2013

Última revisão: 10/09/2013

Aceite final: 20/09/2013

Sobre os autores:

**Alice Leonardi Pacheco** - Psicóloga, graduada em Psicologia na Universidade Regional Integrada e das Missões – URI/Santiago, RS-Brasil.  
E-mail: [alice.leonardi@hotmail.com](mailto:alice.leonardi@hotmail.com)

**Andrea Scisleski** - Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Doutorado-sanduiche em Goldsmiths College/Universiy of London. Professora da Universidade Católica Dom Bosco.  
E-mail: [ascisleski@yahoo.com.br](mailto:ascisleski@yahoo.com.br)