

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Priscila Farfan Barroso

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA DE ESTADO: uma análise
sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul

Porto Alegre
2020

Priscila Farfan Barroso

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA DE ESTADO: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado em Antropologia Social.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Daniela Riva Knauth

Porto Alegre
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Barroso, Priscila Farfan

Comunidades Terapêuticas como política de Estado:
uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado
nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul /
Priscila Farfan Barroso. -- 2020.
196 f.

Orientador: Daniela Riva Knauth.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Drogas. 2. Saúde Mental. 3. Comunidades
Terapêuticas. 4. Políticas sobre drogas . 5. Políticas
de saúde. I. Knauth, Daniela Riva, orient. II.
Titulo.

Priscila Farfan Barroso

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA DE ESTADO: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado em Antropologia Social.

Orientadora:
Prof.^a. Dra. Daniela Riva Knauth

Banca examinadora:

Prof.^a. Dr.^a. Patrice Schuch - UFRGS

Prof.^a. Dr.^a. Zulmira Borges - UFSM

Prof.^a. Dr.^a. Taniele Rui - UNICAMP

Aprovado em 13 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, de modo geral, àqueles que confiaram no meu trabalho, me oportunizaram a realização do doutorado e me incentivaram a ir mais longe. Destaco abaixo alguns nomes que não poderia deixar de citar porque foram fundamentais durante os últimos quatro anos.

Agradeço a Profa. Daniela Riva Knauth por me acolher tanto profissionalmente como afetivamente. Sempre me estimulando a buscar novos desafios e acreditando no meu potencial. É uma grande honra conviver contigo e estudar temas tão desafiantes. Aproveito também para agradecer aos professores e colegas do Núcleo de Pesquisa Saúde e Gênero (SAGE) da UFRGS, pelas trocas acadêmicas e de vida. Destaco a Profa. Andréa Leal pela confiança, atenção e investimento em mim; Flávia Pilecco, Bruna Hentges e Bruno Kauss, pela parceria em diversos momentos; Rafael Steffens, Jonatan Pereira e Izabela Espíndula, por tornar o cotidiano de estudos mais interessante e divertido; e os demais participantes do núcleo que contribuíram com análises dos trabalhos apresentados e pela companhia durante as pesquisas realizadas.

Agradeço à banca, Profa. Taniele Rui, Profa. Patrice Shuch e Profa. Zulmira Borges, que aceitaram a participação, leram a tese com atenção e contribuíram muito para lapidar a obra.

Ainda no âmbito acadêmico, agradeço aos professores e colegas da UFRGS com quem pude aprofundar as aprendizagens antropológicas e amadurecer o projeto de pesquisa. Para retomar as raízes, agradeço à Ana Luiza Carvalho da Rocha e à Cornelia Eckert por terem plantado a semente do doutorado em mim desde a época da Iniciação Científica. Ao Ruben Oliven, Ceres Victora, Carlos Steil, Isabel Carvalho e mais uma vez à Patrice Shuch, pelas disciplinas ministradas, em que pude discutir as ideias sobre a pesquisa e conhecer ferramentas analíticas para interpretar os dados do trabalho de campo. À Claudia Fonseca e à Sandra Torossian, que analisaram o texto e propuseram questões relevantes durante a banca da qualificação. À Rossana Kosciuk e à equipe da secretaria do PPGAS, que sempre estiveram atentos às minhas demandas. Aos colegas do PPGAS, especialmente Izabella Bosisio, Tatiane Muniz, Helena Fietz, Marco Antonio Poglia e, ultimamente, Júnior Abalos, que colaboraram em inúmeros momentos da pesquisa, em eventos acadêmicos e com longos café reflexivos.

A maior oportunidade da minha vida foi, sem dúvida, a realização do Doutorado Sanduíche em Paris, na França. Além das professoras e alunas já citadas que colaboraram durante o processo no Brasil, agradeço ainda à Profa. Fernanda Ribeiro, que também avaliou o projeto enviado. À Rose Feijó, pelos auxílios diversos e dicas sobre a vida parisiense. A Fabien Oliven, que me ajudou a estudar para passar na prova da Aliança Francesa. À Fabiela Bigossi, que me recepcionou em Paris, me convidou para dar aula na Universidade Paris-Nanterre, apresentou lugares e coisas lindas, leu a minha tese com atenção e ainda me conquistou com sua amizade sincera. A Renato Ribeiro, Mariana Finello e Diego Domingos, pela parceria em terras estrangeiras.

Já na França, agradeço o acolhimento do Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Sociétés (CERMES 3) durante oito meses de estadia. Especialmente à Profa. Sylvie Fainzang, com quem me orgulho de ter trabalhado, por colaborar na reflexão da pesquisa de doutorado, por me estimular a participar de eventos acadêmicos no país e por garantir um espaço físico no prédio para que eu pudesse trabalhar com qualidade. Agradeço aos

professores Laurence Simmat-Durand, Olivier Martin, Marie Jauffret-Roustide, Jean-Paul Gaudillière e Didier Fassin, por permitirem acompanhar suas disciplinas. Agradeço aos estudantes, como os brasileiros Luiz Villarinho, Alila Brossard, Koichi Kameda, Gabi Victa, Eliza Toledo, Laís Geiser e Matheus Duarte, que tornaram o inverno parisiense mais quente; aos colegas estrangeiros, como Stéphanie Mahamé, Laura Duprat, Adriana Munoz, Laura Barbier, Samea Hassin, Shiori Nosaka, Lucile Ruault, Andy MacDowell e Pierre Robicquet, que fizeram os almoços no restaurante universitário serem mais saborosos; aos colegas de estudos sobre drogas, como Iris Condamine-Ducreux e Florent Schmitt, que me apresentaram suas pesquisas e me levaram aos territórios de cenas de uso de drogas e serviços de saúde em Paris. E agradeço especialmente a mon fréro Vincent Schlegel pelo entrosamento social, pela disponibilidade acadêmica e pela descontração partilhada no bureau.

Agradeço à CAPES pela bolsa de Doutorado e pela bolsa de Doutorado Sanduíche, que me permitiram ter o anthropological blues ao me dedicar inteiramente à pesquisa acadêmica e ao rigor científico. Desejo que outras pessoas continuem tendo as mesmas oportunidades de financiamento que tive!

Agradeço imensamente aos interlocutores da pesquisa que tornaram a tese possível e potente para discussão sobre políticas sobre drogas. Através da etnografia, pude, de fato, compartilhar vivências e ideias-chave para compreender o mundo das CTs. Destaco os Conselhos de Políticas sobre Drogas do RS, que aprovaram a minha participação nas reuniões; a Secretaria Estadual de Saúde, que aceitou minha companhia durante suas diferentes atividades; e as federações estaduais de CTs, que me acolheram como parte da equipe.

Agradeço a amigos e amigas que compreenderam as minhas ausências e angústias, mas também aproveitaram nossos encontros curtos durante a tese. Destaco meus colegas de estudos sobre drogas, como Jardel Loeck, Bia Brandão, Matheus Caracho e Maria Paula Santos, com quem pude trocar ideias, informações e reflexões preciosas; as amigas gaúchas Emília Pons, Carine Zambonato, Talita Eger, Clara Dias e Carol Verde, pelas conversas profundas, pelos estímulos de vida e pela esperança na carreira profissional; o amigo Gustavo Mansur, por compreender minha vida acadêmica e apoiar minhas decisões.

Agradeço aos profissionais que colaboraram nessa caminhada. À psicóloga Juliana Vieira, que me ajudou a enfrentar meus medos, descobrir meus limites e tornar as coisas mais simples e menos ansiosas. À Ellen Garber, que revisou todo o material deixando a leitura mais redonda. À Izabella Bosisio, que afinou ainda mais a obra para permitir maior fluidez aos leitores.

Agradeço aos meus familiares, que, mesmo morando longe, compreendem minhas ausências e vibram pelas minhas conquistas. Agradeço ao meu pai que fez tudo o que podia por mim e à minha mãe que fez além do que ela podia por mim.

“Despertar para a vida”

Composição: Marcus Picada

*Um dia quando acordei e em frente ao espelho me olhei,
E pensei esse aqui não pode ser eu.
Estava um dia tão frio, senti meu coração tão vazio,
Como se a vida parecesse não existir.*

*Meu Deus como pode alguém estar destruindo sua vida,
se foi a coisa mais linda que você nos deu.
Sai correndo pelas ruas, estava tão desesperado,
Será que alguém pode me ajudar?*

*Mas como alguém pode me ajudar,
se nem amigos mais tenho pra me acompanhar,
E a minha família, em mim não acreditam mais,
já estão cansados das minhas mentiras.*

2X
*Então pela primeira vez eu chorei!
Pedi para Deus me ajudar!
Me tira dessa, que eu não aguento!
Essa dor me dói demais,
quero uma chance para mudar de vida...*

...e foi assim meu despertar para a vida...

(música baseada na história de vida de um adicto em recuperação
que passou por comunidade terapêutica no Rio Grande do Sul)

RESUMO

Esta tese apresenta a mobilização política dos atores sociais vinculados às comunidades terapêuticas (CTs) do Rio Grande do Sul para inserção dessa modalidade de tratamento nas políticas sobre drogas. Para analisar essa questão, a pesquisa tem como objetivo mapear os atores sociais envolvidos, conhecer os espaços políticos relevantes e compreender as articulações e estratégias entre os entes no campo político que permitem direcionamentos voltados para o modelo da abstinência. Através da etnografia junto aos Conselhos de Políticas sobre Drogas, as Federações de CTs e Secretaria Estadual de Saúde, foi possível vivenciar os caminhos pelos quais percorrem os atores vinculados às CTs para mobilização política. Com isso, compreendeu-se que o próprio modelo de CTs pode favorecer a propulsão de líderes políticos que apresentam suas demandas aos órgãos públicos. Ao mesmo tempo, esses líderes organizam-se em federações, disponibilizando capacitações para que os trabalhadores de CTs se qualifiquem e busquem adequar-se à legislação vigente. Diante dos editais para contratualização de vagas, os atores vinculados às CTs aproximam-se dos atores governamentais, estabelecendo acordos significativos para essa parceria público-privada no tratamento dos usuários de drogas. Portanto, as estratégias e articulações dos atores vinculados às CTs permitem que este modelo ganhe espaço em meio às ações de políticas de saúde para o tratamento de drogas, fazendo com que elas se estabeleçam como política de Estado.

Palavras-chave: Comunidades terapêuticas. Políticas sobre drogas. Financiamento público. Política de Estado. Etnografia.

ABSTRACT

This thesis presents the political mobilization of social actors linked to therapeutic communities (TCs) of Rio Grande do Sul to insertion of that treatment modality on drug policy. To analyze this question, the research aimed to map the involved social actors, to know the relevant political spaces and to understand the articulations and strategies among the subjects on the political field that allows oriented direction to the abstinence model. Through the ethnography together with Political Councils About Drugs, TCs Federations and Health State Secretary, it was possible to experience the paths for political mobilization through which the actors linked to TCs take. Thereby, it was understood that the TCs model can favor the propulsion of political leaders who presents their demands to public organizations. At the same time, those leaders organize themselves in federations, providing training for workers to better qualify themselves and to adapt to current laws. In view of official announcements for jobs, the actors linked to TCs become closer to governmental actors, establishing significant agreements to that public-private partnership on drug user treatment. Therefore, the strategies and articulation of actors linked to TCs allows this model to gain more space among health political actions on drug treatment, making these actions to be establish as state policy.

Keywords: Therapeutic communities. Drug policy. Public funding. State policy. Ethnography.

RÉSUMÉ

Cette thèse s'intéresse à la mobilisation politique des acteurs sociaux des communautés thérapeutiques (CTs) de l'état de Rio Grande Sul – Brésil pour l'insertion de cette modalité de traitement dans les politiques des drogues. L'objectif de cette recherche était de cartographier les acteurs sociaux, identifier les arènes politiques pertinentes et comprendre les articulations et stratégies qui permettent aux acteurs de diriger les politiques publiques de drogues vers le modèle d'abstinence. À travers une enquête ethnographique sur les conseils de politiques de drogues, les fédérations de CTs et le secretariat de santé de l'état de Rio Grande do Sul, il est possible de connaître le parcours des acteurs liés aux CTs et leur mobilisation politique. Par là, nous avons identifié que le modèle même des CTs peut favoriser l'émergence des leaders politiques qui présentent leurs demandes aux institutions publiques. En parallèle, les leaders politiques s'organisent en fédérations, tout en déployant des formations professionnelles aux personnels des CTs avec pour objectif leur qualification professionnelle et l'adaptation des CTs aux législations en vigueur. En ce qui concerne les appels d'offre pour les contrats de places pour les patients, les acteurs des CTs nourrissent des relations avec les acteurs politiques et établissent des accords significatifs pour le partenariat public-privé pour le traitement des usagers de drogues. Ainsi, les stratégies et les articulations politiques des acteurs représentants des CTs permettent que ce modèle thérapeutique gagne de la place dans les actions politiques de santé dirigées au traitement des usagers de drogues et devienne une politique d'état.

Mots-clés: Communautés thérapeutiques. Politiques en matière de drogues. Financement public. Politique de l'État. Ethnographie.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ABRAMD – Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas
AE – Amor Exigente
CAPS – Centros de Atenção Psicossociais
CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CFSS – Conselho Federal de Serviço Social
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNDH – Comissão Nacional de Direitos Humanos
COMAD – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONED – Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
CONFENACT – Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas
CPAD – Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e Drogas
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CRS – Coordenadorias Regionais de Saúde
CTs – Comunidades Terapêuticas
DEPPAD – Departamento de Políticas Públicas sobre Drogas
MC – Ministério da Cidadania
MJ – Ministério da Justiça
MJSP – Ministério da Justiça e Segurança Pública
MP – Ministério Público
MR – Marco Regulatório
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SDSTJDH – Secretaria do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas de Drogas/Secretaria Nacional Antidrogas
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários
UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime
WFTC – World Federation of Therapeutic Communities

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 UM MAPA PARA A LEITURA	16
2 ANTROPOLOGIA ENTRE DROGAS, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS	19
2.1 AS CLASSIFICAÇÕES DAS DROGAS E DOS USUÁRIOS DE DROGAS.....	19
2.2 A PROIBIÇÃO NAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS.....	22
2.3 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS TERAPÊUTICAS.....	24
2.4 ENFRENTANDO O “PROBLEMA DAS DROGAS” COM AS CTS	32
3 INSERÇÕES EM CAMPO NO MUNDO DAS CTS	45
3.1 ENTRANDO EM UM LABIRINTO CHEIO DE CAMINHOS.....	45
3.2 DIFERENTES NÍVEIS DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	52
3.3 ENTRE O VOLUNTARIADO E A PESQUISA DE CAMPO.....	54
3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS TAMBÉM SÃO ALVO DA ANTROPOLOGIA	59
4 A DOXA DAS CTS NO CAMPO POLÍTICO	62
4.1 AS INSTÂNCIAS DE ATUAÇÃO PERMEADAS PELAS CTS.....	64
4.1.1 Estar nos conselhos é estar articulado com a rede	64
4.1.2 Nós precisávamos das federações aqui no estado.....	76
4.1.3 Tem gestor que é amigo das CTS	83
5 OS LÍDERES CARREGAM AS SUAS BANDEIRAS AONDE FOREM	90
5.1 CONHECENDO OS <i>IRMÃOS DE CAMINHADA</i> NA CT	91
5.2 REFORÇANDO VÍNCULOS PARA ALÉM DA CT	94
5.3 ATRAVÉS DAS FEDERAÇÕES SOMOS MAIS FORTES	98
5.3.1 Eu sou fruto de CT e vou lutar por essa causa!.....	105
6 NÓS VAMOS TRABALHAR PELA QUALIFICAÇÃO DAS CTS	120
6.1 O PAPEL DAS FEDERAÇÕES DE CTS NAS CAPACITAÇÕES.....	121
6.2 OS <i>DINOSSAUROS</i> DAS CTS	126
6.3 OS CURSOS E SEUS REDIRECIONAMENTOS	127
6.3.1 Um novo olhar para o modelo das CTS	129
6.3.2 Construindo o conceito da <i>verdadeira CT</i>	130
6.3.3 Estabelecendo as práticas da <i>verdadeira CT</i>	138
6.3.4 Quanto mais cursos, melhor!	143
7 AS CTS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ESSE É O NOSSO EDITAL!	146
7.1 HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO ESTADUAL DAS CTS.....	148
7.2 “FORAM MUITOS ENTRAVES ATÉ CONQUISTAR O NOSSO EDITAL!”	151
7.2.1 Atores envolvidos com o edital estadual.....	153
7.2.2 As dimensões da negociação	156
7.2.2.1 Entre os atores governamentais	156
7.2.2.2 Entre os atores não governamentais	161
7.2.2.3 Entre os atores governamentais e não governamentais	164
7.2.3 A importância da conversa comprida durante o edital.....	169
8 CONCLUSÃO	171
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176

1 INTRODUÇÃO

Conforme dados do Relatório Mundial sobre Drogas de 2019, da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), cerca de 271 milhões de pessoas usaram algum tipo de droga em 2016, o que equivale a 5,5% da população mundial. No Brasil, o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (BASTOS et al. 2017), coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), evidencia que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas, o que corresponde a 4,9 milhões de pessoas. Dentre as substâncias lícitas, a mesma pesquisa estima que a prevalência do álcool nos últimos 30 dias da pesquisa foi de 30,1% da população brasileira, o que representa 46 milhões de pessoas.

Diante do uso expressivo dessas substâncias, os próprios termos sobre elas estão em discussão. O antropólogo MacRae (2004) prefere utilizar “substâncias psicoativas” em vez de “drogas”, pois essa estratégia afastaria a conotação negativa ligada a elas. Com isso, ele visa enfatizar a ação das substâncias no cérebro, distanciar-se do determinismo farmacológico decorrente da forma do uso das substâncias e considerar a interação biológica, psíquica e ambiental. Entretanto, nesta tese, será dada preferência à utilização do termo “drogas” para enfatizar os aspectos sociais e culturais atrelados ao seu uso que geram demandas e intervenções de políticas públicas a partir de uma mesma denominação. Ao mesmo tempo, esse é o termo utilizado pelos interlocutores estudados ao proporem o modelo de tratamento voltado para abstinência como parte das ações das políticas sobre drogas.

Fiore (2012) também defende que o termo “drogas” é mais amplo em relação ao sentido farmacológico das substâncias. Para ele, o enfoque no teor psicoativo das substâncias evidenciaria somente as substâncias ilícitas, desvalorizando as questões envolvidas pelas substâncias lícitas. Nesse sentido, o termo “drogas” torna-se estratégico para abranger as diferentes substâncias existentes e compreender os significados sociais atribuídos a elas.

Uma das definições mais gerais sobre drogas é apresentada por Misse:

São chamadas “drogas”, genericamente, todas as substâncias cujos efeitos químicos, sobre o organismo de um ser vivo, alteram ou supõem-se que alteram, em algum grau, funções fisiológicas ou neurológicas de qualquer tipo. Naturais, sintetizadas ou elaboradas em laboratórios, a classificação evidentemente exclui frutas e legumes... [...] Restam, então, os remédios, naturais ou produzidos em laboratórios, as bebidas alcoólicas, os venenos e as substâncias consideradas tóxicas ou que alteram, em algum grau, a consciência e o comportamento voluntário (2016, p. 9).

Ao mesmo tempo, as formas de uso, os efeitos e as consequências das drogas não são definidos pelas substâncias em si. Estes são aprendizados decorrentes da interação com outros

membros da sociedade. Como enfatiza Silva (2019), os significados não são inerentes às substâncias em questão, mas são construídos socialmente considerando os usos, as significações e os processos. Por isso, torna-se relevante atentar para os aspectos sociais, culturais, políticos e morais na relação dos homens com as drogas.

Ante essa compreensão, vêm à tona os problemas sociais decorrentes do uso e da circulação de drogas. Segundo Lenoir (1998), a análise de um “problema social” deve considerar o contexto histórico-cultural e as representações sociais vinculadas ao fenômeno na sociedade. Ao refletir sobre as drogas como problema social cabe retomar as circunstâncias dessa emergência e compreender os valores sociais e morais presentes na maneira de perceber e destacar esse fenômeno. Surgem, então, pressões de diferentes atores por formulação de políticas públicas como uma resposta institucional efetiva aos problemas sociais vinculados às drogas na sociedade.

As demandas por respostas de políticas públicas e intervenções do Estado também são decorrentes da mobilização de atores sociais que defendem suas causas, tensionam as políticas existentes e propõem novos direcionamentos. Como enfatiza Misse (2011), ao considerar as “drogas como problema social”, a sociedade pode ter uma reação moral e normalizadora que envolve a criminalização da relação do homem com as drogas. Por isso, em meio à mobilização, alguns atores entendem que a proibição do uso e da circulação de drogas poderia eliminar os problemas associados. Essa proposta concorre com outras solicitações de respostas estatais possíveis para solucionar o “problema das drogas”. Assim, a disputa entre os diferentes atores sociais sobre os direcionamentos das políticas públicas relacionadas às drogas torna-se parte do debate público perpassando discussões no campo político, da saúde, da segurança e até mesmo no religioso.

O contexto nacional também considera o debate internacional sobre a questão das drogas ao se valer dos acordos, das convenções e dos alinhamentos existentes entre países para conduzir as respostas estatais locais. Após a Guerra do Ópio, no final do século XVIII, os países implicados juntaram-se para firmar um tratado internacional de controle às drogas. No fim da Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) encabeçou esse processo a partir de três convenções assinadas (1961, 1971 e 1988), que tinham como objetivo criar acordos e regras para a circulação internacional das drogas. Esses direcionamentos influenciaram as respostas institucionais e estatais dos países signatários, como o Brasil.

O “problema das drogas” no cenário brasileiro tem sido combatido por meio dos mecanismos legislativos vinculados ao campo da segurança. As leis e os decretos do país, que têm restringido o uso e a circulação de drogas na sociedade, estão referenciados por Códigos

Penais – o Código Penal da República de 1890 e o Código Penal de 1940. Os dois códigos levaram em consideração as decisões estabelecidas internacionalmente. Ao estudar a história das drogas e sua proibição no Brasil, Torcato (2016) afirma que as legislações vigentes das políticas nacionais implementadas no século XX passaram por ciclos proibitivos influenciados por diretrizes internacionais. Desse modo, o sistema de justiça foi acionado a fim de definir as substâncias que seriam consideradas ilícitas e as formas de punição para o seu consumo e/ou porte. Cabia, então, apenas à segurança pública se debruçar sobre a questão das drogas.

Mas na segunda metade do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começa a defender que o uso de drogas é decorrente de doença mental e o usuário deve receber tratamento de saúde ao invés de ser punido. No Brasil, somente em 2001 é que o Ministério da Saúde passa a prevenir, tratar e reabilitar os usuários de drogas conforme definido pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Em 2003, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (MS, 2003) propôs a ampliação dos Centros de Assistência Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), que se baseavam no modelo de *redução de danos* para atendimento dos usuários. Essas instituições são consideradas “estratégicas na articulação e no tecimento da rede” (BRASIL, 2004), organizando os serviços de saúde atrelados. A *redução de danos* é vista como “estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social” (BRASIL, 2005, p. 43-44). Contudo, essa estratégia passa a ser questionada pela mídia e por parte da sociedade diante do aumento da visibilidade de consumidores de drogas nos centros urbanos.

Em meados dos anos 2000, o fenômeno do uso das drogas nas cidades foi se evidenciando, principalmente pela concentração dos seus vendedores e consumidores em locais centrais da cidade. Em São Paulo, como destaca Frúgoli Jr. e Cavalcanti (2013), as ações governamentais¹ buscavam dispersar a aglomeração de pessoas que consomem drogas, ainda seguindo a lógica da segurança pública. Outras capitais brasileiras e os municípios menores também relatavam que as regiões centrais concentravam usuários de drogas (CNM, 2011). Essas regiões em questão são chamadas de *cracolândias*. Para Rui, a *cracolândia* é “o ponto centrífugo mais radical das pobreza urbanas, assim como o local por excelência da variedade

¹ Até 2011, tem-se duas grandes operações com o objetivo de dispersar os usuários de drogas da região central da Luz, bairro de São Paulo/SP. São elas: a Operação Limpa de 2005 (MENA, 2005) e a Operação Centro Legal de 2009 (G1, 2009).

dos usuários e dos usos de crack” (2014, p. 100-101). Por isso, em decorrência da precariedade das condições e da complexidade das situações das pessoas que lá estavam, as ações pontuais dos agentes da segurança pública não garantiam o fim da concentração de usuários na região.

Os conflitos na *cracolândia* eram geralmente cobertos pela mídia. As reportagens elucidavam as ações governamentais, mas também outras questões existentes, como a pobreza, a falta de moradia, o comércio ilegal, a desnutrição, o vício, etc. Muitos especialistas da área de saúde, chamados para interpretar o “problema das drogas” durante as reportagens na televisão e em jornais e rádios, defendiam publicamente que os usuários de crack são *dependentes químicos*², e que por isso esse problema não seria resolvido se fossem levados “presos” em virtude da criminalização do uso de drogas ilícitas (MELO; MACIEL, 2016).

Dessa forma, a perspectiva médica foi ganhando destaque ao reforçar que os usuários só saíam das *cracolândias* e parariam de usar de drogas, se fossem encaminhados para o tratamento médico. Em reportagem em um jornal de circulação nacional, um médico especialista argumentou que era necessário investimento público para o tratamento dos usuários de drogas ao dizer que: “Não temos um sistema de tratamento compatível com a magnitude do problema, deixando milhares de usuários completamente desassistidos” (LARANJEIRA, 2009).

No mesmo tom de urgência, outras reportagens enfatizavam uma suposta *epidemia do crack* que se alastrava pelas cidades brasileiras (KAWAGUTI, 2009). A *epidemia*, trazida nas reportagens, estava associada ao discurso médico de uma “dependência irreversível de crack” (CUNDA; SILVA, 2014), desafiando ainda mais as soluções para o “problema das drogas”. Todavia, ao focar os usuários de drogas prioritariamente como *doentes*, argumentava-se a necessidade de readequar e qualificar o tratamento dos usuários na rede de saúde pública.

1.1 UM MAPA PARA A LEITURA

Esta tese situa-se na Linha de Pesquisa de Gênero, Corpo e Saúde, a partir da discussão de políticas públicas, modelos terapêuticos, instituições, saúde mental e drogas. O objetivo da pesquisa é analisar as estratégias e as disputas no campo político da inserção das Comunidades Terapêuticas (CTs) nas políticas públicas para o atendimento e tratamento dos usuários de drogas. Com esse foco, buscou-se acompanhar os atores não governamentais e governamentais

² Uma dessas especialistas era a médica Nora Volkow, que é chefe do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas nos EUA e estuda como a *dependência química* pode alterar as funções cerebrais. Ela deu uma palestra para quatrocentos profissionais de saúde na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), como retratou a reportagem “Vício em drogas é doença e deve ser tratado com remédios, diz especialista” (G1, 2010).

envolvidos a fim de compreender os meandros burocráticos estatais e informais para inserir essas instituições como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). A estruturação da tese visa apresentar aspectos mais gerais dessa inserção até chegar a questões mais específicas vividas pelos interlocutores.

O primeiro capítulo apresenta o embasamento teórico da área da Antropologia relativa aos estudos sobre drogas, saúde e políticas públicas. Espera-se direcionar o leitor para um quadro geral que permita compreender os dados etnográficos apresentados ao longo da tese. O segundo capítulo destaca o percurso metodológico para inserção em campo em três instâncias relevantes para o estudo. Os caminhos percorridos na mobilização política dos representantes de CTs permitiram o acesso a federações de CTs, Conselhos de Políticas sobre Drogas e Secretaria Estadual de Saúde. O terceiro capítulo elucida o mapeamento institucional dos órgãos envolvidos na inserção das CTs nas políticas públicas, buscando também identificar os espaços de atuação para mobilização política das CTs e compreender articulações políticas entre atores e instituições. Com isso, acompanha-se a ampliação do modelo de CTs na oferta de políticas públicas para usuários de drogas.

Após esses três capítulos, que informam sobre a atuação das CTs no Rio Grande do Sul, cabe aprofundar as questões relacionadas às estratégias entre os atores não governamentais em meio às relações instituídas e aos mecanismos burocráticos existentes na busca de inserir as CTs nas políticas públicas. Desse modo, o quarto capítulo discorre sobre a construção de líderes políticos que se inicia com a experiência do tratamento em CT, vai além da estadia na instituição atendida e se consolida na representação política. Essa *carreira* abarca aprendizagens sobre os valores, linguagens e posturas no trabalho com as CTs, que podem favorecer o envolvimento político com a causa das CTs.

O quinto capítulo visa discutir questões difundidas nos cursos das federações de CTs a fim de facilitar a participação das entidades nos editais públicos para contratualização de vagas em CTs. O sexto capítulo é central para a argumentação da tese. Depois de identificar os atores sociais envolvidos com a mobilização, de reconhecer a formação dos líderes políticos, de evidenciar as estratégias e os espaços políticos utilizados, é preciso compreender como se articulam esses elementos através do edital de credenciamento de vagas em CTs. Nesse sentido, o estudo permite perceber que o edital torna concretas as negociações e acordos entre atores não governamentais e governamentais para inserção das CTs nas políticas públicas.

Por último, a conclusão visa retomar aspectos teóricos e dados etnográficos que reforçam a argumentação da tese, mas também tem a pretensão de refletir sobre a “etnografia

pública” (FASSIN, 2013) a fim de problematizar como pesquisa e pesquisadora estão entrelaçadas na análise acerca de uma política de Estado.

2 ANTROPOLOGIA ENTRE DROGAS, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 AS CLASSIFICAÇÕES DAS DROGAS E DOS USUÁRIOS DE DROGAS

No estudo clássico de Becker (2008) sobre consumo de maconha entre músicos de jazz nos Estados Unidos dos anos 1950, a experiência do usuário é elucidada como fundamental para compreender a ação das drogas na sociedade. Em meios a outros usuários, aprende-se a utilizar a substância, a reconhecer seus efeitos, a buscar um melhor resultado e até a traçar estratégias para lidar com a questão moral envolvendo esse uso. No Brasil, Velho (1998) estuda o uso de drogas entre as camadas médias brasileiras nos anos 1970. Além de analisar aspectos sobre essa prática, o autor considera também os símbolos de diferenciação social que perpassam grupos sociais distintos ao usarem drogas. Logo, em relação aos consumidores, há diferentes aspectos a serem observados.

Vargas (2006) contribui com a discussão ao analisar a “onda” resultante do uso de drogas. Para ele, a “onda” envolve diversos componentes que influenciam a percepção dos usuários. Deste modo, o tipo de substância, a quantidade usada, a frequência do uso e o contexto social e cultural do usuário permitem experiências singulares ao usar drogas.

Essas pesquisas citadas acompanham Escohotado (2002) na afirmação de que os modos de uso das drogas e seus efeitos variam de acordo com a época e a cultura. Portanto, tem sido cada vez mais relevante mudar o foco das drogas para pensar nos contextos dos seus usos, como aponta MacRae:

[...] uma substância química só se torna uma droga provocando dependência dentro de um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e ambiente. A partir desse ponto de vista, no estudo da evolução da toxicomania o efeito puramente fisiológico da droga importa pouco, já que se trata de compreender a interpretação que o indivíduo dá de sua experiência, de seu estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga (2001, p.28).

Isso posto, cabe considerar a complexidade na relação entre os aspectos individuais e os sociais atrelados ao uso de drogas para compreender as questões sobre drogas na sociedade contemporânea. De um lado, a busca pelo prazer e a amenização do sofrimento permeiam as escolhas dos indivíduos (ALVES; PEREIRA, 2019; MACRAE, 2001; VARGAS, 2001). De outro, o uso abusivo e compulsivo de drogas poderia também ser uma consequência de um mal-estar no mundo atual, em que a competição, a desigualdade social, o desemprego estrutural e as discriminações vivenciadas podem ser condicionantes dessa situação (ACSELRAD, 2005).

Nesse sentido, também é possível interpretar que “as drogas são elementos espirituais, que consolam, anestesiaram, estimulam, produzem êxtases místicos, prazer intenso e, por isso, instrumentos privilegiados de sociabilidade em rituais festivos, profanos ou religiosos.” (CARNEIRO, 2005, p. 15-16). Diante das inúmeras possibilidades de interação entre drogas e seres humanos, explicita-se a relevância de compreender os aspectos sociais, simbólicos e morais que permeiam o uso de drogas na sociedade atual.

Apesar da complexidade a ser considerada, os usuários de drogas são percebidos socialmente como desviantes. Como explica Becker (2008, p.22), o desvio é elucidado como “produto de uma transação [...] de alguém que é visto por esse grupo como infrator de uma regra”. A definição sobre o que é percebido como “regra” e como “infração da regra” está relacionada à imposição do ponto de vista de um grupo em relação aos outros. No caso do uso de drogas, uma parte da sociedade julga esse consumo como violação das regras, fazendo com que os usuários sejam mal vistos.

Ainda que algumas drogas possuam certa aceitação na sociedade³, seu uso frequente pode representar uma infração aos padrões normativos. Essa infração se dá por uma suposta falta de controle do sujeito em relação ao consumo de drogas, o que sugere a ideia de que os usuários transgrediram as regras que são sociais, mas também morais. Historicamente, vai se reafirmando o uso de drogas vinculado ao desvio social, constituindo, assim, a ideia do vício (CARNEIRO, 2002a) que imbrica a questão moral acompanhada da questão biológica. Esse vício, por sua vez, advém como atributo da “própria classificação da dependência na perspectiva médica do dispositivo das drogas” (FIORE, 2013, p. 136), que acaba por constituir a figura do “drogado”.

O “drogado”, como define Fiore (2007), é uma identificação imposta a alguém tornando perene um estado psíquico ou fisiológico que é, em princípio, passageiro. Com isso, o termo é usado como categoria acusatória para diferenciar esse indivíduo dos outros existentes. Sendo assim, a identidade do indivíduo, ao longo de toda sua vida, é marcada pela relação com o uso de drogas. Não importa que outros atributos o indivíduo tenha, ele “passa a ter a existência modulada pela droga, [pois] ele é [considerado] o ‘doente da droga’” (FIORE, 2013, p. 136). Dessa forma, Velho (2004) explica que “drogado” é uma acusação totalizadora acionada para enquadrar alguém como desviante e, portanto, como perigoso à sociedade. Além disso, como explica o autor, ao termo drogado é atribuído um viés político: “o fato de os acusados serem *moralmente nocivos* segundo o discurso oficial, pois têm hábitos e costumes desviantes, acaba

³ Principalmente no que se refere ao álcool e ao tabaco, que são substâncias consideradas legais no Brasil.

por transformá-los em ameaça ao *status quo*, logo em problema político” (VELHO, 2004, p. 61). Assim, a representação do “drogado” constituiu-se de forma ameaçadora, demandando envolvimento da sociedade para compreender e resolver a questão.

Paira um estigma, na linha do que propõe Goffman (1978), que elucida a “culpa de caráter individual” através da qual o uso de drogas pode representar fraqueza moral, falha de caráter, perda do controle, entre outros atributos negativos identificados pela sociedade. A identidade do indivíduo passa a ser ressaltada muito mais por causa da relação com o uso de drogas do que com outros atributos que os sujeitos possam ter. E, mais do que isso, a sua autoimagem é representada por esses mesmos aspectos negativos. Em pesquisa com *dependentes químicos* em uma instituição psiquiátrica de João Pessoa/PB para compreender como eles viam a imagem dos usuários de drogas – ou seja, deles mesmos –, Melo e Maciel destacam que:

[...] o usuário de drogas é representado negativamente, pois é confundido com a própria droga, com todas as cargas negativas que daí advém, como estigmatização, preconceito e discriminação. Assim, há em certa medida uma despersonalização desse indivíduo, em que ele é objetivado numa coisa inanimada; isto significa que o ser dependente de drogas faz com que o sujeito seja resumido a isso, a essa condição, como se ele não fosse nem pudesse ser mais nada além de estar ligado à droga. [...] Por um lado, o que liga o usuário de drogas a alguém sem caráter, sem escrupulo, por meio de objetivações como mau-caráter e não confiável e, por outro lado, a percepção desse indivíduo como um doente, um coitado, uma pessoa que é vítima e que, por isso, não tem capacidade de avaliar sua condição perante a droga, nem de lutar contra a sua dependência (2016, p. 85).

As representações sociais apresentadas pelos usuários de drogas em tratamento reforçam a própria imagem que a sociedade tem daqueles que usam e abusam de drogas. Desta maneira, como também indicam Melo e Maciel (2016), a reafirmação do estigma social contribui para a continuidade do ciclo de exclusão social no qual eles mesmos estão sujeitos.

Aprofundando ainda mais essa discussão, Souza (2016) destaca que justamente os problemas associados ao uso de crack são decorrentes da exclusão social, uma vez que muitos usuários têm sua identidade marcada por pouca participação nas esferas sociais e pela negação da sua existência. Entretanto, os usuários de drogas acabam responsabilizados em detrimento dos condicionantes sociais que corroboram com o uso problemático de drogas. Além do estigma associado a isso, o usuário passa a ser criminalizado, conforme explica Mota:

O termo “droga”, principalmente designado para referir-se às substâncias ilícitas, conduz a uma representação moral da substância que, por sua vez, é automaticamente transferida a seus usuários. Essa é uma questão central para se compreender a

estigmatização jurídico policial das drogas ilícitas: o status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário (2008, p. 118).

Assim, o porte ilegal de drogas, a participação no tráfico de drogas ou, ainda, a atuação em crimes decorrentes do consumo de drogas faz com que os indivíduos possam ser punidos e penalizados criminalmente conforme determina as leis de cada país. Além disso, tendo em vista que a proximidade dos usuários de drogas ilícitas com o mundo do crime pode facilitar a ocorrência de furtos e de roubos, para a sociedade, esses indivíduos já seriam vistos como criminosos, marginais, bandidos, delinquentes e perigosos antes mesmo do flagrante.

2.2 A PROIBIÇÃO NAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

A visão estigmatizada do usuário de drogas também é reverberada no campo da segurança pública. Tanto no contexto internacional como no nacional esses aspectos são evidenciados em relação aos direcionamentos das políticas sobre drogas adotadas.

Segundo Torcato (2013), a implementação do proibicionismo no Brasil torna-se significativa com a promulgação do Decreto nº 4.294, de 14 de julho de 1921, que proibia a venda de “entorpecentes” e previa pena de prisão para quem traficasse. Ao mesmo tempo, o autor explica que essa lei foi resultado de uma articulação política de psiquiatras que tinham uma visão patologizante sobre o uso de drogas, apontando medidas punitivas para constranger a circulação de drogas no país. Essa situação sugere que alguns atores sociais do campo da saúde já disputavam suas ideias em meio ao debate público sobre drogas.

Mais adiante, Machado e Boarini (2013) destacam o Decreto-lei nº 891, de 1938, que fiscalizava o uso de ópio, cocaína, heroína e maconha, e classificava a toxicomania como doença de notificação obrigatória que não deveria ser tratada em domicílio. Deste modo, começava a se perceber o uso de drogas como uma questão que ultrapassava a área da segurança pública.

Chagas e Ventura (2010) identificam que o Brasil tem sido signatário dos principais protocolos e convenções internacionais sobre drogas encabeçadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1946 a fim de unir esforços para lidar com o fenômeno das drogas. Em sintonia com os planos de repressão em âmbito internacional, o Brasil continuou formulando suas legislações e determinando meios de controle das drogas, ainda que algumas leis anteriores citadas já caminhassem nessa direção.

Fiore (2012) destaca que a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, que foi outro tratado internacional definido pela ONU, ampliou o alcance do paradigma proibicionista.

Segundo o autor, esse paradigma parte de duas premissas concomitantes: 1) o consumo de drogas é uma prática prescindível e danosa, o que justifica sua proibição pelo Estado; 2) a atuação ideal do Estado para combater as drogas é criminalizar sua circulação e seu consumo.

A Lei nº 6.368, de 1976, estimulava ações de repressão ao tráfico, mas também de prevenção do uso de drogas para evitar a dependência (MACHADO; BOARINI, 2013). Neste momento, fica mais evidente que o controle de uso e a venda de drogas se tornam preocupações importantes de políticas públicas, estabelecendo, assim, uma espécie de “guerra às drogas”.

Até 1980, a questão das drogas no Brasil estava mais ligada às questões de segurança pública do que às de saúde, fazendo com que os investimentos públicos acompanhassem esse direcionamento (GARCIA ET AL., 2008). Logo, a situação resultou em uma lacuna de serviços de atendimento e tratamento aos usuários de drogas na saúde pública, favorecendo que serviços privados e de cunho religioso ocupassem o lugar.

Foi a partir da segunda metade da década de 80 que, no Brasil, rompeu-se o hiato criado entre a segurança e a saúde pública no que se refere ao uso e ao abuso de drogas. A partir da constatação da falência da estratégia de guerra às drogas, ante o aumento da variedade e do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas. Em síntese, é possível afirmar que a legislação nacional sobre drogas ilícitas e a Política Nacional de Saúde, colocando as drogas como problema de saúde pública, começaram a entrecruzar-se a partir do início da década de 90, precipitadas por alguns fatores desencadeantes, tal como o fenômeno da AIDS... (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 584).

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, por um lado, considerava a possibilidade da condição do “usuário” de drogas e elucidava a necessidade da atuação da saúde pública na atenção dos “dependentes de drogas”; por outro lado, continuava promovendo aspectos do paradigma proibicionista ao reprimir o uso e a circulação de drogas.

Karam (2008) considera ainda que essa lei violava princípios e normas dos direitos fundamentais. Para o autor, havia descuidos no que se determinava sobre a pena ao tráfico, a criminalização antecipada na produção e distribuição de drogas, o fornecimento gratuito de drogas, a associação relacionada ao financiamento do tráfico, a aplicação da pena privativa da liberdade, a aplicação da pena de multa para crimes identificados como tráfico, a negação da liberdade provisória, a restrição ao recurso contra a sentença condenatória, os meios invasivos de busca de provas, as diligências policiais durante o processo, a obrigação de prova da origem dos bens e a criminalização da posse para uso pessoal.

Em relação a esse último ponto que incorre na criminalização relacionada ao usuário, cabe considerar que há nesta lei uma

[...] falta de clareza quanto aos critérios que definem usuários, pequenos e grandes traficantes, [que] permite que operadores de segurança pública, principalmente policiais militares, aqueles que procedem juridicamente mediante flagrante/denúncia, ajam de forma arbitrária e mesmo contraditória, dependendo do contexto em que o flagrante ocorrer (TOLEDO; GÓNGORA; BASTOS, 2017).

Ressalta-se que tal dispositivo, ao criminalizar o uso de drogas, é de certo modo seletivo, porque o critério que estabelece ser o usuário criminoso ou perigoso depende do perfil, do local do flagrante e da atividade do agente estatal, mesmo que esse carregue pequenas quantidades de drogas para consumo pessoal. Como enfatizam Garcia et al., atualmente vivemos “um processo de discussão e revisão da atual política na esfera das drogas que poderá culminar com avanços ou retrocessos, dependendo das forças políticas e da transformação da atual agenda em políticas implementadas (2008, p. 274).

Segundo Silva e Delduque (2015), que analisaram as proposições legislativas ao Estado brasileiro entre 2007 e 2010, há nesse material um processo de patologização e penalização dos usuários de drogas. A patologização se relacionaria com o fenômeno da medicalização, com o modelo da abstinência e com a legislação sobre o uso, o abuso e a *dependência química*; já a penalização comporia o fenômeno da criminalização, do proibicionismo e da punição legislativa voltados ao consumo e à circulação das drogas. Essa pesquisa demonstra a persistência do estigma aos usuários de drogas e da ênfase da repressão em relação ao uso e circulação dessas substâncias que perdura ao longo dos tempos.

Uma dessas propostas, que tramitou no Congresso Nacional, resultou na Lei nº 13.840, de 2019, a “nova” Lei sobre Drogas. A ideia era de endurecer a política sobre drogas, nublar as fronteiras entre a definição de usuários e dependentes de drogas, apostar na abstinência como foco do tratamento, facilitar as internações compulsórias de usuários de drogas e fortalecer as instituições que realizam atendimento desse público. Entre elas, estão as comunidades terapêuticas, que oferecem tratamento aos usuários de drogas promovendo a abstinência. Dessa forma, percebe-se que a cada vigência legislativa se mantêm os direcionamentos gerais, mas também abrem brechas para novos atores sociais e institucionais, gerando ainda mais disputas no campo político que envolve as políticas públicas sobre drogas.

2.3 A *DEPENDÊNCIA QUÍMICA* E DE SUAS TERAPÊUTICAS

Aos poucos, o campo da saúde vai ganhando espaço em relação ao campo da segurança, o que parece ser determinante para compreender os recentes direcionamentos de políticas

públicas envolvendo os *dependentes químicos* nas políticas sobre drogas. Com isso, além de novos atores, também são aprendidos, destacados e englobados novos termos nas políticas em questão. Parece haver, então, uma reivindicação da temática da *dependência química* pela área da saúde no mundo (CARNEIRO, 2002b).

A construção da noção de *dependência química* tem como referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), respaldada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que está na 11ª edição (WHO, 2018). Ela evidencia que o uso de drogas pode causar distúrbios cognitivos, comportamentais e fisiológicos levando em consideração a droga utilizada e os critérios sintomáticos relacionados a esse uso. Entre as substâncias, destacam-se álcool, maconha, canabinoides sintéticos, opioides, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, cocaína, estimulantes (anfetamina, metanfetamina, metacatinona), catinonas sintéticas, cafeína, alucinógenos, nicotina, inalantes voláteis, MDMA, quetamina, fenciclidina, substâncias psicoativas (incluindo medicamentos) e substâncias não psicoativas. Para cada uma dessas substâncias, há uma subclassificação conforme os distúrbios em questão: episódio de uso nocivo, padrão de uso nocivo, dependência, intoxicação, abstinência, delírio induzido, transtornos psicóticos e outros transtornos. Destes, nos interessa evidenciar a definição da “dependência” que, conforme o CID-11 (WHO, 2018), se dá pela frequência diária, ou quase diária, do uso da substância durante um mês.

Soma-se a essa classificação, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado pela American Psychiatric Association (APA), desde 1952, que está em sua 5ª edição. O DSM-V (APA, 2013) descreve sintomas de transtornos mentais e agrupa-os em síndromes a fim de considerar as consequências do uso e/ou abuso de drogas. Nesta última edição, o uso de drogas está definido através de critérios diagnósticos e códigos específicos. Um deles é o “transtorno relacionado a substâncias”, que pode ser identificado pela alteração nos circuitos cerebrais decorrente do uso de drogas. Os diagnósticos associados a esses transtornos são os psicóticos, os bipolares, os depressivos, mas também a ansiedade, o obsessivo-compulsivo, o sono, as disfunções sexuais, o *delirium*, o neurocognitivo, a intoxicação, a abstinência e outros transtornos decorrente da utilização de substâncias.

Assim, a dependência, segundo a OMS (2004), é um transtorno cerebral decorrente do consumo de drogas, uma vez que as substâncias em questão afetam os processos cerebrais ligados à sensopercepção, às emoções e à motivação. Mais especificamente, a nomenclatura de *dependência química*, segundo Schimith et al. (2019), ficou popular no Brasil em razão da utilização do termo “farmacodependência” da OMS para se referir às substâncias que, ao serem introduzidas no organismo, modificam suas funções.

A ideia de estar dependente de uma química parece estratégica também para as ações posteriores. Enquanto categoria biomédica, enfatiza-se a necessidade de ações voltadas às políticas de saúde para dar conta do “problema das drogas”, e não mais apenas como categoria moral, que deixava a situação a cargo das ações da área da justiça. Contudo, o olhar proposto pela OMS para *dependência química* adéqua-se aos interesses dos acordos internacionais sobre uso e circulação de drogas. Loeck (2014) corrobora com esse pensamento ao afirmar que a definição da *dependência química* reforça a visão punitiva do uso de drogas. Para ele, a designação do termo “tem um objetivo de diagnóstico biomédico, mas que também contribuiu para justificar o próprio regime proibitivo legal estabelecido pela ONU para algumas substâncias” [...] (LOECK, 2014, p. 36).

Esse entrelaçamento de definições sobre a doença faz com que os usuários de drogas sejam percebidos pelos profissionais da saúde como pacientes de saúde mental. Com isso, as propostas de atendimento e tratamento estão atreladas à compreensão já existente sobre políticas de saúde mental e aos modelos de atenção disponíveis, fruto de um processo sócio-histórico do modo como a doença mental vem sendo abordada. Nos últimos anos, somam-se a esta discussão os discursos religiosos (AGUIAR, 2014) e as controvérsias médicas (FIORE, 2007), complexificando o debate público sobre as drogas na sociedade.

O século XVIII passou por inúmeras transformações sociais, econômicas e políticas, resultando na afirmação da ciência como fonte de verdade. No âmbito da saúde, os hospitais funcionavam muitas vezes como instituições de assistência e de exclusão. A instituição médica estabelecia o internamento de doentes, loucos, devassos e prostitutas (FOUCAULT, 2001). Em paralelo, dá-se o nascimento da Psiquiatria com o médico Philippe Pinel em 1793, que desacorrentou os loucos das instituições hospitalares, mas ainda os manteve em asilamento nos manicômios. Além disso, ele foi um médico importante na época e que

[...] elaborou uma primeira nosografia, isto é, uma primeira classificação de enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. Com a operação dos hospitais que atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área de introduzir o tratamento moral. [...] Mas o que era a alienação? Alienação moral era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade (AMARANTE, 2007, p. 30).

Nesse sentido, Pinel defendeu a loucura como doença mental, destacando a importância da Psiquiatria para o tratamento. Mas, com os casos decorrentes da Segunda Guerra Mundial, os psiquiatras começavam a reconhecer sua impotência terapêutica diante de certas situações.

Os governantes também estavam alarmados com os altos índices de doentes mentais crônicos nas cidades. Assim, começaram a surgir questionamentos sobre o exercício da Psiquiatria e novas propostas de psiquiatrias para o tratamento da doença mental.

Amarante (2007) elucida três dessas propostas históricas que reverberam de diferentes maneiras atualmente: 1) a comunidade terapêutica e a Psicologia institucional; 2) a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva; e 3) a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

O primeiro deles deu-se no bojo da Psiquiatria social nos anos 1950 e aparecia inicialmente como alternativa ao modelo manicomial, uma vez que visava transformar o hospital em um ambiente terapêutico, em que pacientes e funcionários deveriam contribuir para um ambiente saudável. Uma dessas experiências ocorreu com Maxwell Jones, que propôs o modelo chamado de comunidade terapêutica a partir de uma unidade do Hospital Maudsley, na Inglaterra, evacuado no início da Segunda Guerra Mundial. Ele tinha como objetivo tratar neuroses dos soldados ingleses que voltavam da guerra com base em observações psiquiátricas, visando à convivência em grupo como proposta terapêutica.

Ele entendia que a diferença entre essas instituições e centros tradicionais se daria “no modo como se capitalizam conscientemente no tratamento os recursos da instituição, da equipe, dos pacientes e de seus parentes” (JONES, 1972, p. 89). Em contraposição ao modelo de atendimento dos hospitais psiquiátricos do século XX, Jones colaborou no desenvolvimento de uma unidade hospitalar de reabilitação social para pacientes com problemas psiquiátricos, que considerava terapêutica a dinâmica institucional e visava a relações democráticas entre profissionais, funcionários e pacientes.

Outro expoente desse período foi François Tosquelles. Ele era um psiquiatra catalão que propôs uma experiência significativa no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, na França, ao criar uma comunidade terapêutica em que incluiu profissionais de saúde e pacientes que compartilhavam do medo da guerra civil. Com essa perspectiva, compreendia que cuidava dos doentes e cuidadores para, assim, cuidar da instituição; por isso, sua concepção e prática ficou conhecida como Psicologia Institucional. Logo, é importante destacar que, conforme elucidam Ruiz et al.:

Esta situação de trabalho possibilita um reposicionamento do usuário, que tradicionalmente ocupou na Psiquiatria um lugar mais passivo (“paciente”), de objeto de intervenções de outrem. Neste reposicionamento, o foco de atenção terapêutica também já não se concentra apenas nas histórias pessoais dos internados, como também, e principalmente, nas vicissitudes das situações concretas de vida e trabalho (2013, p. 870).

O segundo grupo evidenciava a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva – ou, ainda, a Psiquiatria Comunitária –, que visava ao fechamento dos hospitais psiquiátricos aos poucos, e o tratamento do paciente em saúde mental seria realizado de forma conjunta com a sociedade. Um dos expoentes da Psiquiatria de Setor foi Lucien Bonnafé, que atuou como psiquiatra na França a partir de 1945. Conforme Ribeiro (2004), sua proposta era de romper com a estrutura hospitalar, que segregava e isolava o doente, para estruturar um serviço regionalizado e com equipe multiprofissional, promovendo prevenção e tratamento dos doentes mentais junto à comunidade.

Já nos Estados Unidos, nos anos 1970, desenvolvia-se a Psiquiatria Preventiva, também chamada de Saúde Mental Comunitária, promovida pelo analista de políticas públicas atuante em serviços de psiquiatria Gerald Caplan. Após inúmeras experiências em programas comunitários de saúde pública e mental em diversos países, ele entendia que “os problemas de saúde e os problemas sociais seriam diminuídos ou até mesmo superados por intermédio da participação, da autoajuda e de oportunidades sociais” (RIBEIRO, 2004, p. 93). Dessa forma, poderia trabalhar-se com a prevenção da doença mental pelo conhecimento do estilo de vida e dos hábitos da população; e, se preciso fosse, o paciente seria encaminhado para serviço especializado. Passavam a ser mais destacados os aspectos sociais que impactavam na saúde mental dos sujeitos e se elucidava a precariedade dos serviços existentes destinados aos pacientes (AMARANTE, 2007).

O terceiro grupo é intitulado como Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Em meio às mudanças da política mundial entre anos 1950 e 1980, iniciou-se um movimento de psiquiatras e intelectuais que contestavam o saber psiquiátrico e os usos de suas instituições, que serviam de acusação e punição àqueles contrários aos regimes políticos vigentes. Segundo Oliveira, o movimento acabava “negando todas as formas de tratamento tradicional da loucura, e seus seguidores acreditavam que a loucura é construída, fabricada pelas relações de poder e também a partir de práticas discursivas” (2011, p. 143).

A crítica às instituições para doentes mentais da época era ressaltada, ainda, por Goffman (1987), Foucault (1987) e outros pensadores daquele momento. Para eles, os locais de tratamento configuravam-se como instituições totais. De acordo com Goffman, uma instituição total é “um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (1987, p.11). Desse modo, era enfatizada a questão de disciplinamento, de encarceramento e de exclusão causada por instituições

psiquiátricas. Observa-se que esses autores reverberavam ideias da antipsiquiatria e do movimento da luta antimanicomial.

Na Inglaterra, seus precursores são os psiquiatras David Cooper e Ronald Laing. Conforme Cézár e Coelho (2017), eles questionavam a psicopatologia clássica por classificar a psique a partir da definição de um modelo de saúde e doença e, assim, propunham o tratamento a partir da convivência entre doentes e sãos. Na Itália, um desses expoentes foi o psiquiatra Franco Basaglia, que fez frente à Psiquiatria Democrática; ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, em 1961, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede de atendimento para doentes mentais, entre eles os *dependentes químicos*. Para isso, também se valeu de elementos do modelo de comunidade terapêutica promovido por Maxwell Jones, como afirma Cézár e Coelho:

A Comunidade Terapêutica, importada da Inglaterra, foi a principal referência utilizada, a qual permitia que a pessoa participasse de assembleias diárias, com liberdade, em lugar aberto e sob nova relação médico-paciente. Na medida em que o hospital se humanizava, evidenciavam-se os fatores políticos presentes na estrutura manicomial. Concluía-se que o manicômio havia surgido com a finalidade de controle e não de cura. (2017, p. 144)

Entretanto, com o passar dos tempos, Basaglia percebeu que esse modelo poderia reproduzir aspectos semelhantes aos manicômios, de modo que a instituição continuava a controlar os pacientes. Nesse sentido, ele se transformou em um ativista visando superar completamente o aparato manicomial, eliminar a violência e os maus-tratos nas instituições de saúde e questionar saberes e práticas que promovem isolamento e segregação a partir da patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007).

Após esse rápido panorama mundial sobre o enquadramento da doença mental e as propostas de tratamento para os pacientes em questão, destacam-se as influências históricas para as entidades atuais que se destinam não só aos “doentes mentais”, mas também aos *dependentes químicos*. Com isso, chama-se a atenção para que as concepções, práticas e até disputas na área da saúde mental perpassam um amplo contexto, mas que adquirem configurações específicas a partir da realidade brasileira.

Por isso, cabe evidenciar os aspectos históricos sobre a saúde mental no território brasileiro que reverberam aspectos da configuração internacional. Essa análise torna possível compreender as questões que culminam na emergência das CTs nas políticas públicas do país no início dos anos 2000, destacando essas instituições no tratamento para usuários de drogas.

Entre os anos 1960 e 1980, o Brasil dispunha de uma rede assistencial sustentada com recursos da Previdência Social. Essa rede contava com os hospitais psiquiátricos da época, também chamados de manicômios, que isolavam aqueles considerados “doentes mentais” do resto da sociedade. Porém, essas instituições começam a ser questionadas, e a partir de então iniciam-se as bases para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Segundo Amarante (1998), a trajetória dessa pode ser dividida em três momentos cruciais.

O primeiro deles é chamado de “trajetória alternativa”. No final dos anos 1970, o fim do milagre econômico, a insatisfação da população e a retomada tímida da organização política foram bases para promover novos direcionamentos na área da saúde aos “doentes mentais”. Tanto as críticas internacionais à lógica manicomial utilizada pelos hospitais psiquiátricos quanto as denúncias nacionais de uso dessas instituições para punir presos políticos contra o regime ditatorial levaram a uma maior mobilização política. A partir de 1976, foram criados movimentos da renovação médica, centro de estudos de saúde e trabalhadores de saúde mental que visavam à reforma sanitária e à reforma psiquiátrica.

O segundo momento é chamado de trajetória sanitarista e ocorre ainda no começo dos anos 80. Uma parte dos atores do movimento da reforma sanitária é incorporada às instituições governamentais, o que permite compreender melhor a administração pública e as estratégias para planejamento em saúde. Entretanto, na área de saúde mental os avanços foram pouco significativos.

O terceiro momento, designado de trajetória de desinstitucionalização, deu-se no final dos anos 1980. A partir de conferências nacionais sobre saúde e saúde mental, amplia-se o repúdio aos manicômios, cria-se uma nova mentalidade sobre o “doente mental” e questiona-se a substituição dos serviços hospitalares por serviços ambulatoriais aos pacientes da saúde mental. É nesse período que finda o regime militar, se promulga uma nova constituição – a Constituição de 1988 – e se constitui o SUS (BRASIL, 1990). Na área da saúde mental, começam a surgir os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que se tornam símbolos da consolidação desse novo momento. E, em 2001, é publicada 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.

Entre os “doentes mentais” atendidos estavam os loucos, mas também os usuários de drogas, que eram tratados como pacientes psiquiátricos (CARNEIRO, 2002a). Entretanto, durante a mobilização da reforma psiquiátrica, enfatizaram-se mais as demandas dos primeiros do que dos segundos, fazendo com que a questão das drogas se transformasse posteriormente no calcanhar de Aquiles do seu movimento. Para a sociedade, o “louco” não representava um

perigo se estivesse medicado e vivesse em liberdade, mas como pensar o mesmo para os usuários de drogas considerados antecipadamente como criminosos?

Muitas conquistas políticas alcançadas nesse período na área da saúde mental foram minadas justamente pelo fato de o “louco” compartilhar a categoria de paciente da saúde mental com os usuários de drogas (RAMMINGER; SILVA,2014). Pois, com os serviços públicos implementados após a Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto o “louco” ganhava a sua liberdade, o “drogado” representava cada vez mais um desafio para a sociedade.

Para contemplar algumas especificidades do atendimento e de tratamento dos “drogados” nesses serviços, somou-se a expertise do conceito de *redução de danos* destinado aos usuários de drogas nos anos 1980 para prevenção de HIV/Aids pelo compartilhamento de materiais para o uso de drogas injetáveis. Conforme Domanico (2006), a *redução de danos* é uma estratégia de prevenção de danos relacionada às práticas vulneráveis, sendo o uso de drogas uma delas. Essa concepção vinha sendo preconizada na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, desde 2003, e no direcionamento das Políticas de Saúde Mental até 2017. Havia uma compreensão, por parte dos profissionais de saúde, de que os usuários de drogas poderiam receber atendimento e tratamento dos serviços de saúde pública reduzindo os males decorrentes desse uso, sem que isso implicasse *abstinência*.

Essa concepção entra em disputa com outros grupos de profissionais que condicionam o tratamento à *abstinência* das substâncias utilizadas. Geralmente, o direcionamento da abstinência advém de uma corrente da Psiquiatria que entende que o tratamento não deve ser concomitante ao uso de drogas. Entretanto, como explica Santos:

As disputas que se travam sobre os modelos de cuidado a pessoas que fazem usos problemáticos de drogas têm sido expressas, recorrentemente, como uma oposição entre modelos calcados na abstinência versus modelos calcados na redução de danos. Desde já, cabe assinalar que essa oposição é errônea, uma vez que as estratégias orientadas pela lógica de redução de danos, em princípio, não se opõem à abstinência, desde que esta seja um objetivo das pessoas que buscam ajuda para tratar de suas adições. O cerne da controvérsia se dá, antes, em torno do fato de que, em alguns modelos de cuidado, a abstinência não é apenas o único objetivo desejável, mas também uma condição prévia para a realização do próprio tratamento (2018, p. 22).

Portanto, ainda que as concepções possam ser propostas de tratamento complementares para os usuários de drogas, cada uma delas se atrelou como “bandeira” de um grupo de defensores, tornando a escolha de um caminho a consequente exclusão de outro. Assim, configuraram-se no Brasil dois grupos distintos que defendem fervorosamente cada uma dessas concepções – *redução de danos* x *abstinência* – como aposta para o tratamento dos usuários de drogas. De modo geral, entre os primeiros, estão profissionais que se alinham aos princípios da

Reforma Psiquiátrica, e entre os segundos estão profissionais que defendem a inclusão da abstinência como meta das políticas voltadas aos usuários de drogas.

Esse jogo duplo que permeia o tratamento dos usuários de drogas se dá como em qualquer outro campo de discussão, e devemos compreender as disputas em questão de forma relacional. Essa afirmação também foi enfatizada por Bourdieu:

O fato de todo campo político tender a organizar-se em torno de oposição entre dois polos (que, como os partidos do sistema americano, podem eles próprios ser constituídos por verdadeiros campos, organizados segundo divisões análogas) não deve fazer esquecer que as propriedades recorrentes das doutrinas ou dos grupos situados nas posições polares “partido do movimento” e “partido da ordem”, “progressistas” e “conservadores”, “esquerda” e “direita”, são invariantes que só se realizam na relação com um campo determinado e por meio dessa relação (1989, p. 179).

Apesar da implementação do paradigma proibicionista nas políticas sobre drogas, as propostas voltadas para a *redução de danos* tiveram seu auge entre as décadas de 1990 e o começo do século, mas a partir de 2010 a perspectiva da *abstinência* ganhou espaço e tem-se estabelecido em meio às políticas de saúde. Esses grupos convivem entre si no campo político e continuam em disputa para defender suas propostas diante das políticas públicas voltadas aos usuários de drogas.

Ainda que essas questões sejam mais complexas do que o apresentado, buscou-se destacar os aspectos sociais ligados ao campo da segurança e ao campo da saúde que abarcam a situação sócio-histórica do “problema das drogas”. Nessa linha de raciocínio, Bastos corrobora com a ideia de que, para uma análise de políticas públicas que dê conta da questão das drogas, cabe primeiramente a “contextualização das políticas de drogas enquanto fenômeno global” (2012, p. 1.016), de modo que possamos perceber as influências e direcionamentos que regem a sociedade. Logo, com este rápido panorama sobre a questão de drogas no cenário brasileiro, desejou-se enfatizar o jogo de disputa existente, as instabilidades postas e os direcionamentos acordados até o momento que envolvem o campo político voltado para as políticas sobre drogas e a inserção das CTs nas políticas públicas.

2.4 ENFRENTANDO O “PROBLEMA DAS DROGAS” COM AS CTs

A utilização da nomenclatura “comunidade terapêutica”⁴ para determinadas instituições de atendimento e tratamento aos usuários de drogas é uma construção que esta tese também visa compreender melhor⁵.

Na década de 1950, o psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, radicado no Reino Unido, propôs a nomenclatura de Comunidade Terapêutica para um projeto terapêutico de convivência em grupo e relações verticais entre profissionais e pacientes em ambiente hospitalar. Essa proposta de Jones influenciou e se tornou “precursora do conceito fundamental de comunidade como método no tratamento de usuário de substâncias psicoativas que surgiria mais tarde” (FRACASSO, 2016, p. 4), principalmente no Brasil.

Anteriormente a Jones, na segunda década do século XX, nos Estados Unidos foi fundada uma organização religiosa pelo ministro evangélico luterano Frank Buchman, o chamado “grupo de Oxford” (FRACASSO, 2016). Esse grupo funcionava baseado no compartilhamento de experiências e, mais tarde, definiu normas éticas para seus membros, como sinceridade absoluta, pureza absoluta, amor absoluto e desprendimento absoluto, tendo atraído alcoolistas que desejavam a sua recuperação. Seu objetivo era de seguir os princípios cristãos e reunir esses alcoolistas em recuperação (DE LEON, 2014).

Bill Wilson era um dependente de álcool em recuperação que teve ajuda de um amigo que participou do grupo de Oxford. Ele procurou Bob Smith, que era outro dependente, e juntos decidiram fundar a irmandade Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935, em Ohio, sendo essa uma missão de ajudar outros usuários de álcool enquanto mantinham sua própria recuperação. Mais tarde, essa proposta veio a compor o Modelo de Minnesota, que se concentrava nos princípios do AA somando-se a essência espiritual, ajuda mútua, e sendo baseada nos doze passos⁶.

Charles Dederich, também dependente em recuperação, em 1959, teve a ideia de unir a experiência do AA e outras influências filosóficas desenvolvendo, em Santa Mônica, na Califórnia, um modelo residencial para recuperação de alcoolista que ficou conhecido como Modelo Synanon. A sua proposta envolvia novas formas de convívio, com laborterapia e atribuição de culpa como pilares do seu método, mas também visava a um estilo de vida

⁴ Existem outras nomenclaturas que são associadas ao modelo das CTs de modo ambíguo. São elas: centro de reabilitação, centro de tratamento, fazenda ou fazendinhas, retiro comunitário, instituto, entre outros.

⁵ As definições sobre o que é uma CT estão em construção. Apesar de haver referências teóricas, a concepção do modelo e prática institucional vem se consolidando no Brasil conforme os tensionamentos com os atores governamentais e não governamentais. Como a etnografia se deu em proximidade com os representantes das federações de CTs, observou-se que a definição de CT respeitava acordos realizados com demais entes, conforme será discutido adiante.

⁶ Segundo Rodrigues e Almeida (2002), os doze passos consistem em princípios do processo de recuperação vinculado ao livro-base dos Alcoólicos Anônimos. Esses princípios consideram a impotência dos sujeitos diante do álcool, podendo ser estendidos para as demais substâncias, como fazem no âmbito das CTs.

alternativo e tinha como foco se manter em abstinência (DE LEON, 2014). Aos poucos, a instituição abriu-se para outros alcoolistas e usuários de outras drogas que desejavam se manter abstinentes. Essa proposta firmou-se e deu origem a outras CTs, como a CT Daytop Village, fundada em 1963 por William O'Brien e David Deitch, que conseguiu apoio de diversos profissionais, políticos e religiosos (SCADUTO, 2010).

O Pastor David Wilkerson criou, em 1958, em Nova Iorque, Estados Unidos, o Teen Challenge para ajudar jovens, usuários de drogas dos guetos da cidade, visando à sua recuperação e reinserção. Esse modelo de recuperação também foi difundido por outras cidades americanas seguindo a mesma filosofia, mas propondo adaptações. Por volta dos anos 1970, tal modelo ultrapassou suas fronteiras chegando a outros continentes.

Assim, tanto na Europa como na América do Norte essas entidades de atendimento e tratamento para usuários de álcool e outras drogas foram se expandindo, se complexificando e ganhando reconhecimento mundial. Nos anos 2000, o médico George De Leon, da Universidade de Nova Iorque, fez uma análise dessas entidades e as englobou como CTs tradicionais que deram origem ao que ele propõe como a CT contemporânea. Seu livro *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método* descreve esse processo histórico do atendimento aos usuários de drogas a partir de diferentes propostas e aposta numa espécie de manual de como deveria ser o tratamento dos adictos no ambiente da CT. De Leon constrói sua definição para a CT contemporânea da seguinte forma: “Na qualidade de entidade híbrida, fruto da união entre autoajuda e apoio público, a CT é uma experiência em desenvolvimento contínuo que vem reconfigurando os ingredientes de cura e de formação de comunidades de autoajuda numa metodologia sistemática de transformações de vida” (2014, p. 2).

A partir do século XX, essas instituições se expandiram por outros países, mantendo os conceitos básicos. De lá para os dias atuais, algumas instituições seguiram a abordagem dessas primeiras, e outras se afastaram, evidenciando-se a heterogeneidade das instituições existentes ao longo desses 50 anos.

Segundo Fracasso (2016), as Comunidades Terapêuticas foram implantadas no Brasil no final dos anos 1960 a partir de inspirações de modelo de tratamento norte-americanos e europeus para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. No entanto, apesar de certas características comuns entre as CTs tradicionais e o atual modelo das CTs brasileiras, há pontos específicos que as diferenciam. As primeiras foram propostas por psiquiatras com base na crítica do modelo manicomial vigente no século XIX para tratar egresso da guerra. Já as segundas foram trazidas por líderes religiosos estrangeiros visando ao tratamento de usuários de drogas baseado na disciplina, trabalho e espiritualidade.

Sabe-se que o modelo dos EUA inspirou Padre Haroldo dando origem à Fazenda do Senhor Jesus, e o Teen Challenge foi trazido por David Wilkerson gerando o Desafio Jovem. Estas são entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, que têm atendido usuários de drogas nos últimos cinquenta anos. Apesar dos diferentes nomes das entidades, as propostas terapêuticas concentravam-se na convivência entre os pares na troca de aprendizagens visando à manutenção da abstinência de drogas. Assim, essas instituições e outras que se assemelhavam na proposta uniram-se em busca de financiamento público e, para isso, passaram a se reconhecer legalmente como “comunidades terapêuticas”.

Um dos fundadores das primeiras CTs no Brasil afirma ter conhecido Maxwell Jones e ter utilizado o nome de “comunidade terapêutica” como forma de inspiração no modelo proposto para tratar usuários de drogas⁷. Jones também é citado, atualmente, como fonte originária do modelo de CTs brasileiras em cursos, eventos e palestras pelos representantes dessas entidades. Desse modo, parece também estratégico vincular o atual modelo às proposições psiquiátricas, como forma de buscar um vínculo com as CTs tradicionais, mas também de legitimar essas instituições em um panorama histórico. Entretanto, considerando as especificidades que os contornos institucionais adquirem em contextos locais, devemos ter mais atenção ao associar diretamente as CTs tradicionais às CTs brasileiras.

O próprio De Leon (2014) tem cuidado ao relacionar essas instituições, mostrando que há certa convergência entre a compreensão de conceitos e componentes do modelo de CT, mas também deixa evidente os diferentes programas de tratamento em *dependência química* praticados mundo afora após a primeira geração de CTs psiquiátricas norte-americanas. Ao buscar compreender as formulações teóricas que delimitam o tratamento da *dependência química* da CT, o autor afirma que:

A ampla variedade de definições e concepções existentes de CT de tratamento de *dependência química* entre os participantes revela que não há uma caracterização única capaz de capturar ou explicar o que é, como funciona e por que funciona uma CT. [...] Em comparação com os escritos teóricos acerca da CT psiquiátrica, cujas origens tradicionais são a ciência e medicina, a literatura teórica sobre CT de tratamento de *dependência química* é modesta, refletindo sua origem não-tradicional na literatura da recuperação por meio da auto-ajuda. [...] O número relativamente pequeno de livros de CT de tratamento de *dependência química* se dedica amplamente a uma exposição narrativa de programas particulares, ainda que muitas vezes revelem elementos básicos (DE LEON, 2014, p. 32-33).

⁷No site de uma das federações de CTs, um dos fundadores explica sobre a inspiração do modelo (FEBRAC, 2019).

Nesse sentido, alguns autores têm sido ainda mais enfáticos na separação entre as CTs tradicionais e CTs brasileiras. Amarante (2007) entende que as atuais CTs em nada correspondem aos modelos propostos de CT anteriormente na história da Psiquiatria. Para Cézar e Coelho (2017), a utilização da mesma nomenclatura seria uma forma oportunista de ganhar legitimidade social e científica em relação à proposta original, se alinhando muito mais à proposta da Psiquiatria higienista do século XVIII do que às revisões apresentadas acima. De qualquer forma, é relevante compreender as CTs brasileiras a partir do seu próprio contexto de criação e de expansão no território nacional, considerando as particularidades culturais, sociais e legais imbricadas nessas entidades.

Conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que traçou o perfil dessas entidades, estima-se que haja 1.963 CTs espalhadas pelo território nacional (SANTOS, 2017). A pesquisa intitulada “Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007” (CARVALHO, 2007), coordenada pela Universidade Federal de Brasília (UnB) e supervisionada pela Secretaria Nacional Antidrogas, destacou que, das 1.256 instituições respondentes, 38,5% da amostra são classificadas por seus *dirigentes* como sendo “Comunidade terapêutica”. Quando destacadas apenas as instituições não governamentais, o tratamento mais citado pelos respondentes foi aquele realizado em CTs com 62,9% das respostas.

A própria Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas reconhece que o vazio de possibilidades para reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados “comunidades terapêuticas” (BRASIL, 2003, p. 46). Assim, coube à legislação brasileira regulamentar o funcionamento das CTs ao mesmo tempo que conhecia suas características. Esse processo deu visibilidade ao atendimento realizado por essas entidades.

Para monitorar, avaliar e aperfeiçoar o financiamento público concedido, a Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD) demandou ao IPEA uma pesquisa sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. O IPEA publicou a pesquisa em duas partes: 1) quantitativa (SANTOS, 2017) e 2) qualitativa (SANTOS, 2018). Esses dados compuseram um mapeamento geral das condições e estruturas das entidades, dos princípios e métodos empregados no tratamento, das fontes de financiamento que permitem a manutenção do trabalho das CTs.

Em relação à pesquisa quantitativa (SANTOS, 2017), foi utilizado um cadastro anterior, que contava com quase 2 mil instituições. Destas, foram destacadas quinhentas respondentes,

que seriam representativas do universo no país. A distribuição espacial apresentou que 41,77% das entidades estavam na região Sudeste. Do total de CTs, 74,3% localizam-se em zonas rurais. Do total de respondentes, tem-se 12.391 vagas disponíveis, sendo 80,79% destinadas ao público masculino. De modo geral, a infraestrutura das instituições é de alvenaria, utiliza poço artesiano, tem fossa séptica, conta com rede geral de abastecimento de energia elétrica e possui quartos coletivos de quatro a seis pessoas. Suas instalações contam, na maioria das vezes, com sala de TV, sala multiuso, sala de convivência, biblioteca, espaço para oficina, sala de aula, local para orações, consultórios para profissionais de saúde, campo de futebol e academia.

A pesquisa ainda apresenta que 79% das CTs foram fundadas entre 1996 e 2015. A maioria tem como fonte de financiamento as doações de apoiadores, dos *acolhidos*, família dos *acolhidos* e instituições religiosas; entretanto, destaca-se que 41% recebem recursos públicos do governo municipal, 24,1% do governo federal e 27,8% do governo estadual. Geralmente, são vinculadas às entidades religiosas, já que 80,9% das instituições pesquisadas declararam seguir alguma orientação religiosa durante a proposta de tratamento. Sobre os métodos e recursos terapêuticos, a maioria das instituições respondentes utiliza a espiritualidade, a laborterapia, a psicoterapia em grupo, a psicoterapia individual, os doze passos, atividades pedagógicas, a arteterapia, as atividades em grupo e, também, os medicamentos.

Sobre os aspectos ligados ao funcionamento das CTs no Brasil, podemos destacar inúmeros trabalhos acadêmicos que desenvolveram pesquisas na área⁸. Essas pesquisas visam compreender as metodologias e práticas empregadas (BOROTO, 2015; FOSSI, 2013; NUNES, 2016; RICCIARDI, 2013), além de focar questões religiosas (DÓREA, 2011; MACHADO, 2011; MEIRELLES, 2017; MELO, 2017; TARGINO, 2017), de disciplina (ONISHI, 2018), de reinserção social (RAMOS, 2018), de abandono do tratamento (PERRONE, 2018), da caracterização das instituições (SANTOS, 2015), entre outros pontos relevantes. Outras pesquisas buscam conhecer o perfil dos *acolhidos* (MADALENA, 2014; RUIZ, 2019), os modos de subjetivação na CT (AGUIAR, 2014; MELO, 2016) e, ainda, visam avaliar o impacto do tratamento terapêutico nessas instituições (FISCHER, 2004; HOLANDA, 2016; PRAXEDES, 2009; SCADUTO, 2010; SOUSA, 2018).

Os estudos acadêmicos realizados até o momento analisaram aspectos que acontecem ou aconteceram “dentro” das CTs, principalmente focados em aspectos das metodologias

⁸ Realizaram-se buscas de trabalhos acadêmicos de pós-graduação em portais de periódicos brasileiros destacando pesquisas que utilizaram a metodologia qualitativa. Levando em consideração a fluidez da nomenclatura “comunidade terapêutica”, foram evidenciados os estudos em instituições que se aproximam das concepções e práticas no modelo de CTs.

empregadas no tratamento dos *acolhidos* nas instituições. Esses trabalhos ainda retraçam o surgimento das CTs no Brasil, destacam o histórico das legislações referentes e trazem alguns dados sobre a organização política dos representantes das CTs. Entretanto, identificou-se a escassez de estudos etnográficos de fôlego sobre a mobilização política dos atores vinculados às CTs para a inserção dessas instituições nas políticas públicas, que se dão principalmente “fora” das CTs. Assim, a presente tese visa suprir esses questionamentos, compreendendo as práticas e estratégias que permeiam a mobilização política de defesa das comunidades terapêuticas a fim de incluí-las em meio aos serviços públicos disponíveis para o atendimento e tratamento de usuários de drogas.

Nesse sentido, cabe compreender como se dá o processo de inclusão das CTs nas políticas públicas no Brasil. Diante da emergência dos “problemas das drogas” no final dos anos 2000, as respostas estatais foram se tornando mais expressivas para lidar com a situação. Uma dessas respostas mais recentes deu-se por meio da publicação da Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010), pelo Ministério da Saúde. Entre suas proposições, a portaria previa realizar ações intersetoriais, vinculadas à área da saúde para prevenção, promoção e tratamento dos *dependentes químicos*, com articulação e regulação de vagas em Comunidades Terapêuticas. O valor destinado ao investimento seria de R\$ 20 milhões.

Em seguida, o governo federal lança o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack mediante a publicação do Decreto nº 7.179, de 11 de maio de 2010. O plano visava a ações integradas, entre ministérios, voltadas para a prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários, além do combate ao tráfico de drogas (BRASIL, 2010). O esperado era de que seriam distribuídos R\$ 410 milhões entre os 26 estados e o Distrito Federal.

Em consequência desse decreto, foi lançada a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Essa rede era composta por serviços da Atenção Básica em Saúde, Atenção Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

As CTs estariam enquadradas como serviços de atenção em regime residencial, sendo este um componente que se destinava 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” (BRASIL, 2011c). Entretanto, apesar da inclusão das CTs na RAPS, o repasse dos recursos públicos federais para essas instituições era

viabilizado exclusivamente pela Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD), e não pela área da saúde.

As normas e exigências mínimas para o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas são definidas pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), do Ministério da Saúde. Em 2011, foi publicada a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que revisou a RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, na qual se enquadravam os critérios de funcionamento das CTs.

Já nesse momento os representantes dessas entidades fizeram sugestões sobre os direcionamentos legislativos em questão (BRASIL, 2011b). Ao estudar as primeiras intervenções do poder público na questão das drogas articuladas às práticas de atenção à saúde dos usuários, Machado e Miranda reconhecem que essas normas legislativas para adequação das entidades foram importantes para o relacionamento com o Estado. Para eles, “o processo de normatização desses espaços de tratamento [...] favoreceu a organização da demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público” (2007, p. 815), o que modificou a relação dessas instituições com os órgãos públicos.

Em 2013, o “Plano Crack” foi ampliado através do Programa “Crack é Possível Vencer”, com mais 4 bilhões de reais, para ser executado até 2014 (BRASIL, 2013). Porém, ainda que o aporte orçamentário fosse significativo, a avaliação desse programa pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) evidenciou que “o valor realmente previsto foi de R\$ 3,5 bilhões, ou seja, 12,5% a menos do que o prometido e deste último número foram executados somente 53,5%” (2014, p. 20-21).

Este programa havia previsto três eixos prioritários para destinação de recursos públicos: Cuidado, Autoridade e Prevenção. No eixo Cuidado, estavam os serviços de atendimento e tratamento aos *dependentes químicos*, como as CTs, que agora poderiam concorrer ao financiamento público disponível. Apesar de já haver repasses pontuais de recursos públicos para essas instituições, é a partir do Programa “Crack é Possível Vencer” que as CTs são citadas como parte dos serviços disponibilizados pela rede do SUS⁹. A meta do programa era de subsidiar 10 mil vagas para o atendimento e tratamento de usuários de drogas nessas instituições, sendo mil reais mensais para o *acolhimento* de adultos e R\$ 1,5 mil por mês para crianças, adolescentes e mães em fase de amamentação¹⁰. Os convênios teriam validade de um ano e

⁹ Com esses recursos foram disponibilizados editais federais anuais para o credenciamento de vagas em CT, ações de fiscalização nessas instituições e cursos de capacitação para os seus profissionais.

¹⁰ O que corresponde, respectivamente, a um salário e um salário e meio no Brasil atualmente.

poderiam ser renovados. Segundo informações disponíveis no site da Casa Civil (2013), os recursos para essa ação seriam provenientes do Fundo Nacional Antidrogas e somam R\$ 132 milhões anuais.

Com o programa, muitos profissionais vinculados a outros serviços públicos destinados aos usuários de drogas entendiam que os recursos deveriam ser investidos na rede existente, e não em novos serviços. Sendo assim, os defensores da *redução de danos* que tinham conseguido implementar suas ideias para o tratamento de usuários de drogas nas últimas décadas colocavam-se como opositores do investimento público e da promoção das CTs – serviços privados e que promoviam o modelo da *abstinência*. Essa questão é evidenciada por Tófoli que elucida historicamente a articulação política permeada pela relação entre Políticas de Drogas e Saúde Pública:

[...] as respostas ditas oficiais nas políticas de drogas configuram um campo em plena disputa. Mesmo após doze anos da manutenção de um grupo político supostamente associado à defesa da RD, do fortalecimento do SUS e dos direitos humanos, essa defesa não tem força suficiente para vencer a matriz de pensamento conservador que se afina à ética da “guerra às drogas” que se encontra incrustada no ideário de uma nação que é cotidianamente bombardeada com ocorrências de violência, torna a discussão sobre o que é política oficial e o que é o campo da execução pragmática destas políticas um terreno eivado de contradições (2015, p. 4).

As disputas entre os atores sociais também se sedimentam nas legislações vigentes. É a partir das publicações legislativas citadas acima como respostas estatais para o “problema das drogas” que, pela primeira vez, as CTs são incorporadas nas políticas públicas. Diante do ineditismo da proposta, a presente tese também se dedicou a compreender as práticas e estratégias dos atores sociais envolvidos com as CTs no tensionamento das políticas sobre drogas, bem como a evidenciar aspectos do contexto que tornaram essa situação possível.

Ante os anúncios de financiamento público federal para as CTs a partir de 2013, gestores e profissionais de saúde da rede pública mobilizaram-se politicamente para questionar os repasses a essas instituições privadas, investigar as situações de tratamento promovido pelo modelo das CTs e protestar sobre o contexto de privatização da saúde pública. Dessa forma, foram realizadas inspeções em instituições denunciadas ao Ministério Público (MP), e os órgãos profissionais regionais e federais, particularmente da área da psicologia, passaram a apontar irregularidades de funcionamento e violação dos Direitos Humanos (CRP-SP, 2016; CFP, 2018).

As principais acusações às CTs estão relacionadas ao caráter asilar, às modalidades de internação, aos aspectos institucionais e da equipe de trabalho, às condições de infraestrutura e à gestão dos aportes financeiros das instituições. Os usuários atendidos por essas instituições

são percebidos como afastados da sociedade, e por isso estariam isolados, incomunicáveis, sem privacidade, discriminados, maltratados, restritos à liberdade, forçados ao trabalho, sujeitos à punições e obrigados a estarem ali contra sua vontade; os profissionais das CTs seriam despreparados, não qualificados e até mal-intencionados; e as instituições são extremamente precárias, distantes e irregulares (CRP-SP, 2016; CFP, 2018).

A disputa entre os modelos de tratamento para usuários de drogas na rede de atenção de saúde remonta aos debates internacionais sobre o modelo psiquiátrico (direcionado para a *abstinência*) e o modelo psicossocial (direcionado para a *redução de danos*) que influencia as decisões de políticas públicas sobre drogas. Nesse sentido, a perspectiva médica tem se somado cada vez mais à defesa do modelo de CTs. George De Leon é um médico americano, especialista em *dependência química*, que incentiva o modelo de CTs e tem se tornado referência internacional no assunto. Em uma de suas visitas ao Brasil, para participar da Conferência Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (CLACT) de 2017, o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, que acompanha seu raciocínio sobre o tratamento de usuários de drogas, afirmou em reportagem ao site da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (2017):

As comunidades terapêuticas são parte importante do processo de recuperação de muitos *dependentes químicos*. O modelo e método do pesquisador americano servem de inspiração para basear um serviço com ferramentas comprovadamente eficazes no tratamento da *dependência química*.

Em meio a esse processo da mobilização de apoiadores, também se articulam atores governamentais simpatizantes do modelo de CTs tornando permeável a implementação deste como possibilidade de tratamento aos usuários de drogas nas políticas públicas. No II Congresso Nacional de Comunidades Terapêuticas, em 2016, o então Ministro do Desenvolvimento Social, o médico Osmar Terra, ressaltou:

Eu vi a devastação que as drogas causam na sociedade, principalmente a destruição das famílias. Porque não é só a pessoa que é dependente química, família toda sofre e sofre muito. [...] A comunidade terapêutica é a base da pirâmide de tratamento. Ela tem que existir. Na minha proposta de lei, eu coloquei na legislação a possibilidade de fazer convênios com as comunidades terapêuticas. [...] Eu acho que as comunidades terapêuticas são o único caminho pra iniciar a recuperação. [...] A abstinência é fundamental para a pessoa voltar com a vida útil, uma vida social, pra ser importante pra família de novo, uma vida produtiva. Por isso que levar a pessoa para uma comunidade terapêutica, ficar em abstinência, sendo reforçada pelos que estão também fazendo esforço pra isso... Longe de qualquer coisa que lembre o consumo da droga vai fazendo tipo um esquecimento da droga. Estou falando do ponto de vista neurocientífico! [...] A experiência mostrou que é assim, a experiência da vida das pessoas que mostrou que é importante a comunidade terapêutica, que é importante a abstinência.

O clima político favorável também se apoia em sentimentos morais que são acionados publicamente para defender o modelo voltado para a abstinência como um meio de “salvar” os usuários e sua família das drogas, do sofrimento, da morte. Pode-se dizer que os discursos acionados para a defesa do modelo das CTs se enquadram na perspectiva da crítica da “razão humanitária” (FASSIN, 2012), uma vez que os sentimentos morais relacionados ao sofrimento dos usuários de drogas também são utilizados na implementação da parceria público-privada. Com este argumento, mobilizam-se políticas públicas e a agilidade na efetivação dessas ações, o que tem alto retorno político para os envolvidos¹¹.

No campo político, as CTs são representadas principalmente pelas federações de CTs, ainda que se tenha apoiadores entre *adictos em recuperação* e seus familiares, políticos, gestores e profissionais da saúde que defendem a abstinência, entidades religiosas que apoiam às instituições, entre outros. Estima-se que existam por volta de 34 entidades associativas e federações de CTs no Brasil (SANTOS, 2017), que se diferenciam pela origem religiosa e/ou pela região de atuação. Conforme o surgimento das políticas sobre droga na área de saúde, as federações de CTs já se aproximavam dos atores governamentais para propor mudanças legislativas que as favorecessem e disputar espaço nas ações de políticas públicas vigentes desde 2001 devido às exigências mínimas de funcionamento das entidades. De modo geral, a mobilização política desses atores concentrou-se nas “margens do Estado” (DAS; POOLE, 2004) a fim de apresentar suas demandas ao poder público e inserir as CTs na rede de atenção de serviços públicos.

Tendo em vista o novo contexto político nacional, em 2012, algumas dessas federações se juntaram para compor a confederação nacional de CTs. Conforme estatuto (CONFENACT, 2012), o objetivo de sua criação era “fortalecer a modalidade de tratamento de CT, para a construção de políticas públicas que insiram de forma efetiva a mesma na rede de atendimento de pessoas dependentes de drogas e seus familiares”. O que era decidido pela confederação era repassado aos representantes e trabalhadores das CTs pelos meios de comunicação existentes e pelos cursos promovidos pelas federações envolvidas.

Ao mesmo tempo, essa união entre eles tornou-se estratégica para se defender o modelo das CTs de denúncias apresentadas por associações profissionais (CRP-SP, 2016; CFP, 2018), por reportagens de jornais que relatavam situações de violência, tortura e mortes nas

¹¹ A mobilização de atores governamentais e não governamentais agrega força política, possibilitando a entrada na carreira política, tendo como proposta defender a causa das CTs, como será visto adiante.

instituições¹² e até por trabalhos acadêmicos que alertam para os perigos desse modelo¹³. A situação deflagrada fez com que os representantes das federações também passassem a rever princípios, valores e características do modelo de CTs. Assim, novas adaptações conceituais e no funcionamento das instituições foram estabelecidas por esses atores para adequar as entidades às políticas públicas vigentes¹⁴; contudo, os princípios gerais do modelo permaneceram. Essa forte mobilização da confederação em defesa das CTs, juntamente com o alarde em relação à *epidemia do crack* e a nova conjuntura política instalada¹⁵, permitiu a concretização de mudanças legislativas importantes que favoreceram as CTs. Em 2017, foi lançada a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelecia diretrizes para o fortalecimento da RAPS, destacando parceria e apoio intersetorial às CTs (BRASIL, 2017a). Esse apoio foi consolidado com a aprovação da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), que reconheceu o trabalho das CTs e permitiu repasses de recursos públicos também do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2017b).

Na área da saúde, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, atualizada em 2017 pelo Ministério da Saúde, passava a enfatizar as CTs como um dos pontos de atenção da RAPS. Segundo um representante da federação, essa mudança legislativa colocava as CTs como protagonistas entre os serviços oferecidos pelos SUS, e não mais como meros coadjuvantes. Com as eleições federais no final de 2018, novos atores governamentais simpáticos ao modelo das CTs se estabelecem em cargos políticos, de modo que o processo de inserção das CTs nas políticas públicas vem se consolidando ainda mais. Nessa direção, a Nota Técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019, do Ministério de Saúde, afirma que as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas

¹² A partir de 2011, havia frequentemente notícias dos jornais de grande circulação anunciando mortes em CT decorrentes de incêndios causados em quartos trancados e denúncias de infrações e de violação de direitos humanos durante a internação. Algumas dessas reportagens são: “Clínica interdita em Camaragibe, PE, nega denúncias de maus tratos” (G1, 2012); “Clínica de reabilitação é fechada após denúncia de maus-tratos, em Goiás” (G1, 2014); “Investigados tortura e cárcere privado em comunidade terapêutica de São Francisco de Paula” (CLICRBS, 2015); “Incêndio em centro de reabilitação de dependentes químicos mata 7 no RS” (G1, 2016), entre outras.

¹³ Alguns artigos comparam as CTs aos antigos asilos, colônias, manicômios e reformatórios do início do século XX (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015), destacam que as CTs têm poucas evidências científicas em relação à eficácia do tratamento da *dependência química* (DAMAS, 2013), alertam para aposta das políticas públicas nas CTs como um paliativo para resolver a questão das drogas no Brasil (PITTA, 2011), entre outros.

¹⁴ Nesse sentido, são citados como principais parâmetros legislativos a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece o Sistema Único de Saúde. Nelas, enfatizam-se direitos e garantias fundamentais aos cidadãos que rechaçam a tortura, a privação da liberdade, a violação do sigilo e privacidade, entre outros pontos que devem ser considerados para prestação de serviços ao Estado.

¹⁵ Em agosto de 2016, a presidenta Dilma Rousseff sofreu um impeachment deixando o cargo para o seu vice, Michel Temer. Essa transição política até as eleições gerais ao fim de 2018 gerou novas articulações políticas e mudanças nos direcionamentos das políticas públicas em questão.

visam enforçar “estratégias de tratamento [que] terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas” (BRASIL, 2019d).

Com o Decreto nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019, houve uma alteração importante na área das políticas públicas sobre drogas que impactou os modos de gestão de financiamento e dos serviços destinados ao atendimento e tratamento de usuários de drogas. As competências da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJSP), foram transferidas para a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania (SENAPRED/MC) (BRASIL, 2019c).

Essa articulação ganha reforço com a publicação do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a nova Política Nacional sobre Drogas. No documento, explicita-se o apoio, a integração e o estímulo, inclusive financeiro, às CTs como modo de tratamento, recuperação e reinserção social dos *dependentes químicos* (BRASIL, 2019). Em seguida, é publicada a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que atualiza o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas nesses novos parâmetros (BRASIL, 2019a).

O rápido panorama apresentado evidencia o campo em disputa entre os modelos de tratamento para usuários de drogas que perpassa pelas políticas públicas vigentes. Atualmente, a mobilização dos atores sociais ligados às CTs e o momento político favorável demonstram que esse modelo tem ganhado espaço em relação ao modelo da *redução de danos*. Nesse sentido, as novas legislações têm direcionado o atendimento e o tratamento dos usuários de drogas com enfoque na *abstinência*. Ainda que esse direcionamento não exclua o convívio com os princípios da *redução de danos* (SANTOS, 2018), julga-se pertinente compreender o processo de mobilização política que tornou as CTs protagonistas em meio às políticas de saúde.

Dessa maneira, cabe etnografar e compreender como as CTs, através das suas organizações e representações, se articulam politicamente e institucionalmente para se manter e, se possível, expandir seus serviços. Por fim, ressalta-se que esta pesquisa coloca em evidência o estado do Rio Grande do Sul (RS) como território potente das articulações e conquistas dos atores sociais em questão, mas os achados no contexto estadual também são reflexos do contexto federal.

3 INSERÇÕES EM CAMPO NO MUNDO DAS CTS

O trabalho de campo na intersecção entre drogas, saúde e o Estado não possui um espaço geográfico definido. O etnógrafo precisa se deslocar no território para alcançar a complexidade desse campo, de modo que os próprios caminhos traçados colaboram para a composição dos dados coletados. Assim, é preciso aprender estratégias para entrar em campo, identificar as pessoas-chave, mapear os espaços institucionais relevantes, participar de diferentes eventos, reuniões e cursos e etnografar o que está relacionado ao objeto estudado.

Nesta tese, após definir a temática de pesquisa, o passo seguinte foi refletir sobre a entrada em campo. Como elucida Whyte (2005), que pesquisou nas ruas do quarteirão italiano de um bairro de Boston, a “entrada em campo” correspondeu à permissão de um interlocutor principal que permitia ao antropólogo acompanhar sua vida diariamente e, com isso, conhecer o cotidiano do local. Foi esse contato estratégico que colaborou no acesso de pessoas específicas e de lugares privados para que Whyte compreendesse os diferentes tipos de lideranças existentes no local na relação entre gângsteres com os rapazes de esquinas.

Tendo como mote a inserção das CTs nas políticas públicas no Rio Grande do Sul, caberia “andar por aí” para encontrar potenciais interlocutores a fim de iniciar o trabalho de campo. Desde o princípio, o objetivo não era fazer uma etnografia de uma CT específica, mas sim de identificar quais as estratégias, instâncias e alianças que os representantes dessas instituições acionam “fora” das CTs a fim de se apresentar perante as políticas públicas como uma alternativa terapêutica à população usuária de drogas. Procurou-se, então, acessar diferentes espaços e contatar instituições diversas por onde percorrem os apoiadores, representantes e federações de CTs com o objetivo de acompanhá-los na articulação política estadual e na busca de investimentos públicos ao modelo voltado para *abstinência*. Logo, o presente capítulo visa discutir as implicações metodológicas da pesquisa etnográfica com objetos difusos, ou seja, que não são claramente limitados em uma área geográfica, instituição ou grupo.

3.1 ENTRANDO EM UM LABIRINTO CHEIO DE CAMINHOS

A partir da dissertação de mestrado (BARROSO, 2013) que etnografou as concepções e as práticas profissionais para o atendimento e tratamento de usuários de drogas em um CAPS e um Hospital Geral, tem-se acompanhado os desdobramentos das políticas públicas para resolver o “problema das drogas” perpassando pela saúde pública. Durante a pesquisa, as CTs

eram citadas nos encaminhamentos de usuários considerados como casos graves e difíceis¹⁶. Muitas vezes esses encaminhamentos se davam pelo setor privado¹⁷. Ao mesmo tempo, essas instituições ganhavam espaço no debate público e nas propostas de ações de políticas públicas, conforme apresentado.

O primeiro contato com o *mundo das CTs* se deu por meio de notícias veiculadas através da mídia denunciando maus-tratos, tortura, incêndios e mortes cometidos nas instituições. Estas eram apresentadas como isoladas, precárias, inseguras e insalubres. Soma-se a esse arsenal de matérias a produção de relatórios de inspeção de locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2018), realizados pela Comissão Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que apresentaram inúmeras violações dos direitos humanos cometidas pelas instituições, colocando em xeque o modelo terapêutico promovido para o tratamento aos usuários de drogas.

Por um lado, havia o desconhecimento sobre o *mundo das CTs*, sendo necessário pensar em como realizar uma pesquisa etnográfica neste cenário. Como acessar as CTs sem que este acesso fosse tomado como uma forma de *inspeção*? Como compreender a diversidade de CTs que, com certeza, não se limitam aos modelos que apareciam na mídia? Como apreender as estratégias acionadas para o modelo das CTs se apresentar como uma alternativa de cuidado aos *dependentes químicos*? Por onde começar nesse campo?

Por outro lado, caberia se justificar diante da academia e dos colegas da área da psicologia e da saúde coletiva o interesse no estudo das CTs cuja proposta está em conflito com as propostas de *redução de danos*, luta antimanicomial e do próprio SUS. Como lidar internamente com este dilema de tentar entender em profundidade algo que, a princípio, por nossa trajetória profissional e de formação deveríamos condenar? Ou, ainda, como se despir verdadeiramente destes preconceitos e estereótipos para buscar, genuinamente, compreender este outro socialmente tão criticado?

Esse processo implica uma disponibilidade intelectual e afetiva ao buscar de fato compreender o outro mesmo que isto signifique que o antropólogo seja submetido a julgamentos por suas posições, tanto por pesquisadores como pelos pesquisados. Nesse sentido,

¹⁶ No geral, eram considerados casos graves aqueles usuários que já tinham passado por outros serviços da rede de atenção, mas que não continuavam com “problemas” em relação ao uso de drogas; que corriam risco de vida em alguma circunstância; que moravam na rua ou em situação degradante passando necessidades.

¹⁷ Em alguns casos, os próprios serviços pesquisados consideravam a possibilidade de encaminhamento para as CTs. Entretanto, se a família tinha condições financeiras, o encaminhamento era realizado do serviço atendido direto para a CT, ou se a família não tinha condições financeiras era sugerido entrar com pedido judicial para conseguir o pagamento dessas vagas em CTs.

como apresenta Zenobi sobre sua acusação de ser “espião” ao pesquisar famílias de vítimas de um incêndio em um show de rock em Buenos Aires em 2004:

[o] trabalho de campo etnográfico implica inserir-se na rede local de relações sociais, nelas permanecer aprisionado e, se a situação assim pedir, ter de acomodar-se às novas circunstâncias. Ao fazê-lo, o antropólogo não pode evitar ser atravessado pelas mesmas categorias e relações concernentes aos membros do grupo social que decidiu estudar. Assim, apesar de ser verdade que os nativos têm sentidos próprios para “seu mundo”, também se deve ter em conta que, por meio do trabalho de campo, os antropólogos passam a formar parte do mesmo e que, em decorrência disto, suas ações são avaliadas (2010, p. 491).

Na presente pesquisa, estudar as estratégias e posicionamentos dos atores sociais vinculados às CTs significa assumir, ao menos provisoriamente, um lado no debate. Lado este que vai de encontro às expectativas e posições assumidas ao longo da trajetória profissional. Mas implica, também, construir uma relação de confiança para com este outro que, por sua própria posição social, apresenta receios e desconfianças.

Ao mesmo tempo, ainda que a tese não seja produto puramente do ponto de vista do nativo, mas da relação do antropólogo com o ponto de vista do nativo (VIVEIROS DE CASTRO, 2002), o material produzido apresenta as versões e compreensões sobre o *mundo das CTs* que também interessa à população etnografada. Através do resultado de um trabalho acadêmico legitimado socialmente, esses atores sociais narrariam suas histórias, expressariam suas motivações, apresentariam suas demandas e demonstrariam, mesmo que em partes, suas dificuldades para realizar o tratamento dos usuários de drogas. Para isso, caberia acessar a rede de relações do *mundo das CTs* e confiar e ganhar a confiança das pessoas que atuam, defendem e acreditam no trabalho das CTs. Deste modo, buscou-se uma forma de falar não só *sobre* as CTs, mas *a partir das CTs*.

Tentando entender como as CTs têm se inserido nas políticas públicas a fim de participar da rede de atenção do SUS e como conseguem fazer frente aos discursos dos profissionais de saúde, de gestores e políticos, o trabalho de campo foi se delineando a partir dos diferentes indícios (GINZBURG, 1989) que a realidade do fenômeno social estudado apresentava. Os percursos do trabalho etnográfico foram se desenvolvendo conforme a pesquisa se fazia na ação (INGOLD, 2012). Mais do que buscar uma hipótese direcionada, coube seguir as discussões públicas que abarcavam as CTs nas políticas públicas no Rio Grande do Sul¹⁸.

¹⁸ Este projeto de pesquisa, com número de Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 65613317.0.0000.5347, foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme as Normas e as Diretrizes Nacionais e Internacionais de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012).

Com base em buscas na internet, identificou-se uma das federações estaduais de CTs. Por meio de contato telefônico, um representante da federação informou sobre a II Conferência Nacional de Comunidades Terapêuticas, que seria realizada em Campinas/SP, em 2015. Esse evento foi uma das primeiras *portas de entrada* da pesquisa de campo, porque permitiu compreender, de modo geral, como as CTs se estruturam e possibilitou o contato inicial com outras pessoas relevantes para o campo, particularmente no contexto das federações e seus representantes estaduais que estavam no evento nacional.

Mediante o contato com representantes das federações estaduais de CTs, passou-se a acompanhar as reuniões do fórum estadual das CTs, que acontecem bimestralmente, no Rio Grande do Sul. Esse fórum é formado por duas federações atuantes no estado: a Esperança e a Redenção¹⁹. Tais federações têm atuação regional e possuem como filiadas instituições confessionais e não confessionais. Cada uma tem suas filiadas, sua vinculação religiosa, sua história de constituição e suas estratégias de mobilização política, mas *somam suas forças* na luta pela valorização das CTs. A participação nesse fórum estadual possibilitou a realização de contatos com os principais representantes das federações de CTs e profissionais que atuam nessas instituições.

A inserção da pesquisadora no grupo de aplicativo WhatsApp do próprio fórum foi um marco importante do trabalho de campo, pois permitiu acompanhar as discussões do grupo, ter acesso ao lançamento de documentos e editais, saber dos eventos, reuniões e cursos pertinentes ao tema e conhecer melhor seus componentes, que participavam de todo o Rio Grande do Sul. Concomitantemente, o grupo colaborava na rede de informações no atendimento e tratamento de usuários de drogas nessas instituições, mas também reforçava a mobilização e a articulação política dos atores sociais vinculados às CTs. Nesse sentido, apesar de os aplicativos de redes sociais estarem on-line, acabam por potencializar os encontros off-line, como indica Dornelles, ao dizer que há uma:

[...] estreita associação que atualmente se processa entre computador/Internet e condutas sociais. Um dos aspectos mais claros está relacionado ao cultivo de um tipo de sociabilidade que podemos denominar como sendo “virtual”. Esse conceito surge do encontro de determinadas características. De um lado temos a presença de práticas de sociabilidade ao “modo clássico”, sendo mantida pelo encontro face a face. De outro, está presente a especificidade gerada por tal tecnologia: a presença da interface gráfica como mediador do encontro social (2004, p. 269-270).

¹⁹ A fim de preservar o sigilo dos grupos pesquisados, foi criada uma denominação fantasia para cada federação.

Destaca-se, então, que a participação nesse grupo do aplicativo WhatsApp proporcionou à pesquisadora novas maneiras de trabalho de campo on-line, que complementaram o trabalho de campo off-line. Como apontam Segata e Rifiotis (2016) ao estudarem as relações entre antropologia e o ciberespaço, essa forma de trabalho de campo tornou-se pertinente ao possibilitar o acesso à rede de relações dos atores sociais envolvidos e ao proporcionar a compreensão dos caminhos percorridos bem como dos argumentos apresentados pelos atores que atuam no fenômeno estudado.

Outro espaço de atuação que se abriu no campo para a participação foram as conferências preparatórias para a Conferência Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas de 2017. Ali também foi possível identificar a presença de representantes de CTs e instituições envolvidas através das apresentações das pessoas que falaram no palanque. Em um dessas conferências, foi possibilitada ainda a apresentação da pesquisa em andamento e, com isso, houve o convite para a participação da pesquisadora nas reuniões do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD) e do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED). Essa inserção em campo nos conselhos, os quais tinham como conselheiros representantes de CTs, permitiu o estreitamento do vínculo com os atores sociais vinculados às CTs, tanto em virtude da frequência das reuniões, que eram quinzenais, como por causa da colaboração da pesquisadora nas ações programadas e executadas nesses espaços.

Apesar de manter relação com representantes das duas federações estaduais de CTs, a pesquisa etnográfica conduziu à maior proximidade com os representantes de uma das federações, a Federação Esperança. Nesta, a pesquisadora foi convidada a ocupar o cargo de *secretária executiva* após demonstrar interesse em conhecer o seu funcionamento.

Por fim, buscou-se também acompanhar os atores governamentais atrelados às políticas de saúde sobre drogas na esfera estadual, uma vez que estes estavam em contato com os representantes das CTs em decorrência das parcerias público-privadas previstas. No momento da pesquisa, estava sendo discutido um edital de credenciamento de CTs para financiamento público estadual de mil vagas nessas instituições. Foi contatado, assim, o responsável pela área da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para realização de uma entrevista. A partir da entrevista, obteve-se a permissão para acompanhar alguns procedimentos de gestão relacionados ao andamento do edital.

O trâmite burocrático para credenciamento das instituições e, posteriormente, para contratualização de vagas destinadas ao tratamento dos usuários de drogas é encaminhado pela rede pública. A gestão estadual envolve duas instâncias: o nível estadual, que concentra os coordenadores gerais e técnicos das políticas de saúde na capital do estado; e o nível regional,

nas chamadas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que dispõe de técnicos regionais na articulação e execução das políticas junto aos municípios definidos pela sua abrangência territorial²⁰. Pude percorrer pelas estruturas da gestão estadual para acompanhar a implementação das ações de políticas públicas relacionadas às CTs no estado.

Ingold (2015) traz a metáfora do dédalo e do labirinto para pensar a ação do pesquisador em campo. O dédalo abarcaria a ação intencional ao percorrer por caminhos escolhidos, chegando ao fim da linha, e o labirinto envolveria a ação atencional em que cabe estar atento às possibilidades desse caminho, aprendendo muito mais por esse percurso do que tendo a finalidade de chegar ao seu fim. Logo, compreende-se que o que permeia o trabalho de campo desta pesquisa realizada foi muito mais uma atitude atencional, de quem aprende com os interlocutores e leva em consideração seus conselhos para percorrer esses caminhos, do que uma atitude intencional, que anda somente pela linha traçada, sendo essas possibilidades de observação mais restritas. Adotou-se, assim, a postura de andarilho nas discussões sobre CTs no âmbito das construções de políticas públicas na área de *dependência química*.

O debate público sobre as CTs guiava a pesquisadora que estava na condição de andarilha. Ingold explica um pouco mais sobre essa condição:

O andarilho no labirinto, que se submete ao mundo e responde aos seus acenos, seguindo por onde outros já estiveram, pode seguir adiante, sem começo ou fim, abrindo caminho no fluxo das coisas. Ele está, como diria Masschelein, verdadeiramente presente no presente. O preço dessa presença é a vulnerabilidade, mas a recompensa é uma compreensão, fundada na experiência imediata, daquilo que está além do conhecimento. É um entendimento a caminho da verdade. É como diz Greig do poeta: conhecendo pouco sobre o mundo, ele vê as coisas elas mesmas (2015, p. 34).

Buscando desbravar os caminhos percorridos ao longo do trabalho de campo, havia o desafio de participar presencialmente das diversas atividades cotidianas nas três instâncias de atuação acessadas: as federações de CT, os Conselhos de Políticas sobre Drogas e a Secretaria Estadual de Saúde. Ainda cabe enfatizar que, em cada instância, ocorria uma série de acontecimentos, formações e dinâmicas. Esses diferentes acessos possibilitados pela prática etnográfica também podem ser percebidos, a partir da definição de Maluf, como *platôs etnográficos* com implicações metodológicas próprias:

A pesquisa de campo em situações que envolvem sujeitos, experiências e trajetórias heterogêneas, redes e circuitos que articulam diferentes territórios urbanos ou não,

²⁰ As CRS são responsáveis pelos municípios da sua regional. As regionais são divisões administrativas, que abrangem uma ou mais Regiões de Saúde. Conforme o Decreto nº 7.508, de 2011, as Regiões de Saúde contemplam municípios limítrofes com identidades culturais, econômicas e sociais.

acaba sendo não apenas multissituada (ou seja, feita a partir da imersão em vários sítios ou espaços) mas combina planos e platôs diferenciados, favorecido por um certo ecletismo também metodológico que envolve o rastreamento de sujeitos e práticas, conversas e entrevistas sistemáticas, observação direta e participação em cursos, oficinas e todo tipo de vivência coletiva (2011, p. 10).

Geralmente, eventos e reuniões eram realizados em dias de semanas, e alguns cursos e encontros de CTs empreendidos pelas federações aconteciam aos finais de semana, permitindo a participação concomitante nessas diferentes instâncias. Entretanto, quando essas atividades se sobrepunham, para determinar em qual atividade participar, era considerado o vínculo estabelecido com os interlocutores de cada instância, a importância da situação no contexto da pesquisa e a regularidade da atividade.

Para buscar a relação entre as CTs e os representantes dos órgãos públicos, era necessário, então, esse mergulho em campo intenso, a fim de compreender a rotina de atividades das pessoas envolvidas com a defesa das CTs nessas três instâncias observadas. Deste modo, o próprio percurso metodológico correspondia à qualidade da inserção em campo e ao acesso a dados antes inacessíveis. Como reforça Cicourel em relação à pesquisa dos cientistas sociais, “as próprias condições de suas pesquisas constituem variável complexa e importante para o que se considera como resultados de suas investigações” (1980, p. 87).

As escolhas em campo também perpassaram pela proximidade estabelecida com os interlocutores, pelas maneiras de acesso aos dados etnográficos e pelas limitações metodológicas que esse percurso impôs à pesquisa. De forma geral, o trabalho de campo consolidou-se muito mais como participação observante do que como observação participante.

Mesmo que esses parâmetros da pesquisa etnográfica não sejam opostos, é relevante destacar o envolvimento da pesquisadora por meio do qual eram realizadas pequenas atividades de apoio²¹ aos atores sociais das instâncias acessadas durante a realização do trabalho de campo. Tem sido cada vez mais comum os antropólogos colaborarem, de alguma forma, com os seus interlocutores, como enfatiza Albert:

Os antropólogos desempenham essas atividades enquanto desenvolvem sua própria agenda de pesquisa e, muito frequentemente, esta última só é aceita e compreendida no contexto das primeiras. Esse tipo de arranjo surge cada vez mais como um resultado de negociações formais com representantes. Nesse contexto, o engajamento social do etnógrafo não pode mais ser visto como uma escolha pessoal política ou ética, opcional e estranha a seu projeto científico. Ele claramente passa a ser um elemento explícito e constitutivo da relação etnográfica. A “observação” do antropólogo não é

²¹ Como registro das reuniões em atas, registro fotográficos, contato telefônicos, pesquisas sobre temáticas debatidas, organização de eventos, entre outros aspectos atrelados ao funcionamento rotineiro das instâncias acompanhadas.

mais meramente “participante”; sua “participação” social se tornou ao mesmo tempo condição e enquadramento de sua pesquisa de campo (2014, p. 133).

Portanto, ficou acordado com os responsáveis das federações de CTs, dos Conselhos de Políticas sobre Drogas e da Secretaria Estadual de Saúde que, para além da pesquisa, a etnógrafa atuaria como uma espécie de voluntária, ou seja, colaboradora não remunerada nas atividades pertinentes à discussão de CTs e de questões pontuais de relevância ao grupo. Entretanto, em cada instância, estabeleceu-se um grau de vinculação relacionado ao voluntariado proposto.

3.2 DIFERENTES NÍVEIS DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

As federações de CTs foram acessadas por meio do fórum estadual organizado por elas. Na Federação Esperança, que estava iniciando uma nova gestão, a participação da etnógrafa se deu como voluntária na secretaria. Assim, foi acordado que a pesquisadora iria com frequência até a sede para organizar documentos antigos; participaria das visitas às CTs filiadas, as quais os delegados estavam imbuídos de realizar; acompanharia as reuniões regionais e outras reuniões com representantes de órgãos públicos; e ajudaria na realização do Curso de Capacitação para profissionais, *monitores*²² e coordenadores de CTs da federação. Essa posição privilegiada oportunizou uma *bolsa* para fazer o curso de capacitação da própria federação, ainda que a etnógrafa tenha colaborado junto à equipe organizadora, durante sete dias, na realização do curso. Em outras ocasiões, a inserção etnográfica permitiu acompanhar os representantes das federações de CTs em reuniões com o Ministério Público, com a Coordenação de Saúde Mental da SES e com a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) na discussão sobre as vagas de CTs para apenados²³. E ainda, de forma inusitada, a pesquisadora acabou por representar a federação em reuniões com outros atores por solicitação do representante da federação. Para o acompanhamento das atividades da Federação Esperança, a etnógrafa foi incorporada à equipe dessa gestão a fim de colaborar na constituição da própria federação, sendo designada como *secretária executiva*. Os demais participantes da federação também atuavam de forma voluntária, de modo que esta forma de vinculação é comum no

²² Geralmente, os *monitores* são *adictos em recuperação* que passaram por tratamento em CTs e posteriormente atuam nas instituições para orientar os *acolhidos*, mas também para reforçar seu próprio tratamento. Ainda não há regulamentação dessa profissão.

²³ Essas vagas eram referentes a uma porcentagem das vagas no último edital de credenciamento de CTs da SES. As reuniões entre os entes e as federações de CTs visavam definir o perfil de apenados beneficiados, os critérios desse encaminhamento e os caminhos legais antes, durante e após a estadia nas CTs. Até o final do trabalho de campo realizado não houve definições nesse processo, nem encaminhamento de apenados para as CTs através do edital analisado.

mundo das CTs, diferentemente do que ocorre com as outras duas instâncias pesquisadas, nas quais é preciso ser conselheiro ou servidor público para ter esse envolvimento.

Logo, foi se estabelecendo uma relação de confiança entre a etnógrafa e seus interlocutores, em que se permitiu estar junto com representantes da federação em situações de conflitos que envolvem as CTs, na definição de estratégias de articulação com as políticas públicas e até mesmo na produção e organização de documentos sigilosos. Portanto, entende-se que o voluntariado entre as federações estaduais de CTs se deu através de participação intensa de *dentro* do grupo, sendo até reconhecida por outros atores sociais por essa atuação desempenhada.

Em relação à Federação Redenção, o contato foi mais formal e ocorreu a partir de entrevistas, acompanhamento de reuniões e participação de Curso de Capacitação para *monitores*, diretores, lideranças e colaboradores de CTs, promovidos por essa federação. Desta vez, o curso foi pago integralmente pela etnógrafa e realizado apenas na condição de aluna. Os representantes dessa federação também reconhecem a etnógrafa como próxima à *causa* das CTs permitindo sua circulação entre eles. Todavia, diferentemente da Federação Esperança, os convites para a pesquisadora se limitaram às inaugurações de novas CTs, cursos promovidos pela federação e atividades pontuais, de modo que, nesta instituição, a etnografia se deu mais na forma de observação do que de participação. Ainda assim, a pesquisadora estava mais próxima das federações do que dos outros entes.

Os Conselhos de Políticas sobre Drogas foram acessados por meio das conferências de Políticas sobre Drogas. Tanto no CONED, que é estadual, como no COMAD, que é municipal, havia a participação de conselheiros que eram representantes de CTs ou de federações de CTs, o que justificava a participação da etnógrafa nessas reuniões²⁴. Durante o primeiro semestre de 2017, nos dois conselhos, havia grandes eventos programados, e as reuniões eram voltadas à construção desses eventos. Como a legislação dos dois conselhos prevê que seja possível acompanhar as reuniões como convidado e não conselheiro, a etnógrafa pôde participar das reuniões e atuar como voluntária na realização dos eventos e em atividades pontuais. Assim, considera-se que, nos conselhos, a participação da pesquisadora se deu ao *lado* do grupo, já que não era conselheira de fato, mas podia participar das reuniões tanto escutando como opinando – mesmo que sem direito a voto – e também colaborando em algumas ações.

²⁴ Essa constatação da participação de conselheiros representando as CTs nos territórios em questão foi uma surpresa para a pesquisadora, mas também uma evidência de participação política dessas instituições nas instâncias que acompanham e propõem ações de políticas públicas.

Por meio dessa participação, geralmente quinzenal, foi possível entrevistar alguns *dirigentes* de CTs, que eram conselheiros desses conselhos; fazer visitas nessas instituições tanto para conhecer como para realizar reuniões dos conselhos; e acessar outros serviços que trabalham com usuários de drogas, como o Amor Exigente (AE)²⁵. Esse dado é relevante, pois o AE atua com grupos de ajuda mútua para a família e para *adictos em recuperação* baseado nos doze princípios da desestruturação familiar (MENEZES, 2015). Algumas CTs estaduais exigem que os familiares comprovem frequência de participação semanal nesses grupos como critério para as visitas mensais de seus parentes *acolhidos* em CT. Segundo o representante do AE, enquanto o parente está se tratando em CT, o familiar também se trata participando desses grupos, já que a *dependência química* pode envolver a codependência familiar.

A Secretaria Estadual de Saúde, como já referido, foi incorporada à etnografia a partir do edital de credenciamento das CTs para contratualização de vagas. Nesta instância, o trabalho etnográfico consistiu na participação das reuniões gerais do nível estadual cuja pauta era justamente o andamento do edital. Posteriormente à homologação das CTs candidatas em diário oficial estadual, foi possível acompanhar o trabalho de uma CRS do nível regional para observar as visitas nas instituições e a produção de parecer no procedimento de contratualização de vagas nessas instituições. E, apesar de a etnógrafa colaborar voluntariamente com algumas das atividades realizadas nas visitas auxiliando no preenchimento do roteiro de avaliação da SES, a responsabilidade pelo parecer final era dos técnicos designados para essa função. Novamente, aqui, a etnografia adquire um caráter mais observador do que participativo, e entende-se que esse voluntariado se deu a partir de *fora* do grupo, com participações pontuais nas questões concernentes às CTs e de forma mais esporádica.

3.3 ENTRE O VOLUNTARIADO E A PESQUISA DE CAMPO

Esses diferentes níveis de observação participante – de dentro, ao lado e de fora –, em cada instância estudada a partir do voluntariado, permitiram acessar o objeto de estudo de formas variadas para apreender a complexidade da inserção das CTs nas políticas públicas do Rio Grande do Sul. As três instâncias nas quais o trabalho etnográfico se desenvolveu – as

²⁵ Conforme o site da instituição, a Federação de Amor Exigente foi fundada como organização não governamental em 1984 para a promoção de grupos de ajuda mútua aos *dependentes químicos* e seus familiares. Um dos fundadores dessa entidade foi o mesmo padre que fundou a instituição vinculada à Federação Esperança. Assim, muitas CTs vinculadas a esta última federação exigem que os familiares frequentem as reuniões semanais de AE para visitar os *acolhidos* em suas instituições. A argumentação dos interlocutores é de que não basta apenas atuar com os *adictos*, é preciso também fazer com que seus familiares compreendam e saibam lidar com a *dependência química*.

federações de CTs, os Conselhos de Políticas sobre Drogas e a Secretaria Estadual – estão entremeadas e imbricadas na construção do Estado. Sendo assim, tomando essas instâncias como propulsoras de processos dinâmicos que se estabelecem nos dispositivos de estatização, como analisa Souza Lima (2012), é possível argumentar que o posicionamento como voluntária no trabalho de campo permite:

[...] valorizar as dimensões de processo, fluxo, e performance, não apenas aquelas apreensíveis pela via das análises dos grandes rituais e eventos, mas também a da sua atualização cotidiana numa miríade de ações estereotipadas e rotinizadas, em disposições profundamente incorporadas, apreensíveis na análise das condutas, desde os modos de pensar, falar, agir, como também de sentir, expressar emoções e se apresentar na interação cotidiana (2012, p. 561).

Desta forma, por meio dos três níveis de observação participante utilizados pela antropóloga, apreendeu-se a dimensão processual e rotineira dos atores sociais governamentais e não governamentais em meio à atualização de normas, estratégias e relações, que dão carne, sentimento e conteúdo às políticas públicas voltadas aos usuários de drogas.

Circular por essas instâncias possibilitou acompanhar os atores sociais envolvidos em situações distintas. Por exemplo, um mesmo interlocutor era representante de uma das federações estaduais de CT, conselheiro do Conselho de Políticas sobre Drogas e ainda estabelecia diálogo com representantes de órgãos públicos em reuniões, visitas e inspeções. Acompanhando essas situações, foi possível perceber que o tom, a postura, as palavras usadas, as formas de abordagens se modelavam em cada instância visando buscar a valorização das CTs na relação com os atores sociais governamentais.

Logo, a atitude atencional (INGOLD, 2015) em campo ao acessar essas diferentes instâncias de participação fez com que a etnógrafa experienciasse como se dão as articulações e mobilizações políticas dos atores sociais vinculados às CTs. De modo que em um momento se tem mais observação participante, em outro mais participação observante, podendo acessar informações e significados que circulam nessas três instâncias de atuação e que são complementares na compreensão do *mundo das CTs*.

Conforme se davam as andanças por esses caminhos labirínticos do trabalho de campo, a etnógrafa era imbuída de um posicionamento de acordo com o nível de observação participante em que se encontrava. Na Secretaria Estadual de Saúde, que conta com seus próprios técnicos e gestores, o voluntariado se deu de forma mais pontual, criando vinculações fluidas entre pesquisadora e interlocutores. Assim, essa colaboração era mais específica nas

atividades desempenhadas em relação a parcerias público-privadas entre as CTs com gestão estadual.

A proposta de atuar como voluntária, de formas diferentes, nas três instâncias de atuação que envolvem as CTs colaborou para o trabalho de campo se realizar, tornando possível compreender a rotina que abarca as articulações e mobilizações dos atores sociais vinculados às instituições. Mais do que a disposição para tal empreendimento, o aceite por parte dos interlocutores foi crucial para acessar instituições, documentos, representantes de CTs, representantes de órgãos públicos, participar de reuniões restritas, acompanhar discussões sobre o assunto e até mesmo aprender e colaborar na reflexão sobre esse processo de mobilização institucional e política, visando ao reconhecimento das CTs nas políticas públicas. Então, assim como a definição de CT está em disputa, esses atores também estão, e estar com eles é acompanhar a partir deles como se posicionam e se definem em meio a outros atores sociais.

Ser voluntária *ao lado e de fora* das diferentes instâncias pesquisadas, colaborando com os interlocutores nas atividades possíveis, permite um auxílio significativo tanto entre os servidores públicos quanto entre os conselheiros que estão atarefados em suas funções e dispõem de equipe reduzida. Em diversos momentos, os agradecimentos eram dirigidos à etnógrafa em consequência da disposição para compartilhar discussões e participar das atividades propostas. Essa troca entre pesquisador e os interlocutores faz parte de uma imersão etnográfica no âmbito da pesquisa; mas é o voluntariado de *dentro* de uma das federações de CTs, com uma troca ainda mais intensa, que merece uma discussão metodológica mais apurada.

A reflexão malinowskiana sobre o trabalho de campo entre os interlocutores já nos lembrava que estar junto com eles não é ser um deles. No caso de pessoas que fizeram o tratamento em CTs e continuam em abstinência, enfatizar que o sujeito é e está disposto a se manter um *adicto em recuperação*, não é somente uma marca identitária, mas a prova do sucesso desta modalidade terapêutica.

Em um dos encontros da Federação Esperança, foi enfatizado que todos da equipe diretiva eram *adictos em recuperação*, que passaram por CTs, continuavam abstinentes e que agora atuavam na federação, percorrendo um longo caminho nessa *caminhada*, menos a etnógrafa. Um elo de identificação se cria quando a etnógrafa revela ser ex-tabagista. A partir de então, esta passa a ser apresentada como *meio-adicta*. Esse termo êmico aproxima-se do que foi dado a Nunes (2015), quando ele teve estadia em uma CT para pesquisar as dinâmicas internas da instituição. Nunes foi enquadrado pelos internos como *adicto seco* com o objetivo de marcar que, apesar de ele declarar o uso de drogas, não havia uma dependência. Deste modo, essas classificações estabelecem a diferença de quem é percebido como *adicto* em razão do uso

de drogas de quem não é. Aqui, além de tudo, pode se pensar que o voluntariado de *dentro* das federações permitiu à etnógrafa certa proximidade com identidade corrente, mas que continuava parcial devido aos critérios que a englobavam.

Ao mesmo tempo, em decorrência do interesse demonstrado *no mundo das CTs*, a etnógrafa era percebida como aliada na *causa* das CTs e, por isso, apresentada em reuniões e eventos sobre CTs como *a nossa antropóloga*. Além dos motivos já destacados, também parece estratégico valorizar a participação da pesquisadora em meio às federações de CTs, uma vez que esta tem proximidade com o conhecimento científico e seu interesse nas instituições pode trazer visibilidade social para a causa das comunidades terapêuticas. Realizar um trabalho acadêmico sobre essas federações também tem um peso significativo para elas tanto em relação ao registro histórico da situação que vivem como para destacar elementos que as tornam legítimas perante outras instituições que a criticam – como o Conselho Federal de Psicologia. Nesse sentido, a proposição da tese em registrar as conquistas e desafios da *causa* dessas instituições, mostrar seu cotidiano de intenso trabalho de rede, apresentar as dificuldades e facilidades enfrentadas durante as mobilizações políticas também é uma forma de explicitar o processo de articulação entre as CTs e o Estado e, de algum modo, exaltar a trajetória dessas entidades no sul do país.

No percurso do voluntariado entre as federações de CTs, foi possível conhecer muitas histórias de pessoas que fizeram tratamento em CTs, continuam abstinentes, têm suas famílias, vivem suas vidas e trabalham nessas instituições – ou mesmo fora delas –, fazendo com que a pesquisadora tivesse uma outra visão das CTs, e até mesmo percebendo nesse modelo uma das estratégias possíveis de recuperação para alguns usuários de drogas. Apresentar esta discussão entre pares da área das Ciências Humanas e da Saúde continua sendo desafiador, uma vez que ainda são raras as pesquisas na área que evidenciam o outro lado do *mundo das CTs*, destacando aspectos da trajetória de vida e da profissionalização desses atores sociais que representam as instituições.

Em um dos eventos regionais da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD), alguns organizadores identificaram a etnógrafa como *antropóloga das CTs*, deixando claro que havia expectativa em relação ao conteúdo da fala em um contexto declarado de repúdio às CTs. Entretanto, após apresentar o breve mapeamento institucional das federações de CTs e suas mobilizações políticas no estado, um dos ouvintes com longa trajetória na mobilização em defesa da *redução de danos* e na luta antimanicomial evidenciou, abismado, diante da plateia que esse crescimento das CTs era “um cuspe pra cima, um cuspe da história

pra cima, que a gente tá sendo obrigado a recebê-lo de volta na nossa testa”²⁶. Portanto, essa fala reconhece que, apesar da militância para implantação dos serviços substitutivos propostos desde a Reforma Psiquiátrica, fazer das CTs objeto de pesquisa implica trazer dados para além do que já foi apresentado pelos atores sociais da área da saúde mental. Reconhecendo, assim, que essas instituições – diferentemente do que desejavam e imaginavam – têm encontrado espaço para se fortalecer enquanto proposta terapêutica e ampliar sua capilaridade tanto na sociedade como nas políticas públicas.

Sabendo que a pesquisadora, junto com seu objeto de pesquisa, está sendo avaliada e julgada pelos interlocutores mas também pelos atores sociais diversos que interagem, elucidase que “o antropólogo muitas vezes se vê envolvido em jogos de construção de identidades e alteridade sobre os quais têm pouco controle” (ENNE, 2014, p. 85). Por isso, a etnografia realizada a partir do voluntariado de *dentro* das federações de CTs também provoca que a pesquisadora se posicione eticamente e politicamente no âmbito das políticas públicas sobre drogas, explicitando o *cuspe* que nem sempre é confortável de evidenciar.

Deste modo, “é essencial refletirmos sobre a maneira pela qual o antropólogo vai definir sua relação com o objeto e com os grupos que com ele interage” (ENNE, 2014, p. 88), indo para além da observação participante e refletindo como a participação nessas diferentes instâncias de atuação permite, não sem angústias e sem desconfortos, visibilizar a relação entre CTs e Estado para a comunidade científica. Nesse sentido, ao refletir sobre de que lado o antropólogo está, Fassin (2013) vai nos dizer que o nosso compromisso deve ser com a questão de pesquisa inicial que nos despertou para analisar o fenômeno social. Pois, ao estudar a relação entre policiais e os jovens, estando ao lado dos policiais, Fassin (2013) evidencia que esta escolha não foi feita para favorecer os policiais, nem para expor seus preconceitos pessoais, mas para estudar o encontro entre eles e os jovens a fim de refletir as condições e os contextos de intervenção do Estado em relação a determinadas populações.

Pensar metodologicamente sobre a pesquisa etnográfica a partir do voluntariado *de dentro, ao lado* ou *de fora* dos grupos pesquisados – federações de CTs, Conselhos de Políticas sobre Drogas e Secretaria Estadual de Saúde – permite apresentar a qualidade dos dados coletados, explicitar os conflitos e implicações que envolvem a pesquisa de campo, e também se questionar sobre as potencialidades da etnografia para a concretização das ações de políticas

²⁶ Como já elucidado no capítulo teórico, a Reforma Psiquiátrica ateu-se à defesa do “louco”, mas o “drogado” ficou em segundo plano por conta das questões morais relacionadas ao uso de drogas. Sendo assim, foi justamente por conta dos problemas relacionados às drogas que uma nova reestruturação de serviços privados começou a tensionar as políticas de saúde voltadas para a saúde mental.

públicas. Mais do que ser contra ou a favor de algo, é preciso compreender a inserção das CTs nas políticas públicas e apresentar a complexidade entre os atores sociais e instituições que envolvem a discussão sobre o tratamento dos usuários de drogas no Brasil.

3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS TAMBÉM SÃO ALVO DA ANTROPOLOGIA

Diante do exposto, cabe, ainda, problematizar as potencialidades da antropologia na imbricação entre drogas, saúde e Estado que emerge como debate público. Por meio da convivência com os atores sociais vinculados a esses fenômenos, afirma-se a pertinência da pesquisa etnográfica para compreender os meandros e os tensionamentos das articulações realizadas. A análise antropológica do desenrolar das políticas sobre drogas pode colaborar para evidenciar quem são os atores sociais envolvidos, as instituições pertinentes pelas quais perpassam, as relações de poder em jogo, as estratégias e práticas utilizadas para se estabelecer, bem como as tensões, as movimentações e direcionamentos do campo em disputa. É nesse sentido que a tese em questão aborda o processo de inserção das CTs nas políticas públicas.

Tendo como base o que diz Lima e Castro sobre a relação entre a antropologia e políticas públicas, é possível compreender como se dá essa relação:

Temos, assim, por opção, buscado olhar tais relações em movimento, e em transformação. Tomamos para isso o ângulo privilegiado dos estudos sobre processos de formação de Estado, entendido como fluxo histórico contínuo, que as formas que surgem como “ideia de Estado” não correspondem necessariamente às formas do “sistema de Estado” e suas ações, e vice-versa. Isto tem propiciado tratar as políticas públicas como parte desse processo do “fazer-se Estado”, maleável, mutável, configuração plástica e escorregadia, longe de planos racionais e avaliações consistentes (2015, p. 39).

Considerando o Estado como balizador do que ocorre em seu entorno, torna-se estratégico acompanhar as “relações em movimento” (SOUZA LIMA, 2015) que permitam certas estabilidades momentâneas das configurações estatais. Essas estabilidades têm consequências diretas para aqueles que estão envolvidos com as drogas (usuário, dependentes, traficantes) e para a sociedade como um todo. Assim, durante a etnografia é captado um momento em que os representantes de CTs estabelecem certas alianças no campo político, mas que podem ser modificadas em um novo contexto. Até mesmo as mudanças na compreensão estatal sobre drogas são impactadas no campo político em que disputam esses atores.

Segundo Castro e Singer (2004), a antropologia pode colaborar para evidenciar aspectos não intencionais das políticas sociais que atingem, de forma positiva ou negativa, o bem-estar

das pessoas visadas, que, no caso, são os usuários de drogas. Ao apresentar elementos diversos dessa disputa, acessa-se valores, compreensões e simbolismos que rodeiam a discussão e que se tornaram invisíveis no debate público. Portanto, o entrelaçamento entre drogas, saúde e políticas públicas é crucial como cenário da discussão da tese, pois é por meio desses aspectos que os atores sociais se movimentam e “fazem Estado” (SOUZA LIMA, 2012) a fim de buscar soluções para os problemas sociais decorrentes das drogas.

Desta maneira, vão se evidenciando os sentidos que envolvem jogos políticos, alianças entre atores sociais, o surgimento de lideranças políticas e até uma certa escalada ao poder entre os que defendem as CTs. Cabe, então, estar atento aos elementos relevantes para as disputas entre atores no campo político buscando acompanhar o desenrolar da inserção das CTs nas políticas públicas. Ante a complexidade da proposta de estudo, evidencia-se o papel da antropologia nos estudos que envolvem a política:

[...] é fundamental para percebermos que a política opera com valores da sociedade mais abrangente, tradicionalmente associados a outras esferas da vida social, como família e religião, mas considerados ilegítimos quando operados na esfera política. Isso não quer dizer, obviamente, que se queira justificar nem defender essas práticas – cumpre, antes de tudo, compreendê-las (KUSCHNIR, 2007, p. 165).

É no trabalho de campo cotidiano, entre as instâncias de atuação observadas, que se vê e se registram as crenças, as percepções e os valores em questão, estando eles articulados à movimentação dos atores sociais no campo político voltados para as políticas sobre drogas. Dessa forma, podemos destrinchar o que está em jogo em cada contexto e compreender como se constrói a política na propulsão do modelo da abstinência, no qual as CTs são representadas.

Quando Fassin (2013) elucida o tédio do Esquadrão Anticrime na França como relevante para compreender as ações habituais entre policiais e jovens nas áreas de projetos habitacionais, ele está apresentando como algo aparentemente não relevante pode ser crucial como análise para o pesquisador. Logo, trazer o ordinário em vez do extraordinário, como lembra Fassin (2013), pode ser a principal diferença do modo como a etnografia potencializa a compreensão do mundo que envolve políticas públicas. Além disso, os achados etnográficos podem revelar aspectos inesperados para o debate público, e até mesmo compor um novo direcionamento no debate. É nesse sentido que realizar uma etnografia de longa duração, que, no caso desta tese, tem cerca de três anos, favorece para acumular uma série de situações cotidianas junto aos interlocutores a fim de interpretá-las à luz do debate em questão compreendendo as relações estabelecidas no campo político.

É nessa perspectiva que a prática antropológica engajada com objetivo de evidenciar novos problemas implicados no mundo social pode ser conceituada como “etnografia pública” (FASSIN, 2017). Ao tornar pública a etnografia, ressalta-se a relevância da produção dos cientistas sociais em meio ao debate público e apresentam-se aspectos que podem colaborar para estudar de modo mais aprofundado a complexidade dos fenômenos sociais. Ao mesmo tempo que o pesquisador levanta os problemas, analisa o que está em jogo, mapeia os atores sociais em questão, convive entre os interlocutores, produz tensionamentos, ele também problematiza a própria presença pública do antropólogo em meio ao campo de disputa analisado.

Assim sendo, Fassin (2013) destaca as vantagens da etnografia pública que é ir além da antropologia, evidenciar a observação como um acesso direto a fatos ambíguos, trazer uma escrita mais preocupada com a articulação entre a teoria e a prática evocando mais elementos para o debate público. Para ele, esse também seria o papel do antropólogo na análise dos problemas sociais, ultrapassando a discussão no âmbito da comunidade científica para testar os achados diante de outros atores sociais que se interessam pelas mesmas questões. Entretanto, esse é um processo que não se dá sem conflitos, uma vez que os interesses podem ser divergentes dependendo de quem for o público. Apesar dos cuidados tomados durante o trabalho de campo e da escrita etnográfica, cabe evidenciar que o antropólogo, embora responsável pela sua produção, perde um pouco o controle do que é publicizado de seu trabalho intelectual e das leituras feitas sobre o que foi escrito. De todo modo:

Indo a público, os etnógrafos retribuem à sociedade o conhecimento e a compreensão que adquiriram, respondendo a perguntas que podem ter sido explicitamente formuladas ou são meramente superficiais. A solução desse débito intelectual é, se a verdade for dita, seu compromisso político e ético final (FASSIN, 2017, p. 20)²⁷.

Nesse sentido, ao abordar questões contemporâneas, a participação da antropologia pode também ser geradora de controvérsias públicas e ser provocadora de reflexões instigantes para os problemas sociais atuais. Todavia, segundo Castro e Singer (2004), coloca-se a antropologia “dentro do circuito” do debate público, sendo reconhecida por elucidar questões sociais urgentes. Com isso, tendo em vista os desafios e as problemáticas que envolvem apresentar a inserção das CTs nas políticas públicas, esta tese também pretende se inserir como mais um dos atores sociais em meio ao debate público no campo político voltado às políticas sobre drogas.

²⁷ Tradução livre de “By going public ethnographers thus repay society for the knowledge and understanding they have acquired while answering questions that may have been explicitly formulated or are merely superficial. The settlement of this intellectual debt is, if truth be told, their ultimate political and ethical commitment.”

4 A *DOXA* DAS CTS NO CAMPO POLÍTICO

Neste capítulo, serão apresentados os espaços de atuação das CTS e as entidades envolvidas na inserção dessas instituições nas políticas sobre drogas do Rio Grande do Sul. Serão evidenciadas as disputas no campo político que realizam a definição do modelo de tratamento dos usuários de drogas a ser adotado pelas políticas públicas. A fim de mapear, compreender e analisar a constituição que permeia o mundo *das CTS* para receber financiamento público e participar da rede de atenção psicossocial do SUS, este estudo se apoia no conceito de campo de Pierre Bourdieu.

O conceito de campo, pela definição de Bourdieu, considera um “universo em que as características dos produtores são definidas pela sua posição em relações de produção, pelo lugar que ocupam num certo espaço de relações objetivas” (BOURDIEU, 2003, p. 86). Assim, o campo permeia espaços sociais em que se dão as relações objetivas entre as posições ocupadas pelos atores e instituições, que disputam, se opõem e negociam as questões pertinentes entre eles. Como evidencia Bourdieu:

[...] é no horizonte particular dessas relações de força específicas, e de lutas que tem por objetivo conservá-las ou transformá-las, que se engendram as estratégias dos produtores, a forma de arte que defendem, as alianças que estabelecem, as escolas que fundam e isso por meio dos interesses específicos que aí são determinados (BOURDIEU, 1996, p. 61).

Essas determinações no campo se dão através do estabelecimento de acordos a partir do compartilhamento de percepções e valores comuns emergentes entre os membros atuantes. O que é elucidado como acordo está permeado por disputas entre os atores sociais em diferentes espaços de atuação, nem sempre explícitas, mas que influenciam os direcionamentos das políticas públicas. Assim, utiliza-se o conceito de *doxa* de Bourdieu para considerar aquilo sobre o que os atores sociais estão de acordo no campo político, uma vez que, entre eles, se definem o “conjunto do que é admitido como óbvio, e em particular os sistemas de classificação determinando o que é julgado interessante e sem interesse” (2003, p. 87).

É através do campo que a *doxa* se legitima também perante as decisões governamentais, de modo que o que é articulado e definido no campo pode afetar o Estado, que está sendo feito e refeito a todo momento. Os atores sociais, vinculados aos grupos sociais, estabelecem aprendizagens e estratégias no âmbito do jogo burocrático para impor sua *doxa* em meio ao campo em questão, e com isso direcionar as ações de políticas públicas.

Os princípios do campo envolvem uma estrutura de relações objetivas entre atores e instituições, de maneira que é “a posição que eles ocupam nessa estrutura que determina ou orienta [...] suas tomadas de posição” (BOURDIEU, 2004, p. 23). Por isso, ao acessar as instâncias de atuação que ocupam o campo é possível identificar os atores sociais envolvidos, conhecer seus posicionamentos no campo e evidenciar as disputas travadas com outros entes. Logo, destaca-se que os atores sociais:

[...] estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições. Essas estratégias orientam-se seja para a conservação da estrutura seja para sua transformação, e pode-se genericamente verificar que quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, nos limites, no entanto, de suas disposições (isto é, de sua trajetória social, de sua origem social) que são mais ou menos apropriadas à sua posição (BOURDIEU, 2004, p. 29).

Pensar o campo em questão como um campo político (BOURDIEU, 2011), permite construir a realidade do jogo político ao acompanhar seus desdobramentos junto ao Estado. Bourdieu explica que o campo político “é o lugar de uma concorrência pelo poder que se faz pelo intermédio de uma concorrência pelos profanos, ou melhor, pelo monopólio do direito de falar e de agir em nome de uma parte ou da totalidade dos profanos” (1989, p 185). Assim, é por meio da concorrência entre os modelos de tratamento para os usuários de drogas que se disputa qual o modelo pode “solucionar” do problema das drogas. Além do mais, os atuantes no campo político também exercem um papel político a partir da representação dos grupos, seja como atores governamentais ou não governamentais, a fim de buscar mais espaço e influência nas ações estatais.

Bourdieu (2011) considera a ideia de campo político estratégico para refletir sobre o microcosmo autônomo no interior do macrocosmo social, e para separar profissionais e profanos, uma vez que existem condições sociais de acesso à política. Podemos pensar na articulação das políticas sobre drogas como esse microcosmo constituído que é acessado por alguns atores sociais, que se autonomiza como campo de disputas e que se profissionaliza evidenciando estratégias e táticas do jogo político. Logo, acompanha-se Bourdieu ao elucidar que “uma das virtudes da noção de campo é a de tornar inteligível o fato de que certo número de ações realizadas pelas pessoas que estão nesse jogo, que eu chamo de campo político, têm seu princípio no campo político” (2011, p. 198).

Desse modo, a partir da prática etnográfica será possível compreender quem são os atores sociais relevantes para a pesquisa em questão, como eles se posicionam e se movimentam, quais seus processos e lutas no campo político para inserção das CTs nas políticas públicas. Podemos dizer que a noção de campo nos ajuda a pensar como se dá essa arena política de discussão de políticas sobre drogas, sendo esse um ambiente em que se travam confrontos e nos quais os atores sociais vinculados às CTs atuam para fazer valer seus desejos. Essa atuação no campo também se constitui como processo de profissionalização para os atores que aprendem a dialogar, a conhecer os mecanismos burocráticos do Estado e a estabelecer estratégias a partir dessa participação no campo político. Portanto, pode-se inferir que os representantes de CT também modelam suas participações nas arenas políticas ao acessar, conhecer e entender sobre as regras do jogo.

Para o mapeamento e a dimensão institucional das CTs, a etnógrafa foi levada para três instâncias de atuação: as federações de CTs, os Conselhos de Políticas sobre Drogas e alguns entes governamentais. É através dessas instâncias que os atores sociais se encontram, interagem e se relacionam para analisar, avaliar e propor ações de políticas públicas voltadas para os usuários de drogas.

4.1 AS INSTÂNCIAS DE ATUAÇÃO PERMEADAS PELAS CTs

O termo “instância” pretende englobar os locais institucionais em que se encontram gestores de órgãos públicos e representantes de CTs. Essas instâncias podem ser definidas como espaços legítimos de discussão que envolvem as CTs e as políticas públicas no mesmo campo político. Cada uma delas pode envolver diferentes atores sociais e instituições, sendo apenas parâmetro para apresentar os pontos de parada que os caminhos do trabalho etnográfico permitiram acessar.

4.1.1 Estar nos conselhos é estar articulado com a rede

Os Conselhos de Políticas sobre Drogas tornam-se instâncias relevantes para compreender o processo de transformação das políticas públicas. Eles sinalizam para as mudanças de posições dos diferentes atores implicados no campo.

Segundo Gohn (2006), os conselhos são instrumentos de expressão, representação e participação da população, que se inserem atrelados aos órgãos públicos do Poder Executivo, por meio de lei, sendo responsáveis pela assessoria e suporte ao funcionamento de políticas

públicas específicas. Neles, participam conselheiros indicados e/ou eleitos dos órgãos governamentais e da sociedade civil ligados às temáticas dos conselhos instituídos que avaliam e até apontam direções para ações de políticas públicas.

Os conselhos voltados para as políticas sobre drogas foram criados, no Brasil, pelo Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, a partir do Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980, assinado pelo presidente João Figueiredo. Nessa publicação, estabelecia-se a criação dos Conselhos de Entorpecentes do âmbito federal, estadual e municipal, que estariam vinculados ao Ministério da Justiça. Naquela época, os conselheiros eram determinados por atores sociais governamentais e pessoas indicadas por órgãos atuantes da sociedade. Os conselhos fortaleceram-se no período de redemocratização do país e ganharam nova configuração a partir da Constituição Federal de 1988.

Em 1998, ocorre a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) no governo de Fernando Henrique Cardoso, que foi vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional. Esta Secretaria previa maior participação da sociedade civil nos Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD) do que ocorria nos anos anteriores. Alves (2009) destaca que o termo “antidrogas” enfatiza a ideia de “sociedade livre de drogas”, seguindo paradigma proibicionista vigente entre os acordos internacionais.

Em 2006, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva propõe a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que estabelece o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) atrelado ao Ministério da Justiça. Essa mudança de nome, de “antidrogas” para “sobre drogas”, já modifica a abordagem enfatizando que, ao invés de apenas tentar livrar-se delas a qualquer custo, a “sociedade deve ser protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (ALVES, 2009) reconhecendo que as drogas fazem parte dela. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que definia a vinculação institucional dos conselheiros do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Naquele momento, havia maioria de representantes governamentais em detrimento de atores não governamentais.

Essa configuração inspirou o formato dos conselhos estaduais e municipais, que foram sendo instituídos por meio das legislações locais. Assim, tanto na esfera estadual como na esfera municipal, os entes governamentais foram definidos a partir da organização de secretarias existentes e dos representantes da sociedade civil que eram determinados conforme o interesse das instituições locais voltado ao tema do conselho. Dessa forma, os conselhos de políticas sobre drogas estavam vinculados aos órgãos públicos, que mantinham a sua subsistência e

deveriam ser compostos por representantes indicados desses órgãos, representantes dos entes governamentais e representantes da sociedade civil eleitos.

A nomeação dos membros dava-se por meio da publicação no diário oficial discriminando os conselheiros, suplentes e suas representações. As datas das assembleias também deveriam ser publicadas para o encontro dos conselheiros, e assim estes poderiam ter a liberação formal do posto de trabalho para representar a instituição durante a assembleia. A participação dos conselheiros não é remunerada, mas os gastos decorrentes de atividades e ações que o conselho desenvolve ao longo da sua gestão podem ser ressarcidos pela secretaria governamental à qual está vinculado o conselho.

A atuação dos conselhos pode ser consultiva ou deliberativa em relação às políticas públicas vigentes, conforme a legislação proposta na sua criação; mesmo assim, essa é uma instância pertinente para o campo em questão. Com isso posto, pode-se elucidar que os conselhos:

[...] são instâncias permanentes, sistemáticas, institucionais, formais e criadas por lei que lhes atribuem competências, os assuntos debatidos nas reuniões e definidos como pontos de pauta indicarão quais os caminhos traçados pelos conselhos por quais motivos [alguns caminhos] não conseguiram permanecer ativos (LEAL, 2006, p. 216).

Por meio de convite para acompanhar as reuniões e demais atividades de dois conselhos de políticas sobre drogas – um municipal e outro estadual – no Rio Grande do Sul, foi possível etnografar a dinâmica institucional e acompanhar os atores que atuavam como conselheiros nesses espaços de discussão. Através da aproximação com os interlocutores, é que se evidenciam os aspectos sócio-históricos dos conselhos estudados, se mapeia a representação dos membros de cada conselho e se compreende a relevância da participação dos atores sociais vinculados às CTs nessas instâncias para a inserção das instituições nas políticas públicas.

A pesquisa do IPEA (SANTOS, 2017) evidenciou que aproximadamente 80% dos *dirigentes* de CTs brasileiras pesquisadas declararam que há profissionais representando sua instituição em diversos conselhos, como da área da saúde, assistência social, criança, sendo que, do total de respondentes, 44% têm representação nos conselhos municipais de políticas sobre drogas. Nesse sentido, percebe-se que a configuração dos conselhos etnografados acompanha a tendência de participação política desses atores sociais nas instâncias de decisões políticas locais. Logo, é importante destacar a participação dos atores sociais vinculados às CTs nos conselhos em questão para estratégica para o diálogo e a discussão no campo político que envolve as políticas sobre drogas.

O Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD) estudado²⁸ foi criado por lei complementar nos anos 1990. A composição de seus membros ficou definida por dezesseis conselheiros, sendo a metade de representantes dos órgãos governamentais, e a outra metade de representantes de órgãos da sociedade civil, geralmente vinculados às entidades profissionais. Entretanto, foi a partir de outra lei complementar na mesma década que se propôs uma nova composição dos membros da sociedade civil. Dos oito representantes, dois teriam vinculações definidas previamente, mas os outros seis poderiam ser oriundos de entidades não governamentais escolhidos a partir do *fórum de prevenção à dependência química*. Esse fórum foi regulamentado anos mais tarde, e há registros jornalísticos de que um dos primeiros fóruns teve a participação de 22 entidades não governamentais concorrendo para as seis vagas de conselheiros. Assim, as mudanças legislativas possibilitaram a entrada de diversos atores sociais – como aqueles vinculados às CTs.

Por meio da análise de atas das reuniões a partir de 2009, foi possível evidenciar que são justamente os membros dessas entidades vinculadas à sociedade civil que têm assumido a presidência ou vice-presidência do conselho municipal sobre drogas desde então. Essa atuação também pode ter sido importante para ampliar a própria participação dos atores sociais vinculados às entidades não governamentais. Através de lei complementar no fim de 2010, continua definida a quantidade de oito representantes de órgãos governamentais, mas os conselheiros da sociedade civil definidos pelo *fórum* em questão passam de seis para nove.

Durante o trabalho de campo em 2017, era esta lei que guiava a composição dos membros do conselho municipal analisado. Os representantes governamentais eram oriundos da área de saúde, assistência social, educação e juventude, conforme as divisões das pastas existentes, e os representantes não governamentais estavam atrelados às entidades que trabalhavam com atendimento e tratamento de usuários de drogas.

Dentre as entidades da sociedade civil, três vagas eram ocupadas por representantes vinculados às CTs do município. Uma dessas entidades iniciou seu trabalho no final dos anos 1980 através de militares aposentados e realiza o tratamento de homens. A outra foi fundada em meados dos anos 1990 por uma congregação de irmãs católicas e realiza o tratamento de mulheres. E a terceira teve sua fundação nos anos 2000 por um psicanalista e realiza tratamento de homens. Essa participação demonstra a inserção significativa de atores sociais ligados às

²⁸ Não será explicitado o município do conselho em questão para preservar a identidade dos participantes e porque interessa analisar o espaço de atuação dos conselhos municipais de políticas de drogas como um reflexo de outros conselhos municipais do estado pesquisado.

CTs nos conselhos, reforçando a relevância da ocupação desses espaços como parte de sua estratégia de mobilização política para a defesa das CTs perante os órgãos públicos.

As outras seis, dentre as nove vagas da sociedade civil, eram ocupadas por um representante de uma associação de grupo de ajuda mútua para *adictos em recuperação* e seus familiares, um representante de uma instituição voluntária que presta serviços de atendimento clínico e de grupos para pessoas envolvidas com drogas, um representante de clínica privada que realiza o atendimento de usuários de drogas, um representante de um serviço de aconselhamento interconfessional que realiza orientação e encaminhamento de pessoas com problemas de uso de drogas, uma federação que realiza atendimento baseado na doutrina espírita e um representante de um sindicato de ensino privado que discute a questão das drogas no âmbito da educação.

Nem todos os conselheiros eram atuantes nas reuniões, mas eram justamente os membros das entidades oriundas da sociedade civil que mais participavam ativamente. A explicação dada por uma conselheira vinculada a uma CT para justificar essa situação é de que “o que acontece na composição do conselho municipal é reflexo do que acontece na sociedade, a questão das drogas acaba sobrando para a sociedade civil mesmo”. Essa configuração também se reproduz na ocupação de espaços de poder dentro do conselho, de modo que durante a etnografia a presidência era ocupada por um representante de entidade da sociedade civil, e a vice-presidência por um representante de CT.

As pautas das reuniões eram diversas e muitas vezes refletiam os interesses dos participantes mais ativos que, com isso, contribuíam para o estabelecimento da *doxa* no campo político voltado às políticas sobre drogas. Por exemplo, eram valorizadas informações sobre os editais governamentais para entidades da sociedade civil, sobre a busca de parcerias com entes governamentais para reforçar a atuação do conselho, sobre o funcionamento da rede de atenção e tratamento de usuários de drogas e ainda sobre atividades pontuais dos conselhos. Mas também havia uma preocupação de pressionar os conselheiros advindos dos órgãos governamentais que não compareciam às reuniões, dificultando os andamentos de algumas pautas, e de criar um fundo municipal para fortalecer as ações do conselho em meio às políticas públicas, conferindo maior legitimidade para essa instância no campo político.

Outra atribuição do conselho é a fiscalização de instituições que recebam denúncias de maus-tratos e abusos cometidos nos atendimentos e tratamento de usuários de drogas; entretanto, essas ações eram consideradas limitadas pelos conselheiros por causa da pouca verba destinada ao conselho, da equipe reduzida para realizar ações exteriores e de as ações serem percebidas sem efeito por depender de outras entidades para serem efetivas. Uma vez a cada dois meses,

os conselheiros participavam de um *fórum AD* municipal com representantes de serviços públicos aos usuários de drogas a fim de discutir os desafios de implementação dessa política pública. Cada vez a reunião era realizada em um serviço da rede para oportunizar o conhecimento dos serviços disponíveis, inclusive uma delas foi realizada na CT conveniada com o município.

Por fim, a atividade mais significativa do conselho é uma *caminhada* anual em um parque público para chamar a atenção da sociedade sobre a prevenção ao uso de drogas. Segundo as conselheiras, para marcar posição do conselho na sociedade, como parte da *doxa* estabelecida pelo campo, era preciso enfatizar que esta *caminhada pela vida* é uma bandeira “contra as drogas” justamente para fazer o contraponto com a *marcha da maconha*²⁹, que seria “a favor das drogas”.

Após compreender quem são os atores sociais atuantes com membros do conselho e de conhecer a dinâmica institucional desenvolvida pelo conselho, cabe analisar a importância dada pelos representantes vinculados às CTs da sua participação nessa instância para inserção das CTs nas políticas públicas. Nesse sentido, elucidam-se os “sentimentos morais” (FASSIN, 2012) envolvidos na motivação dessa participação, que também são utilizados como parte da defesa da causa das CTs.

Fassin (2012) estuda as transformações do contexto francês em relação à gestão e ao controle de populações tidas como “precarizadas”, analisando, por exemplo, como os protocolos e procedimentos estatais se baseiam em moralidades e sentimentos para acolher os imigrantes na França. São apresentados os sentimentos morais que estão atrelados às decisões dos representantes estatais e impactam, de diferentes maneiras, as vidas dos imigrantes. Segundo Fassin (2012), os sentimentos de compaixão alimentam os discursos e legitimam as ações das políticas contemporâneas focadas nos desfavorecidos, mas acabam invisibilizando as questões sociais decorrentes daquela situação. Nesse sentido, a ênfase nos sentimentos morais para análise da prática estatal desloca a explicação, deixando de reconhecer os condicionantes sociais que resultaram naquela situação, para evidenciar decisões a partir de sentimentos de compaixão que pautam as ações de políticas públicas. Portanto, para esta tese, é possível refletir sobre as escolhas feitas nos direcionamentos de políticas públicas sobre drogas, compreendendo os “sentimentos morais” envolvidos no estabelecimento da *doxa* no campo analisado.

A primeira questão enfatizada é em relação a um sentimento de união estabelecido na participação do conselho municipal. Deste modo, é possível acessar informações atuais sobre

²⁹ Segundo Sousa et al., a marcha da maconha é “um movimento social que promove atos políticos em diversas cidades do Brasil, no sentido de fortalecer a discussão sobre a regulamentação da maconha” (2018, p. 8).

as políticas discutidas, aproximar-se de diferentes atores que se preocupam com as mesmas questões e fortalecer o próprio percurso de mobilização política. A representação das instituições nos conselhos permite sair do isolamento institucional, estender a atuação institucional junto às outras instituições, unificar as demandas de quem trabalha com usuários de drogas e se posicionar em conjunto ao debate público sobre drogas. Uma das conselheiras vinculada à CT reforça esse sentimento:

Eu acredito assim, estar num conselho é você estar articulado com a rede. Se você não está dentro de um conselho é porque você está caminhando sozinho e você está fora. [...] Mas é, eu vejo que é importante, porque ali, né, você está articulado com as coisas que vão acontecendo, os eventos, até a presidente tenta passar o tempo todo os cursos, as capacitações. Então assim, caminhar sozinho, né, não faz sentido. Hoje a gente pode caminhar com as pessoas, a gente pode compartilhar. E fazer essa troca também se fortalecer das coisas. Então eu acredito que o conselho ele não é só uma mera representação, é você se fortalecer, você estar inserido e sabendo também. Como nós aqui temos o serviço, de repente aqui a gente não tem vaga, e a gente sabe pra quem que a gente pode indicar e ali no conselho a gente sabe as comunidades, os serviços que a gente pode indicar ou não.

Desta forma, ao *estarem articulados com a rede*, os atores sociais vinculados às CTs percebem-se mais próximos da construção de políticas sobre drogas. Ao mesmo tempo, atualiza-se a própria identidade das entidades não governamentais representadas, que passam a se fortalecer como instituição, inserir-se na rede existente e saber como devem adequar para o atendimento dos usuários de drogas.

A segunda questão enfatizada envolve o sentimento de orgulho que transparece na busca de legitimidade das CTs em meio à sociedade. Ao se inserir no conselho municipal, observa-se, mas também se é observado por outras instituições, governamentais ou não. Essa inserção permite conhecer o que está sendo estabelecido no debate público sobre drogas como “certo” ou “errado”, ajustar-se às legislações vigentes para participar de editais públicos, saber do posicionamento dos atores governamentais sobre as CTs e demais assuntos polêmicos, estabelecer parcerias que possam fortalecer suas instituições, etc.

Com isso, os atores sociais vinculados às CTs inserem-se nas instâncias existentes, apresentam suas instituições para os demais, adequam seu funcionamento aos parâmetros legais, buscam o reconhecimento do trabalho realizado em meio à sociedade e constroem a legitimidade institucional para inserção das CTs nas políticas públicas. Sendo assim, a inserção no conselho municipal permite operacionalizar o sentimento de orgulho dos atores sociais atrelados às CTs na busca do reconhecimento social do trabalho que realizam. Logo, essa atuação permite até mesmo defender suas instituições, conhecer todas as leis relativas a elas e

promover o modelo das CTs nas políticas públicas, como explicita outra conselheira vinculada à CT:

[...] eu acho que a gente tem que estar inserido em tudo do que se trata *dependência química* a comunidade tem [que ir]. Porque ela tem que conseguir a sua legitimidade, né, tem que ter o reconhecimento e nós fazemos parte dessa política. A gente tem que participar, seja no COMAD, seja lá no fórum, no fórum. [...] Eu sou muito favorável a poder discutir, poder falar das dificuldades, poder falar do trabalho, das coisas boas. Porque a gente se fortalece, é um serviço que se fortalece. Inserido assim. [...] Acho que a gente tem que fazer parte, não pode achar que é a gente só e pronto. Não, a gente tem que fazer parte do contexto, tem que participar das reuniões, então isso é uma coisa que eu podendo eu vou.

A própria inserção no conselho pelas instituições representadas é publicizada como algo relevante, que por si só já tem um reconhecimento da sociedade. Apresentar suas ações institucionais – sejam elas boas, sejam desafiadoras – em meio a outros atores sociais, participar das redes de políticas públicas sobre drogas e conhecer atores governamentais estabelecem uma distinção social entre estas e as outras instituições existentes. Dessa forma, o orgulho de expor o trabalho realizado por suas CTs parece também conferir parte da motivação dos atores sociais na participação desse conselho.

Por fim, a inserção no conselho é igualmente motivada pelo sentimento de esperança em conseguir ações efetivas no âmbito das políticas públicas que impactem as CTs. Depois de desdenhar dessa instância de atuação devido à carência de recursos públicos para sua gestão, um dos conselheiros explicou por que insiste em ter sua instituição representada nesse espaço:

Porque a gente fica tentando fazer. Entende? Na verdade, é como eu te disse, são pessoas dedicadas que querem ajudar aquilo ali, querem de alguma forma ver se conseguem realizar algum trabalho. Porque há uma estrutura que pode ser deslançada. Se o percentual de dinheiro que é destinado por lei viesse pra o COMAD, poderia auxiliar as próprias instituições [representadas]. Ele poderia ser aquela base que poderia montar uma estrutura de orientação e ir a cada comunidade [terapêutica] do município e dizer “Olha, tua estrutura não está legal, mas vamos fazer o seguinte: Vamos fazer esse projeto, vamos aportar isso, dar essa estrutura para essa base...”, porque a comunidade terapêutica é algo muito barato para se trabalhar. [...] Particpei de várias reuniões quando eles estavam fazendo a legislação estadual. Eles estavam querendo que tivesse diariamente um médico clínico geral lá dentro da CT. Pra quê? Entende? Primeiro, não tem nem utilidade, uma comunidade com um módulo tem trinta pessoas, uma comunidade pode ter só dois módulos, né, no máximo sessenta pessoas poderiam estar dentro da comunidade... Na nossa lá é diferente. Nós mantemos ela sempre pequena, mas entende? Você vê que a turma não conhece, não sabe disso, então COMAD a turma está lá dentro para tentar ver se consegue fazer alguma, né....

A esperança apresentada pelos conselheiros vinculados às CTs faz com que eles continuem participando dessa instância e se articulando junto a outros atores sociais. Ainda que

este conselho passe por desafios, os conselheiros reconhecem as potencialidades de suas ações em meio às políticas públicas. Ao mesmo tempo, essa participação também é percebida como relevante para conseguir retornos sociais importantes para as próprias instituições representadas. Então, os sentimentos morais expressos na participação dessas entidades no conselho em questão evidenciam mais a relevância do tratamento dos usuários de drogas do que as próprias questões sociais, culturais e históricas que constroem essa situação.

Partindo da esfera municipal para esfera estadual, realizou-se trabalho etnográfico no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED) do Rio Grande do Sul. Antes de tudo, cabe contextualizar historicamente esse conselho para compreendermos sua configuração atual. O conselho estadual foi criado através do Decreto nº 21.140, de 28 de maio de 1971, que previa conselheiros oriundos dos órgãos governamentais e a possibilidade de convidar observadores dos setores, públicos ou privados, que atuassem na área. Em 1982, o Decreto nº 30.796, de 6 de agosto de 1982, reestruturou o conselho para compatibilizar o plano estadual com o plano nacional, prevendo dez membros indicados pelas instituições governamentais.

A Lei nº 10.872, de 5 de dezembro de 1996, redefiniu a competência, estrutura e organização do conselho estadual, sendo uma dessas mudanças a implementação da paridade na participação dos membros. Ou seja, deveria ter a mesma quantidade de representantes de órgãos governamentais – advindos de órgãos do poder público que desempenhem atividades afins – e representantes da sociedade civil – advindos dos conselhos municipais e de entidades não governamentais. É preciso evidenciar que os representantes da sociedade civil deveriam ser eleitos em um *fórum* específico para esse fim, como também já estava estabelecido no conselho municipal estudado, de modo que naquele momento se iniciava a possibilidade de participação dos atores sociais vinculados às CTs no conselho estadual. Em seguida, a Lei nº 11.792, de 22 de maio de 2002, incluiu a participação da sociedade civil, dispondo de dezesseis vagas, enquanto os representantes dos órgãos governamentais teriam oito vagas. Entretanto, os atores sociais vinculados às CTs poderiam concorrer apenas a duas vagas previstas, que eram destinadas a prestadores de serviço de assistência aos usuários de substâncias psicoativas, haja vista que as outras vagas para sociedade civil já estavam previamente direcionadas.

Por fim, a Lei nº 13.707, de 6 de abril de 2011, modificou a configuração dos membros do conselho estadual definindo a participação de trinta pessoas, sendo metade de representantes de órgãos governamentais, e a outra metade de representantes da sociedade civil. Os atores sociais vinculados às CTs poderiam concorrer às duas mesmas vagas da lei anterior.

O trabalho de campo foi realizado no ano de 2017, sendo pautado por esta última lei. Os representantes dos órgãos governamentais eram da área da saúde, segurança pública, polícia

civil, polícia militar, fazenda, educação, cultura, turismo, juventude, atendimento socioeducativo ao adolescente, instituto de perícias, desenvolvimento social e do próprio departamento de políticas públicas sobre drogas. E os conselheiros dos órgãos da sociedade civil eram representantes de associações profissionais, como advogados, psicólogos, assistentes sociais, médicos, juízes, mas também de entidades vinculadas aos conselheiros tutelares, ministério público, municípios do estado, conselho de educação, conselhos municipais, fórum de saúde mental e redução de danos, empresas privadas com ações de prevenção às drogas e prestadores de serviço de assistência aos usuários de drogas. Naquele momento, havia atores sociais vinculados às CTs em uma das duas vagas de prestadores de serviço de assistência aos usuários de drogas. A presidência era ocupada pela segunda vaga de prestadores de serviço, no qual o responsável estava vinculado a uma organização sem fins lucrativos que realiza atendimento de usuários de drogas através de grupos de ajuda mútua e consultas profissionais, e a vice-presidência estava preenchida pelo representante governamental da área de atendimento socioeducativo ao adolescente.

Nesse conselho, apesar da grande quantidade de participantes previstos, havia uma baixa participação dos conselheiros. Um dos conselheiros dizia que essa situação se dava por causa da figura centralizadora do presidente, que não emitia a portaria das reuniões a fim de que os conselheiros conseguissem liberação do trabalho para a participação, e que era rígido no direcionamento das opiniões nas reuniões, afastando os demais conselheiros. Ao mesmo tempo, o presidente sentia-se sobrecarregado nas atividades do conselho e limitado em suas atribuições devido às burocracias estatais que, para ele, dificultam a realização das atividades do conselho. Dos poucos participantes, destaca-se que os representantes dos órgãos governamentais eram mais expressivos que os representantes não governamentais; todavia, o representante vinculado às CTs, que era da Federação Redenção, foi um dos participantes mais assíduos. Quando este não podia participar, sua suplente representante de outra CT ocupava o lugar. Ela era representante da Federação Esperança.

As reuniões eram realizadas quinzenalmente, e as suas pautas giravam em torno da colaboração na organização das conferências regionais e, posteriormente, da realização da conferência estadual. Esta conferência foi pioneira no Rio Grande do Sul e contou com aproximadamente trezentos inscritos. Também havia a preocupação com a mudança de local das reuniões, uma vez que o prédio público utilizado deveria ser desocupado por ordem governamental visando desativar o local; com a estruturação do conselho que recebia poucos recursos financeiros para manter suas atividades; com o mapeamento e suporte dos conselhos municipais de políticas sobre drogas existentes no Estado; com as denúncias de instituições que

realizam atendimento e tratamento de usuários de drogas e deveriam ser visitadas para averiguar os fatos, entre outras atividades pontuais.

Tendo o mapeamento dos atores sociais atuantes no conselho estadual e o funcionamento da dinâmica institucional, também cabe compreender a relevância atribuída pelos conselheiros vinculados às CTs sobre sua participação nessa instância visando à inserção das CTs nas políticas públicas. No conselho estadual, esses atores apresentaram-se como mais racionais em sua participação do que na esfera municipal.

O conselheiro e a suplente de uma das vagas para prestadores de serviço de assistência aos usuários de drogas representam também as federações estaduais de CTs revezando seus postos a cada gestão do conselho. Esses dois atores já atuam em conselhos municipais de políticas sobre drogas em seus municípios de origem, mas passaram a perceber a participação no conselho estadual não só como continuidade dessa atuação, mas como parte da estratégia das atividades das federações de CTs representadas.

Um deles explica como a sua participação está de acordo com o direcionamento da federação que representa:

Dentro dos eixos de atuação da [federação] um deles é a parte de articulação que a gente tem... que é uma participação ativa no debate das políticas públicas... [...] Então, a gente tem uma linha, um dos eixos nossos é a parte de articulação com políticas públicas, digamos assim... Já de longa data a gente tem participação ativa nos municípios que a gente trabalha, nos conselhos, então. Dentro do nosso município, a gente faz parte do conselho da saúde, o conselho da assistência social, o conselho da criança e do adolescente, e eu sou, estou no momento presidente do conselho municipal de políticas sobre drogas do COMAD. E no estado, desde 2011, a gente participa então com o conselho estadual através de vários eventos...

Assim, essa *participação ativa* envolve interagir com atores sociais que pensam diferente, expor o trabalho das CTs aos outros atores, posicionar-se diante do debate público sobre drogas, mas também objetiva desenvolver articulações para proposições de políticas públicas na área. Ademais, o capital social é relevante nesse contexto, pois, como explica Bourdieu (1998), é através das redes de relações que se estabelecem, em meio à estrutura social vigente, os acordos instituídos no campo político. Nesse sentido, destaca-se que a participação frequente no conselho estadual permite acesso a atores sociais governamentais e às informações correntes possibilitando parceria entre as CTs e o Estado.

Ao mesmo tempo, essa atuação possibilita apresentar os princípios e o funcionamento das CTs para representantes de outros órgãos e entidades que trabalhem na área e, com isso, até persuadi-los sobre a importância da participação dessa instituição na rede de atenção aos usuários de drogas promovida pelas políticas públicas. A própria suplente da vaga percebe a sua

participação nessas instâncias como uma maneira de potencializar o trabalho realizado pelas CTs quando esclarece:

Outra coisa é você estar em contato com todos os serviços da rede, né... Tu começa a abrir o teu horizonte e conhecer esses serviços. [...] Porque tu tem que abrir a tua visão pra poder encaminhar [o *acolhido*] depois que ele sair [da comunidade terapêutica] ou até mesmo antes ou durante o tratamento. [...] Quanto mais lugares tu frequentar mais aumenta a tua visão de rede. [...] Isso é maravilhoso, um aprendizado que não tem limites. Tu estar vinculada ao conselho municipal de entorpecentes do teu município tu vai discutir, é uma vez por mês políticas públicas do teu município. Tu vais conhecer o que tem ali dentro. E eu sou também conselheira do CONED que é o conselho estadual de políticas públicas... [...] Na quinta-feira eu estava em uma reunião que era uma plenária do CONED...

Percebe-se que as instâncias dos conselhos – tanto municipal como estadual – são relevantes na participação das CTs em meio à rede de serviços existentes, na articulação de ações de políticas públicas sobre drogas e na inserção das CTs formalmente nessas políticas. Além disso, disputa-se a *doxa* vigente no campo político voltado para as políticas sobre drogas, fazendo com que suas crenças, suas percepções e seus valores sejam levados em consideração.

Conforme os documentos pesquisados e entrevistas realizadas, tem-se registrado que nos últimos vinte anos cada vez mais os atores sociais vinculados às CTs têm buscando participar dos conselhos de políticas sobre drogas, sendo esse também um estímulo pelas federações estaduais de CTs. A atuação nos conselhos por esses atores sociais permite o acesso, a aprendizagem, a atualização, a informação, o abastecimento de subsídios para dar continuidade ao trabalho nas CTs visando, assim, aumentar tanto o capital social quanto o capital político dos seus representantes.

Nesse sentido, os atores sociais vinculados às CTs adequam-se ao que diz Bourdieu:

Os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições. Essas estratégias orientam-se seja para a conservação da estrutura seja para sua transformação, e pode-se genericamente verificar que quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, nos limites, no entanto, se suas disposições (isto é, de sua trajetória social, de sua origem social) que são mais ou menos apropriadas à sua posição (2004, p. 29).

Portanto, cabe elucidar a continuidade da participação dos atores sociais nos conselhos como parte desse processo do estabelecimento de uma *doxa* em meio a um campo político que possibilita a inserção das CTs nas políticas públicas.

4.1.2 Nós precisávamos das federações aqui no estado

No Brasil, tem-se aproximadamente 34 entidades associativas de CTs com diferentes configurações (SANTOS, 2017). Geralmente, elas se diferenciam pela origem religiosa e/ou pela região de atuação. Do total, cerca de cinco das federações maiores se uniram em 2012 para formar a CONFENACT. Desde então, tem-se realizado reuniões com os responsáveis dos órgãos públicos das políticas vigentes, angariado apoio político de atores sociais governamentais e proposto tanto a revisão de leis como ações de políticas públicas nacionais que favorecem as CTs.

Desse modo, a confederação nacional também estabeleceu novos parâmetros sobre as CTs (CONFENACT, 2012) a fim de que elas se adequassem aos critérios para as parcerias público-privadas, diferenciando estas de outras instituições existentes – como as clínicas particulares. Essa divisão é importante, pois permite compreender quais instituições podem ou não participar dos editais públicos disponíveis. Os principais itens evidenciados pelas CTs deveriam ser: acolhimento voluntário, espiritualidade, convivência entre os pares, ambiente saudável, valorização do trabalho, critérios bem definidos no Projeto Terapêutico, aceitação do programa de *acolhimento* pelos dependentes e seus familiares e não distinção de cor, etnia, sexo, nacionalidade, estado civil, profissão, denominação religiosa, convicção filosófica ou política. Essas definições e os demais direcionamentos da confederação nacional favorecem a entrada das CTs nas políticas públicas, uma vez que esses parâmetros foram também construídos no diálogo com os atores sociais governamentais do nível federal.

Nesse sentido, cabe destacar que a emergência da CONFENACT se torna fundamental na mobilização institucional e política para reconhecer e legitimar o papel preponderante das CTs como proposta terapêutica possível na rede de atenção para o atendimento, o tratamento e a reinserção social dos usuários de drogas. Pode-se dizer ainda que essa articulação nacional ampliou o capital social dos atores sociais vinculados às CTs, permitindo também a realização de alianças com entidades internacionais. Uma delas ocorreu a partir da Declaração de Mallorca (MULLOR, 2016), aprovada em 3 de dezembro de 2016, na cidade de Palma de Mallorca, na Espanha, no âmbito do encontro promovido pela World Federation of Therapeutic Communities (WFTC). Nela, há um conjunto de ações, recomendações e acordos sobre cuidados universais, tratamento, reabilitação e reinserção social da população de adictos no âmbito das CTs com o objetivo de implementá-las nos próximos dez anos. Ao mesmo tempo, a declaração reconhece a CT como um dos procedimentos de reabilitação mais eficazes e de reinserção de *dependentes químicos* e suas famílias em todo o mundo.

No estado pesquisado, atuam duas federações de CTs, sendo elas federações estaduais referenciadas por federações nacionais, que participam da CONFENACT. Como será apresentado na sequência, cada federação tem suas particularidades; mas, em alguns momentos, elas também se unem na mobilização política pela *causa* das CTs.

A Federação Esperança é um núcleo estadual criado nos anos 2000 a partir de uma das federações nacionais. Essa federação nacional foi fundada por um padre católico e um professor nos anos 1990, uma vez que trabalhavam com CTs desde meados dos anos 1970. O objetivo dessa federação, segundo o site da instituição, é fortalecer, organizar, capacitar, assessorar as CTs no território nacional, além de atuar em parceria com o poder público nas ações de políticas públicas sobre drogas. Segundo dados do IPEA (SANTOS, 2017), cerca de 21,4% das entidades que participaram da pesquisa eram filiadas a essa federação nacional, sendo a porcentagem mais significativa entre as federações.

O núcleo estadual estava em sua quarta gestão. Como enfatiza um dos participantes da federação, já estiveram à frente dele “um religioso, um militar, uma psicóloga e agora um *adicto em recuperação*”. A escolha desses representantes regionais não é aleatória, e eles também participam das reuniões junto à federação nacional com representantes de todo o Brasil para discutir políticas públicas sobre drogas. Segundo outro participante, as indicações partem dos responsáveis pela federação nacional, de modo que “Sempre escolheram pessoas a dedo para trabalhar na obra e o resultado está aí: Federação Esperança sem fronteiras pelo Brasil afora, sendo reconhecida como federação séria e de princípios cristãos”. Para ilustrar esse processo, um dos participantes conta como foi o convite para atuar no núcleo estadual:

[...] em um dado momento eu recebo um telefonema de um gestor da federação nacional me convidando pra assumir a delegacia do Rio Grande do Sul. Relutei um pouco, fiz como aprendi com a própria federação, mas aceitei na medida em que associei a pessoas interessantes que também pensam as coisas, que também estão em outras áreas do conhecimento...

A estrutura da delegacia conta com uma equipe diretiva e com representantes regionais vinculados ao núcleo estadual a fim de fortalecer a atuação da federação no estado. A definição desses nomes que serão vinculados à delegacia estadual é atribuição do delegado. As equipes diretivas das federações estaduais de CTs desta gestão são compostas pela maioria de *adictos em recuperação* que passaram por tratamento em CTs, continuam abstinentes e se interessam pelo processo de articulação política com outros atores sociais. Na gestão acompanhada, alguns membros da equipe eram *adictos em recuperação* que tinham trabalhado como *dirigentes* ou *monitores* em CTs, tendo tanto a experiência como residente das instituições como de atuação

profissional ou de gestão de CTs. Muitos deles se dividem entre um trabalho formal e a atuação na federação de CTs, que é realizada de modo voluntário.

A partir da etnografia realizada, foi possível acompanhar algumas viagens realizadas pelos participantes da Federação Esperança tanto para eventos sobre CTs como para visitas em instituições filiadas. Durante essas viagens, os membros da federação compartilhavam situações diversas da trajetória de *adicto em recuperação*, como da época do *fundo do poço*, do próprio tratamento em CT e dos aspectos da *vida em sobriedade*. Essa troca fortalecia os laços entre os *irmãos de caminhada*, mas também reforçavam os objetivos e estratégias da federação em meio ao campo em disputa para ampliar a inserção das CTs no âmbito estadual. Assim, um dos representantes da Federação Esperança afirma que:

Tenho uma equipe maravilhosa que me ajuda a conduzir esse desafio que é gigante de qualificar, fiscalizar, de trabalhar bem, melhorar as práticas das instituições pra que o usuário desse sistema, que é um sistema voluntário de tratamento, possa ser tratado dignamente, da melhor forma. Como a gente espera que se tratem as pessoas tanto dentro do sistema de atendimento psicossocial quanto nas redes de saúde pública ou nas redes de atendimento psiquiátrico.

Desde o início da implementação da delegacia no estado, há relatos e documentos³⁰ que apontam para a realização de visitas às CTs para filiação, articulação regional através de reuniões entre as instituições e os entes governamentais, execução de cursos e encontros para *dirigentes* e trabalhadores de CTs, entre outras ações. Entretanto, um dos participantes da atual gestão destaca que:

Eu tenho uma história de vida que ela é baseada na democracia, na convivência coletiva, né. Então eu achei que a gente deveria ir a campo, visitar as comunidades, ouvir os internos, ouvir as diretorias, ver as realidades. E no ano passado nós fizemos vinte e quatro visitas às comunidades terapêuticas das filiadas, incluindo várias não filiadas também... demos uma volta grande no Rio Grande do Sul. Em um ano, nós fizemos o que em vinte anos não foi feito porque não havia essa compreensão dessa necessidade de que uma federação tem que ir até o seu federado. E nós achamos exatamente o contrário, não tem por que existir uma instituição não governamental como a nossa se ela não está ali ligada ao seu real objetivo que é o usuário final desse programa, desse processo, dessa modelagem de tratamento de *dependência química*.

O aporte financeiro para manter o núcleo estadual tem respaldo na federação nacional vinculada, mas também se dá a partir das inscrições pagas nos cursos realizados no estado.

³⁰ Como secretária executiva da Federação Esperança, a etnógrafa teve acesso aos documentos e às atas de reuniões da federação desde sua criação no estado. Entretanto, os dirigentes das CTs filiadas destacavam que estavam contentes com a maior proximidade da federação através das visitas e dos eventos nos últimos tempos.

Atualmente, conforme o site da instituição, a Federação Esperança tem 37 instituições filiadas no Rio Grande do Sul, sendo o segundo maior estado representado pela federação nacional.

A Federação Redenção criou o núcleo estadual nos anos 2009 a partir de outra federação nacional. Essa federação nacional foi fundada por um pastor evangélico em meados dos anos 1990 e já tinha experiência com o modelo de CTs desde início dos anos 1980. A partir de material produzido pela instituição, observa-se que o objetivo dessa federação era de representar as CTs evangélicas no Brasil e defender seu modelo nas políticas públicas sobre drogas.

Este núcleo estadual é denominado como *diretoria*, e seu responsável é o *presidente*. Até o momento, a federação teve apenas uma gestão. Diferentemente do núcleo estadual da Federação Esperança, a criação da Federação Redenção teve iniciativa dos próprios atores locais que já atuavam como *dirigentes* de CTs. Um dos participantes explica que:

Nós precisávamos ter uma representatividade local. E que nós pudéssemos, a partir de uma federação acessar esses espaços [do Estado]. Então, em 2009, iniciamos com doze comunidades terapêuticas filiadas. Trouxemos o presidente da federação nacional vinculada e aí iniciamos [o trabalho da Federação Redenção] com as doze comunidades.

Após o início da federação, ela envolveu outras entidades, ajudou a inaugurar outras tantas, apoiou instituições que tinham problemas com seus municípios, de modo que, atualmente, um participante avalia que esta “federação cobre aí mais de cem comunidades [filiadas]”. A filiação nesta federação estadual tem até mesmo expressão nacional com 4% das CTs que responderam à pesquisa do IPEA (SANTOS, 2017). Para as instituições se filiarem na Federação Redenção, há um passo a passo que foi definido pela gestão. Considerando esse processo, um dos participantes explica como diferenciar as instituições que devem receber apoio da federação das que não devem:

Nós vamos visitar pra ver se tem CNPJ, alvará... Aí nós pré-filiamos e a gente começa a chamar ela pra caminhar com a gente... Nós vamos dando suporte e ao longo dos anos vamos dando certa bagagem, né. Tu vais identificando alguns pontos que te diz se as pessoas têm boa intenção ou se ela está distorcida, enfim, com outra intenção que não a de tratar o ser humano com dignidade. [...] Assim como alguém observou que eu estava com uma boa intenção... Eu defendo mais essa linha! Nem todos que tão fazendo um trabalho precário estão fazendo porque ele quer prejudicar a sociedade ou família [do *acolhido*]. Às vezes, ele está com uma boa intenção, mas não teve ninguém que encostou para apoiar. Porque é fácil tu criticar, mas tu já foi lá pra ver o que tu podes contribuir?

Nesse sentido, as principais ações da Federação Redenção envolvem assessorias às CTs, participação em reuniões com entes governamentais, mas também o desenvolvimento de cursos para *monitores*, *dirigentes* e lideranças de CT a fim de subsidiar os trabalhadores de CTs em suas práticas. Outro participante da gestão avalia que, com o surgimento dessa federação, iniciaram os “avanços” na relação com o Estado, o que “sozinhas” as CTs não conseguiam. Então, além das atividades realizadas, foi possível “destrancar as pautas” que não estavam de acordo com os objetivos da federação:

Nós não somos comunidades, nós somos representativos, representamos o segmento. Bom e aí os avanços. Havia então determinados temas e pautas que uma comunidade chegar lá pra resolver não conseguia. Então pela federação nós já começamos a destrancar essas pautas. Por exemplo, nós tínhamos aqui a portaria no estado, que era muito rígida para o funcionamento de uma CT. Eu encaminhei um ofício para o governador pedindo que nós precisávamos revogar essa portaria e construir uma nova. De acordo com a realidade... mais próxima da realidade das CTs. [...] E aí tivemos cinco encontros entre os técnicos da federação com os técnicos da secretaria estadual de saúde. E a gente construiu então outra portaria que já foi bem mais objetiva e dialogando mais com a realidade das CTs.

Ao mesmo tempo que há uma preocupação com a realização de mudanças legislativas e com a busca de financiamento público para as CTs, há um enfoque na necessidade de reconhecimento social do trabalho que essas instituições realizam. Nesse sentido, cabe tentar reverter o modo como as CTs aparecem na mídia evidenciando o alcance de suas ações na questão da *dependência química*, como afirma um dos participantes:

As comunidades terapêuticas eram conhecidas a partir de episódios negativos. [...] Por exemplo, o camarada fundou e deu o nome de comunidade. Mas aí colocou lá quinze *acolhidos*. E eles trabalhavam para ele, entendeu? E ele deu o nome de comunidade. A partir dessas notícias é que nós começamos a ficar conhecidos. [...] Enfim, maus-tratos, problemas de direitos humanos... Então, alguns segmentos contrários à metodologia [das CTs] acabaram se focando nesses pontos esporádicos e fazendo com que todo segmento fosse colocado na vala comum. Entende? Existe sim pessoas que estão prestando um desserviço e botam o nome de comunidade terapêutica, só que a grande maioria tem um resultado efetivo a nível de Brasil. [...] São quase mil e novecentas comunidades credenciadas, então é impossível falar de tratamento a *dependentes químicos* hoje sem colocar as comunidades terapêuticas na mesa.

Sendo assim, a Federação Esperança e a Federação Redenção decidiram se unir através da organização de um *fórum estadual das CTs*. Ele foi criado em 2015, tem periodicidade bimestral, geralmente acontece em auditórios de prédios públicos, engloba *dirigentes*, trabalhadores e apoiadores de CT do estado inteiro, e seu lema é “Unidos somos mais fortes!”. Seu objetivo está descrito com clareza na capa da página institucional do Facebook do próprio *fórum estadual*:

Nada de nós, sem nós! Que nenhuma política pública, portaria, decreto ou lei possa ser criada sem a nossa participação sendo o Fórum o espaço legítimo, respaldado pelas federações representativas dos seguimentos e a participação direta da sociedade e as Comunidades Terapêuticas.

Os representantes das federações foram percebendo a potência dessa união para atuação no campo político voltado para as políticas sobre drogas, já que somariam o capital social angariado por cada entidade. Dessa forma, conseguiriam disputar a *doxa* em questão com o objetivo de melhorar a situação das CTs no estado em meio às políticas públicas vigentes. Sobre a criação do *fórum estadual*, um dos participantes explica que:

Nós fundamos então [o fórum estadual] e levamos esse modelo para o estado. Porque havia uma necessidade de nós destrancar as pautas a nível de estado, né. Aí foi que eu tive a iniciativa de fundar o fórum estadual e aí reuniu... Chamou as comunidades, a delegacia regional da Federação Esperança também [...] Eu sempre tenho procurado... Todos os avanços, enfim, que a gente vai... Eu procuro sempre chamar para nós construirmos juntos esse processo que vem evoluindo.

Existem algumas divergências entre as duas federações estaduais, não só em termos dos vínculos religiosos de cada uma, mas também no que concerne à compreensão do modelo de CTs, aos direcionamentos das estratégias na mobilização política da causa e ao modo de articulação com entes governamentais. Entretanto, esses atores sociais compreendem que um *fórum estadual* unindo suas pautas daria mais visibilidade para a *causa* e fortaleceria as demandas das CTs perante os órgãos governamentais. Outro participante da Federação Redenção explica a construção desse entendimento:

E em um evento que nós fizemos aqui na capital, eu fui um dos palestrantes e no final da minha fala, dentre algumas conclusões eu tirei duas. Assim, trouxe duas coisas importantes que era a gente focar nas nossas convergências e não nas divergências. [...] E propus também que a gente formasse o fórum estadual das comunidades terapêuticas para trabalhar os temas de ordem técnicas das CTs, de questões políticas também para dar um foco na coisa da pressão, do tensionamento político de alguma forma... E aquilo ali teve uma boa aderência, o pessoal aceitou e acho que dois, três meses depois a gente fez o primeiro fórum.

Durante o trabalho de campo, geralmente as pautas das reuniões do *fórum estadual* envolviam esclarecimentos sobre o andamento do edital estadual de credenciamento de CTs para contratualização de vagas, atualização sobre questões legislativas estaduais e nacionais que impactam o funcionamento das instituições, possibilidades de parcerias público-privadas entre as instituições não governamentais e os órgãos governamentais, divulgação de encontros, eventos e cursos para trabalhadores de CTs, além de acolher demandas específicas e pontuais

dos demais participantes. Essa participação não era contabilizada pelos organizadores, mas estima-se que havia uma média de cinquenta pessoas a cada encontro, sendo na maioria das vezes *dirigentes* de CTs de todo o estado.

Assim, o *fórum estadual* também era percebido como um lugar de atualização de informação e, de certo modo, capacitação sobre a condição legal e possibilidades de relações com o estado. Essa situação era reconhecida por um dos participantes: “[...] a participação no fórum permite se informar bem sobre legislação. Porque daqui a pouco tu estás indo num viés e trocou tudo, mudou tudo, e aí tu já ficas desatualizada”. Ao mesmo tempo, esse também é um espaço de formação para quem trabalha com CTs, como afirma outro participante: “É uma capacitação, uma qualificação, sobretudo quando vem os atores [governamentais] para debater dentro do fórum”.

Nesse sentido, há uma estratégia importante ao trazer representantes governamentais para o fórum estadual, uma vez que ele tem a oportunidade de conhecer o trabalho das CTs, mas também de apontar os caminhos que possibilitem a inserção dessas instituições nas políticas públicas. Logo, a rede de relações construídas através do fórum permite diversificar o capital social dos representantes de CTs e articular acordos com atores governamentais em meio ao campo político voltado para as políticas sobre drogas.

Um dos organizadores do fórum destaca a relevância de trazer esses atores sociais para o *fórum estadual*:

E aí construímos o fórum. Mesmo assim, o que acontecia? As coisas que eram criadas fora de um espaço legítimo de debate, e chegava para nós cumprimos. Porém, quem fez esse debate foram pessoas que não tinha noção do que é o segmento [das CTs]. Então, eu precisava inverter esse quadro! Agora, nós chamamos eles para dentro do nosso espaço legítimo e nós dizemos o que nós queremos que seja construído! E, de fato, a política é isso. De repente a lei até é bonitinha, muito bem elaborada... Só que não serve para a realidade local, quer dizer, se tu não chamar as pessoas que fazem lá na ponta você não vai ter êxito na execução da lei por mais que seja muito bem pensando, elaborado. Então, mais ou menos assim, chamamos no fórum os representantes governamentais, o conselho estadual de políticas sobre drogas, as federações estaduais, a promotoria... E aí chamamos para dentro do fórum para nós debatermos juntos então.

O “debate” em conjunto permite compreender e esclarecer as exigências dos órgãos públicos para as CTs, mas também conhecer melhor o funcionamento desses órgãos e os meandros na máquina burocrática estatal. A aproximação entre os entes envolvidos nas ações de políticas sobre drogas e os atores sociais vinculados às CTs também faz parte da mobilização política das CTs. A pressão política tem sido percebida como estratégia necessária para a

proposição de ações de políticas públicas, como explica um participante da Federação Redenção:

Então, veja, sem ninguém fazer uma pressão como isso vai ficando: “Ah ninguém precisa né, porque ninguém pressiona”. A partir do fórum estadual já mudou o quadro, porque nós passamos a incomodar e a política é mais ou menos isso. Se tu queres alguma coisa tu tens que pressionar o agente político.

Outro participante do *fórum estadual* destaca o espaço como um local politicamente planejado em que, mesmo havendo divergências, permite fortalecer e dar visibilidade no debate público para a causa das CTs:

Todas as CTs têm a possibilidade de participar desse fórum estadual, independente da filiação. Elas têm conseguido ir, assim, porque eu acho que se fortalece mais. Eu acho que essa separação só tem a prejudicar. Não acho que seja uma coisa boa. A gente pode ser filiado de uma federação ou outra, mas eu acho que quanto mais a gente conseguir se unir e trabalhar melhor... [...] Aqui eu vejo que eles estão se fortalecendo mais, eles tão trabalhando junto [...] A gente tem se beneficiado com esses fóruns, que tem a possibilidade de ir lá, de ouvir como é que está e ver a questão política também no que tem a ver com as comunidades terapêuticas.

Diante do apresentado sobre as instâncias que envolvem as federações estaduais de CTs, evidencia-se que as federações têm sido atores sociais importantes no campo político, uma vez que estabelecem articulações com atores governamentais e com outros representantes de CTs estaduais. Como órgãos formais de representação, os participantes das federações buscam parcerias, relações estatais e reconhecimento para suas instituições diante dos membros do campo voltado para as políticas sobre drogas. Também se destaca que os espaços de debate criados no estado acompanham diretrizes nacionais de órgãos representativos das CTs e seguem, por sua vez, direcionamentos internacionais para ampliar a atuação dessas instituições.

4.1.3 Tem gestor que é amigo das CTs

Os principais órgãos governamentais identificados na articulação de políticas públicas envolvendo as CTs durante o trabalho de campo foram a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria de Justiça e Ministério Público do Rio Grande do Sul. Essas articulações deram-se por meio de reuniões, participações em eventos, parceria por meio de edital público e por contatos informais entre esses atores e atores sociais vinculados às CTs. Dessa forma, a proximidade com órgãos governamentais torna-se parte das estratégias importantes para

ampliar o capital social dos representantes de CTs na implantação de sua *doxa* no campo político voltado ao tratamento dos usuários de drogas.

No Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde relaciona-se com as CTs principalmente por causa dos editais que são lançados para contratualização de vagas nessas instituições. Dentro dela, a área de Saúde Mental é responsável pela maior parte dos trâmites burocráticos do edital. Este setor de nível estadual é composto por equipe técnica, que conta com servidores concursados, contratados ou com cargos comissionados. Em sua maioria, a equipe tem profissionais de nível superior com conhecimento na área de Saúde Mental – tanto através da formação como da experiência. Para dar conta das diferentes demandas da implementação de ações estaduais voltadas para a saúde mental, os membros da equipe são divididos, de modo que apenas alguns técnicos acompanharam, de fato, o desenrolar do edital para as CTs.

Além dos setores de nível estadual, o próprio estado conta com uma estrutura administrativa de nível regional dividida em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), conforme já foi mencionado. Cada uma delas tem uma equipe técnica – que são servidores concursados, contratados ou com cargos comissionados – responsável pelas políticas de saúde estaduais. Essa equipe está subordinada às decisões do setor de nível estadual, sendo responsável por coordenar e monitorar as ações voltadas à saúde mental estabelecidas pela parceria entre o estado e os municípios da região atendida.

Uma dessas responsáveis por acompanhar a implementação da contratualização das vagas de CTs em sua coordenadoria regional explicitava claramente sua condição diante das decisões de políticas públicas: “Eu sou abelha-obreira, entende? Então abelha-obreira cumpre!”. Ao mesmo tempo, cabe a ela mediar as orientações do nível estadual com a realidade dos atores sociais locais através das políticas assumidas na região de atuação.

No caso da implementação do edital estadual para contratualização de vagas em CTs, uma das estratégias das técnicas do nível regional é de aproximar os representantes dos serviços públicos, que já atuam na rede de atenção psicossocial, e os *dirigentes* e profissionais das CTs. Essa mediação permite diminuir as disputas em relação à proposta de modelos voltados para o tratamento de usuários de drogas, conhecer as potencialidades dos diferentes serviços existentes para a *dependência química* e facilitar o encaminhamento dos usuários no âmbito da rede do SUS. Sendo assim, fica a cargo da equipe técnica do nível regional a possibilidade de criar esses espaços de diálogos entre os diferentes atores sociais locais, conforme explica uma das responsáveis:

Uma das estratégias mais próximas de nós... É facilitar a aproximação das equipes dos CAPS AD, de álcool e drogas, destas comunidades terapêuticas. Eu acho que tem que aproximar. Não dá pra ter esse vácuo aí, essa lacuna aí, tem que aproximar. Ou a gente vai propor reuniões periódicas com temas que a gente entenda que seja necessário, como discussão de caso, até pra qualificar a indicação para a comunidade terapêutica junto à rede AD, até mesmo às próprias comunidades terapêuticas, sabe? Fazer essa aproximação dos indivíduos, dos sujeitos. Porque... Entende? Só eu tenho o saber? Não é... Lá [nas CTs] também tem um saber que me facilita a vida em muitas situações. Eu aprendo todos os dias com esses meninos.

A própria equipe técnica considera importante a aproximação entre os atores governamentais e os representantes das CTs ainda durante a construção e a concretização das ações de políticas públicas que envolvem essas instituições. O diálogo anterior permite adequar os editais públicos à especificidade das entidades, afinar aspectos da contrapartida na parceria entre estado e as entidades, além de potencializar o trabalho das coordenadorias regionais junto aos atuantes municipais. Nesse sentido, um dos técnicos do nível estadual comenta:

Esse vínculo com as federações por que se deram? Porque ao Estado cabe traçar uma política, às vezes, financiar e fiscalizar. O que é feito. Por isso a nossa aproximação. As comunidades terapêuticas atuam aqui e em todos os projetos que envolvem elas. Todos os nossos fóruns, eles estão presentes, e nós correspondemos também quando somos convidados, com a dupla missão de ir se qualificando...

Outro ente que também está próximo das CTs pelas questões que as envolvem é o Ministério Público (MP). Este é um órgão governamental, que tem como função garantir o cumprimento da lei. Por isso, nos últimos anos, o MP do Rio Grande do Sul tem sido acionado para realizar fiscalizações em CTs. As visitas acontecem em decorrência de denúncias de irregularidades institucionais, de tratamento abusivo dos *acolhidos*, com maus-tratos, tortura e cárcere privado; mas, agora, com o aumento dos editais públicos, há uma demanda dos próprios órgãos governamentais de fiscalizações mais frequentes a essas instituições.

Sobre essa relação entre o MP e os atores sociais vinculadas às CTs, uma das promotoras explicita:

[...] a relação já existia em razão do poder fiscalizatório do Ministério Público em relação a estas comunidades terapêuticas. É da nossa responsabilidade fiscalizar as comunidades terapêuticas desde a estrutura física, os recursos humanos e a questão do projeto terapêutico que está sendo oferecido para essas pessoas. Antes, até aproximadamente, vamos dizer um semestre atrás, essa fiscalização não era obrigatória. Ela era uma fiscalização alternativa. Nós éramos provocados, em regra, por notícias de irregularidades. Mas agora essa fiscalização é obrigatória. O Conselho Nacional do Ministério Público determinou que essas fiscalizações são obrigatórias. Então, nós temos que ir uma vez por ano em cada comunidade terapêutica da sua comarca. [...] Cada promotor em sua comarca fará nas comunidades terapêuticas que estão no seu território.

Diante das novas demandas, os próprios profissionais do MP têm revisto seus pontos de vista em relação a essas instituições. Um desses promotores afirma: “Pode ter problema? Então vamos corrigir os problemas. Eu penso que a gente, que é do Ministério Público, a gente não pode chegar lá só pra fechar um lugar...”. Ao mesmo tempo, as federações estaduais de CTs têm se aproximado de representantes desses órgãos para buscar se adequar, mas também para apresentar as especificidades de seu trabalho. Com isso, esses atores governamentais atuantes no campo político voltado para políticas sobre drogas também passaram a considerar legítima a perspectiva das CTs na disputa pela *doxa* em questão.

Outro promotor do MP explicitou como se deu essa aproximação:

Então, a federação me procurou por intermédio do doutor João. [...] Ele sabe que eu trabalho com a área de saúde mental e sou a responsável por fiscalizar as comunidades terapêuticas, então a aproximação ocorreu desta forma. [...] Pela experiência pessoal do doutor João, ele entende que as soluções só serão encontradas se nós trabalharmos intersetorialmente. Hoje nós não conseguiremos mais encontrar soluções, por exemplo, na área da drogadição e da saúde mental se nós continuarmos trabalhando fragmentadamente. Realmente há uma necessidade de aproximação da família, dos Direitos Humanos, da execução criminal. [...] O diálogo [com as federações de CTs] foi, no meu entendimento, foi extremamente positivo, me pareceu desde o início que o intuito deles é justamente caminhar em direção à regularização, à adequação...

As federações de CTs são geralmente percebidas pelos representantes do MP como colaboradoras na regularização das condições das instituições estaduais, na adequação do que estiver em não conformidade com o que determina a lei e na separação daquelas entidades que têm boas intenções das que não têm. Sincronicamente, as federações apresentam seus esforços para as instituições se ajustarem aos parâmetros legais, para acessarem recursos públicos estaduais e outros financiamentos e para a ampliação dos casos de sucesso no tratamento nas CTs. Essa relação torna mais tolerante a visão dos profissionais do MP sobre as CTs existentes, já que parece haver um engajamento em comum por parte desses atores a fim de resolver o “problema das drogas” na sociedade. Desse modo, um outro profissional do MP ainda reforçou que “quando alguém quer fazer algo que eu acho que é positivo, eu vou junto”.

Então, essa parceria entre os entes também sugestiona os direcionamentos das políticas de saúde preconizadas pelo Estado, deixando mais evidente quais critérios eleger para identificar as instituições que querem se regularizar e aquelas que não querem, e por isso podem até ser fechadas. Um dos promotores explica a relevância do diálogo com os atores vinculados às CTs por meio do fórum estadual para explorar ainda mais essa parceria:

[...] a importância do fórum estadual trabalharem no sentido de pressionar a essas pessoas que trabalham sem regularização a buscarem a regularização. Porque

enquanto existir comunidades terapêuticas que insistirem em trabalhar sem regularização sempre haverá a pessoa que não trabalha adequadamente. E isso demanda contra o serviço. Sempre haverá aquele preconceito em relação às comunidades terapêuticas. Sempre haverá o olhar desconfiado das autoridades, das demais instituições e até mesmo da família que coloca a pessoa lá, mas sempre tem uma desconfiança. Porque sempre vai ocorrer o mito em relação ao que efetivamente acontece lá. Porque as coisas não são claras. Porque a instituição não está regularizada, e aparentemente não tem interesse em se regularizar.

Mas, apesar de a aproximação com as federações estaduais de CTs facilitar o trabalho dos profissionais do MP, os promotores também enfatizam sua “independência funcional” para tomar as decisões finais. Nesse sentido, a promotora elucida que devem averiguar os fatos e dar seu veredito de acordo com a lei, e que apesar da relação entre eles isso precisa ser compreendido pelos representantes das CTs:

É que eles precisam entender que é uma fiscalização. Não é uma visita de cortesia. Mas pode passar a se tornar uma visita de cortesia se tu tens tudo regularizado. Quem tem tudo regularizado, qual é o problema de mostrar o contrato com a família? Qual é o problema de mostrar o contrato da pessoa está ali? Do pai e da mãe que assinaram o contrato e vão pagar X reais por mês? Do pai e a mãe que são responsáveis, a avó que é a responsável, pagará X por mês... qual é o problema?

Os profissionais do MP compreendem os desafios existentes, mas reforçam a necessidade de realizar seu trabalho pautado na lei, visando ao interesse do usuário. Um dos procuradores que participa frequentemente do fórum estadual reforçou sua intenção enquanto instituição estatal:

Tem aquele cara que quer fazer uma coisa boa e pega lá e faz uma improvisação que acaba dando problema, né? Tem, enfim, tem de tudo. A intenção nossa, do Ministério Público, é trazer isso pra legalidade, né? Pra que seja uma coisa às claras, com requisitos de lei, as exigências cumpridas, enfim, né? Isso. [...] Eu acho que a gente precisa trazer pra regularidade naquilo que for possível. [...] As comunidades terapêuticas... elas prestam um serviço relevante inclusive pra pessoas que, às vezes, nem tem como pagar, né? E essa dedicação merece uma atenção por parte do Estado. Eu falo em dedicação porque a gente vê que, senão todas, muitas das pessoas que trabalham ali são pessoas interessadas no ser humano, né? Então, acho que vale o esforço pra regularizar essa rede. Ai vai entrar, claro, a disponibilidade das pessoas quererem também ir pra regularidade. Também vai ajudá-los, né? Vai separar um pouco o joio do trigo!

Por fim, outro ente governamental que também era bastante acionado pelos representantes e *dirigentes* de CTs durante o trabalho de campo foi o Departamento de Políticas Públicas sobre Drogas (DEPPAD) vinculado à Secretaria do Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos (SDSTJDH). Por correspondência aos órgãos governamentais federais, o DEPPAD seria a versão estadual da SENAD vinculada ao Ministério da Justiça no

nível federal. Sendo assim, os representantes do DEPPAD realizavam funções orientadas pela SENAD.

O próprio CONED tem duas vagas de conselheiros para funcionários do DEPPAD e prevê recursos da sua pasta para estruturar seu funcionamento do conselho. Deste modo, os profissionais em questão estão em posição privilegiada em meio ao campo político das políticas sobre drogas, acessando atores sociais relevantes da área, decidindo os encaminhamentos das políticas estaduais e disputando a *doxa* vigente.

Como esse departamento dispõe de recursos públicos, é comum que os atores vinculados às CTs busquem apoio e parceria junto a essa entidade para desenvolver e qualificar seu trabalho com o tratamento dos usuários de drogas. Uma das principais fontes de renda vem das apreensões de bens ocorridas no estado em decorrência do tráfico de drogas previsto na lei sobre drogas. Com isso, o departamento recebe esses bens (ou valores) e destina aleatoriamente àquelas instituições que preveem o atendimento e/ou tratamento dos usuários de drogas, como explica um dos técnicos do setor:

Então todos os delitos de que trabalha a questão do tráfico, do narcotráfico, os valores que são apreendidos, eu sou comunicado. Eu monto uma tabela e encaminho para SENAD para controle. Todos os bens que são apreendidos – aeronave, veículos, computador, celular – eles ficam à disposição do departamento. O departamento regulariza esses bens e faz a destinação. Ou determina a destruição ou faz a destinação pra entidades vinculadas à questão da temática ou da prevenção, ou do cuidado ou na repressão. [...] Essa semana eu tô fazendo, por exemplo, dois veículos, eu tô repassando pra comunidades terapêuticas. Isso acontece de forma sistemática, tá? [...] As comunidades vêm a nós, solicitam veículos, nós verificamos a disponibilidade de veículos, elaboramos um processo para verificar a regularidade de funcionamento responsável, amarramos bem essa situação... Encaminhamos esse processo para a SENAD, a SENAD faz o termo de doação, nos encaminha. E nós encaminhamos a essas entidades para receber o bem, fazer a avaliação do bem e assinar o documento. Nos devolvem o documento, encaminhamos para Brasília e é publicado em Diário Oficial da União. É assim o processo de destinação.

Assim, o departamento recebe visitas frequentes de *dirigentes* de CTs com o objetivo de demandar os recursos ou bens disponíveis, ou ainda demonstrar interesse em contratualização de vagas em CTs a partir dos editais da SENAD. Em tempos anteriores, os técnicos definidos pela SENAD vinham até o Rio Grande do Sul para inspecionar e habilitar as instituições, mas agora o processo é realizado pelos próprios municípios, que realizam as inspeções e informam aos técnicos dos departamentos estadual e federal. Essa situação é explicada por um outro técnico:

Então, assim, as comunidades terapêuticas têm que ser inspecionadas. E nós fazemos esse controle das inspeções... O que eu estou fazendo: deram atribuição ao estado.

Eu estou em contato com as prefeituras. Eu solicito que a vigilância sanitária das prefeituras faça as vistorias, atestem a regularidade documental e de estrutura e funcionamento, tá? Nos encaminhem o documento! Nós pegamos e fazemos uma homologação a partir dessas assinaturas que vem da vigilância sanitária e que está habilitada a fazer essas inspeções, correto? E aí com essa documentação se habilitam as vagas [dos editais federais].

Ainda que os técnicos do departamento estadual realizem a mediação entre os atores governamentais e não governamentais, permitindo a aproximação entre eles, entendem que o papel principal do departamento é de impor as leis e fazer com que elas se cumpram, como explica um dos profissionais:

As comunidades terapêuticas elas têm... Elas não podem funcionar só porque querem funcionar, elas têm normas a serem seguidas, cumpridas... Tem documentos que regulam todos os serviços, todas atividades, toda rotina das próprias comunidades. O fundamental entender é que existe um serviço dentro dos municípios que tem a competência por lei e a responsabilidade de fazer vistoria, acompanhamento e não permitir tantas irregularidades nesse estabelecimento.

Diante dos editais vigentes que possibilitam a contratualização de vagas em CTs, os entes governamentais vêm se aproximando dos atores sociais vinculados a essas instituições. Essa proximidade entre atores sociais destacados complexifica o campo político voltado para as políticas sobre drogas e capilariza a influência dos atores vinculados às CTs para impor sua *doxa*. Pois, enquanto os representantes dos órgãos públicos têm como objetivo monitorar e promover o cumprimento das leis, os atores ligados às CTs tensionam e pressionam as leis existentes para permitir a inserção do modelo de CTs entre as ofertas de serviços da rede do SUS. Logo, ao mapear os atores, as instituições, os espaços de atuação e as posições em meio ao campo político, compreende-se a abrangência das articulações e as estratégias necessárias para fazer defender o modelo das CTs nas políticas públicas atuais.

5 OS LÍDERES CARREGAM AS SUAS BANDEIRAS AONDE FOREM

Os defensores de CTs, em sua maioria, são pessoas que, em algum momento de suas vidas, tiveram um histórico pessoal ou de algum familiar de uso de drogas e passaram por tratamento em CT. Muitos deles trabalham em uma comunidade ou participam com frequência das atividades de CTs, de modo que se mantém um vínculo próximo com essas instituições. Entre os que trabalham nas CTs é possível atuar como *monitor*, profissional ou mesmo como *dirigente*.

Dos que passaram por CT, o próprio tratamento nas instituições se constitui como parte inicial da aprendizagem sobre modelo da CT. A vivência e a experiência, por longos meses nessas instituições, fazem com que os *acolhidos* introjetem as regras e normas institucionais, podendo galgar papéis de exemplaridade e de responsabilização durante o tratamento. Com isso, aqueles que cumprem bem essa função podem ter oportunidades de trabalho nas instituições.

Segundo os interlocutores, o *monitor* é um *graduado*, ou seja, aquele que finalizou o tratamento previsto dentro de CT, geralmente de nove meses. Essa experiência prévia é valorizada pelos *dirigentes* de CTs como um capital simbólico adquirido anteriormente para compreender o *mundo das CTs*. Como *monitor* de CT, ele terá um vínculo profissional em uma instituição com o objetivo de acompanhar os *acolhidos* em suas rotinas e atividades. Esse processo de atuar como trabalhador de CT é um procedimento que, na visão dos interlocutores, permite a reinserção social do *graduado* e a manutenção da sua própria abstinência. Em geral, o trabalho é remunerado, ainda que muitas vezes por um valor simbólico.

A inclusão do *graduado* na equipe da CT também se adéqua ao modelo proposto ao promover a horizontalidade nas relações e ao valorizar a convivência entre os pares. O *monitor* é um *adicto em recuperação*, que pode narrar a sua experiência de “sair das drogas” e servir como um exemplo bem-sucedido para outros que estão realizando o tratamento em CT. Esse trabalho permite ainda conhecer melhor a gestão da instituição e até pode motivá-lo para fundar a sua própria CT, onde ele será reconhecido como *dirigente* de CT. A pesquisa do IPEA (SANTOS, 2017) revela que 32,6% dos *dirigentes* respondentes da pesquisa escolheram atuar nas CTs em decorrência de serem eles mesmos *adictos em recuperação* que se beneficiaram do tratamento em CT.

O usuário também pode continuar seus estudos, realizar uma formação universitária e seguir sua vida profissional. Alguns preferem acessar a rede de relações a partir do seu tratamento realizado e passam a atuar inclusive como profissional de ensino superior em uma CT. Eles são bem-vindos nas instituições por serem pares e servirem de modelo para os *adictos*

em recuperação em tratamento. Geralmente, atuam como psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, advogados, administradores e sociólogos, dependendo da estrutura organizativa da instituição.

Depois de uma larga experiência como *dirigente* ou profissional de CT, há aqueles que ainda se tornam representantes das CTs nos conselhos municipais e até atuantes nas federações de CTs, dedicando-se para a ampliação do trabalho deste modelo terapêutico no campo político. Todavia, todos esses atores – *monitores*, profissionais e *dirigentes* de CTs – podem mobilizar-se politicamente a fim de visibilizar o trabalho das CTs na sociedade e lutar para a sua inserção nas políticas públicas. Assim, julga-se relevante analisar como esses atores sociais se tornam lideranças políticas, e quais as estratégias são acionadas em prol da *causa* das CTs.

Percebe-se que os *adictos em recuperação* podem constituir suas trajetórias a partir do tratamento realizados nas CTs. Para aprofundar a discussão, Goffman (1987) vai utilizar o conceito de “carreira moral” para falar do processo da vida do indivíduo ligado à instituição total que pode ser ascendente ou descente. As experiências prévias através do tratamento permitem aos *graduados* desenvolver uma “carreira moral” na área da *dependência química* oportunizada pela própria rede de relações das CTs. Essa carreira pode considerar uma sequência de papéis percorridos no *mundo das CTs*: eles eram *acolhidos*, passam a ser *graduados*, se tornam *monitores*, podem ser *dirigentes* e até, mais para frente, representantes políticos em defesa das CTs.

Para pensar essa mobilização, serão elucidados os estágios pelos quais passam os *adictos em recuperação* tratados em CT até se tornarem líderes políticos visando à inserção das CTs nas políticas públicas. O primeiro deles é a ideia de “caminhar junto” entre os pares consolidando uma identidade comum; o segundo é relacionado aos encontros frequentes entre grupos de *adictos em recuperação* para além da CT; e o terceiro se dá através da organização política entre eles utilizando o testemunho como ferramenta política na inserção dessas instituições nas políticas públicas. Com isso, acontece uma transformação importante de ser destacada em que uma carreira moral negativa, ligada ao consumo intenso de drogas, possibilita, após a finalização do seu tratamento nas entidades, a construção de uma carreira profissional que pode dar ensejo à articulação política na *causa* das CTs.

5.1 CONHECENDO OS IRMÃOS DE CAMINHADA NA CT

No modelo de CTs, há uma compreensão de que a *dependência química* é uma doença incurável, progressiva e fatal. Como indicou Nunes (2016) ao estudar o tratamento de usuários

de drogas nas instituições, essa leitura sobre a *dependência química* advém de uma pedagogia institucional baseada em princípios dos Narcóticos Anônimos (NA)³¹. A irmandade compreende que o tratamento deve se dar a partir do convívio entre os pares para possibilitar o compartilhamento das “experiências vividas e da construção de uma identidade “em recuperação” e “em superação”” (BARROS, 2014, p. 5). Essa mesma pedagogia institucional é aplicada no tratamento em CT e impacta nas relações sociais entre aqueles que lá estão, aproximando os *acolhidos* em tratamento a partir de aspectos comuns ligados à vivência da *dependência química*.

Os usuários de drogas que realizam tratamento em CT são nomeados cada vez mais pelos trabalhadores das instituições como *acolhidos*³². Assim, nesse *acolhimento* possibilita-se a troca de experiências, aprendizagens variadas e a construção de vínculos tanto entre o trabalhador e o *acolhido* como entre os próprios acolhidos. Para favorecer essa aproximação, ao iniciar o tratamento em uma CT, é prática comum o usuário ganhar um *padrinho* durante sua estadia. O *padrinho* geralmente é um *adicto em recuperação*, que tem mais tempo de tratamento, que segue as regras institucionais e que acompanha mais proximamente as demandas emocionais do *acolhido* recém-chegado à CT. É comum que, após a finalização do tratamento na CT, os *acolhidos* mantenham contato com o *padrinho*, com os demais profissionais, e até mesmo realizem visitas frequentes à instituição que o acolheu.

Desse modo, o tratamento proporciona, para muitos *acolhidos*, uma identificação com os *monitores*, os profissionais ou mesmo os *dirigentes* de CT além do *padrinho*. A maioria dos trabalhadores também são *adictos em recuperação*, que fizeram uso de drogas, realizaram tratamento em CT, continuam abstinentes e agora são percebidos como exemplos a serem seguidos. Ao mesmo tempo, eles percebem a instituição como uma “casa” que os acolheu e tornou possível sua “salvação” ou mesmo seu “renascimento”³³. Geralmente, os *graduados* são gratos às suas “casas” por considerarem que o tratamento os “salvou” da morte. Com a estadia

³¹ Segundo Loeck (2014), o NA é uma irmandade fundada na década de 1950 nos Estados Unidos a partir do modelo Alcoólicos Anônimos. Ela é uma instituição sem fins lucrativos e se constitui através de uma rede de grupos de ajuda mútua que se encontram com certa frequência para a manutenção da abstinência. Seus membros autodenominam-se como *adictos em recuperação*.

³² As explicações dadas pelos interlocutores são de que eles não são pacientes, porque a CT não é só um serviço de saúde; e eles não são residentes, porque têm prazo para sair da instituição. Além do mais, tem se assumido a nomenclatura de *acolhidos* uma vez que há uma compreensão dos representantes das federações de CTs de que a função da instituição é fazer o *acolhimento*. Logo, o uso do termo tem sido colocado nas legislações vigentes, o que também é estratégico no processo de inserção das CTs nas políticas públicas.

³³ A ideia corrente, segundo os interlocutores, é de que a instituição lhe concedeu uma oportunidade de ver e de viver a vida de outra maneira, fazendo com que o *acolhido* pudesse começar do zero uma nova vida, por isso a percepção de renascimento. Ao mesmo tempo, a instituição pode ser percebida como uma “salvação” diante da possibilidade de morte que pode envolver o uso de drogas.

na instituição, eles podem aprender uma nova forma de vida, resgatar laços com a família e acessar outras oportunidades para ser alguém na vida. Assim, constrói-se, muitas vezes, uma relação familiar e afetiva entre os *acolhidos* e trabalhadores no ambiente da CT.

Como explica o teórico que orienta a organização e as práticas das CTs De Leon (2014), todos os que convivem no ambiente da CT podem e devem participar do tratamento uns dos outros, além de zelar pela instituição em que estão. O autor entende que qualquer membro da CT desempenha três papéis essenciais. São eles: gerentes da comunidade, uma vez que todos devem se responsabilizar por todos; irmãos, já que a ideia de família deve prevalecer como promotora da união entre eles; e modelos de comportamento, de modo que há uma aprendizagem sobre o bom comportamento por meio da convivência com o grupo. Esses papéis são desempenhados não em um momento específico, mas se coadunam no cotidiano da instituição. Assim, durante a convivência mais horizontalizada, vai-se amalgamando alguns aspectos em comum entre os membros da instituição.

Um desses aspectos é a identificação de pontos semelhantes nas histórias de vida dos *adictos em recuperação* como, por exemplo, o fato de irem ao *fundo do poço* antes de iniciarem o tratamento em CT. O *fundo do poço* é considerado uma metáfora ligada à *dependência química* que, conforme explica Baus, está relacionado com “aquela condição de desamparo, depressão, sofrimento psíquico em que está mergulhado o dependente químico, após um uso prolongado e exagerado da droga” (2002, p. 8-9). No geral, esta metáfora extrema também pode envolver a moradia na rua, a realização de furtos e roubos e até passagem pelo sistema penitenciário em decorrência de crimes previstos pelas políticas sobre drogas. Isso posto, o próprio modelo de CTs reforçava a necessidade de reconhecer esses pontos negativos, que envolviam uma visão do usuário de drogas como “não confiável e mau caráter” (MELO; MACIEL, 2016) para, então, poder modificar as atitudes e construir uma nova história a partir do tratamento na CT.

Segundo os interlocutores, a nova história se daria pela busca da abstinência dentro da CT como uma construção coletiva. Com isso, tanto nos grupos de ajuda mútua como nas conversas informais são compartilhadas estratégias para se manter em abstinência solidificando a parceria entre os membros. Estes momentos em que os *adictos em recuperação* dividem o que aprenderam ou mesmo explicitam seus receios com os demais membros são chamados de “partilhas”. Elas proporcionam um processo de aprendizagem em comum entre quem já está em tratamento há mais tempo e aqueles que estão recém-começando. Considerando os aspectos evidenciados acima, os *acolhidos* que realizam tratamento na CT vão, assim, partilhando uma mesma identidade e passam a se identificar como *irmãos de caminhada*.

Como nos lembra Barth (2000), a identidade é relacional e constrói-se a partir da interação, definindo quem somos nós e quem são eles. Logo, a ideia de *irmãos de caminhada* configura uma identidade comum entre os usuários em tratamento em CTs que se encontravam no meio da “caminhada” sobre a experiência da *dependência química* e partilhavam diversas situações, tanto na vida quanto na instituição. Essas vivências consideravam os altos e baixos do próprio tratamento na CT, mas também os prazeres e os conflitos da convivência cotidiana com outros usuários.

Constatou-se durante a etnografia que o percurso partilhado com outros “caminhantes” contribuía, em muitos casos, para reforçar a continuidade do seu tratamento e da manutenção da sua abstinência. Ao discursar sobre as estratégias utilizadas para “sair das drogas” aos membros do grupo, também se intensificavam suas próprias decisões e escolhas nessa direção. Segundo os interlocutores, a maioria das narrativas dos *acolhidos* mais antigos em tratamento na instituição enfatiza a necessidade de se afastar cada vez mais da possibilidade de uso de drogas e valoriza a proposta de ter uma *vida em sobriedade*.

Desta forma, a *vida em sobriedade* é apresentada como oposta à *vida do drogado* e deve ser um novo estilo de vida aderido por quem busca tratamento nas CTs. Conforme afirma um *monitor* de CT, a sobriedade é mais do que se manter em abstinência, pois envolve outros âmbitos da vida também. Os *adictos em recuperação* devem se afastar do uso de drogas, mas igualmente ser vigilantes em relação aos comportamentos que permitam “recaídas”³⁴.

Os aspectos que envolvem a *vida em sobriedade* colaboram para a definição da nova identidade dos *adictos em recuperação*. Todavia, a sobriedade deve ser vivida no âmbito coletivo, como explica Mota (2004), ao estudar a “dádiva da sobriedade” na filosofia dos grupos de AA. Para ele, a sobriedade é um valor que deve circular entre os pares ao dar, receber e retribuir solidificando os laços entre *adictos em recuperação*. Deste modo, para manter a *vida em sobriedade*, cabe ser vigilante em relação a si, mas também em relação ao comportamento dos seus *irmãos de caminhada*, uma vez que a recaída é sempre uma ameaça. Essa relação fortalece os vínculos entre eles e reforça sua sobriedade.

5.2 REFORÇANDO VÍNCULOS PARA ALÉM DA CT

Aqueles que finalizam o tratamento e se adéquam às propostas do modelo de CTs muitas vezes mantêm contato com profissionais da instituição e com *acolhidos* que estiveram na

³⁴ Quando um usuário recai no uso de drogas, é comum ouvir entre seus pares que ele já estava “recaído em comportamento”. Alguns desses comportamentos é a mentira, a traição, a preguiça, o roubo, entre outros.

entidade no mesmo momento que eles. Essa rede de relações estabelecida no âmbito do tratamento da CT acaba, muitas vezes, ultrapassando as próprias instituições, fazendo com que os *graduados* encontrem novamente quem cultue os mesmos valores e levem a proposta da *vida em sobriedade* para além da CT.

Ademais do vínculo afetivo entre os *irmãos de caminhada*, soma-se a crença na metodologia empregada pelo modelo de CTs, pois os que continuam abstinentes após o tratamento partilham a ideia de que o tratamento em CT “funciona”. Já que estaria “funcionando” para eles, também poderia funcionar para os outros. Então, com as estratégias aprendidas para se afastar das drogas e viver a *vida em sobriedade*, os *graduados* entendem que outros usuários de drogas podem se beneficiar dessas aprendizagens ao realizar o tratamento nas instituições. Essa compreensão favorece a defesa do modelo de CTs perante outras propostas disponíveis na rede de atenção psicossocial e possibilita a participação desses atores sociais na mobilização política que envolve a causa das CTs como uma “solução” para salvar vidas dos que ainda estão no *fundo do poço*.

Para seguir a *vida em sobriedade* após a estadia na CT, cabe manter o estilo de vida apreendido na instituição que o acolheu. Para isso, torna-se pertinente manter encontros frequentes com os *irmãos de caminhadas* e até mesmo visitar a “casa” que o acolheu nos eventos promovidos³⁵. Este contato é percebido como uma continuidade do tratamento, que não está restringido ao período de estadia na CT. E nesse sentido, a manutenção dos vínculos fora da CT justificam-se também pela concepção de que sempre serão *adictos em recuperação*, já que a *dependência química* não tem cura.

No Rio Grande do Sul, parece haver uma tradição na promoção de encontros frequentes entre *adictos em recuperação* já *graduados*³⁶. Os encontros podem se dar de duas formas: 1) pela participação em grupos de ajuda mútua; e 2) pela participação em eventos para fortalecer a sobriedade, competir em torneios de futebol, comemorar dias festivos, entre outros.

Em relação aos grupos de ajuda mútua para os *adictos em recuperação*, destacam-se as reuniões semanais dos Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, entre outros, e grupos destinados também à participação de familiares como o Amor Exigente, o Café Convívio³⁷,

³⁵ Caso o *graduado* sinta que está “perdendo suas forças” para se manter a abstinência, há a possibilidade de realizar um “reforço” na instituição ou em outra indicada para restabelecer os princípios da *vida em sobriedade* e adiar a possibilidade de recaídas. Ou seja, ele volta para o tratamento na CT, mas em um período mais curto.

³⁶ O protagonismo do Rio Grande do Sul foi destacado por representantes das federações nacionais em encontros nacionais, vendo essa estratégia como potência para a mobilização política; um deles pensava em copiar o modelo de promoção de encontros no estado para outros locais.

³⁷ Conforme explica um interlocutor vinculado à Federação Redenção, este é um projeto para trabalho com grupos de ajuda mútua importado desde 2008 de Portugal. Pelo que ele explicou, esse projeto funciona em Portugal atrelado às CTs evangélicas há 35 anos e se propõe a “tomar um café” com aqueles *adictos* que desejam parar o

além de grupos específicos. Ainda existem grupos de *graduados* remanescentes de algumas CTs que se encontram com frequência, realizam ações sociais e apoiam eventos relacionados ao não uso de drogas.

Um desses grupos foi criado por egressos de uma CT específica para a continuação da *vida em sobriedade*, e é considerado um dos mais antigos. Nele, a participação do *adicto em recuperação* que finalizou seu tratamento nesta CT deve ter sua aceitação no grupo submetida à decisão dos demais membros. O grupo contém regras consideradas rígidas entre os *adictos em recuperação*, exigindo uma série de condutas morais relacionadas à sobriedade destes. Ao mesmo tempo, os participantes se orgulham de seguirem a vida regrada em comunhão com seus *irmãos de caminhada* e destacam certo prestígio de participarem desse grupo.

Os grupos criados atendem às demandas e especificidades dos membros em questão, de modo que nesses espaços circulem simbolismos pertinentes à participação e à convivência dos *adictos em recuperação*. Como Carneiro da Cunha argumenta, “para poder diferenciar grupos é preciso dispor de símbolos inteligíveis a todos os grupos que compõem o sistema de interação” (1986, p. 94-95). Assim, após a graduação na CT, os usuários podem participar do grupo em que se sintam melhor para reforçar sua sobriedade, encontrar seus pares de “caminhada” e desabafar sobre as angústias vivenciadas a fim de fortalecer seu propósito em manter a abstinência.

Em relação à participação em eventos, consideram-se aqueles promovidos pelas CTs ou pelos grupos para a promoção de encontros entre *adictos em recuperação*. Anualmente, são organizados torneios de futebol entre as instituições, aniversários das “casas”, encontros específicos para *graduados*, entre outros.

Um dos encontros para *graduados* acontecia desde 2009 com o objetivo de reunir *adictos em recuperação* de todo o estado, compartilhar suas vivências e reforçar elementos da *vida em sobriedade*. A edição do encontro etnografado foi realizada em 2018 em uma instituição de ensino, durou três dias consecutivos, contou com palestras, shows e atividades em grupos. Esse evento teve a participação de quase trezentos *adictos em recuperação* que passaram por tratamento em instituições no Rio Grande do Sul. Os torneios de futebol eram realizados cada vez por uma instituição da região, permitindo apresentar sua estrutura e seu funcionamento aos demais participantes e recepcionar da melhor forma os *graduados* e *acolhidos* de outras instituições. Era motivo de orgulho entre os dirigentes de CTs poder oferecer o local para a realização dos eventos.

consumo de drogas. Nesse momento, os voluntários vão conversar com *dependentes químicos* e com seus familiares sobre as potencialidades do tratamento em CTs.

A participação nos grupos e nos eventos reforça a identidade entre os *adictos em recuperação*, permite o fortalecimento dos seus propósitos da *vida em sobriedade* e reifica a crença na metodologia utilizada pela CT. Logo, os encontros frequentes entre eles tornam-se um modo de interação que os distinguem de quem cultua outros estilos de vida. O fato de terem realizado o tratamento em CT, se adaptado ao modelo proposto e focado na questão da abstinência das drogas, quase automaticamente, faz com que eles sejam percebidos pela sociedade como referências que encontraram “solução” para drogas. Sendo assim, eles são considerados em contraste, pela sociedade, com aqueles que continuam fazendo uso dessas substâncias e tendo comportamentos condenáveis socialmente, como morar na rua, roubar e se deixar levar pelas drogas.

Nesse sentido, a identidade dos *adictos em recuperação* que passaram por tratamento em CTs está cada vez mais sendo colocada em oposição à daqueles que preferem viver a *vida do drogado*, estabelecendo uma cisão significativa entre esses dois mundos. A *vida do drogado* é uma vida triste, egoísta, isolada, sem família, sem amigos, sem regras e à margem da sociedade. De modo oposto, *viver em sobriedade*, junto ao coletivo, permitiria contemplar a vida, seguir regras, agregar familiares e amigos, além de viver ativamente na sociedade. Como Cucho evidencia, “a identidade social é ao mesmo tempo inclusão e exclusão: ela identifica o grupo (são membros do grupo os que são idênticos sob um certo ponto de vista) e o distingue dos outros grupos (cujos membros são diferentes dos primeiros sob o mesmo ponto de vista)” (1999, p. 177).

Podemos dizer então que os grupos criados pelos *graduados* estabelecem fronteiras para viver a *vida em sobriedade*, mas também criam uma nova forma de viver que lhes permite participar da sociedade em que estão. O pertencimento ao grupo de *adictos em recuperação* torna-se essencial para a reinserção na sociedade, uma vez que foi justamente por meio dessa instituição que se deu seu renascimento. Ao mesmo tempo, o próprio modelo de CT possibilita a construção de vínculos fortes entre seus membros que coloca os *graduados* em um nível de diferenciação social na sociedade. Por meio da recuperação junto ao coletivo, a manutenção do vínculo com os *irmãos de caminhada* torna-se uma necessidade para o *adicto em recuperação* continuar sóbrio.

Diante desse quadro, a atuação nos grupos e a vivência junto ao coletivo constituem uma estrutura própria de organização dos *adictos em recuperação* egressos do tratamento em CT, que pode também ser acionada politicamente. Para eles, viver em sociedade inclui ainda a colaboração na construção dessa sociedade, e até mesmo a explicitação das suas demandas para reivindicar sua *doxa* no campo político voltado para as políticas sobre drogas. Ao realizar ações

sociais, participar de caminhadas, apoiar eventos que promovem o não uso das drogas, estimular certo estilo de vida, os *adictos em recuperação* estariam ao mesmo tempo agindo politicamente na sociedade em que vivem. Concomitantemente, ao elucidarem seus posicionamentos em meio ao debate público, ocuparem juntos os espaços de diálogo para reflexão e elaboração de políticas sobre drogas, se movimentarem na sociedade através de representação política, os simbolismos vinculados à identidade dos *adictos em recuperação* vão se firmando politicamente em meio a outros grupos.

A articulação da identidade dos *adictos em recuperação* pode ser tomada enquanto uma comunidade política (WEBER, 1978) que se coloca em conjunto diante do Estado. Weber define comunidade política como “uma comunidade cuja ação social é dirigida para a subordinação de um território e da conduta das pessoas dentro dele à dominação ordeira por parte dos participantes” (1978, p. 901). Nesse sentido, a agregação do grupo em questão se dá por formas de agir politicamente, partindo de uma identidade comum para marcar sua posição política em relação aos outros atores sociais. Ao mesmo tempo, o grupo de *adictos em recuperação* estabelece e promove condutas relacionadas à *vida em sobriedade* entre seus participantes. Logo, a comunidade política formada pelos grupos de *adictos em recuperação* atua como uma espécie de rede de apoio para os próprios pares.

É possível dizer, ainda, que a atuação na comunidade política permite articular valores, simbolismos e elementos culturais que são apreendidos no âmbito da CT como um atributo para a mobilização política na causa das CTs e acabam sendo difundidos na sociedade em que atuam. Essa participação vai se definindo e construindo os elementos que compõem a identidade dos *adictos em recuperação*, que passaram por tratamento de CT, no debate público. Por exemplo, narrar a sua própria trajetória como usuário de droga, que chegou ao *fundo do poço*, mas que tem se superado a cada dia ganha também um peso político para a defesa das CTs. Assim, a constituição da identidade dos *adictos em recuperação* vai criando contornos e fronteiras que os torna identificáveis, mas igualmente os fortalece como grupo estabelecido politicamente perante outros atores sociais no campo político voltado para as políticas sobre drogas.

5.3 ATRAVÉS DAS FEDERAÇÕES SOMOS MAIS FORTES

Conforme a causa das CTs ganhava visibilidade no debate público, a precariedade dessas instituições também vem à tona. Alguns atores sociais demandam respostas claras de seus defensores das CTs em relação às denúncias apresentadas pela mídia e pelas entidades profissionais. Alguns *dirigentes* e profissionais de CTs buscavam responder às acusações, ao

mesmo tempo que atuavam politicamente por meio da participação nos conselhos de políticas sobre drogas, audiências públicas, eventos sobre drogas, etc. Através dessa participação, aproveitavam para criticar a rigidez dos regulamentos e normativas federais e estaduais para as CTs e pressionavam publicamente para a mudança legislativa que mais se adequasse à realidade das instituições, gerando menos cobranças.

Os *irmãos de caminhada* apoiavam-se para não serem penalizados e percebiam a necessidade de se unir para colocar suas demandas comuns ao poder público. Por meio da comunidade política já estabelecida faltava formalizar as representações dos atores sociais vinculados às CTs tanto para fazer frente às críticas recebidas como encaminhar demandas. Portanto, almejava-se melhor organização política a fim de reunir pautas pertinentes locais e defender a causa das CTs no âmbito das políticas públicas no Rio Grande do Sul.

O processo permitiu que alguns líderes se destacassem por encabeçarem discussões públicas com atores governamentais municipais em relação às políticas sobre drogas. Essas lideranças já tinham apoio das federações nacionais de CTs para realizar o enfrentamento político. Com isso, foram sendo constituídas lideranças políticas que identificaram a relevância de criar órgãos formais de representação no contexto estadual para disputar a *doxa* do campo político também no Rio Grande do Sul.

Conforme evidencia Bourdieu (1989), a emergência dos líderes políticos não é algo natural, mas construído na relação entre o grupo e o indivíduo representante. Aos poucos, as lideranças políticas foram se estabelecendo como representações políticas estaduais agindo e falando em nome do grupo. Quando os *dirigentes* e profissionais de CTs tinham alguma intimação dos órgãos governamentais em seus municípios para responder, os líderes eram convocados para colaborar nessa mediação pela expertise política adquirida. Em um dos casos, houve uma visita de atores governamentais em uma CT para fechá-la, e por meio da negociação junto à liderança vinculada às CTs a instituição conseguiu um prazo para se adequar às normas, e hoje a entidade é citada como uma referência entre as CTs.

Diante de demandas como essas, os líderes políticos foram ganhando confiança e respeito dos demais trabalhadores de CTs. Nesse sentido, o líder também se vale do poder atribuído para desempenhar o seu papel, como afirma Bourdieu: “o homem político retira sua força política da confiança que o grupo põe nele. Ele retira o seu poder político propriamente mágico sobre o grupo da fé na representação do grupo e da sua relação com os outros grupos”. (1989, p. 188)

Por terem experiências e conhecimento no trato com o seu e demais grupos, os líderes se destacam e ampliam a sua visibilidade nas questões políticas relacionadas às CTs. Ao mesmo

tempo, “os dados biográficos também podem indicar como e por que em determinados contextos, algumas figuras emergem no cenário como porta-vozes de ideais ou interesses coletivos” (BARREIRA, 1998, p. 119). Assim, ao narrar sobre o surgimento das federações estaduais como órgãos formais de representação, os atores vinculados às CTs também reconhecem que pontos da sua própria biografia foram importantes para esse processo de formalização, como apresentado pelo participante da Federação Redenção:

As comunidades terapêuticas já têm mais de três décadas aí no estado. E em função da minha experiência pessoal de recuperação. Vinte e quatro anos faz que eu estou limpo. Em comunidade terapêutica foi que eu iniciei então esse trabalho. Foi em 1996 que eu abri a primeira unidade, e dessa saíram mais onze [instituições]. [...] A partir desse envolvimento já de vinte e quatro anos praticamente. Eu comecei a viajar pelo Brasil, conhecer outros trabalhos [...] Então, esse envolvimento meu de conhecer outros modelos de trabalho [de CTs] no Brasil foi também me despertando e, de certa forma, [houve] um crescimento com relação com as questões mais de âmbito das relações políticas, institucionais, do terceiro setor e órgãos públicos. [...] eu pude assim perceber que não bastava você fazer todo um trabalho voltado com a espiritualidade, o trabalho, o campo profissional, se nós não tivéssemos assim um reconhecimento e ocuparmos assim nossos espaços, nos órgãos governamentais. [...] Nós precisávamos de uma federação aqui no estado.

Como já existiam as federações de CTs no contexto federal, esses líderes fundaram versões estaduais das federações, as quais foram apresentadas no capítulo anterior. Cabia, então, às federações estaduais de CTs rebater as acusações sobre a forma de tratamento realizada em algumas instituições estaduais, mas também articular a inserção das CTs no âmbito das políticas públicas vigentes no estado.

Ante a organização formal da representação política, as CTs começam a ganhar expressividade no campo de discussão das políticas sobre drogas também no contexto estadual. Mas para isso foi preciso desenvolver uma série de atividades pertinentes através das federações que potencializassem suas articulações políticas. Nesse sentido, outro participante da Federação Redenção reconhece que cabe justamente a eles:

[...] a sobrevivência da federação, o apoio das comunidades, as viagens [para as CTs mais longes], enfim. Sempre a gente faz uma convivência aí de pessoas também que entendem a necessidade que tem de manter a federação e a representatividade, a importância disso, né. E aí vamos levando a vida. [...] acho que cabe difundir esse segmento que se preocupam com a vida, né...

Além das articulações de cada federação existente no Rio Grande do Sul, a união entre elas era uma forma de ampliar a representatividade e de fortalecer a *causa* das CTs. Apesar de se contraporem em aspectos ideológicos, religiosos e morais, caberia enfatizar as convergências na busca da legitimidade das CTs e o reconhecimento do trabalho realizado perante os entes

públicos. A argumentação sobre essa “convergência” pode ser encontrada no relato de um profissional da CT que se alinha a uma das federações:

Se era uma CT confessional de origem católica, se era outra CT confessional evangélica, uma CT que é ecumênica, uma CT que não é de nenhuma confissão, não confessional, [não importa.] A gente tinha que se focar no objetivo de convergir e não divergir. [Então,] a gente procura se unir enquanto o modelo de atendimento, enfim, respeitando as características de cada comunidade.

Portanto, a criação do *fórum estadual* é a concretização dessa “convergência” que permite reforçar a mobilização política das CTs no âmbito estadual. A partir do seu lema *juntos somos mais fortes*, os representantes dos órgãos governamentais reconhecem sua unidade política. Ainda que haja diferenças claras de posicionamentos entre as federações compostas pelo fórum, a aliança entre elas fortalece o aspecto identitário do grupo de *adictos em recuperação* com experiências em CTs estaduais. Entre eles, a defesa da *causa* das CTs constitui-se em importante eixo de articulação política com o Estado. Como reforça um dos participantes da Federação Redenção: “Juntamos! Acho que nós podemos ter, assim, nossas diferenças, mas existem pautas que são comuns a todos, e a nível de estado as duas federações estaduais representam o segmento. Então, chamamos juntos.”

Nesse sentido, a “convergência” estabelecida entre eles destaca os aspectos comuns em meio à heterogeneidade de instituições existentes permeadas pelas duas federações estaduais, mas também colabora em termos do estabelecimento de proposições efetivas a serem feitas ao estado. Ou seja, juntar as federações também é uma estratégia política pertinente em que se buscam possibilidades concretas de inserção das CTs nas políticas públicas existentes.

Com isso, enfatiza-se que os representantes das federações de CTs são *adictos em recuperação* abstinentes há anos, oriundos da sociedade civil, que se organizam politicamente a partir da causa que acreditam, como a defesa das CTs. Esses representantes configuram-se não só como atores sociais vinculados às CTs que mobilizam politicamente a causa em questão, mas eles também emergem como verdadeiros líderes políticos que carregam suas bandeiras aonde forem defendendo com afincos essas instituições como proposta de tratamento aos usuários de drogas. Desse modo, os líderes políticos desenvolvem tanto a oratória como a aparência para participar da disputa no campo político, como reforça Bourdieu:

[...] a palavra do porta-voz, deve uma parte da sua “força de elocução” à força (ao número) do grupo para cuja produção como tal ele contribui pelo ato de simbolização, de representação; ela tem seu princípio no ato de força pelo qual o locutor investe no seu enunciado toda a força para cuja produção o seu enunciado contribui ao mobilizar o grupo a que ele se dirige (1989, p. 187).

O agir politicamente dos líderes políticos mobiliza o grupo e reforça os elementos identitários dos *adictos em recuperação* ao relacionar a manutenção da *vida em sobriedade* e a participação política. Muitos dos atores vinculados à federação das CTs entendem que é graças à sobriedade vivenciada em grupo que eles conquistaram os espaços de participação política. Pois são eles que passaram pelo *fundo do poço* e agora estão em recuperação em meio aos *irmãos de caminhada* que conseguem explicitar o ponto de vista do grupo e sabem como expor as demandas das CTs diante das políticas públicas. Sendo assim, pode-se supor que o exercício da política entre esses atores é mais um aspecto que reforça os propósitos de abstinência dos *adictos em recuperação*. A mobilização política entre eles, o reconhecimento público do seu trabalho, as conquistas alcançadas nas políticas públicas parecem se constituir como parte da manutenção de seu tratamento.

Utilizando como referência o pensamento difundido pelos *adictos em recuperação* atrelado ao modelo de CTs, ao contrário da condição de morte disposta na *vida do drogado*, a participação política experienciada na *vida em sobriedade* enfatiza a sensação de exercer plenamente a vida. Um dos líderes políticos da Federação Esperança reconhece que sua atuação em meio ao debate público o faz “sentir vivo”, como explica:

Então sentir-se vivo é quando eu deixo minhas coisas pessoais e familiares, e venho para eventos como esse... Ou eu vou a Brasília sentar com os ministros, com o Conselho Nacional sobre Drogas pra discutir política. Eu me sinto fazendo concretamente alguma coisa. Por meio da minha profissão pra que esse mundo melhore... Porque eu trabalho com uma doença ou um tipo de doença que tá diretamente ligado com o funcionamento coletivo, social, cultural, tu entende? Ou a falta de oportunidade, a falta de tudo, porque esse país é um país esquizofrênico, com um Estado cindido, com interesses escusos, então eu estava lá em Brasília lutando pra que as leis sejam melhoradas mesmo que eu saiba que é um momento político muito grave e complicado. Mesmo assim eu não resolvi, eu não fiquei em casa me queixando, eu me coloquei a serviço, me empresto, já não me sinto tão propriedade de mim, me empresto e vou, né. [...] Já que o Estado não consegue chegar muitas vezes, ou quase nunca, com suas políticas. Ou quando chega, chega de forma muito capenga ao usuário final... [...] As instituições que nós trabalhamos acabam ocupando esse espaço e nós pleiteamos uma série de coisas lá e esse foi um ano de muitos avanços.

Se percebendo como representante do grupo que defende as CTs, essa participação política confere atributos relacionados à utilidade de sua atuação como líder político que engloba demanda da defesa das CTs e demarcação de posicionamento da mobilização política do grupo dos *adictos em recuperação* em meio às políticas públicas. Logo, “sentir-se vivo” também se relaciona com o reconhecimento desse papel político importante, que é representativo da articulação do grupo de *adictos em recuperação*.

Além da atuação dos líderes políticos em meio ao campo político em questão, os participantes das federações estaduais julgaram pertinente e estratégico realizar alianças no âmbito da política. Para alcançar maior visibilidade para sua causa e conseguir apoio político para suas demandas, os líderes políticos das CTs também se aproximaram de atores governamentais com cargos expressivos na arena política, tanto do nível estadual como do nível federal. Alguns desses atores são eles mesmos *adictos em recuperação* que realizaram o tratamento em CTs facilitando a compreensão das reivindicações das federações de CTs. Outros apoiam a causa das CTs em virtude dos princípios que o seu modelo propaga, como, por exemplo, a abstinência das drogas. Ao mesmo tempo, os atores governamentais simpatizantes da causa das CTs aproximam-se dos *adictos em recuperação* visando ao apoio político, mas também abarcar a base eleitoral por parte da rede de relações das CTs.

Em paralelo à atuação política nos conselhos e nas federações, há *adictos em recuperação* com anos de graduação que decidem entrar para a vida política partidária. Entre os interlocutores, alguns buscam ser eleitos para cargos políticos de expressão estadual, como vereadores, prefeitos, e de expressão federal, como deputados e senadores. Estes, por sua vez, já mobilizam votos e apoio político a partir do capital social acessado pela rede de relações do trabalho com as CTs.

Durante a etnografia, candidatos que atuavam nas federações estaduais desejavam ocupar cargos políticos de expressão federal. Já que “a instituição investe aqueles que investiram na instituição” (BOURDIEU, 1989, p. 192-193), eles receberam tanto o apoio da sua rede de relações com as CTs como o apoio das federações de CTs. Entretanto, ainda que haja uma causa em comum entre elas, existem disputas internas, e das duas federações existentes no estado cada uma decidiu lançar seus próprios candidatos, de modo que as candidaturas expressaram suas particularidades em termos de valores e vínculos religiosos. Assim, cada candidato pode mobilizar a rede de relações da federação à qual ele era vinculado, realizando visitas às instituições filiadas e simpatizantes, declarando sua candidatura em eventos de CTs e divulgando sua candidatura pelas redes sociais que são seguidas por apoiadores.

Cabe dizer que, publicamente, os candidatos apresentaram propostas gerais, mas também enfatizaram o apoio ao modelo das CTs no âmbito das políticas públicas. Por causa da capilaridade do trabalho realizado pelas federações e da quantidade significativa de recuperados em CTs nos últimos 30 anos no estado³⁸, o candidato já iniciara com uma base eleitoral

³⁸ Não há dados estatísticos produzidos no estado, mas tendo como referência a participação de trezentas pessoas no encontro de graduados em 2018 e da sugestão dos *dirigentes* de CTs ao informar que por volta de um terço de

consolidada e potente, procurando articulá-la em causa própria meses antes da eleição. Além disso, esses candidatos tinham uma trajetória política em seus municípios de origem e realizaram ações para angariar esses votos. Mas, apesar da forte mobilização política no estado para as candidaturas em questão, durante o trabalho de campo, eles não conseguiram se eleger.

De qualquer forma, a realização dessas candidaturas são oportunidades de aproximação da causa das CTs com partidos políticos, frentes parlamentares, comissões, o que permite estabelecer parcerias entre os representantes das CTs e atores sociais estabelecidos na vida política. Como elucida Bourdieu, “a intenção política só se constitui na relação com um estado do jogo político e, mais precisamente do universo de técnicas de ação e de expressão que ele oferece em um dado momento” (1989, p. 165). Com isso, o processo eleitoral é este momento que permite aos representantes das CTs atualizar o seu capital social e consolidar a intenção política relacionada às CTs em meio ao debate público. Pois, ainda que não tenham alcançado seus objetivos nessa eleição etnografada, podem sentir sua força política para as próximas eleições.

Os avanços decorrentes da ocupação dos espaços políticos são comemorados pelo grupo em questão e servem como retorno político aos próprios líderes políticos. Eles são abstinentes, vivem em sobriedade, representam a articulação do grupo de *adictos em recuperação*, e futuramente podem se tornar atores governamentais a partir de novas candidaturas. A trajetória de quem saiu do *fundo do poço*, realizou tratamento em CT e chegou a ser representante político de uma *causa* torna-se um grande trunfo pessoal, além de um atrativo de apoio político. Como ele foi “salvo”, pode saber também como “salvar” a vida de outros usuários de drogas. Os líderes políticos vinculados às CTs podem até mesmo seguir carreira política se candidatando para cargos políticos em prol do grupo que apoia o modelo de CTs.

Os jogos políticos entre atores governamentais e não governamentais que apoiam o modelo de CTs estão em construção, mas já apresentam grande potencialidade na inserção dessas instituições nas políticas públicas. Em consequência, a articulação entre eles reforça a ascensão política dos líderes vinculados às CTs e a conquista de espaços relevantes para essas instituições na rede de atenção psicossocial. Por fim, evidencia-se que a discussão sobre o “problema das drogas” emerge no debate público também de forma estratégica a partir da mobilização política construída pelas narrativas das lideranças políticas; e, ao encabeçar a discussão, elas não só levam o ônus, mas também o bônus dos direcionamentos das políticas sobre drogas.

acolhidos completam o tratamento em CTs, imagina-se o potencial dessa rede de relações não só entre eles, mas também entre suas famílias.

5.3.1 Eu sou fruto de CT e vou lutar por essa causa!

Por muito tempo, dizer que era um adicto, mesmo que fosse em recuperação, trazia a estigmatização da sociedade, que considera o uso de droga como desvio. Por isso, as histórias dos *adictos em recuperação* acabaram se restringindo a alguns locais privados, como grupos de ajuda mútua, serviços de saúde, instituições religiosas, entre outros. Essas narrativas eram consideradas “sigilosas” por explicitarem situações ilegais e imorais vivenciadas pelos usuários de drogas, ainda que alguns deles as tenham superado.

No âmbito das CTs, o sucesso dos *adictos em recuperação* está configurada na narrativa sobre a experiência institucional do tratamento que demarca um “antes” e um “depois” explicitando uma mudança individual significativa em sua trajetória de vida. De fato, faz parte dos objetivos do próprio modelo de CT promover as condições para que essa mudança aconteça; e, tendo alcançado o propósito, o *graduado* se torna um exemplo do programa de tratamento, como afirma De Leon:

Aqueles que se sentem agregados compreendem a perspectiva e a filosofia do programa de CT e, como modelo de atuação, transmitem e ilustram seu entendimento por meio do exemplo direto. [...] A mudança na dimensão de membro da comunidade vai acontecendo conforme os indivíduos se tornam participantes plenos, ou totalmente envolvidos, nos papéis da vida comunitária. Assim evoluir como membro da comunidade é essencial para a mudança nas outras dimensões (2014, p. 332-333).

O processo de narrar sua história de vida também é uma aprendizagem institucional desde quando o usuário inicia seu tratamento nas CTs. Durante as atividades em grupo, as reflexões coletivas e os eventos promovidos, torna-se comum contar sobre si e escutar sobre os outros destacando as mudanças já vivenciadas e aquelas esperadas a partir da estadia na CT. Essas mudanças resultam de um conjunto de transformações nas percepções, nos valores e nas práticas explicitadas através das palavras, dos gestos e dos comportamentos dos *adictos em recuperação* para outros membros dos espaços institucionais partilhados.

Ainda que o modelo das CTs possa englobar práticas espirituais e religiosas, não necessariamente as mudanças individuais configuram uma conversão estritamente religiosa-espiritual. Ao analisar as CTs durante a pesquisa qualitativa do IPEA, Loeck questiona o uso da chave explicativa da “conversão” para explicar as mudanças individuais atreladas ao tratamento das instituições. Para ele:

[...] podemos falar de conversão sem necessariamente ficarmos presos às narrativas e práticas estritamente espirituais-religiosas. Dessa forma, temos esses “dois mundos” contribuindo para provocar as transformações morais-subjetivas almejadas nos indivíduos, com configurações bem particulares em cada instituição, como apontaram os dados apresentados. Assim, podemos pensar não só na conversão ao modelo de doença religioso-espiritual que vê o uso de drogas como um pecado, uma falha moral, mas também na conversão ao discurso técnico-científico, que vê no uso problemático ou dependente de drogas como uma doença (por vezes, incurável), sendo que ambas apostam na abstinência como o foco do tratamento e na cronicidade como uma característica da doença. Ao mesmo tempo, se pensamos nos casos em que não ocorrem a almejada transformação em um sentido de cura, pode-se dizer que pode haver uma transformação para um estado de doença que não cessa, ou que é intermitente e acompanha os indivíduos em suas vidas, e que demandará cuidado permanente. (2018, p. 97).

Assim, as narrativas sobre essas transformações morais-subjetivas partilhadas entre os membros do grupo tornam-se parte de demonstração da aderência à vida comunitária institucional, podendo sensibilizar *acolhidos* recém-chegados, familiares dos *acolhidos*, profissionais das instituições, e demais atuantes nesses espaços. Podemos dizer, então, que essas narrativas se configuram como testemunhos do processo de mudança individual permitida pelo tratamento na CT.

Todavia, há uma aprendizagem sobre como testemunhar a fim de que os elementos importantes do programa terapêutico sejam elucidados em meio a essa narrativa. Na análise de Teixeira e Brandão (2019), ao estudarem como os centros de recuperação pentecostais no Rio de Janeiro – que funcionam nos mesmos moldes do modelo de CTs – avaliam quem tem o “testemunho autêntico” e quem tem o “testemunho falso” dentre os *adictos em recuperação*, fica evidente quais elementos podem ou não ser evidenciados. Nesse sentido, o “testemunho autêntico” deve explicitar o jogo de linguagem aprendido no âmbito institucional a fim de permitir aos demais reconhecer a autenticidade da transformação individual vivenciada. Qualquer outro testemunho que destoe do esperado seria configurado como um “falso testemunho” colocando em dúvida o real impacto da vivência institucional por esse indivíduo, podendo até mesmo descredibilizar o modelo das CTs.

Por isso, no “testemunho autêntico” cabe evidenciar os pontos negativos experienciados pela *vida do drogado*, como situações de provações, mortes de familiares, obstáculos financeiros e demais dificuldades da vida; mas também os pontos positivos que permitam identificar a mudança individual realizada devido ao tratamento. Esses pontos enfatizados devem estruturar uma narrativa que legitime a potencialidade do programa de tratamento em CT voltado aos usuários de drogas.

Ao mesmo tempo, os testemunhos dos *adictos em recuperação* também permitem consolidar uma espécie de testemunho comum e fazer com que os *acolhidos* se reconheçam

como parte da história do grupo em questão. Esse processo reforça aspectos identitários entre os *irmãos de caminhada*, que colabora para a atuação do grupo enquanto comunidade política.

É possível se valer da perspectiva de Dullo e Duarte ao considerar que o testemunho é “como um ato performativo em que se mobiliza a experiência vivida, a sua transformação em narrativa, e ainda a relação com uma plateia que escuta e sofre os objetivos ou efeitos concretos de sua prática” (2016, p. 15). Nesse sentido, a narrativa é estimulada e praticada entre os membros das CTs, tanto entre os que iniciam o tratamento como principalmente por aqueles que se graduam, finalizam o programa de tratamento previsto e têm no seu testemunho indícios da comprovação do bom funcionamento do tratamento.

O uso e a valorização da experiência de quem sai do *fundo do poço* e alcança o sucesso são também observados em outros contextos. Dullo (2011) estudou os agentes sociais religiosos que davam seu testemunho para jovens integrantes do Centro Social pelo qual eles passaram, a fim de que se espelhassem em sua trajetória de vida. Essa estratégia é enfatizada pelo autor como uma pedagogia da exemplaridade por meio de jovens exemplares. Em primeiro lugar, evidenciava a performance horizontal entre eles, destacando que vinham da mesma origem social e se chamavam como irmãos. Em segundo lugar, enfatizavam a disposição para mudança individual a fim de alcançar uma vida bem-sucedida. Em terceiro lugar, eles se configuravam como referência de espelhamento que os tornavam exemplos a serem seguidos pelos jovens.

Essa “pedagogia da exemplaridade” também pode ser reconhecida na apresentação da história de vida dos *adictos em recuperação* ao falarem sobre si aos outros pares. A semelhança entre as narrativas era afirmada pela ideia de que os *adictos em recuperação* passaram por situações comuns, e agora partilhavam a experiência em CT como parte do caminho a ser seguido. Durante o testemunho, cabe ainda enfatizar o uso intenso de drogas, mas principalmente o esforço, a disposição e a persistência para realizar o tratamento em CT e alcançar uma vida bem-sucedida a partir da sobriedade. Por fim, os *graduados* estavam apresentando aos pares “testemunhos autênticos” sobre sua história de superação, de modo que eles eram percebidos pelos demais como exemplos a serem seguidos.

Os testemunhos eram cultuados durante o tratamento nas instituições, mas também depois de passarem por elas. Em dias comemorativos, de visitas ou mesmo quando podem, alguns *graduados* mantêm contato com suas “casas”. Nessas ocasiões, os profissionais das instituições têm por hábito apresentar os “antigos” que passaram por ali e pedem para que eles deem um testemunho da sua trajetória de vida. Esses testemunhos servem de inspiração para os “novos” *acolhidos*, os familiares presentes e demais trabalhadores da CT. Além de sensibilizar os presentes, sua história parece justificar as regras institucionais, as condutas dos profissionais

e as características do modelo implementadas. Em um dia de visita mensal aos *acolhidos* em uma instituição, registrou-se este momento³⁹:

Aí começam as homenagens aos “antigos” *graduados* da instituição. Primeiro um homem tatuado, grande, chamado Pedro que passou por esta CT há 14 anos é chamado para falar. Ele vai lá na frente de todos e conta do esforço que foi estar ali, mas que ele conseguiu e hoje está bem. Agradece todos da CT, e também a Lúcio, que é “irmão de caminhada”. O *dirigente* dessa CT me conta que seu filho que fez tratamento ali, trabalhou como *monitor* ali e em outra CT. Seu filho é Henrique. Ele também é chamado para falar na frente. Ele agradece a todos, e conta que depois de ter se internado ali ficou mais 5 anos como *monitor*. Por último, Henrique oferece uma medalha para Fabrício, que está há 15 anos limpo. Fabrício também conta rapidamente sua história de superação, e agradece pelo apoio dado durante esses anos. Ele fala direcionado aos *acolhidos*: “é possível se recuperar”. O *dirigente* da CT retoma a palavra e diz que para estabilizar a recuperação leva no mínimo 6 anos, e que se a pessoa consegue passar, vai ficando mais fácil, mas não pode tomar um só gole, pois tudo pode voltar. Por isso, em todo final das falas, cada um diz “Desejo a vocês mais 24 horas” (Diário de campo de maio de 2017).

O rito da valorização dos *graduados* que mantêm a *vida em sobriedade* em meio aos *acolhidos* em tratamento também faz parte dessa “pedagogia da exemplaridade” (DULLO, 2011) propagada no modelo de CTs. Olhar para quem se graduou há tempos e se mantém em abstinência permite refletir sobre a potencialidade do tratamento na sua própria vida. Não são profissionais de saúde afirmando, mas os próprios pares, que passaram por dificuldades semelhantes, pelo esforço cotidiano durante o tratamento e agora são exemplos a serem seguidos.

Outros momentos em que essas narrativas são valorizadas se dão quando as federações estaduais visitam as CTs filiadas com o objetivo de conhecer as demandas de cada instituição e estabelecer novas articulações políticas. Durante as visitas, geralmente há uma conversa com os *acolhidos* na qual a equipe diretiva da federação de CTs realiza uma apresentação geral, conta sua trajetória de vida e ainda estimula os *acolhidos* a falarem um pouco sobre si. Essa narração dos atores sociais vinculados às federações de CTs estava atrelada ao testemunho do “antes” e “depois” de realizar o tratamento na CT que os acolheu. Ali, os representantes deixavam claro para os *acolhidos* das CTs filiadas que já estiveram do lado de “dentro” a fim de mostrar que eles também poderiam ter uma nova vida do lado de “fora”. Portanto, nessas situações os testemunhos eram incentivados, cultivados e valorizados.

Os testemunhos colocavam em oposição as penalidades da *vida do drogado* e as conquistas adquiridas pela *vida em sobriedade*. Um dos representantes da federação de CT, ao visitar uma CT filiada e contar a sua trajetória, enfatizou que era usuário de drogas, passou por

³⁹ O nome da CT e dos *adictos em recuperação* foram modificados para preservar suas identidades.

hospital psiquiátrico, foi levado para uma CT. Entretanto, quando saiu, teve que cumprir pena em cadeia devido a uma pendência. Mesmo assim, ele continuou abstinente. Após sair da prisão, tornou-se vereador, foi prefeito duas vezes com a maior votação de um município do estado e, em uma de suas gestões, construiu, ao que ele diz, a primeira CT pública do Brasil. Por fim, enfatizou que está colaborando com uma das federações e conta com todos no apoio ao modelo de CTs.

Durante a narrativa, ele valoriza sua nova identidade de “fora” a partir da realização do tratamento em CT, principalmente em função da “casa” em que se tratou, marcando essa passagem institucional como fundamental para o seu “renascimento”. É enfatizado, assim, que a superação não se deu sozinha, mas no âmbito da CT, permitindo evocar que a mudança individual também perpassa pela vivência comunitária. Por isso, o “testemunho autêntico” torna-se importante durante a visita, de modo que os demais membros de CTs reconhecem a legitimidade da transformação ocorrida e o compromisso que este *graduado* estabeleceu com a causa das CTs.

O testemunho provoca, ainda, admiração da plateia ao valorizar a mudança individual alcançada por meio do tratamento em CT com o objetivo de resolver o “problema das drogas” em sua vida. Essa valorização pode ser captada politicamente para que os *graduados* representem os interesses do grupo tanto através das federações de CT como também ocupando cargos políticos. Pois, ainda que as relações dentro de CT sejam promovidas enquanto horizontais, após a graduação alguns testemunhos podem ser destacados em detrimento de outros, até mesmo se impulsionando lideranças políticas. Ao testemunhar publicamente, suas falas e seus gestos mobilizam a plateia sobre a pertinência do modelo de CTs. Além de representar os demais, sua própria história de superação pode evidenciar a legitimidade do programa de tratamento proposto. Logo, os testemunhos também são utilizados como uma ferramenta no processo de mobilização política da causa.

Até o momento, enfatizaram-se os testemunhos diante de *acolhidos*, familiares dos *acolhidos*, profissionais de CTs e demais trabalhadores envolvidos, mas esses testemunhos começam a chegar a outros palanques e outros públicos a fim de reforçar a importância do investimento público no modelo das CTs. Em razão da representação política do grupo, os participantes das federações começam a atuar em outros espaços políticos, e os testemunhos passam a sensibilizar também os atores governamentais para a causa das CTs. Assim, tais testemunhos deixavam de ser “sigilosos”, alcançavam motivação suficiente para serem partilhados e eram narrados também em espaços políticos no debate público sobre as políticas sobre drogas com outros entes da sociedade.

Os testemunhos adquiriam, então, outros sentidos que poderiam beneficiar o próprio grupo. Nesses espaços políticos, a exposição da história do *fundo do poço* acompanhada da superação permitida por meio do tratamento em CT valeria a pena ser narrada publicamente, e passa a ser vista como uma estratégia na mobilização política da causa das CTs. Portanto, o testemunho mobilizava capital social dos *adictos em recuperação* no campo político, valorizava o modelo de CT diante da disputa com outros modelos e até mesmo favorecia a inserção do programa de tratamento como parte das ações de políticas públicas.

Esse novo uso do testemunho desperta uma “política da compaixão” (FASSIN, 2012), que se mobiliza com o sofrimento vivido, mas também desenvolve simpatia pela história de triunfo dos *adictos em recuperação*. Dessa forma, atores sociais governamentais compreendem o bom funcionamento do tratamento graças ao “testemunho autêntico” narrado por *adictos em recuperação* que estão à frente das federações de CTs e passam a partilhar uma indignação moral pelo fato de que outros usuários de drogas não têm acesso ao mesmo tratamento.

Assim como acontece com outros direcionamentos de políticas públicas, os “sentimentos morais” (FASSIN, 2012) mobilizados durante os testemunhos dos *adictos em recuperação* em espaços políticos podem permitir articulações importantes na política contemporânea. Por meio de narrativas dos próprios representantes de CTs, que estavam no *fundo do poço* e agora estão reinseridos na sociedade, busca-se também legitimar o aparato institucional referente ao modelo das CTs.

Em uma reunião do *fórum estadual* das CTs no estado pesquisado, um dos participantes da Federação Esperança apresentou-se no palanque dizendo estar há dezoito anos abstinente. Depois de relatar rapidamente sua história de vida, enfatizou que a *vida em sobriedade* o ajuda inclusive na relação com os atores governamentais, demonstrando, assim, os atributos políticos alcançados com a mudança individual. Logo, vai se constituindo uma proximidade entre o testemunho e a vida política que permite aos líderes políticos vinculados às CTs se valerem da sua própria história de sucesso para angariar apoio político também entre atores governamentais.

Em um dos encontros regionais da Federação Esperança, um dos participantes reforça a importância de destacar o testemunho como ferramenta na articulação do campo político voltado para as políticas sobre drogas ao dizer “Nós vivemos do testemunho, nós somos o que vivemos”. O testemunho aparece como uma categoria positivada atrelando a “salvação” de suas vidas à experiência de tratamento em CT que deve ser narrada e dividida com outros atores sociais para alcançar reconhecimento social.

Desta forma, vai se evidenciando a importância de destacar publicamente “os testemunhos autênticos” que antes estavam reservados à vida privada. Como a estrutura da

história de superação se assemelha, é possível enfatizar aspectos comuns que os configuram como grupo. Neste mesmo evento, outro participante da federação destacou: “Somos *adictos em recuperação*, mas também somos psicólogos, gestores, trabalhadores da saúde, *dirigentes* de CT, pais, maridos, amigos e tantas outras coisas”. Enfatiza-se o passado atrelado às drogas, mas também as novas conquistas alcançadas, deixando claro que a superação foi possibilitada pelo tratamento em CT.

A partir da etnografia junto aos membros das federações, observou-se que o testemunho era utilizado cada vez mais como evidência do bom funcionamento da metodologia empregada pelas CTs. Por isso, era fundamental que os líderes políticos vinculados às CTs igualmente dessem seus testemunhos durante as mobilizações políticas para inserção das CTs nas políticas públicas. Ao despertar “compaixão” na plateia (FASSIN, 2012), aqueles que escutavam admiravam a história de superação como um grande exemplo de sucesso a ser difundido entre muitas pessoas com “problemas das drogas” na sociedade. Dessa forma, em meio à vigência da *redução de danos* como orientação de políticas de saúde para usuários de drogas, o modelo das CTs começou a ser considerado como uma alternativa possível para “solucionar” de vez esse problema.

Em uma das comemorações dos 50 anos do trabalho das Comunidades Terapêuticas no Brasil na Câmara dos Deputados, em Brasília/DF, promovido por um deputado federal que também era *adicto em recuperação* e havia passado por CT, os testemunhos eram parte dos discursos dos participantes vindos do Brasil inteiro (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019). Um dos testemunhos foi enfatizado por um *adicto em recuperação* que atua na Federação Firmamento⁴⁰:

Nunca na minha vida eu tinha recebido um abraço. [...] Eu poderia estar preso, privado da minha liberdade, até mesmo morto, mas Deus fez com que eu estivesse aqui. [...] Esse é meu certificado de curso de Serviço Social. Deus me deu a oportunidade, de dentro da comunidade terapêutica, sonhar. E hoje esse sonho está sendo realizado. Nasci e cresci num bairro muito violento. Perdi meu pai muito cedo. Aos 13 anos eu já fazia usos de drogas e meus irmãos eram traficantes [...] Depois de experimentar droga, eu me afundei e percebi que eu tinha que mudar o rumo da minha vida. Entrei em uma comunidade terapêutica em 1997, e Deus mudou a minha história. Foi aí que eu aprendi a valorizar a vida, a família. [...] Obrigado por não desistirem da minha vida, e é por isso que estou aqui hoje. É uma alegria poder dizer que eu sou fruto de comunidade terapêutica.

⁴⁰ Esta federação fica em outro estado do país e tem duas instituições filiadas no Rio Grande do Sul. Seus representantes não se envolvem diretamente no *fórum estadual* e na dinâmica local, apenas quando eles são convidados. Por outro lado, essa federação tem expertise na produção de cursos para CTs e para instituições do terceiro setor, desenvolvendo parceria com a Federação Redenção para a realização desses cursos neste estado.

A partir da explicitação do testemunho, a CT aparece como oportunidade definitiva de mudar de vida, de nascer de novo, de aprender a ser outra pessoa e livrar-se de vez das drogas. Assim como uma árvore que produz seus frutos, esse *adicto em recuperação* considera-se fruto do modelo de CT. Ao mesmo tempo, um fruto tem suas sementes, e ao falar no palanque ele as planta em meio ao debate público. Nesse sentido, alguns atores governamentais que participam da comemoração demonstram claramente seu apoio e reforçam que “Hoje, comemoramos uma história muito bonita, mas também estamos nos comprometendo em reforçar o trabalho dessas comunidades terapêuticas e de enfrentar as drogas no Brasil” (GOMES, 2019). Então, nesses espaços públicos e políticos também se angariam apoiadores do modelo de CTs, tanto da sociedade civil como do governo, que favorecem a imposição da *doxa* vinculada às CTs.

Desta forma, assim como argumentam os atores vinculados às CTs, os “testemunhos autênticos” passam a ser percebidos por atores governamentais como comprovação do bom funcionamento do modelo de CTs. Em um outro evento municipal do estado pesquisado em que também se comemoravam os 50 anos das CTs no Brasil, os testemunhos foram igualmente apresentados como sinal de sucesso do trabalho realizado. Um dos participantes da Federação Redenção reforçava que “Temos adversários suficientes. Entre nós, devemos dar as mãos” (CÂMARA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO, 2019), mais uma vez para sensibilizar os presentes e atores governamentais interessados em investir no modelo das CTs.

Um dos atores governamentais do nível estadual deixou claro como os testemunhos expressavam também os resultados das ações realizadas nas políticas sobre drogas. Ele afirmou que “Os depoimentos que ouvi hoje só justificam os esforços que fazemos”. Ou seja, mais uma vez se percebe a importância dos testemunhos como ferramenta política utilizada para destacar a credibilidade das instituições e reforçar a importância dos investimentos públicos.

Uma outra situação que elucida os testemunhos como subsídio ao investimento de recursos públicos nessas instituições se dá a partir da aprovação de um marco que busca padronizar e regularizar as CTs para concorrer aos editais públicos nacionais, chamado então de “marco regulatório” (MR). Ele foi construído no âmbito do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) por mobilização dos atores vinculados às CTs em negociação com alguns atores governamentais. Na verdade, esse documento consolidava acordos estabelecidos entre líderes políticos vinculados às CTs e alguns gestores federais para definir critérios institucionais que permitiam a inserção das CTs nas políticas públicas. Após a construção conjunta do documento, cabia sua aprovação entre os membros do conselho nacional para que o MR se tornasse referência legal a essas instituições.

A CONFENACT até disparou uma campanha com o lema “eu apoio, eu confio” para promover a aprovação do MR usando #euapoiecto e #somostodosCT nas redes sociais com o objetivo de visibilizar publicamente as demandas dessas instituições. A mobilização também passou pelos atores governamentais na Câmara dos Deputados, e, ao fim, foram entregues 16 mil assinaturas de apoio para a aprovação do MR aos representantes da CONAD. Com isso, em maio de 2015, o marco foi aprovado em reunião do CONAD (BRASIL, 2015b).

Porém, em 2016, por mobilização de atores contrários às CTs⁴¹, a Justiça Federal do Estado de São Paulo suspendeu o MR. A justificativa é de que essas instituições não deveriam ser reconhecidas como serviços atuantes na área que poderiam receber recursos públicos, uma vez que não cumpririam as normas exigidas de saúde. A CONFENACT rebateu dizendo que justamente o marco traça um parâmetro importante para diferenciar aquelas instituições que cumprem as leis – a *verdadeira CT* – daquelas que não cumprem – a *falsa CT* –, conforme argumentado em nota explicativa disponível no site da própria confederação:

O objetivo principal do Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas é dar segurança jurídica, regulamentando um serviço de grande interesse público que é prestado pelas entidades do terceiro setor há mais de 45 anos no Brasil. Serviço este que é contratado por governos municipais, estaduais há muitos anos, e nos últimos anos pelo Governo Federal, via SENAD. A resolução 01/2015 questionada pelo ministério público busca justamente ser um parâmetro e critério legal para evidenciar e auxiliar as Comunidades Terapêuticas que trabalham de forma séria e profissional, facilitar o relacionamento entre as mesmas e os órgãos públicos e trazer um atendimento adequado e de alto nível para os *acolhidos* e seus familiares, proporcionando mais segurança para ambos (CONFENACT, 2016, p. 1).

O processo ficou em análise por quase de três anos, e para ser aprovado os magistrados compreenderam que os representantes de CTs deveriam comprovar a eficácia das instituições em questão. Como esses atores carecem de dados científicos da atuação das CTs para embasar os avaliadores da situação, acordou-se que um dos itens que poderia colaborar na nova vigência do MR seriam os testemunhos do maior número de *adictos em recuperação* possível para evidenciar o bom funcionamento das CTs. Com isso, as federações envolvidas mobilizaram-se a nível nacional visando conseguir as gravações desses testemunhos.

No *fórum estadual* no Rio Grande do Sul, essa demanda também foi apresentada. Os representantes das federações estaduais explicaram a situação e o propósito dos registros e convidaram aqueles que desejavam relatar seu testemunho sobre a importância da CT em sua

⁴¹ Conforme o site da Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas, são citadas como parte desses atores: o Conselho de Psicologia Federal, Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Nacional de Direitos Humanos.

vida. Por volta de vinte pessoas fizeram uso da palavra. Alguns desses depoimentos mais emblemáticos serão transcritos abaixo⁴²:

A paz do senhor. É uma alegria nós estarmos aqui nessa tarde. Pra mim também, é um privilégio. Quero cumprimentar a mesa, a todos que estão aqui. E dizer que eu tive dez anos no mundo das drogas, *dependência química*. Eu tive uma família abençoada, podemos dizer assim, mas não me livrou do vício. Como nós bem sabemos que a dependência, o vício não escolhe classe social, nem raça, nem nada disso. E, na verdade, eu tive uma grande oportunidade! E essa oportunidade foi entrar numa comunidade terapêutica, aonde fui bem acolhido, aonde as pessoas me mostraram o lado da vida que eu havia perdido. E trouxeram para mim a esperança, a vontade de viver, a vontade de construir, a vontade de sonhar. E, graças a Deus, já se faz 20 anos que se passou isso. E na comunidade terapêutica eu encontrei a felicidade, e Deus me deu uma família, me deu filha e eu estou muito alegre. Então, nesta tarde, eu posso dizer para todos que estão aqui e também nesse vídeo vai ficar gravado, que eu e a minha casa somos comunidade terapêutica. Estou agradecido a Deus por isso!

Meu nome é Gabriel, sou um dependente químico em recuperação. Estou limpo há 15 anos, dois meses e cinco dias. E, graças a uma comunidade terapêutica, eu me encontro livre esse tempo todo. Eu fui para essa comunidade em 2013. E lá foi onde realmente eu estou vivo. Graças a uma comunidade terapêutica é que eu estou vivo. Eu estava entre o suicídio e a vida, entre esses dois lugares... E, graças a Deus, Deus me deu a oportunidade de conhecer uma comunidade terapêutica, e graças ela eu estou salvo. Hoje, sou presidente também de uma comunidade terapêutica, da cidade onde eu resido. E estamos lá fazendo um trabalho para outras pessoas poderem ter sua oportunidade de viver... Viver com qualidade de vida, junto com as suas famílias. Porque a coisa muito importante é o dependente e suas famílias viverem bem, porque todo mundo se destrói nessa caminhada das drogas. Muito obrigado!

Boa tarde a todos. Eu me chamo Guilherme, eu tenho 45 anos. Em 1997 entrei em uma comunidade terapêutica, onde eu reformei toda a minha vida. Eu sou casado, sou pai de três filhos e eu agradeço todo dia a comunidade terapêutica. Eu fiz tratamento do ano 1997 para 1998. E hoje, eu fiz alguns cursos, me capacitei. Eu sou consultor em *dependência química*, sou acadêmico de Serviço Social, do 3º para o 4º semestre... E graças a uma comunidade terapêutica, hoje eu sou supervisor de comunidade terapêutica. Então, eu acredito e agradeço todos os dias por existir esse tipo de trabalho, essa modalidade de tratamento que é uma comunidade terapêutica. Muito obrigado!

Esse material foi somado a outros depoimentos gravados e encaminhado a uma audiência do Tribunal Regional de São Paulo (TRF-3), que finalmente concedeu a vigência do MR para a possibilidade de regulamentação de parcerias público-privadas reconhecendo o trabalho realizado pelas instituições. É claro que só os testemunhos não foram suficientes para essa decisão, mas chama atenção como eles foram acionados, mais uma vez, para legitimar legislações que permitem a entrada das CTs nas políticas públicas. Sabe-se ainda que a audiência foi bastante longa, e a vigência do MR ficou condicionada às novas articulações

⁴² Não será colocada a identificação dos relatos apresentados visando manter o sigilo de suas identidades.

políticas e avaliações junto a atores sociais que demandaram a suspensão do marco, como afirma o site da Confederação Nacional de CTs:

Após um debate de mais de 05 horas, o TRF3, e em especial, a partir de um pedido da AGU/MJ, decidiu por “derrubar” a liminar que suspendia o MR. Ficou também decidido que daqui há três meses deverá ter uma nova audiência no Tribunal Regional, com a presença do Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Direitos Humanos, para discutir alguns pontos do MR, em especial, mecanismos de fiscalização do financiamento público de vagas. Assim, nesses próximos três meses a CONFENACT buscará avançar no diálogo com o CNS e CNDH para discutir alguns pontos do MR, caso necessário eventual mudança.

Nesse sentido, destaca-se que os testemunhos dos *graduados* de CTs são apresentados, no jogo político com atores governamentais, como prova de bom funcionamento do modelo das CTs. Os testemunhos são, novamente, tomados como “evidência” do trabalho realizado pelas instituições e utilizados para mobilizar atores governamentais, em meio ao campo político, voltados para as políticas sobre drogas.

Os testemunhos são potentes em muitas situações; mas, ante a burocracia das políticas públicas, também apresentam limites importantes. Eles têm se tornado “evidências” positivas do modelo de CTs; entretanto, não se configuram como evidências científicas para a determinação taxativa da eficácia do modelo, como preconizam as políticas de saúde. Assim, cabe compreender o uso de outras ferramentas de que os atores vinculados às CTs têm se valido de modo complementar aos testemunhos, para a mobilização de ação de políticas públicas.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) estabeleceu diretrizes afirmando que as ações em saúde deveriam ser baseadas em evidências científicas, e a Agenda de Saúde para as Américas (2008-2017) da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) reconheceu a importância de tal embasamento para os tomadores de decisões no âmbito das políticas públicas (BRASIL, 2015a). Segundo a OMS (2005), evidências científicas são informações que apresentam algum nível de prova com base nos métodos estabelecidos e aprovados pela ciência. E, a partir de 2009, o Brasil estabeleceu a criação de Conselho Consultivo visando informar políticas de saúde com as evidências científicas disponíveis a fim de otimizar a atenção à saúde dada pelos serviços de saúde disponíveis. Entretanto, sabendo-se do abismo existente entre a produção científica e a implementação de políticas públicas (MENON; STAFINSKI, 2005), é possível reconhecer que muitas vezes o jogo político possa, de fato, interferir na tomada de decisão dos atores governamentais ao propor ações de políticas públicas.

No âmbito do campo político voltado para as políticas sobre drogas, exacerbam-se as disputas entre os atores sociais que defendem o modelo da *redução de danos* e o modelo da

abstinência. Durante os diálogos, demandam-se evidências científicas de cada modelo para embasar os tomadores de decisões a fim de definir os direcionamentos das políticas de saúde em questão. Diante desse contexto, os testemunhos são limitados, e a ciência pode ter usos diferentes pelos atores sociais que defendem o financiamento público das CTs. Para isso, serão apresentadas duas situações sobre esses usos.

A partir da etnografia, verificou-se que os representantes das CTs são cobrados frequentemente pelos atores governamentais sobre evidências científicas a respeito da eficácia desse modelo. Contudo, enquanto existem inúmeras pesquisas científicas publicadas realizadas em serviços de saúde voltados aos modelos de *redução de danos*⁴³, pouco se produz cientificamente sobre o funcionamento das CTs e seus resultados. Logo, os testemunhos tornam-se limitados para o jogo político, e as federações de CTs começam a correr para produzir indicadores sobre o tratamento a partir das instituições filiadas a fim de apresentar no debate político. Um dos atores ligado à federação de CTs explica que eles esperam construir um indicador de acompanhamento dos *acolhidos* e também da situação de egressos, mas se preocupa porque esses dados não poderiam ser comparados aos dados de outros serviços da rede, uma vez que os modelos têm propostas diferentes. Nas CTs, os *acolhidos* têm estadia durante período determinado, o sucesso do programa é avaliado a partir da graduação do *acolhido*, e ao sair da instituição não se registra mais a situação dele; já nos CAPS AD o atendimento é ambulatorial, o sucesso do programa se dá por meio da adesão ao tratamento, e há um acompanhamento da situação do paciente ainda que ele não cesse o uso de drogas.

A estratégia pensada por um participante das federações é a produção de dados parciais para iniciar esse diálogo com atores governamentais. A Federação Esperança, que gere os recursos públicos em outro estado brasileiro destinado às CTs filiadas, tinha a proposta de produzir relatórios a partir da sistematização dos dados dessas instituições. Nesse sentido, os representantes das federações de CTs compreendiam que as próprias CTs deveriam registrar o acompanhamento dos usuários nas instituições mais sistematicamente, o que muitas vezes também não era realizado.

A apresentação de dados confiáveis leva tempo para ser produzido, e a pesquisa deve ser realizada por instituições não interessadas, garantindo que os dados dos relatórios não sejam enviesados. Um dos atores governamentais simpatizantes da causa da CTs, que atuava em cargo estratégico da estrutura administrativa federal e tem formação na área de saúde, orientou os atores vinculados às CTs de que deveriam realizar parcerias com universidades com o objetivo

⁴³ Através de pesquisa no Portal de Periódicos da CAPES, tem-se aproximadamente setenta trabalhos acadêmicos registrados com os termos *redução de danos* e CAPS concomitantes no assunto.

de produzir esses dados científicos. Para permitir a comparabilidade com outros serviços, os estudos deveriam ser longitudinais com duração de cinco anos após a graduação do usuário. Porém, durante o trabalho de campo, não se realizou nenhuma parceria dessa magnitude. Logo, uma outra estratégia utilizada pelos representantes das federações para angariar a legitimidade científica seria que os profissionais de CTs, ao realizarem suas formações acadêmicas, tanto na graduação como na pós-graduação, pudessem produzir trabalhos finais de curso a partir da análise de dados que apresentassem os resultados das CTs.

Os próprios representantes das federações de CTs, ao realizarem formação na pós-graduação, produziam dados científicos que permitia argumentos mais embasados sobre o modelo das CTs (SCHLÜTER, 2008; SCURSEL e FARACO, 2014; ROSA e SILVA; 2018; PERRONE, 2018). Todavia, eles mesmos encontravam limitações para desenvolver seus estudos em função do tamanho da amostra e da delimitação do estudo acadêmico. Conseqüentemente, essas produções ainda não tinham o alcance necessário para disputar com relatórios de saúde pública e trabalhos acadêmicos que legitimavam o modelo ainda vigente na rede de atenção psicossocial.

Por outro lado, evidências científicas produzidas por empresas públicas que objetivavam fornecer estudos para embasar políticas sobre drogas, eram deslegitimadas por atores governamentais que apoiavam o modelo das CTs quando os resultados não os favoreciam. Nesse sentido, o capital social através das alianças entre atores vinculados às CTs e atores governamentais se torna um suporte importante para manter as conquistas da CTs e para desqualificar dados que não as favoreçam no campo político.

O argumento sobre a “epidemia de crack” no Brasil mostrava-se estratégico para a inserção das CTs nas políticas públicas. O Ministro da Cidadania, que estava na pasta da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), apoiava as CTs e baseava-se na existência da epidemia para justificar as novas portarias para credenciamento de CTs e a ampliação de financiamento público de vagas em CTs. Em evento promovido para lançamento dessas ações (SOUZA, 2019), o ministro afirmou: “Essas entidades são decisivas para enfrentar a terrível epidemia das drogas que destrói nossa juventude e causa a violência que o país vive hoje. Então, é um avanço importantíssimo, e a ideia é a gente continuar ampliando, porque a epidemia é muito grande!”.

O uso desse termo visava enfatizar a gravidade do uso social da substância. Ao mesmo tempo, o próprio termo apela para o “pânico moral” (COHEN, 1972) atribuído à disseminação desse uso, evidenciando uma situação-limite em que medidas drásticas devem ser tomadas. Em contraposição ao uso de drogas excessivo, a abstinência propagada pelo modelo de CT

apresentava-se como alternativa a ser investida. Logo, um dos participantes da Federação Redenção reconhece “De um lado, uma coisa negativa que foi o avanço do consumo do crack, mas do outro lado positivo para as CTs que passaram a se regulamentar e acessar esses recursos”.

Assim, a ideia alarmante que envolve o crack tem mobilizado grandes montantes de recursos para serviços propulsores do modelo de abstinência. Essa análise fica evidente no lançamento do “Plano Crack” (BRASIL, 2010) pelo governo federal que ampliou significativamente a rede de atenção à saúde para tratamento de usuários de crack, incluindo as CTs nesse processo. Uma profissional de CT explicita essa relação entre as instituições e o poder público ao dizer que “foi o poder público que sentiu a necessidade [das CTs], pois eles não tinham braços para tratar a epidemia de crack. Então, ele começou a ter esse olhar para as comunidades terapêuticas [...] como uma grande oportunidade pra trabalhar essa epidemia do crack”. Assim, após o estabelecimento do plano, os editais para credenciamentos das CTs continuavam a ser lançados anualmente, ampliando a influência dessas instituições na sociedade.

O conceito de epidemia envolve “uma frequência acima do esperado para um determinado período” (CAVALHEIRO, 2008, p. 12), sendo revelado por dados epidemiológicos. Entretanto, a divulgação de alguns dados do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira produzido pela Fiocruz sinalizou que não havia, de fato, uma epidemia. Apesar de a coleta se concentrar nos domicílios e haver muitas pessoas em situação de rua que utilizam essa substância, os dados divulgados sinalizam que 0,9% da população pesquisada já fez uso de crack alguma vez na vida e 0,3% utilizou o crack nos últimos doze meses.

Entretanto, o ministro da Cidadania mais uma vez defendeu os interesses das CTs, refutou esses dados e afirmou a existência da “epidemia de crack” a partir da sua experiência como gestor da área. Durante o lançamento da nova campanha contra o uso de substância (FURLANETO, 2019), intitulada “Você nunca será livre se escolher usar drogas”, ele afirma:

Se tu falares para as mães desses meninos drogados pelo Brasil que a Fiocruz diz que não tem uma epidemia de drogas, elas vão dar risada. É óbvio para a população que tem uma epidemia de drogas nas ruas. Eu andei nas ruas de Copacabana, e estavam vazias. Se isso não é uma epidemia de violência que tem a ver com as drogas, eu não entendo mais nada. Temos que nos basear em evidências.

Nesse caso, o que é chamado de “evidências” parece se relacionar muito mais com os testemunhos em questão do que com dados científicos. Como há uma disputa instalada entre os atores sociais que produziram essa pesquisa científica e atores governamentais que apoiam o

modelo voltado para abstinência, o estudo foi embargado pelo governo (GARÇONI, 2019) por quase um ano. Nesse sentido, o uso do estudo feito com critérios científicos foi deslegitimado devido a decisões políticas. A partir da polêmica estabelecida (MELO, 2019), o psiquiatra e pesquisador da área Flavio Pechansky apoiou o estudo da Fiocruz ao dizer:

As pessoas que calcularam as amostras do levantamento são os principais técnicos na área, pessoas com reconhecimento nacional. Mas os dados mostram uma coisa diferente do que o governo queria ouvir, de que essa epidemia do crack não existe no formato que o governo queria justificar para uma série de ações. Existe um problema sério com o crack, está identificado, mas não é tudo isso. Falando como pesquisador, como diretor de centro de pesquisa, que consome material científico sistematicamente e conhece os métodos e os pesquisadores, não tem nada de viés ideológico no levantamento. Seria muito pouco provável, vindo do grupo que vem. Esse grupo está acima disso. É uma percepção ideologizada dizer que o estudo tem viés ideológico.

Assim, pode-se compreender que os usos das evidências científicas se tornam ambíguos em relação à argumentação do funcionamento do modelo das CTs. Quando podem subsidiar a argumentação com atores governamentais em meio a disputas dos recursos públicos envolvidos nas políticas de drogas, os atores sociais ligados às CTs buscam formas de produzir esses dados; porém, quando as evidências científicas não favorecem atores governamentais simpatizantes da causa das CTs, esses dados científicos são deslegitimados.

Portanto, os testemunhos ainda têm se tornado ferramenta política importante para os defensores das CTs no campo político. O “testemunho como um ato performativo” (DULLO; DUARTE, 2016) em espaços políticos tem ganhado força para legitimar as ações de políticas públicas da direção da abstinência, apesar do tom acusatório da falta de evidências científicas. Pode-se pensar, ainda, no testemunho como uma estratégia de produção de verdade acionada pelos atores vinculados às CTs para se contrapor e questionar o discurso baseado em “evidências científicas”. Nesse sentido, a mobilização política por meio do testemunho alavanca o modelo de CTs, mas também acirra disputas entre outros atores sociais.

6 NÓS VAMOS TRABALHAR PELA QUALIFICAÇÃO DAS CTS

A equipe de trabalhadores em CT é geralmente formada por dois grupos: aqueles que realizaram seu tratamento em CT e aqueles que não realizaram tratamento em CT. A grande maioria passou pela experiência de tratamento da *dependência química* nessas instituições. Desse total, alguns vão trabalhar como *monitores* em CTS, outros realizam formação de nível superior para trabalhar como profissionais em CT, e há aqueles que vão atuar em outras áreas da sociedade se afastando do trabalho com as instituições. Dos que continuam próximos às CTS, a experiência como *acolhido* e a vivência como trabalhador de CT são valorizadas como atributos profissionais no *mundo das CTS*, uma vez que já conhecem o funcionamento geral desse modelo.

Aqueles que não realizaram tratamento em CT, mas trabalham em CT, muitas vezes são familiares de *adictos em recuperação* ou de usuários de drogas, ou mesmo são profissionais de nível superior que acessaram às CTS pela oportunidade de mercado de trabalho disponível. Para esses grupos de trabalhadores de CT, é o exercício da prática profissional junto às CTS que vai conferir as aprendizagens requeridas para a atuação nessas instituições. Nesse sentido, a prática profissional em CT poderia indicar simpatia e adesão a esta modalidade terapêutica, como reconhece uma psicóloga que atua em seis CTS da região metropolitana após ter se formado em uma universidade privada. Outra psicóloga diz que o conselho profissional ao qual está vinculada abomina seu trabalho, mas que ela não vê problema nisso, pois percebe os benefícios da modalidade para os *acolhidos*.

No entanto, com o novo contexto de inserção das CTS nas políticas públicas, toda a equipe de trabalhadores de CT tem de se adaptar às leis vigentes e reformular as práticas do tratamento exercidas tradicionalmente. As federações tomam a frente desse processo e promovem cursos de capacitação para *dirigentes*, *monitores* e demais profissionais que atuam em CTS. Os cursos podem ter formatos diferentes; todavia, eles serão aqui analisados em suas convergências, ou seja, serão destacadas suas potencialidades para qualificação e profissionalização dos trabalhadores em questão.

Durante a etnografia, foi possível participar, de forma diferenciada, dos cursos de capacitação promovidos pelas duas federações atuantes no Rio Grande do Sul. A diferença na forma de participação nestes cursos deveu-se ao grau de relação estabelecida com os interlocutores das federações no trabalho de campo.

Os cursos promovidos pela Federação Esperança são separados em três módulos consecutivos, sendo dois teóricos e um prático. No período do trabalho de campo acompanhou-

se duas vezes a realização do módulo I. Nessas capacitações, a etnógrafa estava envolvida como secretária do curso e se dedicou mais à burocracia administrativa e ao andamento da programação, de modo que os conteúdos foram acompanhados parcialmente. Entretanto, essa atuação permitiu acessar as dificuldades e desafios da realização dos cursos, bem como estabelecer relações de maior proximidade com os palestrantes e cursistas.

Já os cursos encabeçados pela Federação Redenção se dividem em dois módulos teóricos também consecutivos, sendo ainda complementados com cursos pontuais ao longo do ano. Junto a essa federação, a etnógrafa foi uma cursista como os demais participantes, podendo acompanhar melhor os conteúdos do módulo II e as aulas dos cursos pontuais.

6.1 O PAPEL DAS FEDERAÇÕES DE CTS NAS CAPACITAÇÕES

As capacitações de profissionais de CTS são evidenciadas como uma das finalidades institucionais das federações. Elas permitem a qualificação e a atualização dos trabalhadores das CTS, mas também são fonte de renda para as federações. Uma das palestrantes do curso da Federação Esperança afirma que “um dos papéis das federações é justamente o de ajudar as CTS que precisam se adequar [à nova regulamentação]”. Ela ainda destaca que essa adequação requer “vontade” dos trabalhadores de CTS, apesar da precariedade financeira de algumas dessas instituições. Outro palestrante da Federação Redenção afirma que quer “colaborar com as CTS evangélicas, pois são as mais visadas e as mais desestruturadas. Como muitas estão à margem da lei e é onde mais [os opositores da CTS] batem”. Assim, as capacitações visam qualificar os profissionais, mas também subsidiar as instituições para se adequar à legislação vigente.

No estado pesquisado, a Federação Esperança recorria à expertise da federação nacional à qual ela estava vinculada. Essa federação passou por um processo de profissionalização em seus cursos oferecidos no estado, assumindo cada vez mais o formato e os conteúdos de curso propostos pelo núcleo da Federação Esperança nacional. Já a Federação Redenção, afiliada à outra federação nacional, seguia os cursos da Federação Firmamento. Esta federação era referência em outro estado brasileiro e participava também da CONFENACT. Ela tinham apenas duas CTS filiadas no RS, e sua atuação política não era significativa no estado; contudo, como tinha grande expertise na realização de cursos e se alinhava aos princípios ideológicos da Federação Redenção, ambas se uniram para oferecer cursos no estado. As federações estaduais intensificaram a oferta de cursos a partir de 2017, devido à publicação do edital estadual de credenciamento de CTS.

Os participantes do curso deveriam se atualizar e adequar suas práticas nas instituições de acordo com os novos direcionamentos para as políticas sobre drogas. Com essa qualificação dos trabalhadores, as CTs passariam a ser apresentadas por seus representantes políticos no campo político voltado para as políticas sobre drogas como mais preparadas para a atuação na rede de serviços públicos. Um dos palestrantes do curso promovido pela Federação Esperança enfatizou, no início de sua fala aos cursistas: “levem um pouco do que aprenderam aqui para a postura profissional e, assim, as CTs serão parte da rede de atenção. Mas para isso tem que se adequar às legislações vigentes”. Com isso, as capacitações tornaram-se estratégicas para ampliar o capital social e político dos trabalhadores de CTs, possibilitando a inserção das CTs nas políticas públicas.

Durante o edital de credenciamento das CTs para o financiamento público de vagas em 2017 no Rio Grande do Sul, pôde-se perceber como os atores sociais governamentais do nível regional valorizavam as CTs cujos trabalhadores haviam participado dos cursos promovidos pelas federações. Esse item não era uma obrigatoriedade do edital, mas os certificados dos cursos expostos nas paredes dos escritórios das instituições chamavam a atenção desses técnicos. As capacitações representavam também o esforço da instituição e de seus profissionais em se adequarem às normas vigentes, padronizarem suas práticas e buscarem se profissionalizar na área de atuação, o que era visto com bons olhos pelos atores governamentais, podendo até favorecer a contratualização de vagas com o estado.

Desde o “Plano Crack” (BRASIL, 2010), ocorrem inúmeras mudanças legislativas e de regulamentações das instituições que demandam a atualização constante dos trabalhadores envolvidos nas instituições. Sendo assim, as federações estaduais têm se preocupado em oferecer cursos regulares que habilitem mais instituições a concorrerem aos editais de credenciamento lançados. Tendo como referência as conquistas no âmbito nacional, um dos representantes da Federação Esperança afirma: “Nós temos que ter cursos de melhor qualidade. Nós precisamos ter cursos integrados com o modelo nacional onde a gente pense isso de uma forma mais próxima do que está acontecendo no centro do país.”

Nesse sentido, os representantes das federações de CTs buscam atualizar os materiais, alinhar suas propostas ao novo contexto político e promover maior participação de trabalhadores de instituições, estas sendo filiadas ou não. Um dos atores nacionais da Federação Esperança explica como organiza esse processo para garantir qualidade do curso:

Eu acho que, na verdade, a minha função envolve tudo que é da federação. Desde, por exemplo, coordenação dos cursos. Eu reformulei os cursos, reformulei o material, os tipos de aula, formatei a parte técnica do curso especificamente, além de dar algumas

aulas. Eu estruturei a grade curricular e o material, e agora estou por organizar a reunião de professores. Eu implantei um sistema de avaliação de qualidade que está sendo feito. [...] Justamente para pensar no próximo curso. Ver se precisa haver alguma reformulação em alguma dessas áreas de avaliação que constam ali no instrumento.

Essas atualizações dos cursos propostos são fundamentais para aproximar os trabalhadores de CTs dos princípios, das linguagens e das práticas para atuar na rede de atenção psicossocial ao estabelecer as parcerias público-privadas. Por isso, cabe as federações divulgar as novas legislações e regulamentações exigidas para as CTs, visando à transformação das instituições a fim de que elas se regularizem e se tornem aptas para as exigências do Estado. Entretanto, não são todas as instituições que conseguem capacitar seus profissionais e ajustar-se às novas legislações em virtude da escassez de recursos financeiros, da falta de equipe para repor quando alguns fazem as capacitações, ou mesmo por achar que não era necessário modificar suas práticas nas instituições. Apesar dessa resistência, as federações defendiam a necessidade de realizar as capacitações e atualizar as práticas no interior das instituições. Um dos representantes da Federação Esperança enfatizou, no começo do curso: “Quem quer se adequar, a federação apoia; mas quem não quer, vai considerar a federação um problema, por que a federação quer que as CTs se regularizem e vai bater nessa tecla.”

Para a realização dos cursos, a divulgação se dá através do contato com as instituições filiadas às federações, nos eventos públicos de CTs, nas páginas das federações nas redes sociais e pela rede de contatos dos próprios representantes das federações. Dois formatos de cursos realizados no estado pesquisado destacam-se durante a etnografia: 1) cursos de imersão, em que os participantes se dedicam quase uma semana para sua realização, com aulas de manhã e à tarde e dormindo no local onde se realiza o curso; 2) curso pontuais, com aulas avulsas que se intercalam, podendo o participante assistir às aulas somente alguns dias ou todos os dias previstos.

Os conteúdos ministrados nos cursos abrangem a abordagem psicológica em relação à *dependência química*, questões legislativas, o funcionamento das CTs, a postura dos trabalhadores de CTs, gestão nos grupos entre pares e algumas questões pontuais como sexualidade nas instituições, processo de triagem e aconselhamento, possibilidade de reinserção social e manejo de recaída. Ainda poderia haver reuniões paralelas para quem planejasse abrir uma instituição. E, além disso, também existiam momentos de lazer e trocas entre os participantes nos espaços comuns onde se realizavam os cursos.

Os cursos de imersão eram executados em seminários de cunho religioso. Esses locais dispunham de estrutura para a formação, estadia e alimentação. Já os cursos pontuais foram

empreendidos em templos religiosos, onde ocorrem os cultos. As federações buscavam para a realização dos cursos instituições religiosas compatíveis com sua origem. Geralmente, esses cursos para trabalhadores de CTs têm no mínimo cinco dias de programação e condicionam a participação ao pagamento. Ao final, era disponibilizado certificação com carimbo de instituições da área da educação.

A parceria entre as federações e instituições de ensino superior garantia a legitimidade da certificação dos cursos realizados. Essas certificações eram fornecidas enquanto cursos de extensão para participantes que finalizaram o Ensino Médio, e para aqueles que não haviam finalizado era dado um certificado simbólico de conclusão de participação do curso. A duração desses cursos variava entre 120 e 300 horas. Assim, para receber certificações dos cursos avulsos seria preciso participar da programação prevista.

Além disso, as certificações permitiam aos cursistas participarem de um processo de formalização dos trabalhadores de CTs. A Federação Esperança oferecia “carteirinhas” para os cursistas a fim de atestar a qualificação desses trabalhadores e diferenciá-los daqueles que não realizaram cursos. E a Federação Redenção estava criando também um documento que pudesse atestar a qualificação alcançada através dos cursos realizados. Ainda não há uma unidade entre as federações sobre a carteira de certificação, por isso cada uma promovia seu documento distintivo a fim de identificar os profissionais mais capacitados para o trabalho com CT. Essa preocupação destaca mais uma vez elementos para um processo de profissionalização que se torna latente no trabalho realizado pelas federações de CTs.

Visando à maior legitimidade para as certificações dos trabalhadores de CTs, as federações também buscaram parceria com federações internacionais de CTs e com organismos internacionais que acompanham o “problema das drogas”. Uma dessas organizações assessora as federações nacionais, chancela as certificações e já chegou a financiar projetos da Federação Esperança. Desta maneira, as parcerias com diferentes instituições, principalmente aquelas com reconhecimento social, agregam mais legitimidade para os cursos das federações estaduais.

Estabelece-se, então, uma diferenciação entre as CTs cujos trabalhadores são qualificados aos novos direcionamentos das políticas sobre drogas e aquelas que não buscam essa atualização, sendo as primeiras tidas como as que poderiam estabelecer parcerias com órgãos públicos, e as segundas as que poderiam ser fechadas pelos atores governamentais. As distinções promovidas pelas federações pretendem separar os tipos de instituições existentes que realizam tratamento para usuários de drogas a partir do modelo voltado para abstinência, definindo quais poderiam ou não receber recursos públicos. Nesse sentido, há a construção da ideia da *verdadeira CT*, que se contrapõe às outras instituições que não se enquadram nesse

modelo, como as clínicas, que seguem outras exigências das normas de saúde, ou ainda as “falsas CTs”, que não cumprem as exigências estabelecidas pelas federações. Um dos profissionais atuantes na Federação Redenção explicou que se deve “tentar separar o joio do trigo porque tem muitas instituições que se dizem comunidades terapêuticas e não são comunidades terapêuticas. É outra coisa, mas não é comunidade terapêutica”.

Isso faz também com que os próprios *dirigentes* de CTs comecem a valorizar e a priorizar *monitores* capacitados pelas federações. Desta forma, apesar de não ser uma exigência formal a certificação dos trabalhadores, passa a ser um diferencial para a contratação dos profissionais. Um dos palestrantes em um curso, que é *dirigente* de CT, declara só contratar *monitor* que tenha feito tratamento em CT, que esteja há mais de um ano sem uso de drogas, que tenha um plano de recuperação e, no currículo, tenha cursos de uma das federações de CTs. Ou seja, a experiência de tratamento em CT, embora desejável e valorizada, não é mais o único requisito para trabalhar como *monitor* em uma CT. Essa exigência de qualificação dos cursos de capacitação também vale para aqueles profissionais de CTs que não passaram pelo tratamento nessas instituições, de modo que a realização dos cursos se torna um destaque no currículo deste trabalhador. Assim, cada vez mais vai se mostrando necessário uma certa profissionalização dos trabalhadores de CTs que implica o conhecimento da legislação e a adequação do vocabulário e das práticas.

A valorização das capacitações destinadas aos trabalhadores de CTs também favorece que eles sejam multiplicadores das informações relacionadas aos atuais direcionamentos, o que torna possível a divulgação, adequação e padronização das práticas almejadas pelas federações. Nesse sentido, há uma atualização do capital simbólico na rede de profissionais de CTs que permite acessar uma posição diferenciada no campo político voltado para as políticas sobre drogas. Parece haver uma tendência de profissionalização da mão de obra que atua nas CTs fazendo com que essas instituições possam colaborar na construção da *verdadeira CT*, que merece ser reconhecida pelo trabalho que exerce e, por isso, receber financiamento público.

Os processos formativos permitem moldar as práticas, as percepções e os termos dos trabalhadores para a adequação das instituições interessadas de acordo com as legislações atuais. Conclui-se, então, que, através dos cursos das federações de CTs, é promovida uma homogeneização nas práticas cotidianas entre trabalhadores e *acolhidos* e no funcionamento das instituições, garantindo os parâmetros da *verdadeira CT* e facilitando sua inserção, de fato, nas políticas públicas.

6.2 OS DINOSSAUROS DAS CTS

Como os cursos são preparados pelas federações, os ministrantes são cuidadosamente escolhidos. Esses ministrantes são atores sociais vinculados ao *mundo das CTS* ou profissionais que tiveram longa experiência com o trabalho em CT. Dentre os atores vinculados, estão os representantes das federações e profissionais específicos. Os primeiros são *adictos em recuperação* que fizeram seu tratamento em CTS há muito tempo, continuam abstinentes, atuam politicamente nas federações e estão em diálogo com os atores sociais governamentais. Eles são importantes protagonistas no processo de promoção das CTS, tanto na arena política como nos cursos. Os representantes das federações também possuíam formação, no caso estudado, em curso de nível superior. A maioria tem graduação na área da Psicologia, Serviço Social, Direito e Sociologia.

Já os profissionais específicos são aqueles considerados especialistas pelas federações, conhecedores de temáticas trabalhadas nos cursos, que tiveram atuação profissional em CTS, demonstrando adesão a este modelo de tratamento aos usuários de drogas. Geralmente, a área de atuação desses especialistas são Medicina, Direito e Psicologia. Além desses especialistas, também estão aqueles que seguem formação religiosa, sendo conhecidos por sua atuação nos templos locais ou pelo trabalho vinculado às CTS. Mesmo assim, destaca-se que a maioria dos palestrantes era constituída por representantes da federação. Um dos cursistas revelou que, antes de fazer os cursos de capacitação, ele tinha preconceito em relação aos profissionais que não tinham passado por CT, pois achava que eles não entendiam verdadeiramente seu problema⁴⁴. porém, ao realizar o curso, percebeu que existem especialistas que também compreendem bem sua situação.

Inicialmente, ao ministrarem suas aulas nos cursos, todos os professores se apresentam e contam sua trajetória pessoal e profissional. Os *adictos em recuperação* explicitam sua história de vida, sendo mais uma vez o “testemunho autêntico” um atributo importante para evidenciar a mudança individual que se deu após tratamento em CT, destacando os sofrimentos da *vida de drogado* e as conquistas da *vida em sobriedade*. A narrativa de sucesso consolida-se com a ocupação do palco da sala de aula nos cursos da federação, de modo que os cursistas passam a admirar esses professores e espelhar suas trajetórias nessas histórias de vida.

⁴⁴ Essa é uma compreensão difundida no âmbito das CTS no Rio Grande do Sul, que parte da ideia de que somente os pares – aqueles que eram *adictos em recuperação* – poderiam entender sobre a *dependência química* de forma efetiva. Segundo os interlocutores, um *adicto em recuperação* poderia mentir para um profissional de saúde, mas jamais para outro *adicto em recuperação*. Contudo, essa visão tem se modificado com o passar dos tempos.

Logo, as falas dos palestrantes são baseadas em conteúdos técnicos, mas também em suas experiências de vida que são acionadas como capital simbólico, sensibilizando os cursistas. Essa admiração pode se configurar novamente como um modo de espelhamento promovido pela “pedagogia da exemplaridade” (DULLO, 2001), lógica central na concepção e forma de funcionamento nas CTs. Um dos cursistas demonstra sua simpatia e identificação ao afirmar que os ministrantes dos cursos são como *dinossauros* das CTs.

Essa ideia de *dinossauros* enfatiza a longa experiência com o trabalho nas CTs e valoriza a trajetória pessoal como *adicto em recuperação* evidenciada pelo “testemunho autêntico”. Depois de serem reféns das drogas, agora eles são grandes mestres na área da *dependência química*. Esse saber é apresentado como expertise que se inicia no tratamento realizado, se aperfeiçoa com o constante trabalho com essas instituições e se estende para a consolidação de líderes políticos que falam em nome das CTs. Nesse sentido, apesar de esses *dinossauros* terem em média 45 anos, eles são percebidos pelos participantes dos cursos como os “velhos sábios” do mundo das CTs. Ou seja, são respeitados e valorizados pelo trabalho de mobilização política em prol do investimento público e da ampliação desse modelo na sociedade; buscam a continuidade e adequação do modelo de CT enfatizando características mínimas do modelo de CT; e solidificam-se como autoridade no assunto a partir da sua própria história de vida.

Já os especialistas, que não são *adictos em recuperação*, mas têm grande experiência no trabalho com as CTs, também são bastante respeitados e admirados pelos cursistas em questão por terem dedicado à sua vida a esta causa. Nessa perspectiva, eles também são percebidos como fazendo parte da categoria dos *dinossauros* das CTs.

Durante as aulas, os conteúdos são enfatizados a partir de exemplos reais, o que confere autoridade ao discurso dispensado e cria uma relação de proximidade com as vivências dos próprios cursistas. Um dos representantes da federação enfatiza que seu primeiro certificado na vida foi como cursista de um curso da Federação Esperança, o que sensibiliza muitos cursistas que igualmente terão seu primeiro certificado após aquele curso. O curso da federação pode representar, assim, para alguns, o início de uma trajetória de superação e de conquistas a partir da *vida em sobriedade* junto aos seus *irmãos de caminhada e dinossauros* das CTs.

6.3 OS CURSOS E SEUS REDIRECIONAMENTOS

Durante o trabalho de campo, o curso do módulo I da Federação Esperança teve aproximadamente 75 participantes, e o curso do módulo II da Federação Redenção junto com

a Federação Firmamento teve 15 cursistas. As federações recomendam que se curse o segundo módulo após realizar o primeiro, mas não tornam essa regra uma obrigatoriedade.

A grande maioria dos participantes são homens que fizeram o tratamento em CT e trabalham (ou pretendem trabalhar) como *monitores* ou *dirigentes* nessas instituições, seguindo a “carreira moral” oportunizada pela rede de relações no *mundo das CTs*. Em menor número estão aqueles que trabalham em instituições voltadas para o tratamento de usuários de drogas em outras entidades (como clínicas)⁴⁵, familiares de *adictos em recuperação* que trabalham em CTs⁴⁶, profissionais de ensino superior que atuam ou já atuaram em CTs, e ainda aqueles que estão tendo o contato com o modelo de CT pela primeira vez. Mas, em geral, os promotores dos cursos pressupõem que a maioria dos participantes já tenha conhecimento prático do modelo de CT, levando em consideração a experiência adquirida previamente como um capital simbólico importante para a formação.

Ainda há, segundo apontamento de um representante de uma das federações, aqueles que estão em tratamento nas CTs, cujos familiares pagam os cursos como forma de investimento na formação profissional de seus entes queridos. Ou seja, esses ainda não cumpriram o programa de tratamento previsto, mas demonstraram se identificar com a proposta e tiveram o apoio dos familiares. Assim, após a *graduação*, eles já puderam buscar oportunidades profissionais como *monitores* nas instituições.

Os cursos de capacitação eram pagos, o que já determinava uma seleção entre o público que poderia participar para se qualificar e aqueles que ficariam à margem do acesso às novas diretrizes para o modelo de CTs. Os valores também destoavam conforme a federação. Dos cursos de imersão, o módulo I da Federação Esperança custava aproximadamente R\$ 1.500,00, e o módulo II da Federação Redenção, R\$ 800,00; já os cursos pontuais de um dia ou um turno dessas federações custavam em média R\$ 65,00⁴⁷. A justificativa dos valores envolvia a estrutura do local, alimentação fornecida e quantidade de professores que vinham, muitas vezes, de longe ou até fora do estado. As instituições filiadas às federações promotoras dos cursos tinham descontos para a participação dos seus profissionais.

Com as novas exigências legislativas para a inserção das CTs nas políticas públicas, a proposição dos cursos das federações é de trazer redirecionamentos na conceituação do modelo

⁴⁵ Segundo um participante da Federação Esperança, no centro do país há bastantes participantes oriundos de clínicas, mas no Rio Grande do Sul a maioria dos cursistas advém de comunidades terapêuticas.

⁴⁶ Muitos familiares aproximaram-se das CTs por causa de pessoas da família envolvidas com drogas, de modo que, mesmo que o familiar não tenha aderido às CTs, estes continuaram a atuar junto ao modelo das CTs como voluntários ou mesmo trabalhadores das instituições.

⁴⁷ A equivalência aproximada desses valores em salário mínimo é, respectivamente, um salário e meio, um salário e um vigésimo de salário.

de CT e a readequação das práticas no tratamento dos *acolhidos*. Os cursos fazem parte das estratégias para qualificação de mão de obra e da readequação das instituições para a participação nos editais públicos. Logo, a aprendizagem formalizada através dos cursos oferecidos tem a intenção de transformação do conhecimento adquirido a fim de que se atualizem conceitos e práticas de acordo com as normas e leis vigentes. Partindo de um conhecimento experiencial, um novo conhecimento teórico será apresentado para ser implantado.

Nesse sentido, é importante analisar os processos formativos a fim de melhor compreender como os cursos consolidam um novo conhecimento entre os trabalhadores de CT. Segundo as federações de CTs, é essa aprendizagem que permitirá consolidar uma nova imagem para o modelo das CTs, de modo que a participação nos cursos é estratégica para acessar recursos públicos. Sendo esse um processo de formação profissional, inspira-se na análise de Good (1994) sobre como os médicos constroem seus objetos para evidenciar como os cursos das federações buscam introjetar nos participantes outras formas de abordar a *dependência química*, de se relacionar com os *acolhidos* e de registrar o cotidiano na instituição. Essas aprendizagens tornam-se marcadores importantes da constituição da nova CT.

Durante os cursos, havia rituais semelhantes ao cotidiano de estadia nas CTs⁴⁸; mas os espaços onde os cursos se realizavam permitiam, também, reflexões, trocas e questionamentos sobre o próprio modelo da CT. Essa ideia era reforçada por um dos representantes da Federação Esperança que disse aos cursistas: “Esse espaço de realização dos cursos não é um espaço terapêutico de CT, mas um espaço de aprendizagem”. Desse modo, o momento também passa a ser uma ferramenta importante na construção dos novos conceitos e novas práticas que possibilitam às CTs ingressarem de forma legítima nas políticas públicas e participar da rede de atendimento disponível para usuários de drogas.

6.3.1 Um novo olhar para o modelo das CTs

Na abertura de um dos cursos da Federação Esperança, o representante da federação pede que os cursistas anotem a frase de Nietzsche: “Não é a dúvida, mas a certeza que nos enlouquece”. Essa frase torna-se estratégica no início do evento tendo em vista que os palestrantes vão convidar os cursistas a repensarem seus conceitos, suas práticas e linguagens, que já estão arraigadas. Reavaliar, questionar e até criticar o modelo das CTs permite que se

⁴⁸ Por exemplo, antes de iniciar as palestras do dia, havia uma oração. Os participantes do curso também deviam respeitar regras de convívio semelhantes às cobradas em CTs.

construam novos parâmetros e direcionamentos para seu funcionamento durante o tratamento dos usuários de drogas. Para as federações, esse passo é crucial na inserção das CTs no campo político voltado para as políticas sobre drogas; por isso, logo no começo do curso, fica evidente que as certezas anteriores devem ser colocadas em análise.

O novo olhar para o modelo das CTs havia sido definido através de um documento gerado pela CONFENACT (2013), que posteriormente foi a base do MR, descrito pela Resolução nº 01/2015 do CONAD a fim de regulamentar as CTs (BRASIL, 2015b). Assim, grande parte do conteúdo dos cursos está em consonância com esse “marco regulatório das CTs” e com os direcionamentos do modelo negociados com atores governamentais no campo político para inserção das CTs nas políticas públicas.

Durante os cursos, reforçavam-se os elementos essenciais necessários do modelo de CT para que as instituições se adequassem às normas vigentes e pudessem atuar na rede de serviços públicos. Apesar de os cursos serem realizados por diferentes federações no Rio Grande do Sul, a condução da discussão assemelhava-se bastante na construção da *verdadeira CT*. Os principais elementos destacados nos cursos serão enfatizados adiante.

6.3.2 Construindo o conceito da *verdadeira CT*

O ponto fundamental da *verdadeira CT*, segundo os palestrantes, é que o tratamento seja voluntário, de modo que os usuários estejam de acordo com a estadia nas instituições no decorrer de todo o período. Um dos representantes da Federação Esperança explica que:

A primeira regra é a adesão voluntária. Uma instituição que se diz comunidade terapêutica e tranca, aprisiona, resgata, traz na marra... Ela é qualquer coisa, menos uma comunidade terapêutica. O primeiro princípio é o da livre adesão, eu entro porque quero e saio quando eu quero.

Essa ênfase contrapõe-se à proposta de encaminhamento “involuntário”, que é o *acolhimento* sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, e de encaminhamento “compulsório”, por determinação da Justiça, que tem sido tradicionalmente realizado por muitas dessas instituições. Para a inserção das CTs nas políticas públicas, era salientado que apenas hospitais e clínicas que seguissem o Regulamento Técnico para estabelecimentos assistenciais de saúde (BRASIL, 2002) teriam condições estruturais e de profissionais para realizar esse tipo de internação. As diferenças entre as CTs e outras instituições eram enfatizadas ao longo do curso, evidenciando que o perfil dos *acolhidos* em CTs se diferenciava daqueles

que seriam internados em clínicas e hospitais psiquiátricos, que deve ter uma outra estrutura de atendimento. Nesse sentido, um dos palestrantes do curso da Federação Redenção insistia que, “se a pessoa não tiver o perfil, nem adianta ficar na CT porque eles não vão querer permanecer”. Ao mesmo tempo, a CT não seria o local mais adequado para conter um surto psicótico. Então, considerar as condições e a vontade do usuário para a realização do tratamento constitui-se como uma questão crucial para essa *verdadeira CT*.

Outro princípio a ser enfatizado diz respeito à estrutura da CT. Se o local não estiver de acordo, “o ambiente pode não contribuir para o despertar dos *acolhidos*”, conforme enfatiza um dos palestrantes da Federação Esperança. Os cursistas têm de atentar para as questões que envolvem esse local como um ambiente terapêutico. Essas questões abarcam a organização da instituição, a limpeza do local, adequações sanitárias compatíveis, garantia da segurança dos *acolhidos*, conforto na estadia, preservação de momentos de privacidade, realização da manutenção de equipamentos, entre outros.

Mas também se destaca que o ambiente é composto pela democratização e horizontalização das relações propagadas pelos grupos de ajuda mútua nos quais o modelo das CTs se inspira. Assim, a qualidade da relação entre os trabalhadores de CTs e os *acolhidos* é bastante trabalhada ao longo dos cursos. Segundo os palestrantes, esse vínculo deve ser uma relação de confiança e de respeito, e não de autoridade e medo. Essa ênfase é dada a fim de se contrapor ao autoritarismo muitas vezes estabelecido entre os usuários e os *monitores* nas instituições, que leva à humilhação, aos maus-tratos, à tortura e até ao cárcere privado. Um dos palestrantes da Federação Esperança afirma que “O papel da CT é justamente a convivência com os pares. Então, o *monitor* tem que deixar de lado o autoritarismo, e se estabelecerá uma autoridade conquistada”.

Mesmo que haja hierarquia de antiguidade no que se refere à abstinência, é enfatizado que o papel dos *monitores* em relação aos *acolhidos* deve ser de “mediadores”, porque mediam as demandas dos *acolhidos* com o tratamento proposto; de “apascentadores”, que instruem sem imposição das regras da instituição; e de “líderes”, porque devem estar atentos para saber como conduzir as situações do cotidiano. Ou seja, os *monitores* são essenciais nas CTs, e o trabalho que realizam dá o tom do funcionamento institucional.

Por isso, o perfil esperado dos *monitores* envolve “resiliência, humildade e cooperação”, que são também características a serem desenvolvidas pelos *adictos em recuperação* no âmbito da instituição, até mesmo para a manutenção da sua *vida em sobriedade*. Além disso, um dos palestrantes da Federação Redenção eleva a condição dos *monitores* ao afirmar que “o *monitor* deve ser aquele que tem vocação, salva vidas, tem o desejo forte de amar e não está em luta

com Deus”. Não basta apenas ser alguém que está ali; deve ser alguém que quer estar ali, que seja dedicado à causa e que se envolva com o trabalho de “coração” aberto. Nesse sentido, restitui-se uma espécie de vocação weberiana em que a motivação para o trabalho como *monitor* se constitui como uma manifestação divina (WEBER, 2004).

É destacada também a não pertinência da discriminação por raça, credo, gênero e orientação sexual. Os palestrantes orientam para que as instituições não permitam piadas e apelidos estereotipados, não excluam a entrada de usuários com credos diferentes do propagado pela instituição e aceitem usuários homossexuais e transexuais independentemente de sua orientação sexual. O indicado é analisar o que a instituição oferece, conhecer o perfil do *acolhido* e entrar em um acordo entre as partes para a realização do *acolhimento* ou não.

O direcionamento dos palestrantes é de que os profissionais tornem as instituições mais permeáveis e flexíveis para receber os diferentes perfis, enfatizando o fato de não impor suas crenças religiosas e preferências afetivo-sexuais. Assim, os *dirigentes* e profissionais das instituições também se preveniriam contra situações constrangedoras e até mesmo criminosas. Durante um curso, um dos palestrantes da Federação Redenção alerta sobre um caso de *dirigente* de CT que foi preso por causa de uma série de denúncias de racismo ao Ministério Público, o que levou ao fechamento da instituição.

Os três últimos itens enfatizados são chaves na compreensão da adaptação do modelo tradicional de CT em relação à nova proposta apresentada pelas federações. A conceituação da tríade “trabalho, disciplina e espiritualidade” que confere as características elementares para a identificação do modelo de CTs, segundo De Leon (2014), passa a ser analisada e redefinida.

Um desses itens, ressaltados durante os cursos das federações, dá-se em relação à diferença entre religião e espiritualidade. Segundo dados do IPEA (SANTOS, 2017), das instituições brasileiras pesquisadas, 39,7% se identificam como pentecostais, 27,1% como católicas e 15,3% como outras religiões. Tendo em vista a grande quantidade de CTs confessionais, durante o curso, mostra-se pertinente repensar as práticas e os discursos dessas instituições para que elas não sejam acusadas de imposição religiosa.

Ao mesmo tempo, enfatiza-se que a mudança individual pela qual passa o *acolhido* no âmbito da CT também atravessa questões místicas. Para não descartar esse elemento crucial do modelo e alinhá-lo às possibilidades da interação com as políticas de saúde vigentes, caberia evidenciar a espiritualidade ao invés da religiosidade, que é mais abrangente e aceita socialmente. Para acompanhar essa argumentação, algumas práticas institucionais deveriam ser modificadas não devendo obrigar os *acolhidos* a terem as mesmas crenças e práticas

promovidas pela instituição, nem a participarem dos cultos religiosos que possam acontecer nesse ambiente.

A diferença entre religiosidade e espiritualidade é tênue, e um dos palestrantes da Federação Redenção explica como as separar:

A espiritualidade é algo do interno, do conhecimento, do íntimo, do espírito e do pensamento, e já a religião é algo do olhar para fora. E como o dependente químico tem uma alteração do pensamento, a espiritualidade visa restituir o pensamento humano. Por isso as CT que podem trabalhar com métodos terapêuticos, também podem trabalhar com a questão da espiritualidade, mas não se pode confundir religião e espiritualidade.

Dessa forma, entende-se que a CT é um ambiente para desenvolver a espiritualidade e que os *acolhidos* precisam se alimentar dela para iniciarem a sua recuperação. Entretanto, esse processo não pode ser impositivo, nem uma tentativa de conseguir adeptos para a religião. Em um dos cursos, é dito claramente que, quando o *acolhido* é “empurrado” para a obra religiosa, ele não se insere de modo produtivo nessa relação, e, por isso, é enfatizado que “jamais devemos cair na cilada da religião”. Para aprofundar a discussão, um outro palestrante afirma que a espiritualidade deve abarcar o Deus em que você acredita, e não necessariamente um Deus de uma ou outra religião.

Nesse sentido, uma das especificidades do modelo de CTs em relação aos outros serviços é justamente a questão espiritual. Os palestrantes do curso entendem que as CTs devem se adequar às legislações sem descaracterizar o programa de tratamento. Eles orientam os cursistas para se adequarem às legislações, mas também compreendem que as práticas e os discursos religiosos fazem parte do cotidiano das instituições. Por exemplo, a reza antes das refeições, a leitura bíblica como condutor da discussão em grupo, as imagens de santos espalhados pelo ambiente, espaços para oração dentro das instituições, os louvores que são entoados no momento de lazer, entre outros.

Jogar luz sobre essas questões durante os cursos permite estabelecer as condutas religiosas possíveis de serem executadas no âmbito das CTs e direcionar o funcionamento institucional enfatizando mais a espiritualidade do que a religião. Já que outras instituições privadas confessionais têm legitimidade para concorrer a outros editais públicos vigentes, as CTs também apostam nessas estratégias em meio à disputa no campo político por recursos públicos para o tratamento de usuários de drogas. Um dos representantes da Federação Redenção enfatiza no curso que, “assim como outras instituições de cunho religioso como

faculdades, hospitais, instituições de caridade eram parceiras do governo e não podiam enfatizar a questão religiosa, as CT também não poderiam”.

A espiritualidade se constituiria como mais uma ferramenta da promoção da abstinência dos *adictos em recuperação* estabelecida pelo modelo de CTs. A própria compreensão de *dependência química* é descrita pelos palestrantes dos cursos como uma doença que envolve dimensões “bio-psico-sócio-espirituais”. Ressalta-se a elucidação dos aspectos “espirituais” relacionados com a *dependência química* que demanda também uma atenção nesse viés para tirar o usuário do *fundo do poço*. Por isso, durante o tratamento, a espiritualidade é enfatizada para resolver o “problema espiritual”, que permitiu a instalação da doença, e para sustentar sua abstinência após sair da CT. Um dos palestrantes da Federação Redenção considera como se operacionaliza essa relação:

Na CT, a pessoa vai receber ferramentas que não vão sair do coração dele, pois quando passa a verdadeira espiritualidade na CT, a pessoa fica tranquila para não usar drogas. E se recair é porque não recebeu espiritualidade suficiente. [...] Nos acusam de ter um povo que tranca, mas nós somos um povo que liberta.

A espiritualidade é ressignificada enquanto uma nova busca de sentido para o *adicto em recuperação*. Esse processo faz parte das “transformações morais-espirituais” (LOECK, 2018) que permitem a mudança individual através da passagem na CT. Entretanto, a ênfase dada à espiritualidade, em detrimento da ênfase dada à religião, pelos palestrantes do curso torna-se estratégica tanto no contexto das políticas públicas como no desenvolvimento do novo modelo proposto pelos representantes políticos das CTs.

Outro ponto relevante na concepção da *verdadeira CT* envolve a questão das atividades laborais realizadas pelos indivíduos em tratamento nas CTs. Tradicionalmente, as CTs relacionam atividades de manutenção das próprias instituições com atividades terapêuticas, conhecidas como laborterapia. Essa proposta atrelada à estadia no âmbito das instituições vem das CTs psiquiátricas que adotam as indicações dos psiquiatras datados do século XVIII para lidar com os “desviantes” durante o processo de tratamento:

O uso terapêutico da ocupação foi sistematizado enquanto campo do saber a partir do século XVIII, quando Pinel teorizou o Tratamento Moral, que assegurava a internação e o isolamento como a melhor resposta social para as tensões ocasionadas pela loucura. Pinel foi propulsor do alienismo e propôs que o trabalho mecânico rigorosamente executado era capaz de garantir a manutenção da saúde. Constituindo-se, portanto, como uma terapêutica, a laborterapia era supostamente capaz de fazer o alienado mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento. Assim, a doença que causava contradições da razão e atitudes antissociais poderia ser combatida pela ocupação, pelo trabalho (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017, p. 846).

Essa compreensão inspirou o funcionamento das colônias agrícolas que propunham um tratamento de doentes de diferentes categorias “fora” dos hospitais, imitando a vida em comunidade rural e tendo o trabalho como um meio para atingir a cura dos “alienados”. Queiroz explica como se dava o valor do trabalho em meio aos tratamentos:

O estímulo e a glorificação do trabalho incorporaram-se à ideologia da nascente sociedade burguesa europeia, e os ociosos recalcitrantes, os inadaptados à nova ordem, foram jogados na categoria de antissociais e duramente reprimidos; trabalho e não-trabalho seria a partir de então mais um ponto de clivagem a estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a prática psiquiátrica assimila aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se insere, era de se esperar que se empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento (2001, p. 4).

O discurso do trabalho também se adéqua à ideia de reinserção social, haja vista que, saindo das instituições de tratamento, as aprendizagens realizadas podem impulsionar os *acolhidos* a buscarem a inserção no mercado de trabalho. Através do emprego, os *graduados* poderiam reconfigurar suas vidas na sociedade.

Atualmente, ainda que a laborterapia no âmbito das CTs retome as inspirações pinelianas, ela também deve ser atualizada. Por muito tempo, a laborterapia envolveu tanto a manutenção do cotidiano das instituições quanto a organização da própria vida dos *acolhidos*. Mas, em algumas CTs, essas práticas eram consideradas excessivas e abusivas aos usuários, além de serem vantajosas para os *dirigentes* das instituições. Por isso, algumas instituições são acusadas de sobrecarregar seus internos, forçá-los ao trabalho intenso ou a um tipo de trabalho análogo à escravidão. Há ainda instituições que são acusadas de utilizar as atividades de trabalho como medida punitiva aos *acolhidos*.

Diante dessa situação, as federações buscaram estratégias a fim de qualificar as atividades realizadas pelos *acolhidos* sem descaracterizar o modelo de CT que tem como um dos pilares a ideia do trabalho. O argumento que ganha força é de que a laborterapia com os propósitos de autogestão de si e de reinserção social fortalece os *acolhidos* para aproveitar as oportunidades da *vida em sobriedade*. Com isso, um palestrante da Federação Redenção afirmou: “dar oportunidade tudo bem, mas explorar a mão de obra dos internos não dá”.

Para readequar as práticas das atividades laborais de acordo com a legislação vigente, os representantes das federações definiram a abrangência dessas atividades durante os cursos. Assim, a laborterapia passaria a ser chamada como “atividades práticas” que englobariam as atividades de autocuidado e de capacitação dos *acolhidos*. As primeiras envolvem práticas de

higiene, participação na elaboração da alimentação, limpeza e organização dos espaços individuais e coletivos, já as segundas permeiam atividades relacionadas à inserção e reinserção social a fim de desenvolver habilidades sociais. As demais atividades necessárias à manutenção das instituições deveriam ser delegadas a profissionais especializados contratados.

Durante o curso, um dos palestrantes, que é *dirigente* de CT, enfatizou que “toda a atividade deveria ter um cunho terapêutico”, e ainda exemplificou: “se vai para a horta, o que ele está semeando simbolicamente?”. Nesse sentido, há uma construção de paralelismos entre a realização de atividades cotidianas e o trabalho realizado no âmbito das CTs. Se o usuário de drogas é visto como alguém que não trabalha, que é acomodado, folgado, dependente de terceiros, o trabalho nas CTs passa a ser valorizado como parte do tratamento no qual o *acolhido* vai realizar esforço e desenvolver proatividade, desenvoltura e independência. Logo, o trabalho também é percebido como parte da aprendizagem sobre a autonomia e a responsabilidade que deverão ser gerenciadas na *vida em sobriedade*. Um dos palestrantes conclui dizendo que, após a atividade realizada, cabe aos profissionais da CT “avaliar o desempenho e dar uma nota a ele ou mesmo pedir uma autoavaliação” a fim de prepará-lo para o mercado de trabalho e para a vida além das CTs. Dessa maneira, os parâmetros difundidos no curso sobre as “atividades práticas” visavam restringir certa arbitrariedade dos *dirigentes* e *monitores* que demandavam atividades excessivas e descontextualizadas aos *acolhidos*, evitando acusações de abusos para órgãos públicos.

Um último ponto bastante evidenciado durante os cursos refere-se à maneira de aplicação da disciplina aos *acolhidos*. Segundo Foucault (1987), a disciplina em uma instituição total pode distribuir os indivíduos no espaço de modo hierárquico e funcional, controlar as atividades realizadas, organizar hierarquicamente tarefas por níveis de dificuldade e buscar a composição de forças para chegar à eficiência. Nesse sentido, o funcionamento nas CTs como um micromundo, a vigilância dos pares o tempo todo, a disposição das atividades programadas cronologicamente no âmbito das instituições e a busca por um aperfeiçoamento do comportamento a partir da *vida em sobriedade* são formas de disciplinamentos apreendidas e difundidas nas instituições. Lembre-se ainda que o programa de recuperação do Synanon e do AA, que inspiraram o modelo das CTs, se baseavam na ideia do confronto, considerando que a culpa, a humilhação e a intimidação poderiam trazer um resultado positivo (FRACASSO, 2001).

Soma-se a isso o fato de que uma das CTs mais antigas do Rio Grande do Sul foi iniciada por militares reformados, de modo que suas filiais espalhadas pelo estado seguiram as práticas promovidas nesse ambiente. Por conseguinte, era possível identificar em muitas dessas instituições semelhanças nas formas de disciplinamento descritas. Conforme o relato dos

curtidas, era citada a criação de um sistema de punição existente com “medidas socioeducativas” classificadas em vermelho e preto. O “vermelho” seriam punições brandas para advertir sobre o não cumprimento de regras institucionais, e o “preto” seria uma punição pesada após inúmeros alertas vermelhos. Através da fala dos interlocutores, soube-se também que essas punições se referiam ao aumento de atividades de manutenção na instituição, na diminuição do tempo de lazer e mesmo na realização de práticas inúteis, como cavar buracos e fechá-los, ficar em quartos escuros, permanecer isolado, passar por situações vexatórias, ser alvo de críticas, entre outros.

Outras formas de punições também são citadas por pesquisadores que analisaram o tratamento em CTs brasileiras. Aguiar (2014) conta sobre a disciplina da pedra, que consistia em carregar uma pedra aonde quer que fosse; a disciplina do silêncio, que não poderia falar com ninguém. Onishi (2018) menciona sobre a privação da liberdade, não deixar assistir à televisão ou receber visitas. Machado (2011) aponta situações de ameaça e desamparo, realização de atividades degradantes e até desligamento da instituição.

Entretanto, essas punições são configuradas como situações de discriminação, humilhação, castigo e até tortura pelos órgãos públicos, de maneira que os representantes das federações buscaram rever as formas de disciplinamento. Assim, essa era uma pauta importante de ser debatida pelos palestrantes dos cursos a fim de repensar e modificar os sistemas que sustentavam a disciplina na instituição. Um dos representantes da Federação Esperança argumentava que:

Ao punir se consegue ver na hora o resultado, isso parece ser mais visível, então achamos que punir funciona. Mas na CT X vimos que essa atitude resultava em uma baixa adesão ao tratamento. Mais excluía que incluía. E quando tiraram as medidas punitivas tivemos uma adesão maior no tratamento. [...] As pessoas chegam muito comprometidas, com o cérebro muito machucado. Não adianta fazer punições, porque eles ficam achando que recuperação não é pra eles. [...] Não é tratar no amor, mas com técnica. E a técnica me protege, pois não sou nem mãezona nem policial.

Nesse sentido, enfatiza-se que o modelo de CTs envolve não só reprodução da vivência em CT, mas uma “técnica” que é aprendida através de formação tanto em instituição de ensino como nos cursos das federações, a fim de identificar parâmetros e formas de lidar com os acolhidos em tratamento nas CTs. Com isso, evidenciava-se que o sistema punitivo das “medidas socioeducativas”, criado tradicionalmente para realizar a disciplina dos acolhidos, não correspondia ao conceito da *verdadeira CT*, e outras habilidades técnicas deveriam ser empregadas para aplicação da disciplina. A sugestão dos palestrantes era muito mais de transformar o sistema punitivo em sistema compensatório, ou seja, nada mais era “tirado” do

acolhido; entretanto, se o *acolhido* não seguisse as normas e regras da instituição, nada seria “acrescentado”.

Mas, como a experiência de quem passou por CT muitas vezes passa pela aprendizagem do sistema punitivo tradicional, modificar esse método significava deixar de lado essa aprendizagem inicial e investir em uma nova maneira de vivenciar as regras da instituição. Essa mudança na maneira de operacionalizar a disciplina gerava desconforto nos cursistas, que questionavam inúmeras vezes os palestrantes sobre como implantar um novo sistema. Em um dos cursos, um palestrante explicou que “o bom exemplo é um bom ato de educar, bem mais eficiente que qualquer castigo”.

Dessa forma, através dos cursos promovidos pelas federações, o conceito da *verdadeira CT* ia sendo apresentado, discutido, exemplificado e poderia ser difundido através dos cursistas para ser implementado, aos poucos, nas instituições que desejassem participar de editais públicos. Essa readequação conceitual também implicava práticas diferentes das até então implantadas, de modo que os cursistas deveriam compreender corretamente para serem multiplicadores das informações aprendidas nos cursos. Esses deveriam fazer esforços para ensinar os demais trabalhadores de CTs que não puderam participar dos cursos sobre as aprendizagens realizadas, implementando, assim, conceitos e práticas da *verdadeira CT* nas instituições do estado.

6.3.3 Estabelecendo as práticas da *verdadeira CT*

Além do conceito, o propósito do curso implicava repensar as práticas atuais durante o tratamento nas instituições. Ao propor novas práticas relativas à *verdadeira CT*, os *dirigentes*, profissionais e *monitores* qualificariam o funcionamento das CTs de acordo com legislações atuais. Nesse sentido, modificavam a maneira de realizar o tratamento, mas também a linguagem envolvida nas novas práticas. Tal linguagem aproximava e habilitava os trabalhadores de CTs para atuar junto aos outros serviços da rede pública, fazendo com que eles pudessem se comunicar adequadamente com outros profissionais ao atender e tratar um mesmo usuário que percorria essa rede.

Uma das questões cruciais para a *verdadeira CT* envolvia a individualização do tratamento em vez da generalização implicada nas práticas anteriores. Sendo assim, para concorrer aos editais públicos, as instituições deveriam ter um “Projeto Terapêutico”, que explicitaria as tarefas coletivas e atividades institucionais oferecidas na programação diária. Esse era um dos critérios para participação nos editais estaduais. Mas cada *acolhido* deveria ter

um “Projeto Terapêutico Singular” (PTS) definindo, a partir do projeto geral, suas necessidades particulares e de quais atividades específicas ele participaria. Conforme Hori et al.:

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. [...] O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão. A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (2014, p. 3562).

Dessa forma, o PTS produzido dentro das CTs abarca a complexidade de sua elaboração, bem como possibilita a desenvoltura de uma linguagem comum para participação da rede de atenção psicossocial. Além disso, todos os trabalhadores da CTs poderiam ter acesso a esse documento e agir conforme seus direcionamentos, pois, ainda que os documentos fossem desenvolvidos por profissionais de nível superior, os *dirigentes* e *monitores* poderiam acompanhar, consultar ou mesmo utilizá-los no cotidiano com os *acolhidos*.

Ainda cabe destacar que o PTS é “bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários”. (BRASIL, 2008). É possível considerar, pois, que os conceitos utilizados para pensar o tratamento dos usuários de drogas no âmbito das CTs contratualizadas com o poder público também são apropriações de outras áreas do campo da saúde, que os profissionais das instituições devem aprender e dominar. Portanto, a proposta do PTS é mais uma ferramenta estimulada nas CTs, tendo em vista que essas instituições começam a participar cada vez mais do atendimento e tratamento dos usuários da rede pública.

Um dos cursistas questiona durante o curso como operacionalizar essa mediação quando um *acolhido* se nega a fazer o que é destinado a ele pela instituição. A palestrante, da área da Psicologia, enfatiza que, como as pessoas devem estar de forma voluntária na instituição, cabe retomar o PTS acordado inicialmente com o *acolhido*. Como o PTS faz parte dos atributos que compõem a *verdadeira CT*, novamente se reforça a importância dessas readaptações para o funcionamento da instituição.

Os cursos promovidos pelas federações apresentavam uma outra maneira de acompanhar o tratamento dos *acolhidos* nas instituições. Havia mais rigor, havia mais comprometimento e mais responsabilização por parte dos trabalhadores das CTs pelo que

acontece dentro da instituição. Como havia um projeto para cada *acolhido*, também deveria haver registros diários avaliando seu tratamento na CT e destacando melhoras ou piores em relação ao acompanhamento diário do atendimento.

Essa ênfase passava a ser dada porque os trabalhadores de CTs geralmente não registravam a situação dos usuários cotidianamente, o que gerava desconfortos de informações sobre os manejos dos profissionais, falta de histórico da situação dos *acolhidos* ao longo do tratamento e mesmo ausência de registro caso acontecesse algo extremo. Sem os registros, a instituição fica sem respaldo legal em caso de intercorrência. Nesse sentido, um dos palestrantes da área jurídica reforça que, agora que as CTs estão participando da rede de serviços públicos, “é importante deixar tudo registrado”, pois os documentos têm validade legal e podem ser apresentados à justiça se for preciso.

Assim como Good (1994) nota a importância de aprender a escrever sobre os pacientes para se tornar médico, também se deve aprender a escrever sobre os *acolhidos* para se trabalhar nas CTs. É preciso, então, estabelecer as informações relevantes para esses registros, de modo que eles sejam informativos, mas também instrutivos sobre a vivência dos *acolhidos* nas instituições. O histórico registrado pode ser compartilhado com outros profissionais, e até mesmo complementado por eles, a fim de melhor atender à situação do *acolhido* na instituição.

Os palestrantes estimulam a organização dos registros individuais como se fossem montar o “prontuário” de cada *acolhido*, assim como consideram que devem ser realizadas algumas anotações mais abrangentes do cotidiano da instituição. Dessa maneira, esses escritos dariam segurança jurídica à instituição e, ao mesmo tempo, guardariam a sua história. Outro palestrante enfatiza que “as CT são os serviços mais ricos em transformar pessoas, mas não reconhecem tudo o que fazem porque não registram”; então, esses registros também permitiriam mapear, qualificar e evidenciar o trabalho realizado por essas instituições.

A prática do registro poderia ser incorporada às atividades de rotinas dos *monitores*, e até dos *acolhidos*, pois, segundo um *dirigente* de CT, “os profissionais não têm o hábito de anotar e registrar o que acontece lá dentro”. Em face da resistência inicial em realizar mais uma atividade e do despreparo dos *monitores* para desenvolver um texto escrito, criam-se estratégias para que o registro individual seja uma das atividades a ser cumprida nas CTs. Um dos palestrantes da Federação Redenção enfatiza que pode ser escolhido um *monitor* que “goste de escrever” para essa tarefa, ou ainda se pode propor essa tarefa ao *acolhido* em tratamento como medida terapêutica.

As capacitações e atualizações dos trabalhadores de CTs seriam essenciais para modificações das práticas da *verdadeira CT*, sendo bastante estimulada pelos palestrantes a

participação dos trabalhadores nesses eventos cruciais. Uma palestrante da área da Psicologia enfatiza que “é inconcebível trabalhar em CT sem conhecer a proposta de CT”. E, nesse sentido, a proposta apresentada direciona-se para a *verdadeira CT* que as federações de CTs têm acordado entre si, pois somente essa nova CT poderia contratualizar vagas para o tratamento de usuários de drogas junto aos editais públicos.

Além disso, nesses cursos, são aprendidas técnicas e ferramentas para qualificar as práticas daqueles que estão em tratamento nas CTs. Durante a participação nos cursos, também eram apresentados “instrumentos” por palestrantes da área da Psicologia com o objetivo de serem aplicados por *monitores*. Esses instrumentos permitiriam diagnósticos das condições dos usuários e, segundo os palestrantes, poderiam direcionar a condução do tratamento despertando mudanças de atitudes nos *acolhidos*. Os principais instrumentos citados foram: a entrevista motivacional, a avaliação de estresse e o genetograma. Outras ferramentas citadas no decorrer dos cursos foram as noções de aconselhamento⁴⁹ e técnica do sanduíche⁵⁰. Mais uma vez, conceitos e, conseqüentemente, práticas foram apropriados de outras disciplinas, no caso da área da Psicologia, para qualificar o atendimento e o tratamento no interior das entidades estudadas. Essa apropriação sugere um elevado nível de profissionalização dos trabalhadores das CTs, mas também caracteriza as CTs como modalidades de atenção mais próximas às ofertadas pelos serviços de saúde.

Como os profissionais de nível superior teriam uma carga reduzida de trabalho nas instituições, a ideia dos palestrantes seria de que os próprios *monitores* pudessem aplicar esses instrumentos. Assim, os resultados dos instrumentos já estariam disponíveis para colaborar com a análise e o encaminhamento dos profissionais de nível superior. Um dos palestrantes da Federação Redenção enfatiza que “os *monitores* estão fazendo o curso pra isso... Aprender sobre esse processo. Porque o psicólogo não tem condições de aplicar os instrumentos. É muita coisa pra ele fazer na CT. O psicólogo faz mais grupos e poucas consultas individuais”. E quando questionado se os *monitores* poderiam mesmo utilizar esses instrumentos, ele reforça que “o *monitor* pode aplicar, porque não é um instrumento específico da Psicologia”.

Essas capacitações e atualizações promovidas pelas federações também alertavam para a profissionalização dos trabalhadores de CT, colaboravam para readequações das instituições

⁴⁹ Segundo Flores et al. (2018), o aconselhamento é uma prática ofertada por profissionais de saúde, permitindo aos indivíduos analisar com certa autonomia seu processo de saúde, e visa à mudança de comportamento e à melhoria na qualidade de vida.

⁵⁰ Essa técnica vem do meio organizacional com o objetivo de mudar o comportamento através de um feedback. Esse feedback deveria seguir uma estrutura argumentativa que, em primeiro lugar, expusesse o elogio, em seguida apresentasse os contrapontos para a mudança de comportamento e finalizasse com algo positivo.

às normas e leis vigentes e estimulavam a “saída” das instituições da informalidade. Uma palestrante da área da Psicologia enfatizava que “não basta gostar [de trabalhar com CT], agora tem que ter capacidade técnica e emocional”. Dessa forma, as federações seriam aporte para esse processo, não só durante os cursos, mas posteriormente também. Um dos palestrantes da Federação Redenção reforça que “é fácil de adequar as leis vigentes, mas às vezes falta capacitação, modelos, documentos para organizar a CT e tudo isso as federações têm para ajudar”. Então, a participação nos cursos ainda consistia no acesso a um capital social a partir da rede de contatos profissionais que poderia contribuir com a formalização das instituições existentes. Outro palestrante evidencia aos cursistas que “o mérito não se justificaria se não pudermos ter qualidade no trabalho”.

Assim, os palestrantes justificavam que a adequação do trabalho realizado pelas CTs é que poderia permitir a inserção dessas instituições nas políticas públicas. Um dos palestrantes da Federação Redenção, ao fazer referência à Bíblia, afirma que “a palavra ensina que devemos ser submissos à autoridade constituída, ou seja, ser submisso às leis dos homens”. E, então, colocando a importância de se readequar aos parâmetros legais, conduz-se os cursistas para cumprir o que determina o MR (BRASIL, 2015b) acordado entre as federações de CTs e os atores governamentais.

Deste modo, é bastante enfatizada a diferença entre CTs e clínicas a fim de que se esclareçam as possibilidades das práticas de cuidado em cada uma dessas entidades. Durante o curso, é ensinado que, para se adequar às alterações legislativas e cumprir as exigências das fiscalizações, outras instituições, também chamadas de clínicas, devem utilizar a RDC nº 050/2002, e as CTs devem utilizar a RDC nº 29/2011, da Anvisa. As primeiras demandam estrutura física de grande porte, disponibilidade maior de profissionais e realizam internações involuntárias e compulsórias; já as segundas teriam uma infraestrutura de menor porte, recebem apoio dos profissionais de nível superior, mas são os *monitores* que acompanham os usuários a maior parte do tempo, e realizam somente internações voluntárias. As exigências mínimas de funcionamento das clínicas também seriam maiores do que as das CTs, e as últimas não conseguiriam se adequar às mesmas exigências que as primeiras. Um dos cursistas reconhece surpreso que a instituição onde ele atua é clínica, e não CT.

Ainda representantes das federações defendem que as CTs não seriam serviços de saúde, mas “de interesse da saúde”. A nova definição seria estratégica tanto para não ser cobrada a adequação às mesmas exigências que as dos serviços de saúde quanto para não limitar as CTs ao campo da saúde. Um dos palestrantes da Federação Redenção enfocava que a CT “não é só da saúde, mas também de outras áreas como justiça, assistência social, educação, etc.”. Essa

explicitação também gerava consequências nas práticas estabelecidas e na nomenclatura utilizada para definir as práticas. Como somente serviços de saúde poderiam utilizar a palavra “tratar” e “internar”, caberia então às CTs “acolher”. Sendo assim, apesar de os trabalhadores de CTs usarem correntemente os termos “residentes”, “internos”, “pacientes”, os palestrantes dos cursos enfatizavam que o termo correto seria *acolhidos*.

Outro ponto vinculado à conceituação da *verdadeira CT* é a forma com que os *acolhidos* vão para as CTs. Se elas devem ser voluntárias, as práticas chamadas de “resgate”, “contenção”, “monitoramento” e “isolamento” são consideradas ilegais por essas federações de CTs. Somente as instituições classificadas, legalmente, como clínicas, é que teriam ferramentas para a realização dessas práticas.

A questão do tempo de permanência dos *acolhidos* também era um item pertinente trabalhado nos cursos. As CTs eram, muitas vezes, acusadas pelos seus opositores de manter os *acolhidos* em longa permanência nas instituições; isso porque alguns *acolhidos* chegavam a ficar anos em tratamento. Devido às novas exigências, retomou-se a definição do programa de tratamento, e os palestrantes enfatizavam que a passagem pelas CTs deveria ser algo “episódico”.

De modo geral, as instituições do Rio Grande do Sul tinham por tradição manter os usuários nove meses, podendo esse tempo se estender conforme necessidade. Segundo explica um *dirigente* das CTs mais tradicionais, pode ser feita uma analogia entre o tempo exigido para tratamento e o tempo de uma gestação. Além disso, a cada três meses na instituição, o usuário passa para outro nível até culminar na sua *graduação* ao finalizar o tratamento. Entretanto, como os novos editais estaduais passavam a prever seis meses para o custeio da estadia, os *dirigentes* tiveram que adaptar seu programa ao edital. A estadia poderia ser estendida em alguns casos, desde que os profissionais da CTs justificassem e os demais responsáveis pelos serviços da rede concordassem com a alteração do tempo de tratamento.

De qualquer maneira, essas novas exigências legislativas impactavam na forma como as práticas eram estabelecidas nas CTs, na visão dos trabalhadores de CTs e no funcionamento das instituições.

6.3.4 Quanto mais cursos, melhor!

O aperfeiçoamento dos cursos oferecidos pelas federações de CTs também são estratégicos na defesa das CTs nas políticas públicas. Ao fim das capacitações e dos cursos oferecidos, as federações realizam avaliações tanto em relação ao conteúdo do curso, como em

relação aos professores que participaram das palestras. Apesar de haver bastante discussão e incômodos sobre alguns pontos, geralmente as avaliações gerais eram positivas. Em um curso da Federação Esperança, um dos representantes olhava as fichas entregues e dizia que os professores foram muito bem avaliados. Outro participante da mesma federação aprofundou explicando por que os professores foram bem avaliados:

Eu reformulei os cursos, reformulei o material, os tipos de aula, formatei a parte técnica do curso especificamente, além de dar algumas aulas, estruturei a grade curricular e o material. Agora estou por organizar a reunião de professores, implantei um sistema de avaliação de qualidade que está sendo feito. Inclusive, esse instrumental de avaliação, na semana seguinte ou no máximo na outra depois do curso, já é encaminhado aos professores a sua avaliação para eles ter uma ideia de como foram avaliados pelos alunos. Justamente para já pensar no próximo curso, ver se precisa haver alguma reformulação em alguma dessas áreas de avaliação que constam ali no instrumental. Quase todos os professores têm sido bem avaliados recorrentemente. Não tenho tido que ter nenhum tipo de intervenção com os professores em relação às suas avaliações, que têm sido muito boas de todos. O que é muito importante porque a qualidade do curso depende da qualidade dos profissionais. Como eu disse aqui no curso, têm muitos cursos que oferecem capacitação com pessoas não qualificadas. Então, ter pessoas qualificadas é muito importante.

Os certificados são entregues ao final dos cursos, de modo que simbolicamente acontece uma formatura. Mas os documentos legais que provam essa certificação dependem das documentações pessoais dos cursistas, de informações sobre a sua participação nos cursos e do envio do certificado pelos Correios. Esse processo demora, e muitos cursistas reclamam do tempo para receber o certificado original.

Ao mesmo tempo, os telefones dos participantes dos cursos são colocados em grupos de aplicativos de celular a fim de manterem contato entre si. Os contatos são aproximados através da rede de apoio profissional do mundo das CTs, que atuam na mobilização política que luta pela ampliação da participação das CTs nas políticas públicas. Então, por meio da realização dos cursos, criam-se também as redes entre os trabalhadores de CTs, fortalecendo, ademais, a mobilização política.

A partir dessa participação, novas aprendizagens relacionadas à conceituação, às práticas e às linguagens são inculcadas. O conteúdo do curso permite uma nova comunicação entre os trabalhadores de CTs, mas também destes com outros profissionais da rede de serviços acessados por meio dos editais públicos.

Logo, a realização dos cursos das federações permite aos participantes o acesso a um novo mundo, com contatos e informações que potencializam e qualificam o trabalho realizado nas CTs. Como enfatiza Good (1994), se você sabe como olhar, ver e falar sobre as coisas, elas

se tornam diferentes para você. Nesse sentido, os cursos permitem reavaliar os conhecimentos adquiridos e agregar novos conhecimentos para se adequar às normas e leis vigentes.

As argumentações recorrentemente empregadas e o reconhecimento dos limites da antiga CT sugerem aos participantes dos cursos a implantação de novas ferramentas, linguagens e práticas nas instituições que se coadunam na *verdadeira CT*. Nesse sentido, os cursos das federações tornam-se meios para homogeneizar os conceitos e as práticas de atenção nas CTs e, ao mesmo tempo, controlam as possíveis arbitrariedades existentes. Com isso, as federações de CTs visam modificar o perfil das CTs existentes, configurando uma nova visão sobre essas instituições, inserindo-as cada vez mais na rede de atenção psicossocial junto aos serviços públicos.

7 AS CTS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: *ESSE É O NOSSO EDITAL!*

Neste capítulo, focou-se no processo de abertura e implementação de um edital de credenciamento de CTS para financiar vagas nessas instituições a fim de evidenciar a operacionalização das relações entre Estado e CTS na definição de uma política pública. Portanto, o edital é elucidado como parte da concretização das disputas travadas e das estratégias estabelecidas pelos atores sociais vinculados às instituições no campo político para a inserção das CTS nas políticas públicas vigentes.

A Constituição Federal de 1988 considera a possibilidade de destinar recursos públicos para instituições privadas através de convênios ou contratos de direito público, tornando viável a inclusão das CTS. A Lei nº 8.080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições do SUS, também prevê que, na insuficiência de serviços existentes para garantir a cobertura assistencial à população, é possível obter participação complementar de serviços ofertados pela iniciativa privada. Os critérios dessa participação são descritos com maior detalhamento na Portaria nº 1,034, de 5 de maio de 2010, do Ministério da Saúde.

No contexto federal, os editais foram propostos anualmente entre 2011 e 2019 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, vinculada ao Ministério da Justiça, após a implementação do “Plano Crack” (BRASIL, 2010). O Ministério da Saúde seguia com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), mas se blindava da relação direta com as CTS. A política do MS enfatizava o modelo de *redução de danos* como estratégia para ordenar a rede entre os serviços existentes.

Esse posicionamento entrava em conflito com as propostas das CTS, que se baseiam primordialmente no modelo de tratamento voltado para *abstinência*. Os dois modelos de tratamento para usuários de drogas propostos têm pontos em comum, mas o conflito se dava no princípio regulador que direcionaria o atendimento: *redução de danos*, que reconhece os avanços mesmo sem cessar o uso de drogas; ou *abstinência*, que considera necessário cessar o uso para iniciar o tratamento.

Enquanto essa tensão se mantinha no âmbito federal, o financiamento público para as CTS ficou alocado junto ao Ministério da Justiça até 2019. Entretanto, no contexto estadual e municipal, havia maior autonomia em relação à vinculação de recursos, o que permitiu associar o financiamento de acordo com a secretaria definida nesse âmbito territorial. No caso do edital estadual etnografado, ele estaria vinculado à Secretaria Estadual de Saúde.

Conforme a pesquisa do IPEA (SANTOS, 2017) que mapeou as CTS brasileiras, o Rio Grande do Sul conta com 234 instituições, o que corresponderia a cerca de 12% do total.

Atualmente, parte dessas entidades recebe financiamento municipal, estadual e/ou federal. As CTs poderiam se habilitar para a prestação de serviços ao poder público seguindo as exigências mínimas de funcionamento (BRASIL, 2001). Além das legislações nacionais, as CTs devem se adequar às legislações estaduais. Nem todos os estados dispõem de orientações específicas, mas o Rio Grande do Sul sim. Uma delas é a Portaria nº 591, de 19 de dezembro de 2013, da Secretaria Estadual de Saúde, que apresenta as exigências mínimas do funcionamento das instituições. Nesta portaria, definem-se as CTs como “estabelecimentos de interesse da saúde de atenção residencial transitória e de assistência que tem como função a oferta de um ambiente residencial, técnica e eticamente orientados, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares” (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Evidencia-se, desta maneira, as possibilidades de acessos legislativos e jurídicos que permitem a formalização de repasses de recursos públicos entre as instituições estudadas e os órgãos governamentais.

Partindo de pesquisa no Diário Oficial do Rio Grande do Sul, constatou-se que, a partir de 2001, foram firmados convênios pontuais entre algumas instituições conforme as demandas municipais. Geralmente, os municípios realizam repasses de verbas públicas às instituições de acordo com a necessidade do território. Mas, nos últimos dez anos, é por meio dos contratos estaduais e federais com ampla concorrência que as CTs estão sendo chamadas publicamente. Para o acesso do financiamento estadual e federal, é preciso concorrer a editais públicos. Segundo dados da SENAD⁵¹, em 2017 registraram-se 54 entidades estaduais com contratos ativos com a federação, o que resultou em um repasse de aproximadamente R\$ 14 milhões. Esses editais apresentam critérios para o credenciamento das instituições aptas. E, posteriormente, é possível contratualizar os serviços a serem prestados conforme a necessidade da administração pública.

Focou-se, então, no acompanhamento de um edital de credenciamento de CTs para contratualização de vagas no Rio Grande do Sul. A partir do edital lançado, pôde-se explicitar quais eram as dimensões das negociações entre os atores envolvidos, bem como suas posições diante das ações de políticas públicas. Com isso, pretende-se compreender o que está em jogo nas novas orientações de políticas sobre o uso de drogas, considerado um problema de saúde pela Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019a).

Castro e Singer (2004, p. 14) enfatizam que as políticas permeiam “o equilíbrio relativo de poder entre forças conflitantes (ou seja, grupos sociais com interesses diferentes e por vezes opostos) em um determinado tempo e lugar”. Considerando a participação dos atores sociais

⁵¹ Este documento da SENAD foi acessado através dos representantes desta secretaria no âmbito estadual.

envolvidos na candidatura ao edital até o encaminhamento dos usuários às instituições, cabe evidenciar a posição dos atores, o que é negociado entre eles e como as políticas em questão se realizam. Sendo assim, ao analisar a operacionalização local do edital, apreendem-se os aspectos que envolvem os conflitos dessa implementação no âmbito das políticas públicas. Para isso, serão analisados os argumentos dos diferentes atores que se relacionam entre si durante a implementação do edital, bem como as situações analisadas a partir da prática etnográfica junto a esses atores.

O capítulo está estruturado em um rápido histórico dos financiamentos públicos das CTs no estado pesquisado, as etapas do edital analisado, os atores envolvidos nesse edital e, na sequência, se debruça sobre as dimensões de negociações entre esses atores antes, durante e depois da publicação de um edital de credenciamentos de CTs.

7.1 HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO ESTADUAL DAS CTs

No Rio Grande do Sul, foram lançados editais de credenciamento para as CTs, que determinaram a modalidade de parceria público-privada entre essas instituições e órgãos governamentais. Em 2009, foi aprovado o financiamento estadual para vagas em CTs através da Resolução nº 062/09 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito da Secretaria de Saúde Estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2009). Nela, instituiu-se dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, incentivos financeiros estaduais para o atendimento pelo SUS a usuários dependentes de álcool e outras drogas, em especial o crack, em CTs.

Segundo pesquisa no Diário Oficial do Rio Grande do Sul, dois editais foram lançados ainda em 2009, mas não foi divulgada publicamente a quantidade de instituições candidatas e consideradas aptas. O terceiro edital foi publicado em 2010. Participaram 23 entidades, sendo que 17 foram consideradas aptas. O quarto edital foi publicado em 2016. Participaram 63 entidades, sendo que apenas 7 foram consideradas aptas. E o último edital foi publicado em 2017, tendo 72 candidatas e 64 consideradas aptas. Para compreender o crescimento do número das instituições candidatas e de instituições aptas ao credenciamento ao longo dos editais publicados, cabe evidenciar quatro questões imbricadas.

Em primeiro lugar, há alteração no direcionamento das políticas de acordo com a visão dos atores sociais governamentais que as assumem. Diferentemente do contexto federal, não houve lançamento do edital anualmente. Os três primeiros editais concentraram-se entre 2009 e 2010, na sequência da aprovação do financiamento público a essas instituições. E somente após 2016 é que foram lançados mais dois editais. Percebeu-se, então, que os lançamentos dos

editais correspondem ao período em que os gestores estaduais eram favoráveis ao modelo centrado na abstinência, firmando parcerias de políticas públicas junto às CTs.

Em segundo lugar, considera-se que as políticas estaduais sobre drogas⁵² também refletem o jogo duplo estabelecido no campo político de disputas existente no contexto federal, em que há uma rivalidade entre qual modelo de tratamento deve guiar as políticas de saúde para os usuários de drogas: o da *redução de danos* ou aquele centrado na *abstinência*. Com isso, os próprios atores governamentais posicionavam-se a favor ou contra os modelos em questão, tendo consequências nos direcionamentos de políticas públicas.

Em terceiro lugar, os editais de 2016 e de 2017 foram lançados no mesmo governo, mas há diferenças entre eles. Como o primeiro teve poucas instituições consideradas aptas, os atores não governamentais pressionaram os gestores estaduais para que nos próximos editais mais instituições fossem aprovadas. Para essa pressão, foram usados meios formais e informais. Entre os formais, realizaram-se reuniões, eventos públicos e audiências públicas. Uma dessas reuniões aconteceu durante o *fórum estadual* das CTs, em que os atores sociais governamentais estaduais foram chamados a dar explicações sobre as motivações para não aptidão de grande parte das entidades. Entre os informais, consideram-se as conversas de corredor, os telefonemas fortuitos aos gestores e até utilização da rede de contato pessoal, conforme foi identificado na etnografia realizada junto aos atores.

Em quarto lugar, na influência do aumento das CTs credenciadas, considera-se que um novo ambiente político no contexto federal influenciou também a aproximação com os editais estaduais. Dentre essas mudanças, destaca-se que, anualmente, são lançados editais para credenciamento de vagas por meio da SENAD, do Ministério da Justiça⁵³, o que faz com que *dirigentes* de CTs estaduais também já tenham vagas contratualizadas com o nível federal e, consequentemente, tenham se instruído dos processos burocráticos para a parceria público-privada. A partir de dados solicitados à SENAD, tem-se que 45 entidades do Rio Grande do Sul tiveram o contrato renovado em 2016, em um total de 609 vagas financiadas. Destas entidades, dois terços participaram do edital de 2017. Com essa expertise desenvolvida no contexto federal, os atores não governamentais tiveram mais condições de moldar o último edital ao seu favor, mas também de se adequar a ele.

⁵² Consideram-se Políticas Públicas sobre Drogas, as políticas direcionadas a essa temática bem como aquelas com impacto indireto, como as políticas de saúde mental que versam sobre o atendimento de usuários de drogas.

⁵³ Conforme site do Ministério da Justiça (2018), foram contratadas 6.459 vagas em CTs por meio desses editais, chegando ao repasse de mais de R\$ 90 milhões. Ainda cabe destacar que, segundo os *dirigentes* de CTs, os editais federais eram menos burocráticos tanto em termos dos critérios de documentação para credenciamento, como durante a visita técnica realizada para contratualização das vagas nas instituições. Assim, havia uma demanda por parte desses atores de que os editais estaduais também se adequassem a esse modelo federal.

Outra mudança se deu em razão do aumento da articulação política dos atores não governamentais na arena política no Senado e no Congresso para buscar legitimidade das CTs nas políticas sobre drogas⁵⁴, o que permitiu conhecer caminhos e acessos para resolver as demandas de suas instituições. Por meio da ferramenta de busca do site do Senado Federal, tem-se que projetos e matérias sobre as comunidades terapêuticas foram pauta de discussão 318 vezes no Senado entre 2007 e 2017, e 59 vezes no Congresso Nacional entre 2012 e 2017. A maioria das matérias relacionadas a essa pauta eram projeto de lei, medidas provisórias e requerimentos.

E uma última modificação a ser destacada refere-se à estratégia da abertura da pauta sobre as CTs nos Ministérios da Saúde e da Cidadania⁵⁵. O objetivo era descentralizar as ações promovidas pelo Ministério da Justiça e buscar outros aportes de financiamento público que englobassem ações desenvolvidas pelas CTs. Essa articulação permitiu a aproximação com outros atores sociais governamentais simpatizantes da causa da CTs, sendo que, inclusive, alguns realizaram tratamento em CTs, e possibilitou compreender os aspectos burocráticos que poderiam ser acionados para a manutenção das CTs como política de Estado.

Assim, essas mudanças impactaram na relação entre atores não governamentais e governamentais. Os primeiros estavam mais articulados e inteirados dos processos burocráticos, e os segundos estavam mais alinhados e motivados para implementação do novo edital. Essa situação colocou o edital de 2017 como uma prioridade de governo; assim, atores governamentais acompanharam de maneira mais próxima cada passo para a contratualização das CTs, esclarecendo pontos burocráticos aos interessados, e até flexibilizaram itens que poderiam ser negociados durante o contrato.

Conforme os atores sociais governamentais, o grande número de entidades desclassificadas no edital de 2016 se deu por estas não apresentarem documentação coerente como previsto, o que mobilizou os atores não governamentais para que se adequassem ao edital de 2017. Então, para essa mobilização, as federações e os *dirigentes* de CTs reuniram-se com mais frequência a fim de se dedicarem de forma pormenorizada às questões do edital. Esses encontros se deram tanto no *fórum estadual* das CTs como em reuniões paralelas. A presença de atores governamentais estaduais da área da Saúde, Assistência Social, Segurança Pública,

⁵⁴ Essa busca da legitimidade se dava pela participação de audiências públicas para os esclarecimentos de pautas que envolviam as CTs, bem como a participação em frente governamentais para buscar financiamento público a estas instituições.

⁵⁵ Em relação ao Ministério da Saúde, caberia buscar o reconhecimento das CTs em meio à rede de atenção psicossocial, estabelecendo vínculos formais; a respeito do Ministério da Cidadania, o site do ministério (2019) informa que as CTs buscam a regulamentação das instituições e também a inclusão dessas instituições em ações de socialização dos *acolhidos*.

entre outros, privilegiando temáticas, mostrava-se fundamental para a compreensão dos atores vinculados às CTs a fim de avançarem na inserção dessas instituições nas políticas públicas. Eram eles que traziam informações sobre projetos vigentes, processos em andamento e possibilidades de parcerias público-privada.

Na perspectiva das federações estaduais das CTs, o excesso de “entraves burocráticos” do edital de credenciamento de 2016 foi o responsável pelo baixo número de entidades habilitadas. Assim, eles reivindicaram aos proponentes da área da saúde maior flexibilidade nos critérios para a aptidão das candidatas. Estabelecem-se, pois, discussões, negociações e acordos entre os diferentes atores sociais do *fórum estadual* que também colaboraram para a criação desse novo edital, como explica um dos participantes da Federação Redenção:

E a partir do fórum, então, começamos a pressão de que nós queríamos o edital pra contratação de vagas da CT. Se o governo federal está fazendo o dever de casa, o estadual fazendo o dele, os municípios já estão fazendo... Esse efeito cascata de coisas boas que veio do governo federal já está expandido as contratações de vagas [...] Voltamos a pressionar novamente, e o governo estadual então lançou mais mil vagas que agora dia primeiro de junho, agora esse mês, foi publicado o edital.

Entre esses atores sociais, há grandes tensões, mas igualmente há espaço para negociações, ajustes e acordos necessários que se estabelecem no credenciamento de CTs, na contratualização de vagas e a estadia dos usuários nessas instituições. A intensa presença dos atores vinculados às CTs também tensiona as políticas sobre drogas em direção ao modelo voltado para a *abstinência*. Muitas demandas das federações de CTs são contempladas no edital de 2017. Portanto, conclui-se que a posição do Estado em favor das CTs, aliada à participação e pressão política dos representantes das CTs, está materializada neste edital.

7.2 “FORAM MUITOS ENTRAVES ATÉ CONQUISTAR O NOSSO EDITAL!”

As instituições para as quais o edital se dirige são aquelas que:

[...] realizam *acolhimento* de pessoas em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas, com ambiente residencial, de caráter transitório e duração máxima de 12 (doze) meses ou durante período estabelecido de acordo com o Programa Terapêutico da Contratada (Edital de Credenciamento nº 01/2017 – SES/RS).

Para a candidatura, o edital de 2017 exigia tais documentos: requerimento em anexo, instrumento de procuração original, contrato social, CNPJ, RG e CPF do representante legal,

RG e CPF do procurador, alvará de localização, alvará de licença, declaração informando capacidade máxima e vagas disponibilizadas para contratualização, relação constando os profissionais, certidões negativas de débito, FGTS e Justiça do Trabalho e Programa Terapêutico. Esta documentação é analisada por uma comissão de atores governamentais estaduais a fim de considerar as CTs aptas para o credenciamento junto ao Estado. A comissão foi composta por representantes jurídicos, técnicos da saúde mental e de outras áreas da saúde, sendo definida atenciosamente pelos proponentes do edital.

As instituições aptas recebem uma “visita técnica” para possibilitar a contratualização de vagas nas CTs. Essa visita é decorrente do modelo de parceria público-privada estabelecido pelo edital, conforme previsto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que trata das normas e contratos com a administração pública. Seu objetivo é comprovar a capacidade técnica e das instalações do prestador de serviço. No caso do edital de 2017, essas visitas poderiam ser compostas por atores governamentais estaduais e municipais advindos da área da saúde mental e da vigilância sanitária.

Os técnicos da saúde mental contavam as camas disponíveis para conferir a quantidade de vagas que seriam ofertadas, observavam onde o usuário guardava seus pertences, se havia privacidade ao tomar banho e ao utilizar o vaso sanitário, se o local podia receber pessoas com deficiência, se o projeto terapêutico estava adequado à proposta do local, entre outros itens relacionados ao atendimento do usuário. Já os técnicos da vigilância sanitária conferiam os medicamentos, olhavam as datas de validade dos produtos de limpeza, reparavam se o local estava limpo, sem a presença de bichos domésticos, se os quartos eram arejados, se os eletrodomésticos da cozinha ofereciam segurança, se os alimentos estavam dentro da validade, dentre outras questões relacionadas às exigências de funcionamento da instituição. Caso houvesse adequações a serem realizadas, esses técnicos já orientavam os *dirigentes* e profissionais da CTs para se ajustarem à legislação prevista.

As instituições que recebem o parecer favorável dos atores governamentais estaduais após a visita têm um contrato com o estado publicado em Diário Oficial e, então, já podem receber usuários para o tratamento em suas dependências. Em caso de parecer desfavorável após a visita, cabe propor readequações para serem sanadas em novas visitas às instituições. Essas readequações são possíveis, uma vez que as instituições já foram consideradas aptas ao

credenciamento junto ao estado. O edital estudado previa o financiamento de mil vagas e teve 64 instituições aptas, possibilitando uma média de quinze vagas para cada instituição⁵⁶.

Tendo em vista que a estrutura burocrática do estado se divide em nível estadual e nível regional, enfatiza-se que cabe aos atores governamentais do nível regional a regulação das vagas dos municípios correspondentes ao território de abrangência. Logo, após a demanda dos serviços de saúde municipais por vagas em CTs, são esses gestores que analisarão os casos e mediarão os encaminhamentos de usuários juntos aos profissionais dos serviços de saúde, das CTs e do próprio usuário. Com o encaminhamento do usuário a CT, a instituição participa dos trâmites burocráticos para o recebimento dos usuários nas instituições e passa a integrar a RAPS (BRASIL, 2011c) no estado.

7.2.1 Atores envolvidos com o edital estadual

Durante o edital de credenciamento das CTs, destacam-se atores sociais implicados diretamente no processo, que se posicionam de maneira complementar durante a implementação dessa ação de política pública. São eles os atores governamentais e os atores não governamentais.

Os atores governamentais envolvidos com o edital são aqueles que lançam e acompanham cada passo de sua implementação como ação de política pública. São convocados a participarem do processo de implementação os atores governamentais do nível estadual, regional e municipal.

O edital é lançado pela Política Estadual de Saúde Mental, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Este setor é composto de um responsável na coordenação e uma equipe técnica, que conta com servidores concursados, contratados ou com cargos comissionados. Em sua maioria, a equipe tem profissionais de nível superior e com conhecimento na área de Saúde Mental – tanto pela formação como por meio da experiência. Parte dessa equipe dedicou-se inteiramente ao processo do edital – como difusão, orientações e esclarecimentos –, enquanto os demais atuavam em outras ações promovidas pelo setor. Nas CRS, também há uma equipe que se dedica à implementação do edital, conforme a política na região de atuação.

⁵⁶ Tendo em vista que as instituições candidatas ao edital dispõem de vinte a trinta vagas e o edital limita a porcentagem de vagas financiadas pelo Estado (ainda que se possa ampliar as vagas a cada ano de vigência do credenciamento), quinze vagas por instituição é uma excelente média.

Para operacionalização do edital nos municípios, conta-se ainda com atores governamentais do nível municipal. Os técnicos – servidores concursados, contratados ou com cargos comissionados – responsáveis pelas políticas de saúde vigentes estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). São eles que conhecem os serviços disponíveis no município, entendem as demandas de sua população e operacionalizam, de fato, os aspectos concretos das ações propostas pelo estado.

No caso do edital citado, os gestores municipais devem prover os alvarás para funcionamento das CTs, visitar o local e conhecer o funcionamento das instituições, acompanhar o cotidiano das CTs na rede de atenção psicossocial disponível e mediar situações de conflito entre serviços, profissionais e usuários em atendimento municipal. Portanto, a equipe técnica envolvida com o edital acaba sendo responsável também pelo acompanhamento da implementação da ação de política pública que insere as CTs entre os demais serviços de atendimento aos usuários de drogas.

Assim, mesmo que não haja um consenso sobre a preponderância do modelo voltado para *abstinência*, é preciso haver integração entre os atores governamentais dos diferentes níveis para garantir a efetividade da ação. É necessário, então, que os atores do nível estadual, regional e municipal estejam em diálogo constante e estabeleçam negociações durante o andamento do processo.

Os atores não governamentais envolvidos com o edital fazem parte da sociedade civil, defendem as CTs como tratamento mais apropriado para usuários de drogas e buscam a inserção dessas instituições nas ações de políticas públicas. Para isso, eles têm se mobilizado politicamente para pressionar o estado. As federações estaduais de CTs – denominadas como Esperança e Redenção – estão em contato direto com os atores governamentais do nível estadual. Como órgão representativo, e, também, político, são esses atores vinculados às CTs que se unem para “destrancar pautas” estaduais de interesse das CTs. Dessa maneira, eles vão participando das discussões sobre as legislações vigentes e, ao mesmo tempo, criticam o que não lhes favorece, propõem alterações nas redações e também realizam novas propostas de ações legislativas. Com isso, cada vez mais tem ficado evidente a possibilidade de inclusão das CTs em meio às políticas públicas vigentes.

O diálogo contínuo entre esses atores e os atores governamentais permite a institucionalização das demandas das CTs em meio aos canais de abrangência do estado. Esse contato resulta em legislações mais favoráveis às CTs, em editais de credenciamento mais flexíveis e na participação das CTs para além da área da saúde. Por exemplo, havia a proposta de relacionar a área da saúde e da justiça ao dedicar parte das vagas do edital de 2017 para

apenados que quisessem realizar o tratamento para se livrar do vício das drogas. Essa proposta estava em análise. Dessa maneira, reconhece-se que os atores vinculados às CTs acabam participando, de fato, da construção das práticas estatais ao atuar “nas margens do Estado” (DAS; POOLE, 2008) no contexto estadual.

Indo ainda mais além, podemos nos valer do conceito de “margens do Estado” para analisar como a sociedade participa e, também, constrói o Estado a partir dessa ocupação marginal. Para compreender onde se localizam as “margens do Estado”, as autoras nos explicam que elas:

[...] se situam no espaço da linguagem e da prática. Está nas margens o que se aceita como território de controle (e legitimidade) indiscutível do Estado que é considerada selvagem, incontrolada e refundando modos de instituir ordens e legislação ao Estado. Esses lugares não apenas territoriais, mas lugares de práticas nos quais as leis e outras práticas estatais são colonizadas de outras maneiras de regular que emanam das necessidades urgentes de quem as populações asseguram sua sobrevivência econômica e política (DAS; POOLE, 2008, p. 10).

As ações imbricadas entre os atores nas margens também podem conferir legibilidade perante o Estado e estabelecer-se como ação governamental. Como evidencia Schuch (2015), quando pensamos nas “margens” como espaços que também colonizam o Estado, a própria produção de legibilidade também é um espaço em que novas inscrições políticas são efetivadas. Dessa forma, a construção da legibilidade da CTs vai se dando por meio da ocupação dessas margens no campo político, em que se encontram atores vinculados às CTs e os atores governamentais. Cabe considerar, então, o fato de que as margens participam do Estado, como enfatiza Das e Poole (2004), para compreender os direcionamentos das ações de inserção das CTs nas políticas públicas.

O contexto estadual também é reflexo do contexto federal. Assim, evidencia-se que após 2010, quando se deu a instituição federal do “Plano Crack” (BRASIL, 2010), essa relação entre as CTs e o Estado se acirrou. Nesse sentido, além da participação dos atores não governamentais, ainda havia gestores governamentais favoráveis às CTs que foram importantes para a formalização dessas parcerias em um contexto de suposta “epidemia do crack”, como explicita o representante da Federação Redenção:

O programa “o crack é preciso vencer”... [...] Esse cara fez um trabalho fantástico. Em dois anos ele avançou doze anos da política do nível nacional. E aí foi que a partir dessas amarrações de leis, programa do crack então, o governo federal lançou um edital de contratação de vagas, e foram mais de dez mil vagas no Brasil. Coisa histórica que nunca tinha acontecido antes, entende? [...] A Portaria 3.088/2011 insere também as CTs na RAPS que é a rede psicossocial. Então aquela coisa de nós contra eles, eles contra nós, rompeu-se aí a partir dessas leis, agora nós somos da rede. Nós

sentamos na mesa para construir as políticas, do âmbito federal, estadual e municipal. Coisas que nunca aconteceu anteriormente.

Assim, o contexto federal favorável influenciou as relações entre atores também no contexto estadual. As novas legislações e a aproximações entre os atores não governamentais e governamentais evidenciavam as mudanças no direcionamento das políticas sobre drogas e a possibilidade de aumento de financiamento público a entidades não públicas para o tratamento de usuários de drogas.

7.2.2 As dimensões da negociação

As dimensões das negociações envolvem mudanças políticas, a posição dos gestores e a relação entre os atores em meio à participação das CTs na RAPS.

7.2.2.1 Entre os atores governamentais

A comunicação constante entre os atores governamentais mostrou-se fundamental para o processo do edital de CTs. O contato entre eles se deu por meio de capacitações sobre o edital, reuniões para resolver situações específicas e da participação constante em grupo de aplicativo de celular para sanar dúvidas pontuais.

Entre o nível estadual e o nível regional, deveria haver certa uniformidade, uma vez que os atores em questão eram funcionários estaduais. O nível estadual orientava como as visitas técnicas deveriam ser realizadas⁵⁷, mas eles reconheciam as limitações dos gestores do nível regional em relação à infraestrutura, ao contingente de mão de obra e à formação de pessoal. Assim, o acompanhamento do edital tinha implicações entre os atores governamentais do nível regional, gerando sobrecarga de trabalho, aumento de gastos públicos para os deslocamentos dos servidores, insegurança dos gestores regionais em como conduzir a implementação do edital e até tensões entre os pontos de vista dos atores sobre o modelo de tratamento para usuários de drogas vinculados às CTs.

Entre o nível regional e o nível municipal, precisava ser negociado o atendimento integral dos usuários pela CT, responsabilizando os municípios por eles. Ainda que o município ganhasse mais uma modalidade de tratamento para usuários de drogas, os atores do nível

⁵⁷ O principal meio de orientação se dava através de um roteiro produzido pela equipe técnica do nível estadual que contemplava as exigências da RDC nº 29/2011, da Anvisa, e a Portaria nº 591/2013, do Rio Grande do Sul, para a fiscalização dessas instituições.

municipal entendiam que o edital implicava sobrecarga de trabalho, custos para o município, reorganização da RAPS e tensão ao manter o contato com profissionais e *dirigentes* de CTs.

Essas tensões entre profissionais dos serviços de saúde e das CTs evidenciavam as preferências pelo modelo de tratamento a ser adotado enquanto gestão pública, de modo que a redução danos e a abstinência eram percebidos como modelo opostos. Alguns profissionais não concordavam no encaminhamento dos usuários para serviços nas CTs, questionando a demanda realizada e deslegitimando esse modelo de tratamento voltado para a abstinência. Logo, apesar dessa tensão entre os pontos de vistas dos profissionais municipais, a política do estado em inserir as CTs na rede era pouco afetada.

Os gestores regionais relatavam que recebiam pedidos dos profissionais municipais para *acolhimento* de usuários de drogas em CT. Os profissionais do nível municipal desejavam encaminhar para as CTs usuários de drogas que não conseguiam se afastar delas a partir dos serviços disponíveis, de modo que as CTs eram vistas como a última alternativa para eles não morrerem. Essa também era uma demanda dos familiares dos municípios. Assim, os gestores do nível regional recebiam essas demandas e refletiam a partir dela, como nos conta um desses técnicos:

Se eu tenho um município que... Eu procuro olhar. [...] Quais são os municípios que mais estão nos pedindo vagas de CTs? Quem são esses municípios? E tento olhar pra estes... Às vezes são municípios que têm uma complexidade de cuidado bem grande e estão pedindo vaga de CTs [...] Tudo bem, pode pedir, não tem problema: mas a gente tem que olhar pra esse dado, né? [...] Esses dias eu vi um questionamento de uma colega de uma outra regional assim: “Tá, mas eles estão indo pra lá... É só pra ficar em abstinência, para manter a abstinência?” Alguns sim. Alguns precisam disso... O serviço diz pra nós: “Ele precisa da CT porque ele está em abstinência. Ele precisa manter a abstinência.” Simples assim. Mas não é só manter a abstinência: tem que manter a abstinência, mas mudar atitudes, mudar a relação dele, tentar pensar a relação dele com a substância, né? Então tem várias coisas que se a gente tiver interesse, desejo, vontade e pernas pra fazer, tem um monte de coisa pra fazer.

Por isso, os atores regionais entendiam que o edital oportunizava disponibilizar as vagas demandadas pelos profissionais municipais, mas também repensar a rede de serviços instalada para esse público-alvo.

Nesse sentido, uma das estratégias utilizadas pelos técnicos do nível regional para superar esta disputa entre os modelos existentes foi convidar os profissionais do município para realizar em conjunto as visitas técnicas do edital. Os gestores regionais esperavam que a visita às CTs permitisse aos profissionais municipais conhecer seu funcionamento, manter contato com os *dirigentes* e *monitores* da instituição e até mesmo discutir os casos entre eles para promover atenção em saúde, como orienta o SUS.

Através dessas visitas, muitos profissionais dos municípios acessaram as CTs pela primeira vez, o que evidenciava um desconhecimento sobre essas instituições. Assim, por conta do edital, oportunizava-se a apresentação destas aos funcionários públicos. A partir da etnografia, foi possível identificar a surpresa dos profissionais ao visitarem as instituições. Em alguns momentos, encantavam-se com a estrutura oferecida; em outros, percebiam com desdém a falta de profissionais de saúde atuantes nelas; também olhavam de modo comparativo entre o que o município realizava e algumas ações das instituições. Por exemplo, algumas oficinas terapêuticas e grupos de usuários e familiares oferecidos pelas CTs também aconteciam nos CAPS. Entretanto, os gestores regionais consideravam essas visitas como “algo positivo” para discutir e qualificar a rede de serviços de saúde do município.

Mas essa visita junto de gestores municipais também tinha a intenção por parte dos gestores estaduais de valorizar a expertise do município em relação às particularidades locais para as negociações entre os atores envolvidos com o edital. Assim, um dos técnicos do nível regional entende que essa relação é fundamental, como afirma abaixo:

E quando tu fazes isso em parceria com o município e com o estado... eu não acho que possa ser feito de outro jeito! Acho que tinha que ser feito assim, porque a competência da fiscalização é do município, mas o estado faz o monitoramento... Então tinha que ir junto. E foi muito importante, porque teve situações que realmente nós tivemos de estar com o município para poder intervir numa situação que não estava de acordo.

Essa ação conjunta dos atores governamentais estaduais e municipais nas instituições credenciadas também era feita em nome da qualificação da rede de serviços públicos para os usuários de drogas. Um dos técnicos do nível regional enfatizava na conversa com gestores municipais que a vaga não era da CT, e sim uma “vaga do SUS” a fim de que se percebesse a importância da atuação em conjunto dos atores envolvidos com o edital na atenção do público-alvo. Desse modo, negociava-se a entrada das CTs na rede de serviços locais.

Entretanto, havia questões que não eram consideradas negociáveis. Por exemplo, a coordenação do nível estadual orientava a implementação da ação prevista no edital; porém, se houvesse problemas, esses próprios técnicos estavam dispostos a resolvê-los a fim de garantir a implementação do edital. Se os pareceres do nível regional não fossem favoráveis para a contratualização de vagas das CTs já credenciadas, os técnicos do nível estadual realizariam novas visitas técnicas, negociando as adequações das instituições. Ou ainda, se os profissionais do município criassem dificuldades para encaminhamento dos usuários às CTs, também poderiam ser marcadas reuniões junto aos técnicos do nível estadual para retirar essas barreiras.

Esses eram os acordos estabelecidos nas reuniões semanais entre os atores estaduais para garantir o andamento da implementação do edital.

O que parece estar em jogo nessas negociações entre atores governamentais é o papel do Estado no tratamento dos usuários de drogas. Para uns, o investimento na parceria público-privada nessas instituições configura-se numa aposta de novas ferramentas no âmbito das políticas públicas com o argumento de resolver o “problema das drogas” na saúde pública. Um gestor estadual fazia defesa da inserção das CTs na rede de serviços públicos com veemência:

Elas são o melhor instrumento, a melhor tecnologia para manter a abstinência de drogas, para estabelecer um início de reabilitação psicossocial. [...] A pessoa que é dependente químico... Quando ela está em surto, e ela é internada... Tradicionalmente, se diz que ela desintoxica. Ela elimina todas as drogas que estão no seu organismo e, então, se motiva para um tratamento mais longo. Aí é que entra as comunidades terapêuticas.

O tratamento nas CTs seria enfatizado como potente para “manter a abstinência”. Essa perspectiva alia-se à visão corrente do modelo biomédico no campo psiquiátrico nos séculos XIX e XX (FARIA; SCHNEIDER, 2009) até hoje em dia. Para isso, a abstinência deve ser meta para uma doença relacionada ao uso de drogas que é considerada crônica, recorrente e incurável. Logo, a abstinência das drogas promulgada por essas instituições resulta em uma ideia de resolução dos problemas das drogas. Ou seja, quanto mais usuários não usarem drogas, mais eles estariam longe dos problemas a elas relacionados. Em termos de políticas de saúde, o argumento de afastar os usuários das drogas por longo tempo significa pensar que eles estão livres desse problema de saúde. Com isso, a CT reconhecida como nova ferramenta pode gerar uma expectativa de solução para aqueles que usam drogas.

Nesse sentido, as CTs são promovidas como aparelho que solucionará os problemas individuais, mas também sociais – como furtos, roubos e violência – relacionados ao uso de drogas. Essa estratégia utilizada pelos gestores estaduais visa sanar as questões decorrentes dessa situação. Assim, o argumento utilizado pelos gestores estaduais em relação às vagas contratualizadas com o estado no edital de 2017 mostrava-se inovador e visava garantir a manutenção da abstinência entre os usuários.

Ao mesmo tempo, os gestores estaduais evidenciavam em reuniões entre atores governamentais as falhas dos governos anteriores. Para eles, foi deixado de oferecer serviços de longa duração no tratamento dos usuários de drogas, criando um “buraco” no atendimento dessa população-alvo. Como explica um dos gestores:

O Estado compra vagas na rede de comunidades terapêuticas, porque a população é carente. Não tem como pagar o custo. E nem existe mais internação psiquiátrica de longa duração. Então, o Estado compra. Nós assumimos tinha cem vagas compradas. Porque no governo anterior havia uma ideologia que não considerava com bons olhos as comunidades e achava até que eram ‘minicômios’. Pequenos manicômios, como sabe essa acepção ideológica, manicômios era um espaço destinado à saúde que as pessoas ficam nenhuma assistência, jogados, abandonados, às vezes, explorado, etc. Então graças a isso tinha cem vagas. O edital que saiu esses dias, no caso, tem mil vagas.

Para outros, o investimento do Estado deveria ser reforçado nos serviços públicos existentes, contemplando aquelas instituições voltadas para o modelo de *redução de danos* e não incluindo serviços privados. Nesse sentido, essa perspectiva dos atores governamentais também envolvia a disputa entre o modelo da *redução de danos* e da *abstinência*, o que gerava tensões entre eles.

Na realidade, esses dois modelos coexistem na rede de atenção psicossocial (BARROSO, 2013), mas há um cabo de força entre os atores – governamentais e não governamentais – aliados a cada modelo: dependendo do jogo político, cada vez “puxam” o cabo para um lado ou para o outro. Essa situação do campo reflete no direcionamento das legislações e editais que são criados no âmbito das políticas públicas para garantir repasses de recursos públicos aos serviços que atendem aos usuários de drogas.

Nesse sentido, as ações de políticas públicas colocavam em conflito profissionais dos serviços municipais vigentes e das CTs com vagas contratualizadas, ainda mais porque todos esses serviços disputavam os mesmos recursos públicos da área da saúde mental do estado. Com o edital de 2017, ficou evidente que essas instituições têm conseguido conquistas significativas do estado. Segundo entrevista do gestor estadual para o site da Federação Esperança, o investimento será de 1 milhão de reais por mês, somando 12 milhões de reais por ano.

Entretanto, com a obrigatoriedade da implementação do edital estadual, coube aos técnicos do nível regional atuarem como mediadores dessas tensões entre o nível estadual e municipal. Por meio das visitas técnicas em conjunto, foi possível estabelecer medidas para qualificar a rede oferecida no tratamento de usuários de drogas. Um desses técnicos do nível regional reconhece essas negociações como parte do seu trabalho, conforme explica abaixo:

Esse é o meu trabalho: é tentar fazer com que essas todas CTs que a gente contratualizou, pelo menos nesse pedacinho [regional], que a gente consiga qualificar. E fazer uma discussão via estado disso. A gente tem condições de fazer essa conversa comprida. Já que contratualizamos mil vagas, vamos qualificar as nossas tantas possíveis mil vagas que se tem, entende? Eu não consigo, assim... “Ah, mas não dá!”, pois eu acho que dá pra conversar. Eu sempre acho que dá pra conversar. Sempre acho.

[...] Nós temos que nos juntar pra enfrentar essa situação, porque a gente acaba dando um peso, uma importância maior e depois criticando o peso que a gente dá.

Utilizar o termo “conversa comprida” como categoria de análise que permeia as negociações entre os atores envolvidos com o edital pode ser “bom para pensar” nas questões levantadas sobre financiamento público das CTs. Esse termo nos ajuda a compreender as práticas, os argumentos e acordos estatais para implementação da ação de política pública.

7.2.2.2 Entre os atores não governamentais

Os *dirigentes*, profissionais e *monitores* de CTs do estado pesquisado atuam gerenciando suas instituições e participando pontualmente das discussões de políticas públicas da região. Essas participações se dão através dos Conselhos Municipais que enfocam a questão das drogas, de audiências públicas relacionadas com o tema de atuação e mesmo de reuniões com atores governamentais para expor necessidades ou responder esclarecimentos sobre o funcionamento das CTs. Porém, essa atuação política acaba limitada devido ao cotidiano de atendimento nas instituições. Assim, esses atores focam suas práticas nas CTs para atender a casos diagnosticados pelos profissionais de saúde da região de sofrimento severo, como explica um *dirigente* de CT:

Quando a gente avalia... “Quanto que tu usas? De quanto em quanto tempo que tu usas?” A maioria era: Sempre, todo dia, toda hora, de dia e de noite. Esse é um caso que a gente vê de dependência severa que precisa então de uma intervenção de longo prazo. Que é o caso das internações em comunidade terapêutica. [...] Porque ela não consegue se manter abstinente fora. Ela já não consegue se manter com a família. Ela não domina mais os impulsos dela. Ela praticamente vive a vida dela toda em função da drogadição! Aí é perda de filhos, é perda de família, e as consequências que isso traz. [...] Quando elas chegam até nós, na maioria das vezes, é porque elas já tentaram várias coisas né...

Já os representantes das federações de CTs conseguem se dedicar inteiramente à atuação política no âmbito estatal. São eles que buscam o reconhecimento das CTs como uma forma legítima de tratamento dos usuários de drogas, visam abarcar conquistas legislativas estaduais e têm como objetivo formalizar as práticas dos *dirigentes*, profissionais e *monitores* de CTs. Apesar de haver divergências entre as duas federações CTs estatais, prevalece a luta em comum construída na mobilização em conjunto.

Quando surgem desavenças, os líderes de cada federação expõem suas opiniões vinculadas às posições demarcadas, realizam os esclarecimentos necessários e dão continuidade à pauta comum, por meio do lema “juntos somos mais fortes”. Através do *fórum estadual*, os

atores atuantes em CTs ocupam os espaços políticos, propõem reuniões com gestores estaduais, expõem suas demandas de financiamento público, de modo que esses atores vão aprendendo e utilizando os trâmites burocráticos estatais para conquistar os seus interesses. Essas aprendizagens fazem com que se reconheça a necessidade de mudanças nas concepções e práticas das CTs para permitir que essas instituições sejam inseridas na rede de atenção psicossocial.

Em relação à questão legislativa, foi preciso criar em conjunto parâmetros possíveis dentro do modelo de CT, buscando padronizar o funcionamento das instituições e demarcar a diferença entre elas e as clínicas. Então, no nível estadual, as federações organizaram-se com seus filiados a fim de criar uma legislação específica, que permitiria a manutenção de sua existência em conformidade com a lei.

Essa negociação ocorreu em 2008, quando foram definidos os critérios estaduais para fiscalização das CTs (RIO GRANDE DO SUL, 2008). Este Regulamento Técnico Estadual, que definia as exigências mínimas para o funcionamento dos serviços de atenção aos dependentes de substâncias psicoativas, havia sido objeto de análise, crítica e demanda desses atores não governamentais para o estado, sendo revisado e atualizado pelos atores governamentais. Após a negociação dos itens pertinentes entre os representantes das federações com seus filiados, cabe, então, às próprias federações levarem a proposta do documento para os gestores, como explica um dos participantes da Federação Redenção:

Então, pela federação nós já começamos a destrancar essas pautas. Por exemplo, nós tínhamos aqui a Portaria nº 430/2008 no estado, que ela era muito rígida para o funcionamento de uma CT... Aí também me ajudou um pouco o mandato [de vice-prefeito]. Eu encaminhei um ofício para o governador na época pedindo que nós precisamos revogar essa portaria e construir uma nova. De acordo com a realidade, mais próxima, melhor dito, da realidade das CTs. Foi o governador na época que nos encaminhou pra saúde mental. Aí tivemos cinco encontros entre os técnicos da federação com os técnicos da saúde mental. E a gente construiu então a portaria 591 que já foi bem mais objetiva e dialogando mais com a realidade das CTs.

Todas essas reuniões e encontros entre atores vinculados às CTs e atores governamentais permitem diálogos para ajustar sobre as possibilidades de as instituições realizarem a parceria público-privada, mas também de qualificar os profissionais envolvidos, saber das adequações necessárias e de se preparar para a vigência do edital. Ao mesmo tempo, enfatiza-se que há também um processo de higienização das práticas relacionadas ao tratamento dos *acolhidos* no âmbito das CTs, e algumas práticas passam a não ser mais aceitas. Essas mudanças são adaptações necessárias para se enquadrar nas normas legais de financiamento público.

Antes mesmo da publicação do edital, algumas informações já circulavam entre os atores não governamentais. Havia forte cobrança por parte dos *dirigentes* de CTs em relação aos representantes das federações de CTs para ampliar as possibilidades de participação no edital. Algumas demandas eram levadas pelos representantes das federações, mas outras mais radicais eram apenas comentadas como algo que poderia ser repensado no futuro.

Os *dirigentes* de CTs acessavam os representantes das federações para sanar as dúvidas sobre o edital, de modo que essa relação também se constituía como um processo de aprendizagem conjunta sobre os trâmites burocráticos para inserção das CTs nas políticas públicas. Quando as próprias federações tinham dúvidas acerca de aspectos do edital, valiam-se de consultores jurídicos ligados a elas e mesmo do contato direto com a coordenação estadual, como explica um dos participantes da Federação Esperança:

Se o edital está muito complicado para ler, então vou simplificar, que aí o pessoal pega e não precisa gastar tempo de ler e interpretar o edital. [...] Aí a gente recebe os questionamentos, o que eu posso responder eu respondo. O que eu não posso eu dirijo ao setor jurídico do estado, eles me orientam e eu informo o pessoal. Como hoje de manhã que tinha algumas questões eu precisava de deixar mais claro e mais simplificado.

Por um lado, as negociações entre os atores não governamentais permitiam alinhar aspectos relacionados às questões legislativas, os termos utilizados para identificar as CTs e as práticas no interior das instituições, que deveriam se adequar às orientações das políticas de saúde. Por outro, não se deveria relativizar a importância da inserção das CTs nas políticas públicas. Ainda que alguns *dirigentes* reclamem das exigências dos editais, da demora no pagamento das estadias realizadas e da dificuldade de se relacionar com os profissionais de outros serviços da rede pública, os representantes das federações mobilizam-se para essa pauta ir adiante.

Sendo assim, parece estar em jogo entre os atores não governamentais como buscar o reconhecimento e a legitimidade do modelo de CT nas políticas públicas. Para isso, é preciso repensar o modelo de CT, alterar a legislações vigentes, readequar práticas no tratamento e unir-se entre si, pois eles querem ser vistos, reconhecidos e compreendidos.

O diálogo entre federações, *dirigentes*, profissionais, *monitores* e apoiadores de CTs consolida-se como um esforço para que haja a inserção e a manutenção das CTs nas políticas públicas, sendo esse um resultado concreto do esforço empreendido. O edital analisado colabora nesse movimento não só com os gestores, mas principalmente entre os atores não

governamentais: mesmo que o edital tenha sido lançado, há um processo de negociação a ser construído primeiro entre eles, e depois com os atores governamentais.

7.2.2.3 Entre os atores governamentais e não governamentais

Após estudar os alinhamentos entre os próprios atores, faz-se necessário agora compreender como se relacionam os atores governamentais e não governamentais. Esses diálogos permitidos entre eles por meio dos editais modificam o modo como o *adicto em recuperação* é percebido pelo Estado. Um dos representantes da Federação Esperança destaca que, antigamente, ele seria percebido apenas como uma pessoa que consumiu drogas, que é um fraco, um desviante. Mas justamente por se exporem em conjunto no debate público sobre a questão das drogas, mostrarem a sua trajetória de recuperação após passar por tratamento em CT, apresentarem sua doença incurável e continuarem buscando se manter em sobriedade, eles sensibilizam os gestores. Através da atenção conquistada, os *adictos em recuperação* passam a ser ouvidos pelos atores governamentais que levam em consideração suas propostas na hora de submeter ações de políticas públicas aos usuários de drogas. Este participante da Federação Esperança aborda mais claramente esta questão:

As comunidades terapêuticas esperaram trinta anos por um momento como esse. [...] A gente estabeleceu um diálogo profícuo e de igual pra igual com a secretaria de saúde do estado, desenvolvendo até um projeto de vagas públicas pra *dependentes químicos*. Isso pra mim que estou há vinte quatro anos nessa jornada... Há vinte anos um agente público não receberia um indivíduo que viesse de uma comunidade terapêutica, porque o entendimento ainda era muito moralista. Hoje ainda nós temos um entendimento muito mais pelo viés da saúde, e isso nos fez avançar. Não só na política regional como na política nacional. Hoje a comunidade terapêutica é uma política de Estado.

Com isso, os atores vinculados às CTs conseguem apresentar suas demandas, mas também orientar o Estado sobre suas especificidades, de modo que essas instituições passam a ser conhecidas pelo trabalho que realizam com os usuários de drogas. Os diálogos possibilitados por meio do edital permitem reforçar a legitimidade do processo que envolve o financiamento público das CTs. Desta forma, os próprios atores governamentais reconhecem a importância dessas trocas para editais destinados às instituições, pois cabe compreender o funcionamento das CTs para que elas possam participar dos editais para parceria público-privada. Essa conjuntura é reconhecida por um dos técnicos no nível estadual:

Então, nós temos também além da ampliação das vagas tem feito parceria com as federações de comunidades terapêuticas. Então hoje nós conhecemos um pouco da rede que essas federações regulam, acompanham, e promovem, dirigem né. [...] elas são o canal, todos esses editais, toda essa política é discutida com eles.

Há inúmeras negociações entre esses atores que balizam a inserção das CTs nas políticas públicas, mas também limites que informam o raciocínio empregado pelo Estado. No edital analisado, houve discussão entre esses atores antes, durante e após implementação dessa ação de política pública. Serão evidenciados alguns desses pontos, começando pelo lançamento do edital até o pagamento das CTs após a estadia dos *acolhidos*.

Coube discutir entre os atores em questão os ajustes aos critérios documentais para o credenciamento das CTs, de modo que ambos os atores reconheçam que esse novo edital destoava dos anteriores. Para os técnicos do nível estadual, ele estava mesmo “mais simples, mais claro e mais objetivo”; para os atores não governamentais, estava mais adequado “à realidade das CTs”, o que já comprovava esses ajustes que vinham sendo negociados.

Alguns documentos exigidos no edital anterior deixaram de fazer parte deste edital. Comparando essa documentação prevista nos dois editais, foi retirada a exigência do croqui da área física, do organograma da instituição, do fluxo de trabalho com a rede e o parecer da Secretaria Municipal de Saúde recomendando a inclusão do serviço. Este último item é considerado estratégico, conforme explicitado pelos atores não governamentais, porque havia muitos técnicos nos municípios que se alinhavam ao modelo de redução de danos e consideravam que as CTs não cumpriam os requisitos mínimos para participar da rede de atenção psicossocial; por isso, não forneciam o documento esperado pelo edital no tempo exigido.

Outro ponto relevante foi a possibilidade de entregar a fotocópia da procuração da instituição, a exigência de explicitar a finalidade institucional no contrato social de acordo com o presente no edital e de apresentar a ata da eleição do representante legal. Essas mudanças legais foram importantes para explicitar claramente os responsáveis pelas instituições, evidenciar a regularidade de seu funcionamento e permitir a reunião dos documentos com mais agilidade e sem depender de outras instâncias que podiam concordar ou não com o modelo pelo qual as CTs estão vinculadas.

Após a publicação das CTs aptas para o credenciamento, outra gama de negociações tem lugar nas visitas técnicas realizadas às CTs. Os atores governamentais, tanto das regionais como dos municípios, dividiam-se entre representantes da área da saúde e da vigilância sanitária, e então observavam questões complementares durante essas visitas.

Os primeiros focavam principalmente na programação cotidiana prevista, nos atendimentos com os profissionais disponíveis, nas práticas de *acolhimento* dispensadas, na relação do *acolhido* com o ambiente externo, na incorporação da família durante o tratamento, na qualidade da equipe profissional disponível, na privacidade do *acolhido* durante a estadia, nas estratégias utilizadas para resolver situações adversas e no tratamento individualizado considerando as particularidades deste. Com isso, também eram observadas as condições das instituições para atender a deficientes físicos e os critérios de cada CT para o aceite de usuários com diferentes perfis, considerando a idade, o sexo, se é fumante, se tem referência familiar, qual religião, entre outros aspectos. Essa caracterização feita pelos atores governamentais permitia compreender as potencialidades de cada instituição para o benefício dos usuários.

Os segundos conferiam aspectos em relação às normas sanitárias considerando tanto resoluções federais quanto portarias estaduais voltadas para fiscalização desses estabelecimentos. Os principais aspectos observados referem-se à estrutura física (limpeza, circulação de ar, tamanho, sinalizações, questões de segurança, instalação elétrica, entre outros), aos documentos institucionais (relacionados tanto ao funcionamento da instituição, como aos vínculos dos profissionais), ao controle de qualidade da água, ao armazenamento de alimentos, à dispensação dos medicamentos, à qualidade dos produtos de limpeza e ao manejo de animais na instituição (algumas criavam porcos, cavalos, galinhas, etc.).

Nesse momento, os atores governamentais verificavam os itens pertinentes, mas também instruíam os *dirigentes* das instituições em como proceder durante a parceria público-privada, apresentavam a rede de serviços disponíveis no município e evidenciavam aspectos fundamentais previstos no SUS. Quando os *dirigentes* demonstravam “boa vontade para melhorar”, havia uma tolerância para a contratualização de vagas e a continuidade da inserção da instituição na rede em questão. Ao mesmo tempo, era durante a visita que os atores governamentais conheciam as especificidades de funcionamento das instituições, aproximavam-se do funcionamento do modelo das CTs e buscavam conciliar a realidade vista com as demandas da rede de saúde. Logo, no momento das visitas eram estabelecidos acordos entre estado, município e instituição que consolidavam a inserção das CTs na rede psicossocial.

E, no encaminhamento dos usuários, as negociações entre eles visavam compatibilizar o perfil dos usuários com o perfil das instituições contratualizadas a fim de proporcionar melhor adaptação durante o tratamento previsto. Para isso, as CTs deveriam utilizar documentos formais conhecidos na rede de saúde a fim de se ajustar aos trâmites burocráticos da circulação de paciente nos serviços disponíveis na região. Esses documentos de encaminhamento envolvem os gestores estaduais, municipais e os profissionais de CTs. É neste momento que

será colocado em prática o que foi negociado e ajustado durante a “conversa comprida” na visita técnica, como explica um ator governamental do nível regional que coordena os encaminhamentos:

O serviço de saúde me solicita vaga. Eu vejo onde temos. Mesmo assim eu faço uma leitura do documento de referência que vem junto nesse pedido do município, avalio esse documento de referência. Se eu tenho alguma dúvida dos registros que eles colocaram ali, eu ligo para o serviço para saber exatamente o que está acontecendo ali, o que eu não entendi... Se tudo ok, se eu acho que tá ok o documento de referência... Eu acho que a ideia é qualificar a indicação, poder fazer uma discussão do caso. [...] Então são cuidados que a gente tem que ter, principalmente nas condições clínicas, dos usuários... [...] A gente precisa questionar e problematizar antes do ingresso. E o documento de referência tem que servir para isso. Eu costumo dizer para os serviços de saúde e para as CTs: o documento de referência é a fotografia desse usuário. Eu tenho que olhar para a fotografia. Eu tenho que saber quem é. Porque só por ali que vocês vão saber quem é que vocês estão encaminhando e recebendo.

Então, os profissionais de CTs também vão se apropriando dessa linguagem comum corrente entre os serviços de saúde vigentes e surpreendendo até mesmo os atores governamentais. Como aprendido nos cursos das federações, os conceitos e as práticas da *verdadeira* CT vêm à tona na relação com outros atores. Os atores governamentais reconhecem que essas trocas de saberes com os profissionais de CTs têm facilitado seu trabalho de regulação dos usuários, até mesmo qualificando os serviços da rede de atenção psicossocial:

Eles também têm um saber que me facilita a vida em muitas situações. Eu aprendo todos os dias com esses meninos. Eu lido com esses meninos *monitores*, que fazem uso dessa – que regulam as vagas comigo, né. Eles lá e eu aqui. Eu estou encantado de ver a motivação e o interesse desses meninos que eu sei que participaram do programa das CTs, estão ali como *monitor* agora e estão desempenhando uma função administrativa na comunidade terapêutica. E todo interesse de mudar o jeito de serem vistos pelos serviços de saúde. E eles me trazem questões do serviço de saúde que eu fico pensando. “Mas, o senhor acha que aquele rapaz tinha que estar aqui?”. Tu entendes isso? Eles fazem essa conversa comigo! Quando o usuário vai desistir, primeiro tem aquilo: vai abandonar ou não vai abandonar? Se vai abandonar, então eu sempre digo: “Olha, o cara não pode sair daí sozinho. Tu tens que contatar com o serviço de saúde dizendo que o cara está abandonando, que ele vai levar o contrato, o documento de contratransferência e que venham buscar. Ou que a família ou o serviço vá buscar. E eles ligam né. Tem lá o responsável técnico pelo usuário. E eles vão atrás e eles discutem o caso...”

Para qualificar ainda mais essa relação, alguns atores governamentais do nível regional se dispõem a realizar reuniões sistemáticas para discutir as dúvidas pontuais, as dificuldades encontradas no processo e afinar novos acordos necessários.

Entretanto, há itens não negociados entre esses atores, principalmente aqueles evidenciados pelos atores governamentais que buscam empregar a lógica do Estado. Os aspectos exigidos por eles referem-se à separação entre os sexos (masculino e feminino) e entre

as faixas etárias dos usuários (adolescentes e adultos), avaliação médica do usuário antes do encaminhamento para as CTs e o manejo de documentos que registrem atividades dos usuários na instituição, bem como justifiquem o pagamento da estadia. E os *dirigentes* de CTs adaptam-se aos ajustes propostos; entretanto, para que o modelo de CT não perca suas origens, discutem entre si sobre como manter a convivência entre os pares, disciplinar os comportamentos, propor atividades cotidianas para manutenção da instituição e trabalhar a espiritualidade.

Sendo assim, o que parece estar em jogo nas negociações entre os atores governamentais e atores não governamentais através dessa “conversa comprida” é a construção da legitimidade das CTs no âmbito das políticas públicas. Mesmo que a burocracia estatal imponha certas condições a essas instituições para conceder financiamento público, também é preciso abrir concessões para incluir as CTs na rede de serviços vigentes. Dessa forma, o edital mostra-se como um meio pelo qual as perspectivas desses atores tenham de se encontrar e ajustar-se sob o argumento de que é preciso diminuir o sofrimento dos usuários de drogas.

Por exemplo, em uma das visitas técnicas, alguns atores governamentais comentam que a instituição parece uma “espelunca”, em contrapartida um dos *monitores* da CT explica que “para quem não tem nada e vivia na rua, ali é o paraíso!”. O que estava sendo negociado entre eles se relacionava aos parâmetros dos profissionais das instituições oferecidas e os parâmetros exigidos pelos atores governamentais. Nesse sentido, estes atores demandavam um outro olhar para os *acolhidos*. A grande questão era: por quais situações os *acolhidos* passavam antes que não podem mais passar? Ao que parece, condições mais precárias eram oferecidas pelas CTs por falta de recursos das instituições, mas também por considerar os usuários de drogas menos humanos, como fala Fonseca e Cardarello (1999), para refletir sobre a construção de categorias que definem os “direitos dos mais ou menos humanos”. Como os usuários de drogas carregam o peso moral do “desvio”, eles não mereceriam muita coisa e poderiam até passar situações constrangedoras. Um dos *dirigentes* CT chegou a enfatizar que, para quem morou na rua, passou fome e sentiu frio, qualquer teto, com comida e cobertor, como os oferecidos pelas CTs, era o “paraíso”.

Mas, com o financiamento público para as vagas das CTs, os *acolhidos* passavam a ser “pacientes SUS”, o que lhes deveria dar um outro status em termos de direitos. Assim, as federações queriam elevar e melhorar ainda mais essa estadia nas instituições, fazendo valer os direitos humanos dos *acolhidos* em sua integridade, conforme propõe a Constituição de 1988 e do próprio SUS. Portanto, a participação no edital forçava a construção de uma nova categoria para os *acolhidos* em questão, de modo que seria preciso elevar a condições oferecidas pelas instituições como previsto no contrato estatal.

Parece haver um “sentimento moral” (FASSIN, 2012) de caráter humanitário nas negociações estabelecidas enfocando a população-alvo dessas políticas públicas. Ainda que haja tensões entre as perspectivas dos atores envolvidos, cabe buscar mediações possíveis, ajustes necessários e compreensões latentes a fim de estabelecer práticas legítimas durante a inserção das CTs na rede psicossocial. Desta maneira, o Estado concede essa inserção apostando no modelo para abstinência a fim de acabar com sofrimentos dos usuários de drogas, mas também os atores não governamentais se adaptam, se atualizam e formalizam suas práticas.

7.2.3 A importância da conversa comprida durante o edital

Ao explicitar o que é negociado e o que não é entre os atores envolvidos com o edital para contratualização de vagas em CTs, cabe considerar a categoria “conversa comprida” como um atributo por meio do qual essas relações se estabelecem. Ao mesmo tempo, enfatiza-se que a conversa comprida também é acelerada e acalorada a partir de determinados eventos que permite avançar as políticas públicas numa direção ou em outra.

Com a proximidade entre os atores sociais governamentais e os atores vinculados às CTs desde o envio da documentação para o edital até o encaminhamento de usuário às instituições, essa conversa comprida alinha-se, permite qualificar a rede de serviços disponíveis e amenizar o sofrimento dos usuários de drogas. Para os atores governamentais, é preciso exigir as condições mínimas determinadas pelo Estado; para os atores não governamentais, cabe apresentar a expertise do tratamento da população-alvo. Por meio dessa conversa comprida, vão se construindo as práticas legítimas dessas instituições na parceria privada e criando legitimidade do modelo voltado para abstinência dentro da máquina pública.

Nesse sentido, pode-se compreender que essa é também uma legitimidade institucional, mas ao mesmo tempo política. Os atores não governamentais vêm ganhando poder em meio à arena política que envolve as políticas públicas sobre tratamento de usuários de drogas. A contratualização de vagas nas CTs permite a visibilidade de modelo voltado para a *abstinência*, além de evidenciar categorias acusatórias de quem entende que essas instituições não podem se equiparar aos serviços de rede pública.

Como os atores não governamentais mantêm relações próximas com atores governamentais antes mesmo do lançamento do edital, as categorias acusatórias que tentam deslegitimar as CTs ficam circunscritas àqueles que defendem o modelo de redução de danos como orientador do cuidado do usuário de drogas. Entretanto, dentro da “conversa comprida”, cumpre reconhecer a importância dos serviços de saúde vigente, mas também considerar a

aposta em novas ferramentas no âmbito das políticas públicas. Para os atores governamentais do nível regional, uma vez que o nível estadual determina a implementação de um edital, cabe a eles realizar as mediações possíveis por meio da “conversa comprida” visando “qualificar a rede”. Assim, esses atores assumem o argumento da inserção das CTs como uma forma de resolver o “problema das drogas” na saúde pública.

Durante a etnografia, acompanharam-se as negociações entre atores vinculados às CTs e atores governamentais para a inserção das CTs nas políticas públicas. De fato, foi por meio da “conversa comprida” que foram flexibilizadas algumas exigências, estabelecidos certos acordos e esclarecidos os fluxos de encaminhamento dos usuários. Os dirigentes de CTs também demonstravam quais atividades e serviços qualificariam as instituições conforme os critérios do edital. Logo, visando “salvar” os usuários das drogas, eram estabelecidas alianças entre os entes, definidos os papéis de cada um e incluídas as CTs na rede de atenção. Sob esse contexto, ia-se delineando e ganhando força um modelo voltado para abstinência no âmbito das políticas públicas para o tratamento de usuários de drogas.

8 CONCLUSÃO

As políticas sobre drogas constituem um campo em permanente disputa. Há inúmeros atores sociais que participam do campo político buscando que suas crenças e valores se tornem parte do direcionamento das políticas vigentes. Entre esses atores, estão aqueles vinculados às CTs. Em sua maioria, são trabalhadores das instituições (*dirigentes, monitores* ou profissionais) que se definem como *adictos em recuperação* e passaram pela experiência do tratamento em CTs. Essa experiência não só os legitima para a entrada no debate, bem como se coloca como a “evidência” de que o modelo defendido é eficaz na recuperação dos usuários de drogas.

Durante o tratamento, baseado na convivência entre pares, também se estabelecem vínculos fortes entre os *acolhidos, monitores* e demais trabalhadores da instituição que podem ir além das CTs. Os encontros frequentes por meio dos grupos de ajuda mútua e mesmo de festas, torneios esportivos e seminários promovidos pelas CTs e pelas federações são potentes para reunir as demandas das CTs de todo o estado. Com isso, os *adictos em recuperação* fortalecem-se através de uma comunidade política buscando solucionar suas demandas institucionais, mas também propor novos direcionamentos das políticas sobre drogas. Dentre as estratégias utilizadas, estão a ocupação de espaços políticos permeáveis para a sociedade civil, contatos com atores governamentais e representação política em defesa das CTs.

Por meio das “margens do Estado” (DAS; POOLE, 2008), os atores vinculados às CTs também fazem o Estado. Através de uma série de mudanças conjunturais na sociedade e na política, o desejo da inserção das CTs nas políticas públicas começa a se consolidar no campo político. Com isso, a mobilização política entre eles se amplia e se fortalece. Para muitos desses atores, as CTs foram a melhor oportunidade para tirá-los do *fundo do poço* relacionado ao uso de drogas. Diante das carências socioeconômicas vividas e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os *adictos em recuperação* encontraram suporte e *acolhimento* por meio da metodologia das CTs para “saírem” das drogas. Os familiares de *adictos em recuperação* igualmente encontram conforto nessas instituições, uma vez que consideravam os casos de seus familiares “perdidos”. Ao mesmo tempo, as CTs concentram mais simpatizantes na medida em que se constituem também como um campo profissional importante para *adictos em recuperação* se inserirem no mercado de trabalho através dessas instituições, assim como para profissionais de nível superior que não conseguem inserções em outros espaços.

Diante da concentração de pessoas que a causa das CTs aglutina, atores não governamentais inseridos no Estado por meio de relações políticas percebem o potencial de base eleitoral desse contingente, delas se aproximando e fazendo valer suas demandas nas

políticas públicas. Com isso, uma *doxa* alternativa vai sendo negociada e articulada no campo político das políticas sobre drogas. A inserção das CTs nas políticas públicas vai se consolidando e se estabelecendo de modo legítimo na rede de atenção psicossocial. Além disso, a atuação em meio a essas “margens do Estado” (DAS; POOLE, 2008) permite descortinar os meandros burocráticos das políticas públicas e estabelecer acordos com atores governamentais para compreender as possibilidades de financiamento público às CTs.

Logo, a destinação dos repasses às instituições implica adequações conceituais e das práticas visando padronizar as CTs que vão concorrer aos editais públicos. Após essas definições, separa-se o “joio do trigo”, e as informações da *verdadeira CT* são difundidas pelas federações, seja através dos eventos, cursos e capacitações aos trabalhadores, seja através do contato por aplicativos. Ali, explicitam-se as características que as instituições devem ter para estarem aptas a concorrer aos editais públicos. As federações também assessoram suas filiadas na participação de editais, as defendem em embates locais e articulam relações políticas com atores importantes para impulsionar sua causa. Dessa forma, cada vez mais se consolida a organização política estabelecida por esses atores como importante no debate público.

Em meio aos “ataques” das entidades profissionais, de atores ligados a outras propostas no tratamento de usuários de drogas e da opinião pública que percebe as CTs como “minicômios”, este parece ser um embate que envolve classe social, disputa profissional, posicionamento político e visão religiosa. De um lado, profissionais da área da psicologia e assistência social atuam de forma independente de entidades públicas. Estes são profissionais ligados à defesa dos direitos humanos, defesa de repasse de recursos públicos do SUS às instituições públicas de saúde e apoiadores da luta antimanicomial, que busca o cuidado em liberdade. De outro lado, estão os *adictos em recuperação* que passaram pela experiência de CTs, familiares desses adictos, profissionais de nível superior que procuraram se inserir nessas instituições, apoiadores da causa das CTs, líderes religiosos que buscam o “fim” das drogas”, entre outros.

Nesse campo de disputa, as CTs têm conseguido se estabelecer e ampliar seu grau de influência em meio às redes de atenção psicossocial. Tanto no contexto estadual como no federal, vemos os resultados das articulações e das estratégias dos atores vinculados às CTs que buscam conquistar os objetivos ligados a essas causas. Nesse sentido, ao conhecer os meandros burocráticos estatais, relacionar-se com atores governamentais e demonstrar a importância das suas instituições, principalmente através dos testemunhos, as CTs passam a ser uma possibilidade concreta como ação de política pública.

Cumpra ainda sugerir que o próprio modelo de CTs permite a propulsão de líderes políticos que o defendem. Destacam-se os aspectos relevantes dessa propulsão colocada nas compreensões, nos processos e nas condições vivenciadas atualmente pelos modelos de CTs no Brasil. O primeiro aspecto refere-se à característica do modelo de CTs, que se baseia em um tratamento coletivo dos *adictos em recuperação* tanto no âmbito da CT como além da instituição após ter se *graduado*. Desse modo, o indivíduo condiciona a manutenção da abstinência à convivência ao grupo que passou pela mesma experiência de conversão nessas instituições. A convivência, mais ou menos frequente, permite a construção de fortes vínculos com os seus *irmãos de caminhadas*, percebendo-se como participante de uma grande família. Então, diante do estigma do “problema das drogas” vivenciado, o grupo com certa característica *familiar* passa a se consolidar como rede de apoio para manter sua *vida em sobriedade* em conjuntos.

Ao participar do coletivo, os *adictos em recuperação* estabelecem significativa proximidade entre si, ao mesmo tempo que partilham uma identidade comum que permite aos seus membros iniciar uma “nova” vida. Diante da pressão moral contrária às drogas, eles assumem seus erros, mas narram seus acertos a partir da oportunidade de ter sido tratados em CTs.

O segundo aspecto se dá em relação à concepção de *dependência química* atribuída ao uso de drogas pelos seus corpos. Já que a adicção é percebida como uma doença sem cura, cabe ser vigilante eternamente. Ou seja, o *adicto em recuperação* está sempre em recuperação, por isso ele precisa manter o contato com o grupo em questão. Mais uma vez, solidifica-se a relação entre os *irmãos de caminhada*, porque uma pessoa passa a ser vigilante da condição de provável recaída da outra.

Durante a etnografia, acompanharam-se histórias de *adictos em recuperação* que estão abstinentes há mais de dez anos, mas realizam um “reforço” de alguns meses em uma CT conhecida quando passam por alguma situação em suas vidas que pode gerar recaída nas drogas. Novamente, a compreensão sobre o processo de adicção recebe respaldo institucional no modelo de CTs, de modo que o sucesso dos *adictos em recuperação* também é a propaganda do próprio modelo. Por isso, o próprio modelo prevê formas de acolher os *adictos em recuperação*, mesmo que eles tenham feito o seu tratamento há tempos.

Nesse sentido, também se personaliza o modelo de CTs a partir dos indivíduos que passaram pela instituição, já que a salvação do *adictos em recuperação* é a salvação do próprio modelo de CTs. Por outro lado, quando um usuário recai, a percepção dos seus *irmãos de*

caminhada não é sobre a fragilidade do modelo, mas sobre a impulsividade do indivíduo. Com isso, mantém-se inabalada a reputação do modelo de CTs entre seus membros.

O terceiro aspecto enfatiza a defesa estabelecida do grupo em meio aos “ataques” ao modelo de CTs. Os *adictos em recuperação* são eternamente gratos por entenderem que receberam a oportunidade de “salvar” suas vidas, de “renascer” na sociedade e ter uma nova chance a partir da vivência em CT. Essa gratidão também se converte em uma espécie de dívida para com seus pares, de modo que ele estará mais propenso a colaborar quando for solicitado pelos *irmãos de caminhada*.

Assim, aqueles que percebem os benefícios dessa experiência vão defendê-la como melhor recurso de tratamento aos usuários de drogas não só entre si, mas também em meio a outros atores sociais. Com a articulação política dos representantes de CTs e os “testemunhos autênticos”, gera-se uma “prova” de que essas instituições funcionam. E, por já terem passado por outros serviços da rede de atenção psicossocial, os *adictos em recuperação* demarcam seu contraponto, podendo até mesmo repudiar outros modelos que compuseram seu itinerário terapêutico.

Quando o modelo das CTs é atacado, principalmente no âmbito das políticas públicas, a comunidade política dos atores sociais vinculados e apoiadores é acionada para trazer a sua versão dos fatos. Como essa disputa ocorre em um campo político voltado às políticas sobre drogas, ao mesmo tempo que se rebatem as acusações voltadas às CTs também se tenciona para que as CTs possam acessar financiamento público. É nesse sentido que os discursos dos líderes políticos vinculados às CTs se destacam e agregam simpatizantes da causa em questão.

Diante da incerteza dos direcionamentos das políticas sobre drogas, as argumentações consistentes dos *adictos em recuperação*, que apresentam suas vidas em sobriedade após se relacionaram com as drogas, comovem os atores governamentais. Como os ataques aos modelos de CT geralmente são feitos por entidades profissionais, esses embates acabam promovendo ainda mais a visibilidade das histórias de vida dos *adictos em recuperação*, uma vez que são esses que tiveram a experiência da *dependência química* em seus corpos. Esse é mais um momento em que a comunidade política das CTs se fortalece como grupo, apresenta sua voz e traz sua versão da história.

O quarto aspecto se dá em um recorte do contexto mais atual, em meio à possibilidade de financiamento dessas instituições, principalmente dos públicos, que impulsiona os líderes políticos vinculados às CTs em meio às articulações com atores governamentais. Ao mesmo tempo, essa complexa articulação pode exigir uma posição política mais clara em termos dos partidos políticos existentes, haja vista que esse é um fator relevante para realizar a mobilização

de política pública. A possibilidade de públicos impulsiona os líderes políticos, que podem, por sua vez, até mesmo se candidatarem para ocupar cargos políticos nas três esferas existentes.

Como ações de políticas públicas que favoreçam o modelo de CTs devem ser disputadas em meio ao campo das políticas de drogas, essa representação política dos atores vinculados ganha força quando se tem aliados de partidos políticos. Esse apoio é fundamental e pode configurar uma atuação conjunta que sugira ao líder político até mesmo despontar para a carreira política. Entretanto, esses jogos políticos são alinhados e modificados de acordo com o campo político.

Por fim, elucida-se que a caminhada dos atores vinculados às CTs está em ascensão, levando sua história adiante e disputando à altura no campo político. A inserção das CTs nas políticas públicas é não só uma política de governo, mas, de fato, uma política de Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, Gilberta. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bgqvf>. Acesso em: 7 nov. 2019.

AGUIAR, Andrea Lúcia de Vasconcellos. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Natal, 2014.

ALBERT, Bruce. “Situação Etnográfica” e Movimentos Étnicos. Notas sobre o trabalho de campo pós-malinowskiano. **Campos: Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 129-143, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/campos/article/view/42993>. Acesso em: 20 nov. 2019.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. de Saúde Pública**, Curitiba, v. 25, n. 11, p. 2309–2319, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 fev. 2020.

ALVES, Ygor Diego Delgado; GOMES PEREIRA, Pedro Paulo. Uma antropologia do “fluxo”: reflexões sobre dependência no contexto do crack. **Revista Internacional Interdisciplinar. INTERthesis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 121–142, 2019.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/29330470/paulo-amarante-loucos-pela-vida-a-trajetoria-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil>. Acesso em: 16 nov. 2019.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3º edição ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Pesquisador que inspirou o atual modelo de comunidades terapêuticas vem ao Brasil para conferência latino-americana. **Site da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**. 8 dez 2017. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/imprensa/noticias/item/2864-pesquisador-que-inspirou-o-atual-modelo-de-comunidades-terapeuticas-vem-ao-brasil-para-conferencia-latino-americana>. Acesso em: 23 jan 2020.

BARROS, Tatiane Vieira. Narcóticos Anônimos: um olhar antropológico sobre adoecimento crônico e tratamento em um grupo de ajuda mútua. In: 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2014 2014, Natal/RN. **Anais...** Natal: Associação Brasileira de Antropologia, 2014.

BARROSO, Priscila Farfan. **Desintoxicar e Reinsrerir**: perspectivas no tratamento dos usuários de drogas. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, 2013.

BARTH, Fredrik. 2000. **O Guru, o iniciador e outras variações antropológicas**. Tradução de John Cunha Comerford. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2000.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; VASCONCELOS, Mauricio Teixeira Leite de; DE BONI, Raquel Brandini; REIS, Neilane Bertoni dos; COUTINHO, Carolina Fausto de Souza. **3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2017.

BASTOS, Francisco Inácio. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1016-1017, jun, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600001. Acesso em: 20 fev. 2020.

BAUS, José; SEARA, Ana Carolina; CALDAS, Carla Maria Wojcikiewicz; DESIDÉRIO, Luana; PETRY FILHO, Nivaldo. Metáforas e dependência química. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 5–13, 2002.

BECKER, Howard S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar. 2008.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227–256, 2011.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1231–1248, 2015.

BOROTO, Alcimária Aguiar. **Recuperação e Reinserção Social de Toxicômanos**: um estudo de caso sobre serviços prestados por uma equipe técnica em uma Comunidade Terapêutica no Espírito Santo. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional). Faculdade Vale do Cricaré. São Matheus, 2015.

BOURDIEU, Pierre. O campo político. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 5, p. 193-216, Julho, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100008. Acesso em: 21 fev. 2020.

BOURDIEU, Pierre. O capital social: notas provisórias. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil SA. 1989.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Tradução: Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Ltda, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>. Acesso em: 06 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017**. Fica instituído o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Diário Oficial da União. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Nota técnica nº 01/2011**. Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Diário Oficial da União. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando 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. Revogada. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **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. Diário Oficial da União. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF. Diário Oficial da União. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Revisão das Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF. Diário Oficial da União. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 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). Diário Oficial da União. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. 1a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota técnica Nº 11, de 4 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019d. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudental.pdf. Acesso em 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 1. ed. – 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 10 jul 2019

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** 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. 1976. Revogada. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei no 891, de 25 de novembro de 1938.** Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. 1938. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso: em 20 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 12 dez. 2019

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal. 1890. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm. Acesso em 20 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em 21 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, 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. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921**. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>. Acesso em: 12 dez, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. 1980. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 de dez. de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 18 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. 28 ago. 2015b. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. 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. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acessado em 20 fev. 2020.

BRASIL. **Programa Crack é Possível Vencer**: Enfrentar o crack, compromisso de todos. Governo Federal, 2013. Disponível em: https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Ministro da Cidadania anuncia regulamentação de comunidades terapêuticas. **Site da Câmara dos Deputados**. 20 mar 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/553892-ministro-da-cidadania-anuncia-regulamentacao-de-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CÂMARA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO. 50 anos das comunidades terapêuticas no Brasil marcam solene da Câmara. **Site Câmara Municipal de Novo Hamburgo_**Notícias. 27 jun. 2019. Disponível em: https://portal.camaranh.rs.gov.br/pm3/informacao_e_conhecimento/noticias/50-anos-das-comunidades-terapeuticas-no-brasil-marcam-solene-da-camara Acesso em: 17 fev. 2020.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. Antropologia do Brasil—Mito, História e Etnicidade. São Paulo: Edusp/Brasiliense, 1986.

CARNEIRO, Henrique. A fabricação do vício. In: Encontro Regional de História de 2002, Mariana. **Anais...** Mariana: UFOP, 2002a.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro**, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002b. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf. Acesso em 17 nov. 2019.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de (Org.). **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil: 2006/2007**. Brasília, DF: Senad, 2007.

CASA CIVIL. Presidência da República. Notícias. “Crack, é possível vencer” assina acordo com 27 comunidades terapêuticas. **Site da Casa Civil**. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2013/08/201ccrack-e-possivel-vencer201d-assina-acordo-com-27-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 22 jan. 2020.

CASTRO, Arachu; SINGER, Merrill. **Unhealthy Health Policy: a critical anthropological examination**. Lanham: Altamira Press, 2004.

CÉZAR, Michelle de Almeida; COELHO, Mayara Pacheco. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134–151, 2017.

CHAGAS, Fernanda Galvão Leite das; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-20, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 fev. 2020.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar. **Desvendando máscaras sociais**. 2a ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora. 1980.

CLICRBS. Investigados tortura e cárcere privado em comunidade terapêutica de São Francisco de Paula. denúncia. **Site do ClicRBS**. 1 out 2015. Disponível em: <http://pioneiro.clicrbs.com.br/rs/geral/policia/noticia/2015/10/investigados-tortura-e-carcere-privado-em-comunidade-terapeutica-de-sao-francisco-de-paula-4860401.html>. Acesso em 20 de fev. de 2020.

CNM. **A situação do crack nos Municípios brasileiros – 2011**. Observatório do Crack / Confederação Nacional de Municípios. Brasília. 2011. Disponível em:

https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/A%20situa%20a7%20a3o%20do%20crack%20nos%20Munic%20adpios%20brasileiros_2011.pdf. Acesso em: 13 maio. 2019.

CNM. **Crack, é possível vencer.** Estudos Técnicos CNM. Observatório do Crack / Confederação Nacional de Municípios v. 7. 2014. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20-%2019.%20Crack,%20%20C3%A9%20poss%20ADvel%20vencer.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

COHEN, Stanley. **Folk Devils and Moral Panics: The Creation of Mods and Rockers.** London, MacGibbon & Kee, 1972.

CONFENACT. Elementos essenciais do modelo de comunidade terapêutica. **Site da CONFENACT.** 8 jun 2013. Disponível em: <https://www.confenact.org.br/?p=68>. Acesso em: 17 fev. 2020.

CONFENACT. Quem somos. **Site da CONFENACT.** 18 de agosto de 2012. Disponível em: https://www.confenact.org.br/?page_id=7. Acesso em: 17 fev. 2020.

CONFENACT. Suspensão do Marco Regulatório das Comunidades Terapêutica – Resolução 01/2015 – CONAD. **Site da CONFENACT.** 19 ago 2016. Disponível em <http://www.confenact.org.br/wp-content/uploads/2016/08/CONFENACT-Suspens%C3%A3o-Marco-Legal-CTs.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.** Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos.** São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. 2016.

COSTA, Selma Frossard. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. **Serv. Soc. em Revista**, Londrina, v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais.** Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru: EDUSC. 1999.

CUNDA, Mateus Freitas; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe, p. 245-255, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50–65, 2013.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. **Anthropology in the margins of the state**. Santa Fe: SAR Press, 2004.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. **Cuadernos de Antropología Social**, Buenos Aires, n. 27, p. 19-52, jan./jul. 2008.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. 5º ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e Cracados: Bem-Vindo ao Mundo dos Nórias**. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Salvador, 2006

DÓREA, Adalgisa Viana. **Práticas terapêuticas religiosas no tratamento da drogadicção: estudo de caso na comunidade Desafio Jovem de Sergipe**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) 2011. Universidade Federal de Sergipe. Núcleo de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, São Cristóvão, 2011.

DORNELLES, Jonatas. Antropologia e Internet: quando o "campo" é a cidade e o computador é a "rede". **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 10, n. 21, p. 241-271, Jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832004000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

ENNE, Ana Lúcia. “Nós”, os “outros” e os “outros dos outros”: dilemas e conflitos no mapeamento de sujeitos, redes e instituição. **Antropologia das práticas de poder**. In: CASTILHOS, Sérgio Ricardo Rodrigues; SOUZA LIMA, Antonio Carlos de; TEIXEIRA, Carla Costa Teixeira. Rio de Janeiro: Contra Capa Faperj, 2014.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**. 5º edição ed. Madris: Espasa, 2002.

FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, Dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

FASSIN, Didier. **Humanitarian reason: a moral history of the present**. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2012.

FASSIN, Didier. **If truth be told: the politics of public ethnography**. Durham: Duke University Press, 2017.

FASSIN, Didier. Why ethnography matters: on anthropology and its publics: why ethnography matters. **Cultural Anthropology**, v. 28, n. 4, p. 621–646, 2013.

FEBRACT. Padre Haroldo conta sua convivência com Maxwell Jones e como abriu a primeira Comunidade Terapêutica do Brasil. **Site da FEBRACT**. 28 de jun. 2019. Disponível em: <http://febract.org.br/portal/padre-haroldo-conta-sua-convivencia-com-maxwell-jones-e-como-abriu-a-primeira-comunidade-terapeutica-do-brasil/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

FIORE, Maurício. **Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público**. Campinas, Ed. Mercado de Letras/Fapesp, 2007.

FIORE, Maurício. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Campinas, 2013.

FISCHER, Alexander. **Dependência em Substâncias Psicoativas: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação**. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Ciência Política, Florianópolis, 2004.

FLORES, Thaynã Ramos et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100312&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

FONSECA, Claudia; CARDARELLO, Andrea. Direitos dos mais e menos humanos. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 5, n. 10, p. 83-121, Mai. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71831999000100083&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

FOSSI, Luciana Barcellos. **Os doze passos do governo das vidas nas comunidades terapêutica**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações. **Sujeitos, contextos e drogas. Portal Aberta: Portal de formação a distância- Políticas sobre Drogas**. Eixo de Práticas. 2016. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

FRACASSO, Laura. Movimento das Comunidades Terapêuticas. In: SERRAT, Saulo Monte. **Drogas e Álcool: Prevenção**. Campinas: Editora Komedi, 2001.

FRÚGOLI JR., Heitor; CAVALCANTI, Mariana. Territorialidades da(s) cracolândia (s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. **Anuário Antropológico**, Brasília, n. II, p. 73–97, 2013.

FURLANETO, Audrey. Ministro lança campanha contra uso de substâncias e volta a repetir que país vive 'epidemia de drogas'. **O globo**. 26 jun. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/ministro-lanca-campanha-contr-uso-de-substancias-volta-repetir-que-pais-vive-epidemia-de-drogas-23763994>. Acesso em: 17 fev. 2020.

G1. Clínica de reabilitação é fechada após denúncias de maus-tratos, em Goiás. **Site do G1**. 29 mai. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/goias/noticia/2014/05/clinica-de-reabilitacao-e-fechada-apos-denuncias-de-maus-tratos-em-goias.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

G1. Clínica interditada em Camaragibe, PE, nega denúncias de maus tratos. **Site do G1**. Pernambuco. 11 set 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/pernambuco/noticia/2012/09/clinica-interditada-em-camaragibe-pe-nega-denuncias-de-maus-tratos.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

G1. Incêndio em centro de reabilitação de dependentes químicos mata 7 no RS. **Site do G1**. 27 jul 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/07/incendio-em-centro-de-reabilitacao-mata-ao-menos-sete-pessoas-no-rs.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

G1. MPPE apura denúncia de maus-tratos em comunidade terapêutica. **Site do G1**. Pernambuco, 10 set 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/pernambuco/noticia/2012/09/mppe-investiga-denuncia-de-maus-tratos-em-clinica-de-reabilitacao.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

G1. Operação na Nova Luz recolhe usuários de drogas e prende uma pessoa. **Site do G1**. Edição São Paulo. Notícias, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0,,MUL1219304-5605,00-OPERACAO+NA+NOVA+LUZ+RECOLHE+USUARIOS+DE+DROGAS+E+PRENDE+UMA+PESSOA.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

G1. Vício em drogas é doença e deve ser tratado com remédios, diz especialista. **Ciência e Saúde. Site do G1**. Drogas. 25 mar 2010. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1543662-5603,00-VICIO+EM+DROGAS+E+DOENCA+E+DEVE+SER+TRATADO+COM+REMEDIOS+DIZ+ESPECIALISTA.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, Ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2020.

GARÇONI, Ines. Guerra à pesquisa. **The intercept Brasil**. 1 abr. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>. Acesso em: 17 fev. 2020.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, Emblemas e Sinais**. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva. 1987.

GOHN, Maria da Glória Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 42, n. 1, 2006.

GOMES, André Luiz. Ministro participa de sessão para celebrar 50 anos das comunidades terapêuticas. **Site do Ministério da Cidadania**. Notícias. Portal do Governo Brasileiro. 20 mar 2019. Disponível em <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/radio-1/2019/marco/ministro-da-cidadania-participa-de-sessao-na-camara-para-celebrar-os-50-anos-das-comunidades-terapeuticas-no-brasil-1>. Acesso em 21 fev. 2020.

GOOD, Byron. **Medicine, Rationality and Experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

HOLANDA, Renata Bessa. **Experimentações, aprisionamentos e posicionamentos**: narrativas de história de vida de pessoas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, 2016.

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**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

INGOLD, T. Caminhando com os dragões: em direção ao lado selvagem. In: STEIL, Carlos Alberto; CARVALHO, Isabel Cristina de Moura. **Cultura, percepção e ambiente**: dialogo com Tim Ingold. São Paulo: Editora Terceiro Nome. 2012.

INGOLD, Tim. O dédalo e o labirinto: caminhar, imaginar e educar a atenção. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 21, n. 44, p. 21-36, Dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832015000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Ed. Vozes. 1972.

KARAM, Maria Lúcia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lucia; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique. **Drogas e cultura novas perspectivas**. Salvador: EDUBA, 2008.

KAWAGUTI, Luis. Consumo de crack se alastra nas ruas. **Agora**. Uol, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/saopaulo/ult10103u639580.shtml>. Acesso em: 23 out. 2019.

KUSCHNIR, Karina. Antropologia e política. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 163-167, Jun. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092007000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev 2020.

LARANJEIRA, Ronaldo. O direito de não usar drogas - Geral. **Estadão**, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,o-direito-de-nao-usar-drogas,442018>. Acesso em: 23 out. 2019.

LEAL, Fabiola Xavier. **Conselhos municipais antidrogas: entre o sonho e a realidade**. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-graduação em Política Social, Vitória, 2006.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLIÉ, Dominique. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, p. 59-106. 1998.

LOECK, Jardel Fischer. **A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre/RS**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, 2014.

LOECK, Jardel Fischer. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

MACHADO, Laura Paes. **Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Salvador, 2011.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

MACRAE, Edward. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JR, Alfredo. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

MACRAE, Edward. Substâncias Psicoativas: não existe droga a priori! **Opus Corpus: Antropologia das Aparências Corporais**, São Paulo, FAPESP, 2004.

MADALENA, Tatiana Da Silveira. **Usuários de crack: prevalência e perfil de pacientes em tratamento em comunidades terapêuticas (CT) na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais**.

Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Juiz de Fora, 2014.

MALUF, Sonia Weider. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

MEIRELLES, Beatriz Brandão. **Do governo de corpos ao “autogoverno de almas”**: drogas, crime e fé num centro de recuperação pentecostal. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, 2017.

MELO, Aline Maria Silva. **Uso abusivo de drogas e as práticas religiosas**: discursos e sentidos em comunidades terapêuticas do sertão nordestino. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Vale do São Francisco, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Petrolina, 2017.

MELO, Itamar. Ministro lança campanha contra uso de substâncias e volta a repetir que país vive 'epidemia de drogas'. Saúde. **Gaúcha ZH**. 4 jun 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/06/entenda-o-que-esta-acontecendo-em-torno-do-estudo-da-fiocruz-engavetado-pelo-governo-cjwiie3nf02y101qt48o6jodz.html>. Acesso em 17 fev. 2020.

MELO, Juliana Rízia Félix; MACIEL, Silvana Carneiro. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 76-87, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000100076&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 fev. 2020.

MELO, Mariane Capellato. **Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Ribeirão Preto, 2016.

MENA, Fernanda. Reduto do crack: Cracolândia resiste, agora em novo endereço. **Folha de São Paulo**. Cotidiano., 2005. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0704200517.htm>. Acesso em: 23 out. 2019.

MENEZES, Maria Silva Carvalho de. **O que é o Amor Exigente**. 47ª edição. São Paulo: Edições Loyola. 2015.

MENON, D.; STAFINSKI, T. Bridging the “Know-do” gap in healthcare prioritysetting: what role has academic research played? **Healthcare Management Forum**, Philadelphia, v. 18, p. 26-32, 2005.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Parceria com as comunidades terapêuticas vai promover a adesão ao Progredir. **Site do Ministério da Cidadania**. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/maio/parceria-com-as-comunidades-terapeuticas-vai-promover-a-adesao-ao-progredir>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Senad tem 6.459 vagas em Comunidades Terapêuticas para acolhimento de dependentes químicos. **Site Ministério da Justiça**. 18 dez 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1545142191.95>. Acesso em 10 jul. 2019.

MISSE, Michel. As drogas como problema social. **Revista Periferia**. Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas – PPGECC/UERJ, 2. Rio de Janeiro, v. 3, 2, 2011.

MISSE, Michel. Prefácio. In: LABATE, Beatriz Caiuby; POLICARPO, Frederico; GOULART, Sandra Lucia; ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas, políticas públicas e consumidores**. Mercado das Letras: Campinas; Núcleo de Estudos Interdisciplinares (NEIP): São Paulo. 2016.

MOTA, Leonardo de Araújo E. **Pecado, crime ou doença?** Representações sociais da dependência química. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal do Ceará. Centro de Humanidades. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Fortaleza, 2008.

MOTA, Leonardo. **A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos**. Editora Paulus, São Paulo, 2004.

MULLOR, Sushma Taylor Jesus. Declaração de Mallorca reconhece a Comunidade Terapêutica como uma das abordagens mais eficazes para a reabilitação e reinserção dos dependentes químicos e suas famílias em todo o mundo. **Site da UNIAD**. Unidade de pesquisas em Álcool e Drogas. 7 de dez. de 2016. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/noticias/declaracao-de-mallorca-reconhece-a-comunidade-terapeutica-como-uma-das-abordagens-mais-eficazes-para-a-reabilitacao-e-reinsercao-dos-dependentes-quimicos-e-suas-familias-em-todo-o-mundo/>. Acesso em: 12 dez. 2019.

NUNES, Matheus Caracho. **Firmes nos propósitos: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de São Carlos. Centro de Educação e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, São Carlos, 2016.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.141-154, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

ONISHI, Luiz Antonio. **Poder disciplinar e o cuidado de si nas comunidades terapêuticas: a formação de projetos de sujeito em usuárias de substâncias psicoativas**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho. Itajaí, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas**. 1988. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf . Acesso em: 23 de fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas**. 1971. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf. Acesso em: 23 de fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção Única sobre Entorpecentes**. 1961. Disponível

em: <http://www.unodc.org/pdf/brazil/Convencao%20Unica%20de%201961%20portugues.pdf>. Acesso em: 23 de fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**: resumo. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **Fatores associados à recidiva e abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em duas comunidades terapêuticas: aspectos relacionados à gênero**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina, Botucatu, 2018.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de fev. 2020.

PRAXEDES, Solange Maria Pinheiro. **Avaliação de comunidades terapêuticas no estado do ceará em interface com o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas-Sisnad: uma abordagem para dependência química**. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas). Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2009.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, Dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de fev. 2020.

RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Orgs). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da Rede Unida, 2014.

RAMOS, Fábio de Sousa. **A reinserção do dependente químico no mercado de trabalho: o caso da Comunidade Terapêutica Ave Cristo**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Filosofia e Ciência. Campus de Marília, UNESP: Marília, 2018.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, Set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de fev. 2020.

RICCIARDI, Gabriela Santos. **Takiwasi: o uso da ayahuasca no tratamento da adicção em uma comunidade terapêutica**. Dissertação (Mestre em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Salvador, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. **Decreto nº 30.796, de 6 de agosto de 1982**. Reestrutura o Conselho Estadual de Prevenção da

Toxicomania, criado pelo Decreto nº 21.149, de 26 de maio de 1971, e dá outras providências. 1982. Disponível em: <http://leisestaduais.com.br/rs/decreto-n-30796-1982-rio-grande-do-sul-reestrutura-o-conselho-estadual-de-prevencao-da-toxicomania-criado-pelo-decreto-n-21149-de-26-de-maio-de-1971-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 12 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. **Lei n.º 13.707, de 06 de abril de 2011**. Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – SEPPED –, o Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas, o Fundo Estadual sobre Drogas – FUNED – e o Departamento Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – DEPPAD –, vinculado à Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos, e dá outras providências. 2011 Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repLegisComp/Lei%20n%C2%BA%2013.707.pdf>. Acesso em: 12 dez. de 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. **Lei n.º 10.872, de 05 de dezembro de 1996**. Institui o Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN/RS. 1996. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-10872-1996-rio-grande-do-sul-institui-o-conselho-estadual-de-entorpecentes-conen-rs>. Acessado em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. **Lei ordinária nº 11.792, de 22 de maio de 2002**. Dá nova redação à lei nº 10.872, de 5 de dezembro de 1996, que institui o conselho estadual de entorpecentes - CONEN/RS. 2002. Disponível em <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-11792-2002-rio-grande-do-sul-da-nova-redacao-a-lei-n-10872-de-5-de-dezembro-de-1996-que-institui-o-conselho-estadual-de-entorpecentes-conen-rs>. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Edital de Credenciamento nº 01, de 31 de maio de 2017**. Constitui objeto deste Edital o Credenciamento de Comunidades Terapêuticas que realizam acolhimento de pessoas em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 430, de 27 de agosto de 2008**. Regulamenta o funcionamento de Serviços de Atenção a Dependentes de Substancias Psicoativas, e da outras providencias. 2008. Disponível em: <http://www.radaroficial.com.br/d/5597339>. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 591 de 19 de dezembro de 2013**. Regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas - CT e dá outras providências. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=263302>. Acesso em: 11 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 62, de 5 de maio de 2009**. Instituir dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, incentivos financeiros estaduais para o atendimento pelo SUS a usuários dependentes de álcool e outras drogas, em especial o crack, em Comunidades Terapêuticas - CT. 2009. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170232/23103248-1340303867-cibr062-09.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020.

RODRIGUES, Joelson Tavares; ALMEIDA, Leonardo Pinto de. **Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, jan./jun. 2002.

ROSA, Adriano Silva da Rosa; SOUZA, Sabrina Alves Souza. **Eficácia do tratamento da dependência química na região noroeste do Rio Grande do Sul**. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Psicologia. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI. Santo Ângelo, 2018.

RUI, Taniele. Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais. *Saude soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-104, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2020.

RUIZ, Geny Cristina Dias. **Caracterização do perfil de dependentes químicos sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas**. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Mestrado Profissional de Gestão de Organizações de Saúde Ribeirão Preto, 2019.

RUIZ, Valéria Salek et al. François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 855-877, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

SANTOS, Deraci Souza Dos. **Comunidades terapêuticas em Santo Antônio de Jesus - BA**. 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social, Cruz das Almas, 2015.

SANTOS, Maria Paula Gomes Dos. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SANTOS, Maria Paula Gomes Dos. **Nota técnica - perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. IPEA: Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 2017.

SCADUTO, Alessandro Antonio. **O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Ribeirão Preto, 2010.

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 30, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

SCHLÜTER, Egon. **O desafio da inclusão das comunidades terapêuticas na política de saúde mental e política sobre drogas do Brasil, e a sua inserção e reconhecimento na rede**

de saúde. Monografia. Curso de Pós-Graduação Latu Sensu Dependência Química e Comunidade Terapêutica. Faculdade Luterana de Teologia – FLT e CRUZ AZUL NO BRASIL. São Bento do Sul, 2008.

SCURSSEL, Rosangela; FARACO, Ceres Berger. **Comunidades terapêuticas na rede de apoio e atenção ao tratamento da dependência química.** Monografia. Curso de Especialização em Dependência Química e Promoção da Saúde. Faculdades Integradas de Taquara – FACCAT, Taquara, 2014

SEGATA, Jean; RIFIOTIS, Theophilos. (Orgs) **Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura.** – Brasília: ABA Publicações; Joinville: Editora Letradágua, 2016

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio da. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 21, n. 63, p. 845-856, Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400845&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

SHUCH, Patrice. A legibilidade como gestão e inscrição política de populações: notas etnográficas sobre a política para pessoas em situação de rua no Brasil. In: FONSECA, Claudia; MACHADO, Helena. **Ciência, identificação e tecnologias de governo.** Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015.

SILVA, Martinho Braga Batista e Silva. Apresentação de trabalho. Mesa Redonda Políticas sobre Drogas, prática de redução de danos e pesquisas em saúde mental. **III Reunião de Antropologia da Saúde.** UFRN: Natal, 2019.

SILVA, Martinho Braga e; DELDUQUE, Maria Célia. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 231-250, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

SOUSA, Natanael Ribeiro de. **Análise funcional e tratamento dos comportamentos drogaditos em comunidade terapêutica.** Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiania, 2018.

SOUSA, Yuri Sá Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALESSIO, Renata Lira dos Santos. Maconha e Representações Sociais em Matérias de Jornal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100519&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. O estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal. **Revista de Antropologia.** USP. Apresentação. Dossiê Fazendo Estado, São Paulo, v. 55, n. 2, 2012.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de; CASTRO, João Paulo Macedo E. Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s). **Revista ANTHROPOLÓGICAS,**

Pernambuco, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/viewFile/23968/19471>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SOUZA, Stefane. Governo amplia vagas e regulamenta o tratamento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas. Destaque. Redação. **Folha Comunitária**. 22 mar 2019. Disponível em: <http://folhacomunitaria.com.br/2019/03/22/governo-amplia-vagas-e-regulamenta-o-tratamento-de-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 17 fev. 2020.

TARGINO, Janine. Estudo de caso sobre comunidades terapêuticas religiosas. **Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 19, n. 26, p. 75-92, Set 2017.

TÓFOLI, Luís Fernando. Políticas de drogas e saúde pública. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, n. 21, p. 5, 2015.

TOLEDO, Lidiane; GONGORA, Andrés; BASTOS, Francisco Inácio P. M.. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-42, Jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. Tese (Doutorado em História Social). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em História Social. 2016.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, 2. Florianópolis, v. 4, 2, p. 9, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2019**. United Nations publication, Sales, 2019. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/index.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas); Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política, Belo Horizonte, 2001.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 581-623, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 7 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 2004.

VELHO, Gilberto. **Nobres e Anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. 1998.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-148, Abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132002000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

WEBER, Max. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Cia das Letras, 2004.

WEBER, Max. **Economy and Society: An Outline of Interpretative Sociology**. vol. 2. (Orgs.) G. Roth e C. Wittich. Berkeley: University of California Press. 1978.

WHYTE, William Foote. **Sociedade de Esquina**: A estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Tradução Maria Lúcia de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Programme on Evidence for Health Policy. **Guidelines for who guidelines**. 2003. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68925/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf;jsessionid=C80199ACA8BDB369A54C6307530C6EE6?sequence=1. Acesso 17 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases**. 11 edition. 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>. Acesso em 20 fev. 2020.

ZENOBI, Diego. o antropólogo como "espião": das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 471-499, out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-93132010000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2020.