



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Aplicadas
Instituto de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

AUDREY VANESSA BARBOSA

**SEMELHANÇA NA DIFERENÇA:
A FUNÇÃO FRATERNA NOS GRUPOS DE NARCÓTIICOS ANÔNIMOS**

LIMEIRA - SP
2019

AUDREY VANESSA BARBOSA

**SEMELHANÇA NA DIFERENÇA:
A FUNÇÃO FRATERNA NOS GRUPOS DE NARCÓTIICOS ANÔNIMOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de MESTRA EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS.

Orientador: Prof^o Dr. JOÃO JOSÉ RODRIGUES LIMA DE ALMEIDA
Co-orientadora: Prof^a Dra. CAROLINA CANTARINO RODRIGUES

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA ALUNA AUDREY VANESSA BARBOSA, ORIENTADA PELO PROF. DR. JOÃO JOSÉ R. L. DE ALMEIDA E CO-ORIENTADA PELA PROF. DRA. CAROLINA CANTARINO RODRIGUES.

LIMEIRA - SP
2019

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

ORCID: 0000-0002-3060-7255

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

B234s Barbosa, Audrey Vanessa, 1987-
Semelhança na diferença : a função fraterna nos grupos de Narcóticos Anônimos / Audrey Vanessa Barbosa. – Limeira, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: João José Rodrigues Lima de Almeida.
Coorientador: Carolina Cantarino Rodrigues.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Drogas. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 4. Narcóticos Anônimos. I. Almeida, João José Rodrigues Lima de, 1960-. II. Rodrigues, Carolina Cantarino, 1977-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Similarity in the difference : the fraternal function in groups of Narcotics Anonymous

Palavras-chave em inglês:

Drugs

Substance-related disorders

Interdisciplinary approach to knowledge

Narcotics Anonymous

Área de concentração: Modernidade e Políticas Públicas

Titulação: Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Banca examinadora:

João José Rodrigues Lima de Almeida [Orientador]

Roberto Donato da Silva Junior

Clarissa de Rosalmeida Dantas

Data de defesa: 22-02-2019

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

FOLHA DE APROVAÇÃO

COMISSÃO EXAMINADORA

João José Rodrigues Lima de Almeida (Orientador)

Clarissa de Rosalmeida Dantas (FCM – Unicamp)

Roberto Donato da Silva Junior (FCA – Unicamp)

* A Ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico às minhas irmãs: Allyen e Ariane.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Poder Superior que guia os meus passos.

Aos meus pais que tanto contribuíram para eu me tornar quem sou hoje e por me ensinarem tudo o que eu não aprendi nos livros.

Agradeço especialmente à minha mãe pela sua incansável luta e por abrir mão dos seus sonhos para que eu pudesse sonhar.

A todos os meus familiares por compreenderem minhas ausências.

Ao Gustavo, por tudo aquilo que enfrentamos juntos em meio a esse percurso acadêmico.

À Nádia, pelas descobertas incríveis que fizemos nos últimos meses e por tudo que somos e ainda podemos ser juntas.

Às minhas amigas de infância Elisa e Priscila, por estarem sempre ali para me ouvir.

Aos meus pacientes do consultório por confiarem a mim a sua história e pela oportunidade de contribuir e também de aprender a cada dia com o exercício desta profissão tão apaixonante que é a Psicologia.

À minha querida prof.^a e supervisora clínica Regina Ciriano pela mentoria e o carinho de sempre.

À Faculdade de Ciências Aplicadas da Unicamp por me aceitar neste programa de mestrado que tanto enriqueceu a minha trajetória profissional e também pessoal.

Ao meu estimado orientador prof.^o JJ por todo cuidado, orientação e suporte ao meu trabalho e também pela amizade que construímos.

À minha especial co-orientadora prof.^a Carol Cantarino, por sua preciosa colaboração.

À querida prof.^a Marta Fuentes, com quem tive o privilégio de realizar meu estágio docente.

Aos professores da minha banca de qualificação e defesa, prof.^o Roberto Donato e prof.^a Clarissa Dantas por suas valiosas contribuições ao meu trabalho. Fico feliz em por poder contar com vocês!

Aos meus colegas e amigos da turma por compartilhar as angústias, os dilemas, as alegrias e as conquistas durante esta jornada: Maria (que se mudou), Jéssica, Daiane, Nara, Thaís, Carol, Carol Caracol, Roberta, Adriana, Luana, Graziela, Mônica, Kris, Tiago, Diego.

Aos Narcóticos Anônimos de Limeira-SP por me receberem com apreço e consideração, e pela disponibilidade daqueles que participaram das entrevistas.

Por fim, agradeço àqueles que vem buscar neste trabalho alguma contribuição para seus estudos.

EPÍGRAFE

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que fez tua rosa tão importante.”
(O Pequeno Príncipe – Saint-Exupéry)

RESUMO

A adicção por drogas é, sem dúvida, um fenômeno complexo e multifacetado, como o comprovam os debates atuais sobre políticas públicas de saúde, segurança e assistência social voltados para o problema. Essa questão não pode tampouco ser compreendida senão dentro da cultura contemporânea, considerando os imperativos de consumo e as diferentes maneiras de o sujeito se relacionar com as drogas em determinados contextos. O próprio conceito de adicção é guiado por diferentes paradigmas, seja pelo modelo da adicção como doença cerebral (BDMA) comumente adotado pela medicina, sejam pelas definições filosóficas e psicológicas que colocam a adicção no âmbito da fraqueza da vontade ou dos comportamentos habituais. Some-se a isso diferentes modelos de tratamento para a demanda de adictos como, por exemplo, o CAPSad, a Política de Redução de Danos e as Comunidades Terapêuticas. Nosso trabalho, entretanto, pretende se localizar fora do âmbito das políticas públicas de saúde ofertadas pelo Estado, ou, mais diretamente, pretende discorrer sobre os grupos anônimos de ajuda mútua, mais conhecidos como Narcóticos Anônimos (NA), considerando toda a complexidade e variedade do fenômeno da adicção por drogas. O NA caracteriza-se como uma irmandade sem fins lucrativos direcionada a pessoas para quem as drogas se tornaram um problema maior. Seus membros se autodenominam “adictos em recuperação” e se reúnem regularmente para partilhar suas experiências e ajudarem uns aos outros a sustentar a abstinência de drogas. Com o objetivo de conhecer como os sujeitos que frequentam Narcóticos Anônimos enfrentam a sua adicção por drogas, a presente pesquisa apropriou-se do método clínico-qualitativo proposto por Egberto Turato, tendo como instrumentos um roteiro de entrevista semiestruturada e um gravador de voz, bem como registros em diários de campo durante a participação nas reuniões dos grupos de NA. Recorrendo às contribuições da psicanálise no estudo dos grupos e das instituições, buscamos valorizar o saber que o sujeito tem acerca da sua própria vida e a cultura participativa. Após conhecer e analisar a dinâmica institucional do NA, resgatamos a importância da função fraterna, relegada a segundo plano pela psicanálise, reconhecendo a necessidade da participação de um semelhante para a (re)constituição da subjetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Drogas; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Abordagem interdisciplinar do conhecimento; Narcóticos Anônimos.

ABSTRACT

Drug addiction is undoubtedly a complex and multifaceted phenomenon, as evidenced by the innumerable debates on public health, safety, and social assistance policies that address the problem. As it seems, this question can only be understood within the contemporary culture, considering the imperatives of consumption, and the different ways individuals establish their relation with drugs in the different contexts. Even the concept of addiction itself is guided by different paradigms, sometimes by the model of addiction as brain disease (BDMA), commonly adopted in the medicine, or, alternatively, by philosophical and psychological definitions that assume addiction is in the scope of the weakness of the will or habitual behaviours. Additionally, there are some treatment models like the Psychosocial Treatment Center for Alcohol and Drugs (PTCad's), Harm Reduction Policy, and Therapeutic Communities, that also deal with the problem with distinct methodologies. Our work, however, will not deal with the public health policies offered by the State, or, more directly, our concern will be the anonymous groups of mutual help better known as Narcotics Anonymous (NA). NA is a non-profit organization directed to people for whom drugs have become a major problem. Its members call themselves "recovering addicts", and get together to share their experiences as well as to help each other to maintain drug abstinence. With the objective of knowing how NA members face their addiction problems, our research begins by the clinical-qualitative method proposed by Egberto Turato, having as instrument a semi-structured research script and a voice recorder, as well as records in time intervals during participation in NA group meetings. Applying the Psychoanalysis of Institutions and Groups, we tried to evaluate the knowledge the subject has about his own life within a participatory culture. We have rescued the relevance of the fraternal function for that matter, commonly relegated to a second plan by the official psychoanalysis, taking into account the participation of an equal to the (re)constitution of subjectivity.

KEY-WORDS: Drugs; Substance-related disorders; Interdisciplinary approach to knowledge; Narcotics Anonymous.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE.....	20
1.1 O consumo de drogas.....	20
1.2 A falência da guerra as drogas.....	30
1.3 Adicção é ou não uma doença?	40
2. A IRMANDADE NARCÓTICOS ANÔNIMOS.....	53
2.1 Breve histórico dos grupos anônimos de ajuda mútua.....	53
2.2 Os Narcóticos Anônimos.....	60
2.3 Críticas ao Programa de NA.....	71
3. DIFERENTES MODELOS DE TRATAMENTO.....	86
2.1 O CAPSad.....	86
2.2 A Redução de Danos.....	94
2.3 As Comunidades Terapêuticas.....	103
4. A INSTITUIÇÃO SOB O VIÉS PSICANALÍTICO.....	117
5. METODOLOGIA.....	126
5.1 Sujeitos da pesquisa.....	136
5.2 Instrumentos.....	129
5.3 Procedimentos para a coleta e análise dos dados.....	130
6. NARCÓTICOS ANÔNIMOS: A (RE) CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE A PARTIR DOS LAÇOS FRATERNOS.....	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
APÊNDICES	191
Apêndice 1 - Diários de campo.....	192
Apêndice 2 - Roteiro da entrevista.....	207
ANEXOS.....	208
Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	209

INTRODUÇÃO

O programa de mestrado no qual estamos inseridos tem por objetivo debruçar-se sobre questões contemporâneas a partir de uma abordagem interdisciplinar, isto é, rompendo com as fronteiras instituídas pelas disciplinas.

Para vivenciar a interdisciplinaridade, somos convidados a um percurso de desconstrução que nos possibilita o autoquestionamento dos nossos próprios paradigmas disciplinares e o diálogo com outras áreas do conhecimento.

Podemos pensar que todo pesquisador está implicado de alguma maneira com seu objeto de pesquisa e que o tema da dissertação pode revelar anseios e expectativas, contemplando a identificação e a afinidade com o tema pesquisado.

Sendo assim, as justificativas para realizar esta pesquisa abrangem a minha experiência pessoal de presenciar e me sentir afetada pelas mazelas decorrentes da incapacidade de viver sem o uso de drogas ao conviver com alguém que pode ser considerado um adicto.

Durante meu percurso na graduação em Psicologia, tive contato com comunidades terapêuticas e produzi um trabalho sobre os Alcoólicos Anônimos para a disciplina de Psicologia Social, o que me levou a reconhecer as possibilidades de atuação do psicólogo junto a grupos, comunidades e instituições.

Mas pude notar, por outro lado, que o conhecimento existente em torno da adicção por drogas é um saber que não está acabado ou esgotado, justamente porque requer a exploração em múltiplas disciplinas. Sou da opinião de que qualquer informação relevante sobre o problema da adicção vai estar entrelaçada a vários saberes e só pode ser construída a partir de diferentes experiências. É isto que este trabalho se propõe a discutir.

Existe, assim, uma complexidade que envolve a questão das drogas, de maneira que o uso e o abuso de substâncias precisam inevitavelmente serem analisados sob uma perspectiva biopsicossocial e interdisciplinar.

Considerado um problema social relevante, o uso problemático de drogas parece se alastrar ao longo dos anos, e pode ser percebido como um sintoma que denuncia certo estado de mal-estar presente na sociedade contemporânea.

Os debates em torno das drogas e da drogadicção estão em evidência não só no campo científico, mas na agenda política, gerando demandas aos gestores de saúde, segurança pública e assistência social.

Tais debates englobam diferentes concepções sobre a partir de quando o uso de drogas se torna um problema, como tratar ou o que fazer quando o uso de drogas se torna um problema, quais os malefícios gerados a partir do abuso de drogas, como o uso e o abuso de drogas contribui direta ou indiretamente para outras demandas e problemas sociais (narcotráfico, violência, incapacidade para o trabalho, responsabilidades legais do usuário etc), se e quais drogas devem ser repudiadas, quais as possibilidades de legalizar e/ou descriminalizar as drogas consideradas ilícitas, entre outras questões.

Considero o uso de drogas, como veremos no primeiro capítulo, como uma relação histórica e cultural, diferente dentro de cada contexto, entre o ser humano e as substâncias psicoativas. Já o abuso, também apresentado no primeiro capítulo, pode ser visto de diferentes maneiras como compulsão, dependência, perda de autonomia e prejuízos significativos na vida emocional e social do indivíduo.

A partir da segunda metade do século XX, o consumo de drogas tem crescido significativamente e ganhado visibilidade social, configurando-se uma questão de saúde pública, que cada vez mais vem sendo abordada em seu aspecto psicossocial (LARANJEIRA *et al*, 2003; PRATTA *et al* 2009).

Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (*United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC*), estima-se que 275 milhões de pessoas, ou 5,6% da população global entre 15 e 64 anos, usaram drogas ao menos uma vez por ano em 2016, e que 29,5 milhões de pessoas ao redor do mundo apresentam problemas com drogas. Lembrando que o uso de drogas difere de país para país em relação à especificidade da droga e às condições sociais e econômicas dos envolvidos (UNODC, 2017, 2018).

O que também tem se tornado uma grande ameaça para a saúde pública é o uso não medicinal de medicamentos sob prescrição. O UNODC contabilizou que a produção global de ópio atingiu 10.500 toneladas no último monitoramento de

2016 a 2017, sendo que 76% das mortes envolvendo transtornos relacionados ao uso de drogas se devem aos danos causados pelos opioides¹, como por exemplo, a produção e venda ilegal de fentanil e tramadol (UNODC, 2018).

Em relação à cocaína, foram produzidas 1.410 toneladas durante o ano de 2016, a maior parte vinda da Colômbia, com produção emergente na África e na Ásia. Neste mesmo período, verificou-se que a droga mais consumida mundialmente foi a *cannabis*, por 192 milhões de pessoas ao redor do mundo. O mercado de substâncias psicoativas continua crescendo em quantidade produzida e diversidade de novos tipos de substâncias (UNODC, 2018).

Ainda assim, as pesquisas sobre o consumo de drogas no Brasil consistem em levantamentos epidemiológicos, isto é, fornecem dados que nos possibilitam visualizar a amplitude do consumo em uma determinada população ou meio ambiente num período determinado como, por exemplo, levantamentos realizados em domicílios, escolas e universidades, com a população em situação de rua, entre outros. Porém, os usuários de drogas constituem uma população de difícil acesso e/ou “oculta”, não sendo possível enumerar e obter um cadastro exato do número de usuários e de dependentes de drogas (BASTOS; REIS, 2017).

De acordo com Zoldan e Ribeiro (2017) o crack adquiriu relevância de epidemia no Brasil, especialmente nos últimos 15 anos, quando o seu consumo aumentou e se disseminou pelo país a ponto de o Brasil ser considerado, no momento, o maior consumidor dessa droga, mundialmente. Boa parte dos usuários de crack consomem a droga em “cenas abertas de uso”, as chamadas “cracolândias”. Outras epidemias acontecem ali dentro: um terço das mulheres frequentadoras tem sífilis; a prevalência de AIDS e de hepatites é cerca de 10 vezes maior do que na população geral, há pacientes com tuberculose, infestações de piolhos e pulgas, além da desnutrição, dos ferimentos e da violência – emocional, física e sexual – que atinge principalmente as mulheres.

Um levantamento do perfil de usuários de drogas da cracolândia divulgado pela Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social em consultoria com o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) revelou que a população

¹ São considerados opióides as substâncias que possuem efeitos analgésicos e sedativos, semelhantes aos do ópio.

do antigo fluxo de dependentes químicos no chamado "Quadrante Helvécia", na região da Luz, na cidade de São Paulo, aumentou de 709 pessoas em abril de 2016 para 1.861 pessoas em maio de 2017, ou seja, um aumento de 160%. A contagem foi feita uma semana antes da operação policial que dispersou os usuários na região central de São Paulo, também no mês de maio de 2017 (LEVANTAMENTO DO PERFIL DE USUÁRIOS DE DROGAS NA REGIÃO DA CRACOLÂNDIA, 2017).

Em relação à legislação atual sobre drogas vigente no Brasil, tem-se como base a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, aprovada em 2005 pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD). A partir dela o usuário passou a ter direito a tratamento médico, psicológico e à assistência social, para ser reinserido na sociedade, embora o porte de drogas ilícitas continue sendo considerado crime (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2017).

Conforme aponta o 27º relatório global da organização *Human Rights Watch* (2017), em 2005, 9% dos presos brasileiros haviam sido detidos por violar a Lei de Drogas. Em 2014, eram 28% e, entre as mulheres, 64%. Estudiosos acreditam que o encarceramento em massa seja um dos efeitos colaterais desta lei.

Já os modelos de atenção específicos para enfrentar o uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil nasceram dentro do contexto da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, preconizando abordagens multidisciplinares, de natureza psicossocial e farmacológica. Neste sentido, valoriza-se a ideia do tratamento comunitário e em rede, com acesso universal e equânime, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos tanto pela Constituição Federal de 1988 quanto pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2003).

A política de álcool e outras drogas tornou-se, portanto, uma política intersetorial e inclusiva, que compreende várias áreas: saúde, justiça, educação e sociedade, e deve pautar-se por ações de prevenção, tratamento e reinserção social (BRASIL, 2003).

Entre os principais dispositivos do Estado que direcionam seus serviços para pessoas que sofrem problemas decorrentes do uso abusivo de drogas estão os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) integrados à Rede de

Atenção Psicossocial e ao SUS, e os Programas de Redução de Danos (PRD), que também serão mencionados neste estudo.

Existem, ainda, as Comunidades Terapêuticas (CT's) que são geridas pela iniciativa privada, mas muitas delas amparadas por subsídios do Estado, recebendo verbas de repasses públicos.

Nos últimos meses, movimentos políticos têm defendido alterações nas políticas públicas brasileiras sobre drogas, prevendo mudanças na legislação ao priorizar certas maneiras de enfrentamento, tratamento e prevenção do uso de drogas.

O Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) aprovou no dia 01 de março de 2018 uma resolução que reproduz as diretrizes de um projeto de lei (PLC37), o qual tramitava no Congresso desde 2013, propondo mudanças na Política Nacional sobre Drogas. Essa resolução coloca-se contrária à legalização de qualquer substância ilícita, defende as internações compulsórias e o fortalecimento das CT's, contrapondo-se às propostas que defendem a Redução de Danos, além de aumentar a pena para as pessoas acusadas de tráfico de drogas.

Como vou explicar mais adiante, a comunidade científica tem apresentado críticas a estas mudanças, inclusive o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por considerá-las retrocessos.

Fora do âmbito das políticas públicas de saúde ofertadas pelo Estado, existem grupos de pessoas que se propõem a não se isolar da sociedade onde as drogas estão presentes, porém abstendo-se delas: os Narcóticos Anônimos (NA).

Partindo de seu conhecimento empírico e de um saber próprio construído em torno do que eles chamam de “adicação”, a irmandade mundial NA caracteriza-se como um grupo anônimo de ajuda mútua direcionado a pessoas para quem as drogas se tornaram um problema maior. Seus membros se autodenominam “adictos em recuperação” e se reúnem regularmente para partilhar suas experiências e ajudarem uns aos outros a sustentar a abstinência de drogas.

Assim como outros grupos de ajuda mútua, o NA é guiado por uma filosofia e literatura próprias composta de 12 Passos e 12 Tradições, as quais pretendem, de maneira geral, ajudá-los a conquistar o que eles chamam de “uma nova maneira de viver”, sem drogas.

Considerada como uma das maiores e mais antigas organizações para adictos do mundo, o NA está presente em 139 países, incluindo grande parte da América do Norte e do Sul, Europa, Austrália, Oriente Médio, Nova Zelândia e Rússia, bem como tem evoluído na África e na Ásia (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2016).

Autores como, por exemplo, Ferreira (2012), destacam a importância do NA, ou dos grupos anônimos de ajuda mútua em geral, que têm sido objeto de estudos no campo das ciências sociais seja no âmbito nacional e internacional. O estudo da autora é motivado pelo fato de que estes grupos desenvolvem uma terapêutica que se mostra eficaz no tratamento das adicções modernas, além de constituírem um fenômeno social contemporâneo que revela novas formas de subjetividade e promovem a emergência de uma gestão coletiva em um dado espaço público, muitas vezes lidando com problemas de saúde pública, como o alcoolismo e a drogadicção.

O ideal coletivo da irmandade de conquistar a abstinência de drogas tem como pilar a admissão da impotência perante a adicção e o amparo de uma rede de apoio mútuo, para a qual os membros podem recorrer para se proteger de recair ao ter a possibilidade de partilhar sua angústia.

Reconhecemos, assim, o NA como uma instituição que detém um conjunto de princípios, ideias e práticas em torno da adicção por drogas.

O anonimato parece tornar as relações construídas no NA diferentes da proposta por outras instituições que se direcionam para a demanda dos adictos. Embora o programa de NA pressuponha a abstinência de drogas para alcançar a recuperação, a filiação à irmandade se dá de forma voluntária, oferecendo uma maneira de enfrentamento da adicção que parece preservar a liberdade e resgatar a autonomia do sujeito.

Considerando que o NA não produz dados e estatísticas sobre taxa de adesão ou reincidências da frequência dos seus membros nos grupos, parece não ser possível medir precisamente a eficácia do programa. Os grupos são abertos e estão em constante movimento devido ao próprio dinamismo que permite aos membros entrarem ou saírem quando desejarem, preservando assim o espaço da subjetividade.

Diante disto, o nosso problema de pesquisa consiste na tentativa de responder à seguinte pergunta: Como acontece o enfrentamento da adicção em Narcóticos Anônimos?

O objetivo desta pesquisa foi conhecer como os sujeitos que frequentam o NA enfrentam a sua adicção por drogas. Para isto, decidi trabalhar com uma amostra específica circunscrita à cidade de Limeira, no interior de SP. Em Limeira há uma quantidade razoável de grupos ativos de NA (9), além de possuir um Centro de Serviços de Área (CSA) que abrange municípios vizinhos. Acredito que esta amostra pode servir como uma representação inicial daquilo que poderia ser constatado por outros estudos posteriores que recolham amostras diferentes e mais abrangentes. Portanto, é de se esperar que pesquisas futuras corroborem ou não as hipóteses que defenderemos aqui.

Para alcançar nosso objetivo geral, procurei: identificar como são instituídos os grupos de NA na cidade de Limeira; observar que tipo de relações são construídas pelos membros; conhecer o que o NA oferece de diferente dos outros modelos de tratamento; e verificar quais são os principais aspectos que motivam os sujeitos a permanecerem no NA. A dinâmica institucional do NA é, portanto, nosso objeto de estudo nesta pesquisa.

Ao nos debruçarmos sobre a dinâmica grupal do NA, seus rituais e tradições, o anonimato, as relações e práticas instituídas, os possíveis conflitos subjacentes e as representações construídas em torno do NA pelos seus membros, pretendemos investigar os significados individuais e coletivos desta irmandade.

O procedimento utilizado no trabalho de campo serviu-se do método clínico-qualitativo proposto por Egberto Turato, abrangendo como amostra da pesquisa 10 sujeitos que frequentam grupos de NA na cidade de Limeira- SP. Como instrumentos de pesquisa utilizamos um questionário de entrevista semiestruturada e um gravador de voz, e também os registros em diários de campo das minhas observações durante o tempo em que frequentei as reuniões do NA.

O presente estudo está estruturado da seguinte maneira:

No capítulo 1 procuramos descrever como o consumo de drogas geralmente é visto pela sociedade e pelo Estado, discutindo os impactos dos imperativos de consumo contemporâneos sobre o sujeito que recorre às drogas.

Para isto, contamos com as contribuições de alguns estudos etnográficos, os quais discutem os componentes sociais do uso de drogas, seus rituais e modos de vida, e fazemos uma discussão da questão das drogas no cenário jurídico, dada a ilicitude de determinadas substâncias e o controle realizado pelo Estado. Problematicamos, ainda, o conceito de “adicação” e de adição por drogas/drogadicção a partir de diferentes perspectivas teóricas, desde autores que defendem o modelo de doença cerebral (BDMA), até estudos da Neurociência e da Psicologia, como os de Bruce Alexander, de Marc Lewis e de Lance Dodes, que desconstruem o status de doença, como também da Filosofia da Psiquiatria, nos trabalhos de Alfred Mele e de Walter-Sinnot Armstrong & Hanna Pickard, que discorrem sobre a “fraqueza da vontade”, questionando a primazia das vertentes biologizantes da adição.

No capítulo 2, apresentamos um breve histórico dos precursores do NA, recordando o surgimento do primeiro grupo anônimo de ajuda mútua - os Alcoólicos Anônimos - e seus predecessores, tais como o Movimento da Temperança, os Washingtonianos e o Grupo Oxford. Apresentamos o funcionamento do NA e trazemos algumas das principais críticas realizadas ao seu programa dos 12 Passos.

Já no capítulo 3, identificamos diferentes modelos de tratamento direcionados às pessoas que sofrem de transtornos relacionados ao uso ou abuso de drogas, descrevendo como é o trabalho realizado pelo CAPSad, pelo PRD e pelas CT's, bem como discutindo a efetividade de suas práticas.

No capítulo 4, por sua vez, nos voltamos para as contribuições da psicanálise no estudo dos grupos e das instituições, através do movimento institucionalista, de alguns elementos da Análise Institucional proposta por Georges Lapassade, Gregório Baremlitt, entre outros, bem como da Psicologia Institucional proposta pelo psiquiatra e psicanalista argentino José Bleger, ao enfatizar a atuação do psicólogo junto a grupos, comunidades e instituições.

No capítulo 5 apresentamos a metodologia da pesquisa, ao nos apropriarmos do método clínico-qualitativo de Egberto Turato, e também utilizamos das técnicas de observação-participante e de categorização das entrevistas.

No 6º e último capítulo trazemos a categorização das entrevistas, supramencionada, junto de uma análise da dinâmica institucional do NA. A partir

disto, foi possível identificar o desenvolvimento da capacidade de agenciamento individual e coletivo do “adicto em recuperação”, que tem a possibilidade da (re)constituição de sua subjetividade por meio dos laços fraternos. Ao resgatar a importância da função fraterna para a constituição subjetiva, relegada a segundo plano pela psicanálise, recorreremos a autores como: Maria Rita Kehl, Joel Birman, Susana Matus, entre outros.

Diante de tudo isso, esperamos contribuir com estratégias de intervenções futuras para tratar sujeitos que sofrem com a adicção por drogas.

1. AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE

A adicção surge dos mesmos sentimentos que ligam os amantes um ao outro e as crianças a seus pais. E constrói-se nos mesmos mecanismos cognitivos que nos permitem valorizar os ganhos a curto prazo e os benefícios a longo prazo. A adicção é inquestionavelmente destrutiva, ainda assim também é estranhamente normal: uma característica inevitável do desenho humano básico. Isso é o que a torna tão difícil de compreender - socialmente, cientificamente e clinicamente (Marc Lewis).²

1.1 O consumo de drogas

Quando falamos sobre o consumo de drogas, a primeira imagem que nos vem à mente é de alguém fazendo uso das drogas consideradas ilícitas. Geralmente esta imagem é associada à criminalidade ou a comportamentos considerados transgressivos, desviantes, “anormais” pela sociedade em geral. A palavra “droga” é normalmente associada a algo ruim, sem qualidade, que faz mal à saúde.

Não paramos para pensar que, na verdade, todos nós consumimos algum tipo de “droga”, ou seja, algum tipo de substância que causa alterações em nosso organismo, em algum momento da vida: desde um medicamento, um alimento muito industrializado artificialmente, uma bebida, um tipo de cigarro etc. Este consumo pode até mesmo ser feito indiretamente, ao inalar um produto tóxico no ambiente de trabalho, por exemplo.

A relação sujeito³-droga não é algo recente, mas remonta a tempos longínquos e acompanha a história da humanidade.

Acredita-se que o uso de substâncias que alteram o funcionamento do

² “Addiction arises from the same feelings that bind lovers to each other and children to their parents. And it builds on the same cognitive mechanisms that get us to value short-term gains over long-term benefits. Addiction is unquestionably destructive, yet it is also uncannily normal: an inevitable feature of the basic human design. That’s what makes it so difficult to grasp—socially, scientifically, and clinically” (LEWIS, 2015, p. X).

³ O termo “sujeito” é parte do jargão psicanalítico e será utilizado no presente estudo apenas com o propósito de contemplar a subjetividade, o desejo e o protagonismo do indivíduo diante das relações que ele estabelece com a alteridade.

Sistema Nervoso Central, conhecidas também como “substâncias psicoativas”, está presente desde o início da civilização humana, em diferentes sociedades, culturas e contextos históricos. O que muda é apenas o contexto e o papel que as drogas desempenham em cada cultura, que vão desde práticas sagradas, terapêuticas, festivas, até ser considerada uma epidemia social que afeta a saúde pública (AGUIAR, 2011; ALARCON *et al*, 2012; PRATTA *et al*, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “droga” como toda substância que produz alterações no funcionamento do organismo. Considera-se, assim, que existem substâncias que são utilizadas para fins terapêuticos, na função de medicamentos e que, dependendo da dosagem utilizada, também podem ser prejudiciais ao organismo (OMS, 1993).

As drogas psicotrópicas, por sua vez, foram definidas pela OMS como aquelas que agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, e possuindo mecanismos de reforço e recompensa. São, portanto, passíveis de autoadministração. De acordo com as mudanças percebidas na atividade mental do sujeito, as drogas são classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras da atividade mental. Existem drogas consideradas lícitas e outras consideradas ilícitas. As drogas lícitas mais conhecidas são o tabaco e o álcool (CARLINI *et al*, 2001).

Segundo Laranjeira *et al* (2003), o consumo de cigarro e outras formas do uso do tabaco estão presentes desde meados do século XVI na Europa, e seu uso provoca dependência decorrente da ação da nicotina.

Já o álcool é uma das substâncias mais difundidas entre as populações. Seu consumo é um dos hábitos sociais mais antigos podendo estar relacionado a ritos religiosos, valores sociais e culturais, além de lhe atribuírem efeitos de funcionar como calmante, afrodisíaco, estimulante de apetite, desinibidor, entre outros. Apesar de ter grande aceitação de consumo pela sociedade e de não ser considerado ilícito, o álcool é uma droga psicotrópica que pode causar dependência (NASI; HILDEBRANT, 2007).

Entre as drogas ilícitas mais conhecidas temos a *cannabis* (maconha), cujos efeitos medicinais e euforizantes são conhecidos há mais de quatro mil anos; a cocaína que, por sua vez, ganhou maior popularidade nos últimos 20 anos, sendo

que dela derivam outros subprodutos, tais como a pasta de coca, o crack e a merla, que podem ser cheirados, injetados ou fumados. Existem, ainda, as drogas sintéticas fabricadas em laboratório como, por exemplo, o Ecstasy, de propriedade estimulante e o LSD, conhecido por seu efeito alucinógeno; temos também os opiáceos naturais (ópio, morfina, codeína), os semi-sintéticos (heroína) e os opióides (meperidina, metadona), além de diversos outros tipos de substâncias classificadas como “drogas” (LARANJEIRA *et al*, 2003).

Assim, não podemos nos esquecer do caráter polissêmico suscitado pelo termo “droga”, o qual é utilizado tanto pela Medicina, considerando qualquer substância utilizada de forma medicamentosa para prevenir e tratar doenças físicas e mentais; pela farmacologia, enquanto agente químico utilizado para alterar processos bioquímicos e fisiológicos do organismo; como também no âmbito jurídico, que se referencia às drogas consideradas ilícitas, ou seja, àquelas que não são utilizadas para fins medicinais ou farmacológicos.

Podemos pensar que cada período da história possui suas características próprias, seu sistema de valores, regras sociais, padrões de conduta, éticas, leis, etc., os quais produzem determinados modos de subjetivação.

Alguns autores denominam o período da história que atualmente vivemos, desde o final do século XX e início do século XXI como sendo o da “contemporaneidade”, enquanto outros o caracterizam como “pós-modernidade”. Pós-modernidade é uma nomenclatura preferida, por exemplo, pelo cientista social polonês Zigmunt Bauman. Já outros acreditam que a modernidade ainda não se findou: “modernidade tardia” (Anthony Giddens), “modernidade reflexiva” (Ulrich Beck), “supermodernidade” (Georges Balandier), “hipermodernidade” (Gilles Lipovetsky), entre outros.

Freud (1996 [1930]) já dizia que viver em civilização provoca mal-estar, ao passo que impõe ao sujeito sacrificar suas pulsões em busca de segurança. Para Freud, existem diferentes fontes de sofrimento que ameaçam a vida do homem moderno, tais como: a consciência de mortalidade e o envelhecimento do corpo, as forças superiores da natureza e as relações com outros seres humanos, na família, na sociedade e no Estado.

Segundo Bauman (1998) o mal-estar presente na pós-modernidade nasce

da liberdade e não da opressão, considerando que o sujeito é levado a trocar possibilidades de segurança à procura do prazer e da felicidade. Com isso, tem-se cada vez mais liberdade individual ao preço de cada vez menos segurança.

Outro aspecto da era moderna é que o indivíduo é responsável por construir sua própria identidade e não mais possui uma identidade herdada. Os projetos de vida individuais se deparam com a instabilidade do trabalho, do mercado e de tudo aquilo que se torna rapidamente obsoleto e difícil de apreender, criando-se uma atmosfera de permanente incerteza (BAUMAN, 1998).

De acordo com Lipovetsky (2005) há uma condição histórica de transição e de desconforto que atinge o indivíduo na pós-modernidade. A globalização do capital, das condições de produtividade, do mercado e do lucro delineiam novos modos de ver, pensar e agir. A exigência de padrões universais de eficácia supostamente gera certo caos interior e levam o sujeito a perder o sentido da vida e da própria identidade.

A sociedade tida como pós-moderna é uma sociedade multicultural, marcada pela perda de referências absolutas, as quais geram incerteza e angústia. Com a expansão do capitalismo surge uma sociedade de consumidores, e o consumo torna-se sinônimo de felicidade (BAUMAN, 1998).

O modo de vida consumista da sociedade liberal, permeada pelo individualismo contribui para que, na era contemporânea, o sujeito perca seus referenciais e conteúdos significativos, não possuindo uma identidade fixa. O hiperconsumo se dá não somente pela necessidade de ostentação e construção de certo status, mas para satisfazer necessidades emocionais, corporais, estéticas, relacionais e lúdicas (LIPOVETSKY, 2005).

Sendo assim, Lipovetsky (2005) denomina a contemporaneidade de “era do vazio”, na qual ocorre uma ruptura da sociedade e dos costumes. O consumismo em massa e o individualismo exacerbado deste momento histórico rompem com valores tradicionais dos séculos XVII e XVIII, e tendem a derrubar as cadeias institucionais que se opõem à liberdade e à autonomia do sujeito.

De acordo com Bauman (2014), a desestruturação do mercado de trabalho, a criminalização da pobreza e a mercantilização dos espaços culturais contribui para o individualismo e para a fluidez da vida na sociedade

contemporânea.

Para Birman (2014), a contemporaneidade é demarcada como fonte permanente de surpresa e incerteza diante do futuro, onde quase tudo acontece de maneira imprevisível e intempestiva. Entre os imperativos contemporâneos destaca-se o individualismo associado ao consumismo, a busca de prazer incessante, o culto à imagem corporal (narcisismo) e o recurso às ilusões farmacológicas para lidar com o mal-estar.

Nesse sentido, podemos relacionar a liberdade e a transitoriedade presentes na contemporaneidade com a falta de referências sólidas para o sujeito identificar-se, diante de um excesso de possibilidades de escolhas, o que o coloca o em constante angústia e sentimento de desamparo.

O recurso às drogas é mencionado por Freud (1996 [1930]) como uma das formas que o sujeito encontra para lidar com o mal-estar inerente à sociedade em que está inserido.

Já Birman (2001) acredita que o uso de drogas pode ser considerado um sintoma legítimo que se inclui no imperativo de gozo da pós-modernidade e no discurso da sociedade de consumo, o qual pressupõe que a ciência tem a solução para toda impossibilidade do sujeito, basta recorrer às substâncias psicoativas para aplacar seu mal-estar.

Deste modo, o uso de drogas é apenas uma das muitas possibilidades que a sociedade oferece ao sujeito que pretende fugir da sua realidade, assim como outras fontes de prazer narcisista como o consumo compulsivo, o sexo compulsivo, entre outras compulsões (FORTE, 2007).

Tendo em vista que a sociedade contemporânea perdeu a maioria dos seus ritos iniciáticos ou rituais de passagem, os conflitos inerentes à existência humana são direcionados ao mercado de consumo, que privilegia o prazer imediato e não tolera a frustração, dificultando a busca pela transcendência ou transformação. Portanto, o consumismo influencia nos transtornos decorrentes da falta de controle dos impulsos, tais como: passar horas diante da TV ou da Internet, jogar excessivamente, comer compulsivamente, fazer sexo compulsivamente, tornar-se obcecado por exercícios físicos, trabalhar compulsivamente, e inclusive consumir drogas compulsivamente. Tudo isso em busca de sensações prazerosas que

acabam se tornando um padrão de comportamento repetitivo para lidar com os conflitos humanos, sem elaborá-los (SILVEIRA, 2008).

Vivemos, assim numa “cultura das drogas”, sejam estas lícitas ou ilícitas. *“Enfim, vivemos intoxicados mesmo que não saibamos disso, pois esses diferentes fármacos e estimulantes se inscrevem no estilo contemporâneo de existência”* (BIRMAN, 2014, p. 86).

Portanto, a busca pelo prazer dita a experiência do sujeito na sua relação com a droga numa tentativa de evasão de uma realidade percebida como insuportável, diferente por exemplo, da ritualidade que permeia o uso de drogas em determinados contextos. A cultura da droga consistiria numa resposta a um mal-estar instituído do qual o sujeito se vê na impossibilidade de modificar efetivamente (BIRMAN, 2014).

Bauman (1998, p.14) aborda, ainda, o conceito de “pureza” tido como uma preocupação social em manter a ordem das coisas em seus lugares, associada à organização e à higiene. O critério de pureza é visto como possibilidade de participar do consumo, já o oposto de pureza contempla *“o sujo, o imundo, os agentes poluidores – são coisas fora do lugar”*.

Para Bauman (1998), o Estado moderno, ao buscar manter o sujeito em conformidade com a ordem, expulsa os estranhos - aqueles que não se encaixam no mapa cognitivo, moral ou estético do mundo – das fronteiras do território por ele administrado.

Na sociedade moderna, sob a égide do Estado moderno, a aniquilação cultural e física dos estranhos e do diferente foi uma destruição criativa, demolindo, mas construindo ao mesmo tempo; mutilando, mas corrigindo...Foi parte e parcela da constituição da ordem em curso, da constituição da nação, do esforço de constituição do estado, sua condição e acompanhamento necessários. E, inversamente, onde quer que a planejada ordem de constituição esteja em andamento, certos habitantes do território a ser ordeiramente feito de maneira nova convertem-se em estranhos que precisam ser eliminados (BAUMAN, 1998, p. 30).

A partir dessa leitura de Bauman, podemos identificar os usuários de drogas como aqueles que, entre outras coisas, desejam participar deste jogo

consumista. Porém, são tidos como “consumidores falhos”. Os “drogados” se incluem naqueles que ameaçam a ordem desejada e ocupam um lugar à margem da sociedade, vistos como estranhos.

Acredita-se que toda esta valoração depositada sobre os usuários de drogas contribui para que eles se isolem socialmente e, inclusive, de sua família, unindo-se a outros usuários (BIRMAN, 2001).

O uso de drogas é, então, comumente percebido pela população como um comportamento desviante da norma social vigente e que afeta o bom funcionamento da sociedade. Além de estar associado à pobreza e à criminalidade, imagem criada e recriada diariamente pela mídia de massa (MORAIS, 2005).

Conforme Labate *et al* (2008), a questão das drogas não pode ser compreendida fora da cultura. Ao mesmo tempo em que pode potencializar compulsões, o consumo de drogas pode também ocorrer em meio a relações sociais estáveis e integradas ao estilo de vida dos sujeitos, sem ser tido como fator prejudicial.

Loeck (2009) ressalta a necessidade de não confundir o uso de substâncias psicoativas com uma condição de dependência química ou drogadicção, pois através da mídia e dos preconceitos sociais o senso comum tende a não distinguir claramente a diferença entre o uso e o abuso de drogas, tampouco admitir o fato de que sujeitos podem fazer uso de tais substâncias sem encontrar-se em uma condição de doente.

De acordo com Fiore (2013), as ciências biológicas e da saúde, especialmente a Medicina, constituem-se como campo científico melhor autorizado a tratar a questão do uso de drogas, pautando-se na grave ameaça à saúde, à segurança pública e aos valores morais estabelecidos. Logo, os problemas relacionados ao consumo de drogas acabam sendo direcionados para a dependência, o crime e a desagregação social. Às ciências sociais foi então delegada a tarefa de olhar para o consumo de drogas enquanto um desvio dos comportamentos socialmente aceitáveis.

Ao questionar a naturalização do consumo de drogas como um comportamento desviante e realizar uma reflexão sócio-antropológica, os estudos pioneiros de Howard Becker nas décadas de 1950 e 1960, investigaram hábitos e

práticas dos usuários de maconha a partir de um processo de aprendizado contínuo do sujeito, que compartilha códigos de conduta e atribui significados à sua própria experiência e aos efeitos do consumo.

No Brasil, o pioneiro a pesquisar o contexto sociocultural dos usuários de drogas foi Gilberto Velho (1998) que se debruçou sobre os rituais através dos quais as drogas eram consumidas, os efeitos experienciados pelos sujeitos e também os significados atribuídos ao consumo, encontrando diferenciações internas entre grupos de usuários como, por exemplo, classe, situação profissional, faixa etária e gênero. Existiria, pois, uma “subcultura das drogas”, que envolve determinados valores e interesses (FIORE, 2013).

Ao conhecer a experiência do usuário de substâncias psicoativas, Vargas (2006) denomina como “*evento*” o “barato”, a “onda” ou a “viagem” que o uso da droga proporciona ao sujeito. Um *evento* diria respeito a algo fabricado e realizado, que provoca alguma surpresa, diferença ou alteração no estado de percepção do sujeito.

Para Vargas (2006), durante este *evento* o sujeito vivencia o auto abandono e a usurpação de si, submetendo-se à ação de outrem ou ao que ele chama de “alter-ação”, a qual implica a perda do agenciamento de sua própria ação. Durante esta alter-ação nem o usuário nem a droga estariam no controle.

Os riscos que o usuário de substâncias psicoativas corre ao perder o controle e “sair de si” tratam-se de riscos desejados e da busca voluntária por esta alter-ação. Tal busca envolve ações que antecedem o uso, como por exemplo, “descolar” a droga, encontrar o melhor lugar ou situação e conhecer o manejo da substância para se chegar a um *evento* satisfatório (VARGAS, 2006).

Em sua teoria do cálculo hedonista, o filósofo utilitarista Jeremy Bentham nomeou de “jogos profundos” aqueles jogos em que os riscos envolvidos são superiores aos benefícios esperados. Associando os jogos profundos ao consumo de drogas ilícitas, Vargas (2006) argumenta que se trata de uma maneira própria que o usuário de drogas encontra para engajar-se no mundo ao entregar-se apaixonadamente a estes jogos profundos sem se preocupar com seu nível de controle e emancipação, justificado pelo desejo de viver intensamente.

Neste sentido, há que se considerar distinções entre natureza e cultura que determinam diferentes perspectivas de se olhar para o fenômeno das drogas, bem como seus desafios metodológicos: numa perspectiva bioquímica atenta-se para as alterações que as substâncias psicoativas provocam nos circuitos neurais e no organismo biológico; na perspectiva das ciências sociais são considerados os contextos sociais que o cercam e aprendizados compartilhados pelos usuários. Todavia, não podemos nos limitar a dividir tais perspectivas (FIORE, 2013).

De acordo com Fiore (2013), a experiência do consumo de drogas e seus efeitos são produzidos pelos agenciamentos recíprocos das substâncias, dos eventos e dos sujeitos. Tais agenciamentos englobam ações neuroquímicas, aspectos corporais e materiais e apreensões subjetivas peculiares. As substâncias agem em conjunto com os sujeitos e produzem eventos. Portanto, não convém relegar às ciências sociais apenas os “aspectos socioculturais” do uso de drogas, mas sim integrá-las no mesmo campo de discussão das ciências biológicas e da saúde.

Em sua experiência etnográfica, Taniele Rui (2012) percebe a figura do “nóia” como um corpo que denuncia a alteridade e que materializa a exclusão social em sua corporalidade: o corpo *abjeto*.

O corpo abjeto pertence àqueles usuários que desenvolveram uma relação extrema e radical com a droga, neste caso, o crack. Assim, a autora refere-se à abjeção como uma vida que não é considerada legítima, ao retratar o cenário dos usuários de crack (RUI, 2012).

Para Rui (2012) os limites da experiência humana em seus aspectos corporais, sociais, espaciais, simbólicos e morais ultrapassados pelo usuário de drogas remetem à falta de higiene, de cuidados estéticos e de cuidados com a saúde ao encontrarem-se submetidos às propriedades devastadoras das drogas, o que impulsiona a necessidade de serem criados serviços assistenciais e policiais para recuperar ou eliminar tais sujeitos denominados “nóias”.

Alves (2015), em sua etnografia junto a usuários de drogas, retrata a existência de uma cultura particular, marcada por terminologia própria, papéis sociais desempenhados, corporalidade, rituais de uso e outras questões que compõem o cenário da cracolândia e a rotina diária dos sujeitos que ali vivem.

Verificou-se que o usuário de drogas percorre uma carreira progressiva de exclusão social e de inclusão em um determinado grupo considerado desviante, identificando-se com a imagem de “nóia” e construindo um repertório diário de comportamentos que buscam sustentar o consumo, tecendo uma rede de relações afetivas, vínculos e práticas correspondentes a este estilo de vida. Tal modo de vida acaba por criar uma dependência social do sujeito ao satisfazer suas necessidades de pertencimento (ALVES, 2015).

Alves (2015) defende, assim, os componentes sociais que contribuem para a manutenção do uso de drogas: o prazer da convivência grupal entre os usuários, o status alcançado entre os pares, o gosto pelo ritual que envolve o consumo da droga, entre outras conexões e aventuras vivenciadas pelos craqueiros, que outrora estariam frustrados com a sua vida.

Partindo dos fundamentos marxistas e de uma abordagem ontológica histórico-social, Souza (2012) defende que são as classes sociais que geram as demandas ou problemas que permeiam a vida dos sujeitos. Este autor associa a severidade do consumo de drogas como sendo um efeito do modo de produção capitalista, no qual verifica-se a dominação do homem pela mercadoria e a sua própria transformação em mercadoria (coisificação). Portanto, a própria droga assume a forma de mercadoria, tornando-se fonte de grandes lucros.

Eliminar o consumo de drogas seria derrubar a sociedade capitalista, uma vez que o capital é passível de eliminação, mas não de controle (SOUZA, 2012).

Alencar (2016), por sua vez, discute a relação entre saber, poder político e capital presente na Revolução Industrial e na Revolução Francesa e pressupõe que os ideais de felicidade de uma sociedade estão relacionados ao seu governo, uma vez que o Estado antes tido como representante da vontade de Deus, representa agora a vontade do povo soberano. Entretanto, a lógica capitalista faz com que aqueles que detém valores de troca são legitimados e reconhecidos pelo Estado, enquanto os moradores de rua, refugiados, imigrantes ilegais, drogados são percebidos como inimigos internos e ameaçadores da felicidade dos cidadãos estabelecidos dentro do esquema produtivo.

De acordo com os pressupostos marxistas, a fetichização da mercadoria produzida através do trabalho alienado situa os usuários de drogas na experiência

moderna do fracasso social, desejando convertê-los em trabalhadores produtivos. Frequentemente as drogas são associadas à pobreza e à destituição do manejo social. Sob a ótica da materialidade, podemos pensar o sujeito do inconsciente enquanto produto das relações sociais, da mesma maneira que o lucro é produto das relações de trabalho (ALENCAR, 2016).

Conseqüentemente, a questão das drogas pode ser pensada a partir da ética e do adoecimento da moralidade presente nas tensões entre o desejo e a norma social. Neste caso, a psicanálise pode contribuir para desmistificar o mal encarnado na droga em si, enquanto tentativa científica e política de domesticação do corpo, a fim de manter a razão produtiva (ALENCAR, 2016).

Verifica-se, em síntese, que são múltiplas as perspectivas sobre o consumo de drogas e que a adicção nos parece um traço da contemporaneidade, uma vez que a repetição do consumo é incentivada continuamente.

O consumo é algo que nos faz satisfazer necessidades ou desejos, evidenciar um status ou posição social, nos inserir em certos grupos, ou até mesmo aplacar um estado de mal-estar. E o desejo de consumo é despertado a todo tempo por meio da mídia, das redes sociais, e das pessoas com quem convivemos.

Desta maneira, as drogas podem ser tidas como objetos de consumo que convidam ao prazer. Mas, assim como outros objetos, podem provocar a falta de controle do sujeito sobre ele mesmo e evoluir para um vício.

Existe, pois, a possibilidade de o sujeito incorporar as drogas à sua própria vida numa relação de abuso, podendo sofrer com os estigmas e com a marginalização decorrentes do abandono de outros papéis sociais para assumir o papel de “drogado”.

Dito isto, podemos pensar que o ser humano está frequentemente em busca de formas para alterar a sua consciência, seja através da espiritualidade, das drogas ou qualquer outra maneira que melhor lhe convém. Porém, como uma via de mão dupla, o sujeito que consome também pode ser consumido pelas drogas.

1.2 A falência da guerra às drogas

De maneira geral, o consumo das drogas consideradas ilícitas não é visto com bons olhos pela sociedade, e se dá de maneira oculta. Já as drogas lícitas, como o álcool por exemplo, tendem a ser aceitas e incorporadas em rituais e cerimônias diversas.

O fato de as drogas serem classificadas em lícitas e ilícitas denota a relação do sujeito com a Lei e com os limites e interdições que imperam na vida humana (VIDAL; NERY FILHO *et al*, 2009).

O paradigma proibicionista foi estabelecido ao final do século XIX e início do século XX, e considera o consumo de drogas como uma prática danosa, que deve ser proibida pelo Estado, sendo que a principal maneira de combater as drogas é criminalizar sua circulação e seu consumo (FIORE, 2012).

Por isso, as drogas classificadas como ilícitas pela maioria dos países do mundo, como por exemplo, a maconha, a cocaína, o crack e a heroína têm sua produção, comércio, venda e consumo proibidos pelo Estado.

A chamada “guerra do ópio” foi o primeiro grande conflito relacionado ao comércio de drogas, na primeira metade do século XIX. O cenário onde se deu esse conflito foi o comércio do ópio produzido na Índia, que era exportado da Inglaterra para a China. A elevada importação e consumo do ópio na China levou o governo chinês a publicar um decreto proibindo o consumo do produto. Tais embates entre a China e a Inglaterra acarretaram em desdobramentos políticos na tentativa de regulação da produção, comercialização e consumo do ópio, influenciando os futuros tratados internacionais para regulação de substâncias psicoativas (FONSECA; BASTOS, 2012).

A hegemonia dos Estados Unidos da América (EUA) e suas ações coercitivas no combate ao uso de drogas influenciou as políticas públicas sobre drogas ao redor do mundo. Os ideais neoliberais disseminados após o final da Segunda Guerra Mundial através da globalização da economia acabaram por legitimar o discurso jurídico-político das substâncias psicoativas, cuja circulação ultrapassava as fronteiras nacionais (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

No decorrer do desenvolvimento da industrialização, usuários problemáticos de drogas ilícitas, principalmente o ópio e a cocaína, eram direcionados para internação e isolamento social. Conhecido como “toxicomania”, o

transtorno relacionado ao abuso de substâncias psicoativas previa a internação compulsória em hospital psiquiátrico dos sujeitos denominados “toxicomaníacos” (MACHADO; BOARINI, 2013; SILVA JUNIOR; MONTEIRO, 2014).

A partir dos anos 1960, os governos reforçaram a sua preocupação com o controle e a proibição do comércio e consumo de drogas, que também passaram a fazer parte de protestos e manifestações estudantis, associadas à rebeldia individual e social e ao amor livre, drogas e rock’ n’ roll, movimentos psicodélicos, etc (SILVA, 2013).

As primeiras convenções sobre drogas organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) foram: a Convenção Única de Narcóticos, em 1961; a Convenção de Drogas Psicotrópicas, em 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, em 1988, as quais passaram a guiar a política de drogas mundial e, em grande parte, subordinar as políticas nacionais referentes às drogas classificadas como ilícitas. Acordos realizados em comum por 160 nações impunham limites sociais, culturais e morais ao comércio e consumo de drogas (FONSECA; BASTOS, 2012).

Em 1971, o presidente estadunidense Richard Nixon declarou a “guerra contra as drogas”, impulsionando as práticas proibicionistas (FORTE, 2007).

Em 1976 foi publicada a Lei brasileira nº. 6.368/1976, a qual defendia a abstinência as drogas como fator de segurança pública e estipulava ações de prevenção e repressão ao tráfico e ao uso indevido de drogas causadoras de dependência física ou psíquica (MACHADO; BOARINI, 2013).

Ao longo dos anos 80, as políticas globais antidrogas entraram em crise, devido à emergência e à expansão das estratégias de Redução de Danos, à crescente oposição sobre as políticas de drogas de caráter coercitivo e punitivo e aos sinais de falência das práticas proibicionistas em limitar o cultivo e o consumo da maconha, droga que ganhou expressão social nas décadas de 60 e 70 (FONSECA; BASTOS, 2012).

Somente em 1998 o Brasil iniciou a construção de uma política nacional específica na tentativa de reduzir a demanda e a oferta de drogas após participar da

XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID) ⁴.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consumiam abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003).

Com a aprovação da Lei Federal 10.216/2001 que legitimou a Reforma Psiquiátrica, os usuários problemáticos de drogas foram inseridos como responsabilidade das políticas de saúde pública, especificamente da saúde mental. A partir daí o campo da assistência em saúde mental ficou responsável pela criação de diferentes dispositivos de cuidado (MACHADO; BOARINI, 2013).

Contudo, a primeira Política Nacional Antidrogas do Brasil foi instituída somente em 2002 por meio do decreto presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Esta política defende a necessidade de práticas proibicionistas, reprimindo e criminalizando a produção e o porte de drogas ilícitas e, ao mesmo tempo, admite a possibilidade de uma estratégia para Redução de Danos, defendendo os princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais tem por desafio prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas, à medida que este passou a ser considerado um problema de saúde pública (OBID, 2017; SILVA JUNIOR; MONTEIRO, 2014).

Em 2004, a Política Nacional Antidrogas teve seu nome modificado para Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a partir do processo de atualização ocorrido através de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas, aos quais contaram com ampla participação popular (OBID, 2017).

Em 2005, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) aprovou uma nova lei - Lei nº 11.343/2006 - instituindo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) em substituição ao Sistema Nacional Antidrogas. A legislação sobre drogas, que se mostrava obsoleta até então, foi atualizada no intuito de acompanhar os avanços científicos e as transformações sociais (OBID, 2017).

⁴ Informações disponíveis no site: <<http://obid.senad.gov.br/obid>>.

Um dos pontos fundamentais da Lei de drogas de 2006 consiste em distinguir o usuário/dependente de drogas do traficante, tratando-os de maneira diferenciada, os quais são colocados em capítulos diferentes da lei. Logo, usuários e dependentes não mais serão penalizados com a privação de liberdade, mas sim submetidos a processos de ressocialização aplicadas por juizados especiais criminais. Entretanto, o porte de drogas ilegais continua sendo crime (BRASIL, 2001).

Podemos nos atentar ainda para o fato de que a criminalização das drogas tende a atingir majoritariamente a parcela vulnerável da sociedade, parcela esta onde se encontram os sujeitos que se enquadram no biotipo de “suspeito”. Enquanto isso, os considerados “cidadãos de bem”, como por exemplo os filhos dos pais de classe média e alta, continuam a consumir drogas e permanecem imunes. Tal conjuntura configura-se em uma seletividade na aplicação do proibicionismo das drogas (MORAIS, 2005).

Segundo Labate *et al* (2008), a legislação brasileira sobre drogas não estabelece precisamente a diferenciação entre o consumo próprio, seja individual ou coletivo e o tráfico de drogas, provocando desconfiança moral e policial ante usuários de substâncias psicoativas. Acreditam, assim, que as políticas públicas relacionadas as drogas necessitam urgente serem revisadas e amadurecidas de maneira a repensar a relação entre o Estado, as drogas e os direitos privados.

Outros pesquisadores enfatizam que o controle social antidrogas realizado pelo sistema penal constitui-se de um controle social punitivo institucionalizado que resulta no encarceramento em massa, abrindo espaço para a violação de direitos humanos fundamentais. Apesar da legislação despenalizar a posse de drogas para uso pessoal, verifica-se a falta de critérios claros na diferenciação entre as condutas de consumo pessoal e tráfico de drogas, configurando-se em uma política ambígua, arbitrária, seletiva e estigmatizante que acaba atingindo, principalmente, classes sociais desfavorecidas e vulneráveis (pobres, negros) (BOITEUX, PÁDUA, 2013; SILVA, 2014).

Observa-se, ainda, uma cultura enraizada de que a capacidade maléfica é atribuída somente às drogas ilegais. O álcool e o tabaco, por exemplo, apesar de serem drogas legalizadas têm o potencial para causar dependência, mas seu uso

não é socialmente considerado problemático. Já o uso das drogas ilícitas tende a ser considerado um problema, frequentemente percebido como um pedido de ajuda do sujeito, a ser interpretado pela Medicina e pelo Direito (LOECK, 2009).

Para Forte (2007) o malefício da droga não está somente na sua toxicologia, mas sim na sua ilegalidade. A droga não é “má” por si só, mas ao estar inserida dentro de determinado contexto social, no qual a escassez de recursos financeiros e a repressão ao comércio e consumo agrava o problema da violência e a torna mais prejudicial que a própria droga.

A defesa dos direitos humanos e do estado democrático de direito é utilizada para justificar as políticas repressivas contra as drogas ao colocar a necessidade de combate ao crime organizado e ao tráfico de drogas, sem levar em conta a imposição mercadológica que cria a demanda por drogas e a liberdade do sujeito em decidir-se pelo consumo de entorpecentes (FORTES, 2007).

Conforme identificam os estudos etnográficos, os contextos de uso e circulação de drogas ilícitas contemplam relações sociais, hierarquias, hábitos e processos de aprendizado, contrariando o imaginário social de que as drogas promovem a desintegração social (ALVES, 2015, LABATE *et al*, 2008, RUI, 2012).

A situação de miséria dos sujeitos que vivem na crackolândia de São Paulo, por exemplo, não se deve à presença da droga. Estudos feitos com população de rua mostram que a exclusão social (falta de acesso à educação, à saúde e à moradia), a privação da cidadania e da própria identidade constituem-se fatores de risco que podem levar as pessoas a recorrer às drogas (ALVES, 2015).

Segundo Alves (2015) a crackolândia simboliza uma condição de pânico moral em torno do sujeito craqueiro, sendo local de intervenções cruéis por parte do Estado.

Alves (2015) defende, ainda, iniciativas que destituem o usuário de crack unicamente como um refém da droga e como alguém que é incapaz de avaliar a sua condição de vida e os danos que a droga lhe causou. Isso fica claro, por exemplo, quando o usuário se nega à internação compulsória, durante à qual pode-se utilizar de contenção física, sentindo-se na condição de objeto comercial entre a família (cliente) e a clínica (prestadora de serviço).

Alencar (2016) alerta para a necessidade de tratar o sujeito em todas as suas dimensões para além do uso de drogas e concebe a dimensão da escolha como condição essencial para que o sujeito se implique em seu tratamento. Percebe a escolha por usar (ou não) a substância como recurso identitário.

De acordo com Labate *et al* (2008), as práticas proibicionistas e repressivas não reconhecem, por exemplo, as singularidades dos diversos contextos em que as substâncias psicoativas estão presentes, tais como o uso ritualístico e cultural de algumas substâncias como a *ayahuasca* e a folha de coca em comunidades indígenas e afrodescendentes, além de outras substâncias utilizadas em cerimônias religiosas.

Movimentos contrários ao proibicionismo têm levado diversos países do mundo a estudarem maneiras de descriminalizar ou legalizar determinadas substâncias psicoativas, enquanto alguns países já o fizeram.

Em Portugal, por exemplo, a experiência de descriminalização do consumo de drogas já ocorre há mais de 16 anos, e tem se mostrado eficaz, indicando a queda de consumidores problemáticos e a diminuição do envolvimento de crianças com drogas. A nova lei portuguesa de abril de 2001 manteve a ilegalidade das drogas, adotando uma infração administrativa para o porte de drogas para consumo. Ao ser flagrado portando drogas, o sujeito é encaminhado para uma junta civil composta de psicólogos, médicos e assistentes sociais, que adotam medidas de cuidado à saúde integral, delimitando se é um caso de tratamento ou de sanções e multas (FIORE, 2012).

Já o Uruguai legalizou a *cannabis* em 2013, tornando legal a produção e o consumo do usuário. A Lei de nº 19.172, promulgada em 20 de dezembro de 2013 e aprovada em 06 de maio de 2014 estabelece normas jurídicas de controle e regulação de toda a cadeia produtiva de *cannabis* pelo Estado através do Instituto de Regulação e Controle de *Cannabis* (IRCCA), que regula a importação, exportação, plantação, cultivo, colheita, produção, aquisição, armazenamento, comercialização, distribuição e uso da *cannabis* psicoativa ou *marijuana* e seus derivados em território nacional. A nova Lei uruguaia permite a compra e o consumo da *cannabis*, desde que adquirida nas farmácias credenciadas, também regulamenta o cultivo doméstico da substância pelo cidadão uruguaio ou residente naturalizado, e

nos “Clubes de *Membrésia*”, que se destinam à produção e ao consumo coletivo (LEI nº 19172, 2013).

No Brasil a maconha não é descriminalizada e seu uso não é permitido legalmente, mas existem movimentos em prol da legalização da maconha e diversos estudos sobre suas propriedades medicinais.

A Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança (ABRACE)⁵ realiza pesquisas em pacientes que utilizam a *cannabis* medicinal para fins terapêuticos, como alternativa no tratamento de algumas particularidades clínicas e problemas neurológicos. A ABRACE foi autorizada pela Justiça Federal a cultivar e manipular a *cannabis sativa* para fins exclusivamente medicinais, atendendo pacientes de todo o Brasil.

Em novembro de 2018, foi aprovada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) a descriminalização do plantio da maconha para uso medicinal, de acordo com o Projeto de Lei do Senado (PLS) 514/2017 da senadora Marta Suplicy. Em seguida será direcionado ao Plenário do Senado e à Câmara dos Deputados. Tal projeto também requer alterações na Lei de Drogas de 2006 ao liberar o cultivo, semeio e colheita da *Cannabis* para fins terapêuticos em determinadas quantidades sob prescrição médica, por associações de pacientes ou familiares de pacientes que fazem uso medicinal dessa substância⁶.

Um movimento na luta contra o proibicionismo era realizado pela Associação dos Agentes da Lei contra a Proibição (LEAP Brasil)⁷, presente no país desde 2010 e representante da atual *Law Enforcement Action Partnership* (LEAP) criada nos EUA em 2002. Participavam da LEAP: policiais, juízes, promotores, agentes penitenciários e outros integrantes do sistema penal que acreditam na falência da política de proibição às drogas ilícitas, unidos em prol da legalização, regulação e controle da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas, com o objetivo de acabar com a violência, mortes, encarceramento massivo,

⁵ Informações disponíveis em: <<https://abracesperanca.com.br/>>.

⁶ Informações disponíveis em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/11/28/cas-aprova-descriminalizacao-da-maconha-para-uso-medicinal> >.

⁷ Informações disponíveis em: <<http://www.leapbrasil.com.br/>>.

corrupção, doenças e demais violações de direitos humanos fundamentais provocados pela política da guerra às drogas.

Por fim, a LEAP encerrou as suas atividades em outubro de 2018. Supõe-se que uma das motivações para isto foi a eleição presidencial de Jair Bolsonaro, cujo plano de governo contraria todas as propostas e esforços dos profissionais da LEAP.

Não esqueçamos que descriminalizar o uso de drogas implica em delimitar alternativas à punição, substituindo quaisquer tipos de punição e sanções criminais aos usuários de drogas pelo tratamento médico e medidas de caráter sociais, levando-se em conta a marginalização econômica e social das pessoas que se envolvem na produção e no comércio de drogas, respeitando os direitos e a dignidade de todos. Desta maneira, consumidores de drogas devem ser reconhecidos como membros iguais da sociedade (COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

Conforme apontamentos do Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2016), o proibicionismo exerce pouca ou nenhuma influência para diminuir o uso de drogas, considerando que o número de consumidores cresceu quase 20% entre 2006 e 2013, totalizando 246 milhões de pessoas no mundo. A proibição tende a ocasionar na superlotação de presídios, mortes, violência e violações de direito. Já a descriminalização permite expandir o acesso do usuário de drogas no sistema de saúde, considerando que as pessoas usam drogas por outras razões e não porque seja crime ou não.

Tudo isso nos leva a acreditar que o século XX foi, ao mesmo tempo, o século do proibicionismo e o século do crescimento do consumo de drogas, mostrando que a proibição não reduz o consumo de drogas ilícitas. No último encontro da Comissão de Narcóticos em Viena ocorrido em 2009, reconheceu-se que a existência de um mundo sem drogas é impossível, no entanto, decidiu-se continuar a guerra, contentando-se por comemorar vitórias parciais, como a prisão de traficantes e a apreensão de drogas. Além do que, ao proibir a produção, o comércio e o consumo de drogas, o Estado contribui para a expansão do mercado clandestino de drogas e novos problemas sociais, como a exploração do trabalho (inclusive infantil), a contaminação ecológica, a corrupção de agentes públicos e a

violência como meio de defender interesses relacionados às drogas, entre outros conflitos (FIORE, 2012).

Mediante o exposto, não podemos ignorar os contextos histórico, político, social e moral que engendram as ações humanas. Também não podemos condenar o debate científico sobre o uso de drogas apenas às vertentes médica ou jurídica, as quais consideram as drogas como uma ameaça à saúde individual e coletiva e à ordem pública, ou associam-nas com a violência e a criminalidade, desejando eliminar os problemas decorrentes do uso de drogas através da proibição e da repressão do consumo (LABATE *et al*, 2008).

Vimos então que a lógica proibicionista acaba por inserir as drogas no contexto legal, o que incentiva, indiretamente, o mercado clandestino de drogas e contribui para vários problemas sociais associados como o tráfico, a violência para conseguir a droga, a superlotação do sistema penal, entre outros. Por outro lado, vale ressaltar que os locais de consumo de drogas acabam produzindo não apenas relações entre o sujeito e a droga, mas também tecendo vínculos sociais e modos de vida.

Por isso, o paradigma proibicionista para tratar a questão das drogas tem sido bastante questionado, haja vista que o consumo de drogas continua crescendo mundialmente e trazendo consequências tanto para o sujeito como para a sociedade.

Assim, são muitas as indagações acerca do problema das drogas que podem despertar curiosidades e, ao mesmo tempo, medo.

Seja como for, é válido reconhecer que a sociedade que gera o desejo pela droga é a mesma que cria estigmas e preconceitos, que pune e criminaliza o usuário de drogas.

1.3 Adicção é ou não uma doença?

Como toda problemática envolvendo a subjetividade humana, existe uma complexidade no que diz respeito ao que é considerado uso ou abuso de drogas.

Buscando modelos etiológicos dos transtornos relacionados ao abuso de substâncias psicoativas, Perrenoud e Ribeiro (2011) fazem um levantamento histórico do surgimento de problemas relacionados ao consumo de drogas.

De acordo com a concepção aristotélica, a qual prevaleceu durante o período da Idade Média (séculos VI a XVI) o uso abusivo de substâncias psicoativas era visto como uma escolha pessoal e consciente e associado ao controle moral, sendo passível de sanções ou punições sociais em razão de ser considerado uma heresia pela Igreja. Mais adiante, durante o período das Grandes Navegações e o desenvolvimento das tecnologias agrícolas, o consumo de bebida alcoólica passou a ser mais frequente, incluindo uso abusivo. A partir do século XVII, com o advento do consumo em massa decorrente das Revoluções Industrial e Científica, um grande número de indivíduos passou a apresentar problemas relacionados ao consumo de álcool, opiáceos e cocaína (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

No ano de 1790, Benjamin Rush (1745-1813) e Thomas Trotter (1761-1832) que viveram no período do Iluminismo, também conhecido como a Idade da Razão, consideravam a embriaguez como uma doença e acreditavam que o consumo de álcool começava como uma escolha, que se tornava um hábito e depois uma necessidade. Mais adiante, em 1849 Magnus Huss publicou um trabalho na Suécia intitulado *“Alcoolismus Chronicus”* e o conceito do alcoolismo como uma doença caracterizada por uma degenerescência neurológica foi difundido pelo mundo. Em 1970, Griffith Edwards e Milton Gross descreveram um conjunto de sinais e sintomas que compunham a “Síndrome de dependência do álcool”, determinada por aspectos físicos, psicológicos e sociais, influenciando a definição de outras entidades nosológicas para caracterizar a “síndrome de dependência de outras substâncias psicoativas”. Posteriormente, em 1977 um novo sistema conceitual para a dependência química foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, o qual prevalece até os dias atuais (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011; RIBEIRO; LARAJNEIRA, 2016).

Conforme Ribeiro e Laranjeira (2016) para determinar a “síndrome de dependência” é necessário ao médico realizar um diagnóstico descritivo e objetivo, embasado na observação de sinais e sintomas que abrangem critérios biológicos e

psicossociais. Cada critério diagnóstico possui, ainda, diferentes níveis de gravidade, considerando a interação disfuncional a partir de um conjunto de fatores.

Em termos gerais, o Código Internacional das Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM -5) pressupõem que, para ser caracterizada como um transtorno por uso de substâncias ou transtorno aditivo, devem ser consideradas as seguintes manifestações a partir do uso de drogas: 1) forte desejo ou compulsão em consumir as drogas/fissura; 2) comprometimento na capacidade de ter controle sobre o uso e esforços mal sucedidos em reduzir o uso; 3) síndrome da abstinência, que consiste em sintomas fisiológicos decorrentes da interrupção do uso; 4) tolerância, ou seja, necessidade de quantidades cada vez maiores da droga para se obter os efeitos desejados; 5) redução ou abandono de outras atividades prazerosas em razão do uso; prejudica relações familiares, afetivas e profissionais, por exemplo. 6) uso persistente, com frequência cada vez maior, apesar do prejuízo (CID-10; DSM-5).

De acordo com Sinnott-Armstrong e Pickard (2013), o conceito de adicção não é tão simples de ser definido levando em conta que existem diversas maneiras da adicção se manifestar, de quem pode ser considerado “adicto”, dos efeitos da adicção na saúde do sujeito e das motivações para a adicção. Assim como existem diferentes tipos de adicção, existem diferentes tipos de definições do que seja a adicção. Podem ser considerados comportamentos que levam a adicção: o vício em jogos, sexo, trabalho, comida, compras, uso da internet, drogas etc.

Algumas definições filosóficas consideram a adicção como um “forte apetite”, ou seja, caracterizada por desejos que são urgentes e orientados em direção a uma recompensa. Esta definição permite aos cientistas apoiarem-se em uma base neural e em mecanismos psicológicos que determinam esse forte apetite. Tais definições também possibilitam questionarmos se os sujeitos são responsáveis por suas ações, enquanto tidas como resultados desse forte apetite (FODDY; SAVULESCU, 2010 *apud* SINNOTT-ARMSTRONG; PICKARD, 2013).

Para discutir o conceito de adicção Mele (2004) apoia-se no conceito filosófico de ‘*akrasia*’, retornando à ideia de Sócrates de que muitas pessoas sabem o que é o melhor a se fazer, mas não estão dispostas, agindo de maneira a fazer o

contrário do que elas julgam ser o melhor a ser feito, sendo este julgamento baseado nos seus valores, princípios, desejos e crenças.

Seria válido, então, questionar se, ao invés de ser considerada uma “doença” ou “distúrbio mental”, a adicção não deveria ser reconhecida como um “distúrbio volitivo” ou uma “fraqueza da vontade”. Porém, há controvérsias. Alguns filósofos duvidam da existência de desejos irresistíveis, acreditando que o que determina a possibilidade de o sujeito resistir ou não a um desejo são as condições nas quais ele se encontra, e se existe ou não uma razão boa o suficiente que o leve a não agir de determinada maneira (MELE, 2004).

Portanto, se comparada a outros transtornos mentais, como, por exemplo, a cleptomania, os jogos patológicos, o transtorno obsessivo-compulsivo, o voyeurismo, a pedofilia, entre outros, a adicção por drogas ser percebida como um “desejo irresistível” sobre o qual o sujeito não tem controle, o que influenciaria também no questionamento da sua responsabilidade moral ou legal (MELE, 2004).

Pressupondo que a adicção é compreendida como uma ação, Mele (2004) defende que os distúrbios volitivos envolvem desejos que são extremamente difíceis de resistir, mas que são resistíveis. Logo, a partir do que o autor chama de uma “leitura forte” nenhum desejo dos adictos é irresistível a qualquer momento. Enquanto que uma “leitura fraca” supõe que todo desejo dos adictos seja resistível vez ou outra.

Pratta *et al* (2009), defendem que para discutir o conceito de adicção por drogas ou drogadicção é necessário discutir o processo de saúde/doença, bem como as formas de tratamento e promoção da saúde. A definição deste conceito sofre influência direta do contexto histórico, cultural e social no qual o sujeito está inserido. Embora a drogadicção seja classificada entre os sintomas psiquiátricos, e caracterizada como uma doença crônica, é necessário analisar este fenômeno sob uma perspectiva biopsicossocial. Não bastaria somente identificar e tratar os sintomas da drogadicção, mas identificar as motivações que a fizeram instalar-se, bem como as representações que as drogas possuem para o sujeito.

Sinnot-Armstrong e Pickard (2013) argumentam que o que diferencia a drogadicção do uso não problemático de drogas é a falta de controle sobre o uso e

os prejuízos dele decorrentes, sendo que para determinar se um sujeito é adicto ou não se faz necessário analisar contextos e propósitos relativos a este sujeito.

O desejo de usar drogas se torna forte e habitual, de maneira que as habilidades físicas e psicológicas de controlar o uso estão significativamente reduzidas. Contudo, a redução do controle sobre o uso será significativa dependendo do contexto. No contexto legal (civil e criminal) o grau de controle será relevante para a responsabilidade legal; no contexto médico psiquiátrico o grau de controle será relevante para decidir sobre o diagnóstico e tratamento; nas relações familiares e sociais o grau de controle poderá ser relevante para possibilitar que estas relações se sustentem, considerando os prejuízos causados a si mesmo e aos outros. Tais prejuízos decorrentes da falta de controle sobre o uso de drogas podem incluir: dor, angústia, disfunções, riscos substanciais em um dado ambiente e até mesmo a morte (SINNOT-ARMSTRONG; PICKARD, 2013).

Sinnott-Armstrong e Pickard (2013) afirmam que a adicção por drogas contempla, também, diferentes níveis socioeconômicos, de inteligência (QI), e instrução. Seus estudos mostram que a ocorrência da drogadicção prevalece na população de baixo status socioeconômico, baixo QI, comumente no período de adolescência e início da idade adulta, em sujeitos que sofrem ou sofreram abuso infantil, stress, transtornos psiquiátricos (particularmente transtornos de personalidade) e, ainda, em sujeitos que pertencem a determinadas religiões.

Bruce K. Alexander, psicólogo, pesquisador e professor emérito da Universidade Simon Fraser, no Canadá, conduz pesquisas relacionadas à psicologia do adicção desde a década de 1970. Para ele, a adicção é muito mais um problema social do que um distúrbio individual.

Em 1979, Alexander, junto a alguns colegas realizou um experimento inspirado na “caixa de Skinner”⁸ para estudar a adicção por drogas que ficou famoso: o “*Rat Park*”. O experimento comparou o consumo de drogas (heroína, morfina, anfetamina e cocaína) dos ratos que estavam alojados em um ambiente “social” – o “*Rat Park*” - com o consumo de drogas dos ratos mantidos isolados em

⁸ A “caixa de Skinner”, também conhecida como “câmara de condicionamento operante”, é um aparelho fechado que contém uma barra, a qual um rato ou animal pode pressionar de modo a obter algum tipo de reforço (por ex., alimento ou água). Foi criada pelo psicólogo norte americano Burrhus Frederic Skinner (1904-1990).

gaiolas de confinamento solitário. Para criar o *Rat Park* foram disponibilizadas diferentes coisas que os ratos gostavam, como plataformas para escalar, latas para esconder, lascas de madeira espalhadas e rodas de corrida para exercícios.

Diferentes versões deste experimento foram reproduzidas, sendo possível observar que os ratos em confinamento solitário consumiam muito mais drogas do que os do *Rat Park*. Os resultados do experimento enfraqueceram a suposta prova de que certas drogas irresistivelmente causam dependência, contrariando as ideologias que sustentam a “Guerra às Drogas”, as quais Alexander acredita terem causado muito mais danos do que benefícios sociais (ALEXANDER, 2010).

Apesar deste estudo ter sido publicado em periódicos de psicofarmacologia, ele deixou várias questões mal resolvidas em razão de outros pesquisadores que tentaram replicar o experimento não terem alcançado os mesmos resultados que a equipe de Alexander, suscitando dúvidas sobre sua validação.

Alexander prosseguiu seus estudos, movido a responder suas próprias indagações sobre as causas da adicção, com a hipótese levantada pelo *Rat Park* de que há as pessoas que se tornam adictas possam estar se sentindo “enjauladas”. Assim, reuniu evidências históricas e antropológicas sobre o comportamento aditivo. Debruçou-se sobre a invasão do império colonial inglês nas comunidades tribais dos povos nativos no oeste do Canadá nos séculos XVIII e XIX, e concluiu que ao serem colonizados e tendo sido destituídos de suas bases culturais, inclusive sendo proibidos de falar suas línguas e praticar suas cerimônias religiosas, os povos nativos estavam mais propensos ao abuso de álcool, por exemplo (ALEXANDER, 2010).

Ao traçar um paralelo entre o *Rat Park* e os povos nativos, Alexander (2010) argumenta que o consumo de drogas aumenta significativamente em um ambiente que produz isolamento social e cultural. Em ambos os casos, a droga só se torna irresistível quando a oportunidade de existência social normal é destruída, derrubando a tese de que a própria droga é causadora da adicção. Outro exemplo citado pelo pesquisador é o fato de a grande maioria dos soldados norte-americanos que usaram heroína durante a Guerra do Vietnã abandonaram seu vício sem tratamento algum.

Alexander continua seus estudos contemplando não apenas os mecanismos subjacentes à adicção por drogas, mas também por sexo, jogos de azar, uso da Internet ou qualquer outra coisa, acreditando que a adicção torna-se uma maneira do sujeito lidar com um sofrimento através de um deslocamento, que funcionaria como uma fuga, um analgésico ou substituto para uma vida plena. O autor defende que na nossa sociedade moderna fragmentada e caracterizada por constantes mudanças, hiperindividualismo e hipercompetitividade, muitas pessoas sofrem com o isolamento social e cultural, aprisionadas em jaulas invisíveis, que se tornam um cenário propício para o desenvolvimento da adicção (ALEXANDER, 2010).

Chandler *et al* (2009) compreendem a drogadicção como um distúrbio cerebral crônico para o qual fatores genéticos compõem 40% e 60% deve-se a vulnerabilidades. Logo, fatores genéticos associados a influências ambientais resultam no uso compulsivo de drogas e na perda do controle sobre comportamentos relacionados ao consumo de drogas.

Segundo Chandler *et al* (2009) o uso repetido de drogas afeta regiões cerebrais, cria circuitos de memórias de recompensa e provocam estados de humor e de ansiedade, contribuindo, também, para a propensão à dependência diante de comorbidades psiquiátricas como a disforia, a depressão e outras vulnerabilidades decorrentes de estressores sociais que geram impulsividade na tomada de decisões.

Os conhecimentos da Neurociências tornam possível compreender os aspectos biológicos que conduzem à drogadicção e fundamentar outras explicações que atribuem aos dependentes uma “fraqueza moral”. O intuito não seria absolver o sujeito de sua responsabilidade pelo uso de substâncias ilegais ou de seus comportamentos criminosos, mas de que a drogadicção seja reconhecida como uma doença crônica assim como, por exemplo, a asma e a hipertensão, conscientizando a importância de se oferecer tratamento para os adictos (CHANDLER *et al*, 2009).

Outro benefício da Neurociência seria ajudar os adictos a compreenderem melhor o seu próprio vício e não se frustrarem quando são vencidos em seus esforços para controlar o uso de drogas. Desse modo, a drogadicção precisa ser gerenciada pelo próprio adicto, que é responsável por sustentar a sua recuperação (CHANDLER *et al*, 2009).

De acordo com Dodes (2014) uma doença é entendida a partir de um sistema binário: você tem ou não tem, tais como a Pneumonia, o HIV, a esclerose múltipla, a poliomielite, o enfisema etc, o que torna o prognóstico fácil de ser compreendido. Já a adicção não seria, de fato, uma doença, mas sim um comportamento ou, talvez, uma coleção de comportamentos. Considera que não podemos dizer precisamente quando um comportamento foi eliminado para sempre, mas podemos estabelecer critérios para identificar o sucesso no tratamento da adicção.

Sendo assim, a adicção por drogas, incluindo o alcoolismo, constitui-se como uma compulsão que envolve o uso de drogas e que serve a propósitos emocionais, sendo manifestada por meio de sintomas físicos (tolerância, abstinência, prejuízos orgânicos) e de fatores psicológicos que desencadeiam o comportamento compulsivo, no qual a pessoa não consegue parar de usar, até mesmo quando ela quer parar. A depressão é citada pelo autor como exemplo de sintoma que pode ter causas separadas: existe a depressão bioquímica que é causada pelo baixo nível de neurotransmissores e tratável com medicação, e existe a depressão psicológica, a qual não responde aos antidepressivos, mas pode ser tratada pela psicoterapia. Um comportamento aditivo é, então, definido pelo prisma do comportamento compulsivo. As compulsões em geral (drogas, jogos, sexo, comida) são aliviadas pela anulação, através do mecanismo psicológico do deslocamento (DODES, 2014).

A partir disso, Dodes (2014) compreende a adicção como um sintoma que se manifesta quando a pessoa se sente terrivelmente desamparada, na tentativa de recuperar o controle e a sensação de poder. Assim, o autor parte do princípio de que o comportamento aditivo é desencadeado por eventos emocionalmente significativos e se torna uma maneira habitual para lidar com a armadilha emocional no qual a pessoa se encontra.

Um sentimento de desamparo ou impotência sempre precede um ato aditivo, e a reversão do desamparo alcançado por esses atos aditivos seria o objetivo psicológico da adicção. Um estado emocional de intenso desamparo produz, também, um sentimento de raiva como resposta à sensação de descontrole da pessoa sobre si mesma e sobre sua vida, desencadeando a perda da capacidade

de julgamento e os comportamentos autodestrutivos e aparentemente irracionais da adicção. A raiva que o desamparo provoca se expressa, ainda, por meio de um deslocamento, ou seja, indiretamente, através do ato aditivo. Se o sentimento de raiva do desamparo fosse expresso diretamente não haveria a adicção (DODES, 2014).

A função psicológica da adicção é reverter o sentimento esmagador de desamparo [...] Se a inversão do desamparo é a função da adicção, então o impulso poderoso por trás da adicção é a raiva daquele desamparo [...] Todo ato aditivo é um substituto para um comportamento mais direto [...] Se os adictos podem aprender a lidar diretamente com a raiva do desamparo, isso se manifesta simplesmente como um ato assertivo. Quando as pessoas agem diretamente, não pode haver dependência (DODES, 2014, pp.91-92, tradução nossa).⁹

Para Dodes (2014), o que faz com que uma pessoa se sinta terrivelmente desamparada é idiossincrático, mas o fato é que situações que provocam sentimentos de um desamparo esmagador são mais emocionalmente problemáticas e difíceis de lidar, podendo levar a comportamentos aditivos. Nesse sentido, a adicção pode ser compreendida, gerenciada e finalizada a partir de um aprendizado sobre si mesmo, ao identificar seus pensamentos e sentimentos. Existem, então, fatores emocionais envolvidos na adicção que precisam ser trabalhados durante um processo de psicoterapia.

Em relação à saúde mental do sujeito, Dodes (2014) defende que não existe uma correlação direta entre a adicção e a saúde mental em geral, não sendo correto afirmar que pessoas adictas estão mais doentes do que as outras pessoas.

Os estudos do neurocientista Marc Lewis (2015), também contrariam o modelo da adicção como uma doença cerebral, conhecido como “Brain Disease

⁹ The psychological function of addiction is to reverse the sense of overwhelming helplessness[...] If reversal of helplessness is the function of addiction, then the powerful drive behind addiction is rage at that helplessness [...]Every addictive act is a substitute for a more direct behavior [...] If addictis can learn to adress their rage at helplessness directly, then it manifests simply as an assertive act. When people act directly, there can be no addiction (DODES, 2014, pp.91-92).

Model of Addiction (BDMA). A partir de argumentos neurocientíficos, do contato com diferentes narrativas de adictos e de sua própria experiência com as drogas, Lewis descreve o que ele nomeia de “biologia do desejo”, derrubando a teoria de que a adicção seja uma doença.

De acordo com Lewis (2015) a adicção consiste na repetição motivada dos mesmos pensamentos e comportamentos até que se tornem habituais. A adicção por drogas se desenvolve, ou seja, é aprendida durante o desenvolvimento do sujeito. Todavia, este aprendizado acontece mais rápido e mais profundamente do que outros hábitos em razão de um estreitamento na direção da atenção e da atração do desejo.

Portanto, a adicção é um hábito que se torna compulsivo: um hábito de pensar e sentir, um hábito cujo sentimento sempre inclui um desejo, um hábito implacável que se torna uma compulsão (LEWIS, 2015).

Então, o que exatamente a adicção? É um hábito que cresce e se autoperpetua de forma relativamente rápida, quando repetidamente perseguimos o mesmo objetivo altamente atraente. Ou, em uma frase, repetição motivada que dá origem à aprendizagem profunda. Padrões aditivos crescem mais rapidamente e se tornam mais profundamente entrenchados do que outros hábitos menos atraentes por causa da intensidade da atração que nos motiva a repeti-los, especialmente quando eles nos deixam ofegantes por mais e outros objetivos perderam seu apelo. Os mecanismos neurobiológicos desse processo envolvem múltiplas regiões do cérebro, entrelaçadas para formar uma teia que sustentam a adicção no lugar. Muitas vezes, a turbulência emocional durante a infância ou adolescência inicia a busca por recompensas viciantes, que podem proporcionar alívio e conforto por um tempo. Mas existem outros pontos de entrada também. A adicção é uma casa com muitas portas. No entanto, é considerada e, no entanto, eventualmente é deixada, a adicção é uma condição de desejo recorrente por um único objetivo que arranca profundas sulcos nas bases neurais do eu (LEWIS, 2015, pp. 173-174, tradução nossa).¹⁰

¹⁰ So, what exactly is addiction? It's a habit that grows and self-perpetuates relatively quickly, when we repeatedly pursue the same highly attractive goal. Or, in a phrase, motivated repetition that gives rise to deep learning. Addictive patterns grow more quickly and become more deeply entrenched than other, less compelling habits because of the intensity of the attraction that motivates us to repeat them, especially when they leave us gasping for more and other goals have lost their appeal. The neurobiological mechanics of this process involve multiple brain regions, interlaced to form a web that holds the addiction in place. Often, emotional turmoil during childhood or adolescence initiates the search for addictive rewards, which can provide relief and comfort for a while. But there are other points of entry too. Addiction is a house with many doors. However it is approached, and however it is eventually left, addiction is a condition of recurrent desire for a single goal that gouges deep ruts in the neural underpinnings of the self (LEWIS, 2015, pp. 173-174).

Considerando que os cérebros mudam à medida que as pessoas se desenvolvem, Lewis (2015) afirma que, na adicção, a impulsividade dá lugar à compulsividade, resultando em padrões sinápticos que se reforçam ao longo de inúmeras ocasiões repetidas. Como todos os hábitos, a adicção simplesmente cresce e se estabiliza no tecido cerebral que é projetado (por evolução) para mudar e estabilizar, contendo uma base biológica. Apesar disto, a adicção não é uma doença e não é permanente: pertence a um subconjunto de hábitos mais difíceis de extinguir. As mudanças cerebrais mensuráveis que caracterizam a adicção geralmente desaparecem quando as pessoas param de usar drogas. Isso serve, também, para o que Lewis chama de adicções sem substância, haja vista que as mudanças no cérebro não têm nada a ver com as substâncias por si só.

De acordo com Heather (2017), o primeiro estágio para compreender a adicção teve início no período pré-industrial e a considera como uma falha moral que deve ser punida através do isolamento, da privação de direitos ou do encarceramento. O segundo estágio foi iniciado no século XIX e culminou no BDMA, o qual entende a adicção como uma doença cerebral que deve ser tratada pela medicina. Ao concordar com os argumentos de Lewis sobre a necessidade de um terceiro estágio para o entendimento coletivo sobre a adicção baseado em um modelo desenvolvimento-aprendizagem, Heather (2017) aponta a importância de se discutir o contexto sócio-político do BDMA.

Para Heather (2017), a suposição de que a adicção é uma doença cerebral (BDMA) ou uma falha moral, torna-se empecilho para a possibilidade de qualquer outra compreensão do vício. A necessidade de chamar a adicção de doença como maneira de evitar o estigma social e as tentativas de punir o adicto também não convencem Heather.

É obviamente possível apresentar um modelo comportamental, um psicossocial, um biopsicossocial ou, até mesmo, qualquer outro modelo plausível da adicção, sem implicar que seja uma doença ou que os adictos

devam ser responsabilizados e punidos (HEATHER, 2017, p. 116, tradução nossa).¹¹

Com isso, Heather (2017) pretende mostrar que o BDMA não necessariamente associa-se a atitudes menos estigmatizantes em relação à adicção. Existe, por exemplo, a possibilidade de reconhecer a adicção como um “distúrbio de escolha” (*a disorder of choice*), dando ênfase ao que Lewis compreende como o papel da escolha no vício. Um modelo de distúrbio de escolha preocupa-se em conceber a natureza essencial da adicção como uma falha de autorregulação, de maneira que a autonomia do sujeito é prejudicada. Assim, a adicção envolve uma interação entre processos voluntários e involuntários, embora o comportamento aditivo seja voluntário no momento em que é realizado. Esta compreensão da adicção também se apoia no conceito filosófico antigo de *akrasia* ou “fraqueza da vontade”, conforme discutido por Mele (2004).

Porém, o modelo da adicção como distúrbio de escolha pode correr o risco de ser mal interpretada pelo público, sendo necessário pensar na melhor forma de apresentá-lo para evitar tais riscos. Nesse sentido, alegar que o BDMA é a única maneira de garantir o acesso do adicto ao tratamento e de manter o financiamento da pesquisa sobre adicção é fortemente contestada (HEATHER, 2017).

Pesquisadores participantes de um grupo de estudos em torno da drogadicção conhecido como “*Addiction Theory Network*” (ATN), também contestam o modelo biomédico que considera a adicção como uma doença decorrente do mau funcionamento do cérebro, e defendem que o abuso de substâncias não pode estar separado dos seus aspectos sociais, psicológicos, contextos culturais, políticos, legais e ambientais, sugerindo que o BDMA reforça os estigmas em torno da adicção, contribuindo para a exclusão e marginalização dos adictos (HEATHER *et al*, 2017).

Childress (1997) *apud* Heather *et al* (2017) recorre, ainda, aos princípios da Bioética moderna: o respeito pela autonomia, não-maleficência, beneficência e

¹¹ It is obviously possible to present a behavioural, a psychosocial, a biopsychosocial or, indeed, any other plausible model of addiction without implying either that it is a disease or that addicts should be blamed and punished (HEATHER, 2017, p. 116).

justiça, para questionar até que ponto um adicto pode escolher se deseja ou não receber tratamento para sua drogadicção, considerando que os médicos só podem impedir o poder de decisão individual e ferir a autonomia caso o sujeito apresente limitações pessoais e necessite de controle externo para tomar decisões adequadas que sejam consistentes com seus valores pessoais.

Apesar disto, Heather *et al* (2017) afirmam que o BMDA pode ser verdadeiro em casos mais severos desde que: 1) Existem alterações neurais especificamente relacionadas à severidade da adicção; 2) Essas alterações não se reverterem com a abstinência prolongada; 3) Estas alterações aumentam o risco de recaída após um período de abstinência. Até o momento nenhuma dessas afirmações foi comprovada além de suscitarem disputas teóricas.

Por ora, estes autores concluem que o BMDA consiste em uma série de hipóteses que devem ser testadas para os diferentes tipos de adicção, mas que ainda é cedo para descrevê-lo como verdade única. Ainda assim, o BMDA continua servindo como base para o discurso público e para a política pública nacional voltada para a drogadicção tanto nos EUA como em outros tantos países do mundo, limitando o avanço de abordagens que tratam a drogadicção de maneira mais barata e efetiva como, por exemplo, o foco na Redução de Danos.

Por fim, o modelo da drogadicção como uma doença cerebral acaba se tornando uma oportunidade de mercado para os centros de reabilitação de álcool e drogas que oferecem tratamento para adictos e representam uma indústria de vários bilhões de dólares no mundo ocidental. Além de o conceito de doença também ser uma ferramenta útil para o setor de seguros, ao delimitar condições de cobertura para possíveis tratamentos. Assim, o modelo de doença favorece as pessoas que se relacionam com o adicto, tais como os amigos e familiares, os médicos que irão trata-lo, os tribunais que poderão julgá-lo, entre outros, embora esta definição possa ser prejudicial ou ineficaz para os próprios adictos (SINNOT-ARMSTRONG; PICKARD, 2013; LEWIS, 2015).

Para Alencar (2016) a cura do usuário problemático de drogas pautada na abstinência e seu conseqüente retorno à dedicação do trabalho e da família é determinada pela dicotomia das representações de saúde e doença, certo e errado,

rua e família, e entre aquilo que é produtivo e valorizado socialmente e aquilo que é considerado antissocial.

A adicção e a drogadicção apresentam-se, assim, como fenômenos complexos e multifacetados, que exigem intervenção interdisciplinar e precisam ser analisados tanto em termos de fatores individuais (traços de personalidade, respostas endócrinas e neurológicas), como também estão articulados com o contexto social, político, econômico, cultural e situacional em que as drogas estão presentes.

Dado o nosso objeto de estudo, compartilharemos do termo “adicto”, utilizado pelo NA, para nos referir àqueles sujeitos que perdem o controle sobre o uso de drogas, de maneira que o abuso de tais substâncias passa a prejudicar sua saúde e qualidade de vida, seus vínculos familiares, afetivos, profissionais e sociais, necessitando de cuidados. Entretanto, acreditamos que não são todos os usuários de drogas que se reconhecem como “adictos”.

2. A IRMANDADE NARCÓTICOS ANÔNIMOS

Saímos do isolamento da nossa adicção e encontramos uma irmandade de pessoas com o laço comum da recuperação. NA é um bote salva-vidas num mar de isolamento, desesperança e caos destrutivo. Nossa fé, força e esperança vêm de pessoas partilhando sua recuperação e do relacionamento com um Deus da nossa compreensão. A princípio, parece embaraçoso partilhar sentimentos. Parte da dor da adicção é não podermos compartilhar (Narcóticos Anônimos).

2.1 Breve histórico dos grupos anônimos de ajuda mútua

Os grupos anônimos de ajuda mútua foram originados a partir dos Alcoólicos Anônimos (AA), que surgiram em Akron, estado de Ohio nos Estados Unidos, em 1935, a partir do encontro de um médico (Bob Smith) com um corretor da bolsa de valores (Bill Wilson), os quais perceberam que compartilhando suas dificuldades conseguiam abster-se de seu desejo de beber.

Considerado o pioneiro da ajuda mútua e da literatura dos 12 Passos, os Alcoólicos Anônimos tiveram como referência o “Grupo Oxford”, o qual, por sua vez, sofreu influências do movimento “Washingtoniano” e do movimento da “Temperança” surgido nos Estados Unidos no século XIX.

O movimento social da Temperança estava ligado a igrejas cristãs, pregava a abstinência e oferecia ajuda aos bebedores compulsivos, tendo influenciado a “Lei Seca” (1920-1933) dos Estados Unidos, a qual sancionava a proibição da fabricação e do uso do álcool. Posteriormente, esta Lei proibicionista foi revogada pelo presidente estadunidense Franklin D. Roosevelt (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

Conforme informações de uma publicação dos Alcoólicos Anônimos de 1987¹², o movimento da Temperança surgiu entre os anos de 1826 e 1836, nos estados de Connecticut, Virgínia e Nova York, e tinha como objetivo evitar que um

¹² Fonte: Noticias de la Oficina de Servicios Generales de AA, v. 20, n. 5, octubre-noviembre, 1987 Disponível em: <http://www.aa.org/newsletters/es_ES/sp_box459_oct-nov87.pdf>.

não alcóolico se convertesse em alcóolico. Este movimento chegou até Washington, sendo formada no ano de 1840 a “Sociedade de Temperança Whashington”. Até então, prevalecia o consenso de que nada poderia ser feito pelos alcóolicos, embora alguns deles conseguiram parar de beber.

Em meados de 1840, iniciou-se um novo movimento incentivando a ajuda mútua de pessoas que desejavam se abster do álcool, conhecido como movimento “Washingtoniano” (AA, 1987).

O movimento Washingtoniano originou-se em uma taverna de Baltimore, estado de Virgínia, nos Estados Unidos, quando seis amigos bebedores decidiram, na brincadeira, desafiar o movimento de Temperança e formar a sua própria sociedade, ajudando-se uns aos outros a manterem-se sóbrios. Assim, os Washingtonianos celebraram uma reunião, escolheram uma diretoria, fixaram uma cota de 25 centavos de dólar por membro e pediram que cada um levasse mais uma pessoa na próxima reunião (AA, 1987).

Mesmo crescendo gradativamente e influenciando outros grupos que foram surgindo, o movimento Washingtoniano veio a declínio em razão de seus membros, objetivos e ideologia acabarem se misturando com outros movimentos e se tornando um ressurgimento do próprio Movimento de Temperança, que inicialmente eles ironizavam (AA, 1987).

O legado deixado pelo Movimento Washingtoniano aos Alcóolicos Anônimos contemplava os seguintes valores: o propósito de ajuda mútua, a atenção nas suas próprias necessidades e interesses independente da diversidade de seus membros, o encontro durante reuniões semanais, o compartilhar de suas experiências, a permanente disponibilidade para ajudar os grupos e seus membros, a dependência de um Poder Superior e a abstinência completa do álcool para conseguir se recuperar.

Mais adiante, no início do século XX, entre os anos de 1916 e 1920 surgia o então denominado “Grupo Oxford”, considerado o principal precursor dos Alcóolicos Anônimos. Seu fundador foi Frank Buchman, ministro luterano na Pensilvânia, que formou o grupo junto a estudantes da Universidade de Oxford. Baseados pela filosofia do compartilhamento, o Grupo Oxford aspirava quatro

princípios absolutos: sinceridade absoluta, pureza absoluta, amor absoluto e absoluta falta de egoísmo ou altruísmo (AA, 1987).¹³

O Grupo Oxford iniciou com os membros contando suas histórias e falas publicamente, diante de uma audiência. No período de 20 anos o grupo já estava presente na Inglaterra, Escócia, Holanda, Suíça, Estados Unidos, África do Sul, Egito, Índia, China e na América do Sul. O principal líder do Grupo Oxford nos Estados Unidos foi Samuel Shoemaker, convertido aos princípios do grupo por Frank Buchman, enquanto estava na China, em 1918. Nos anos seguintes muitos alcoólatras foram atraídos pelo Grupo Oxford, conseguindo manterem-se sóbrios ao praticarem seus princípios¹⁴.

Em 1934, Bill Wilson, um corretor da bolsa de valores de Nova York, conheceu o serviço para alcoólatras do Grupo Oxford em Nova York, através de seu amigo de infância Ebby Thatcher. Em 1935, durante uma viagem de negócios a Akron, Ohio, enquanto lutava para resistir em beber e procurava outro alcoólatra que enfrentava esta mesma dificuldade, Bill conheceu o Dr. Bob, médico cirurgião, que também havia se associado ao Grupo Oxford. Praticando princípios espirituais e partilhando suas dificuldades para vencer o alcoolismo Bill e Bob deram início a um novo grupo denominado “Alcoólicos Anônimos”.¹⁵

Bill e Bob iniciaram sua jornada trabalhando com os alcoólicos internados no Hospital Municipal de Akron, e juntos com um dos pacientes que também alcançava a sobriedade eles constituíram o núcleo do primeiro Grupo de AA. O segundo grupo foi se formando gradualmente em Nova Iorque no outono de 1935. Já o terceiro grupo iniciou-se em Cleveland, em 1939. Mais de quatro anos foram gastos para conseguir 100 alcoólicos sóbrios, nestes três grupos iniciais.

Em 1937, Bill e Bob obtiveram a permissão de seus 40 sócios alcoólatras sóbrios para escrever um livro descrevendo seu programa de recuperação para levar a mensagem ao redor do mundo. Nesta época, o “Livro Básico” de AA já havia sido publicado em 14 idiomas, além do inglês. O próximo a ser publicado seria uma

¹³ Fonte: Noticias de la Oficina de Servicios Generales de A.A., v. 20, n. 1, febrero-marzo, 1987. Disponível em: <https://www.aa.org/newsletters/es_ES/sp_box459_feb-mar87.pdf>;

¹⁴ Informação disponível em: <<http://www.aabahia.org.br/historia-grupo-oxford.php>>

¹⁵ Informação disponível em: <<http://www.aa.org.br/principios/historia-de-aa>>.

versão coreana. Alguns países também publicam traduções em sua própria língua da literatura publicada em inglês; dentre eles o Brasil.

O livro com o texto básico da irmandade Alcoólicos Anônimos foi publicado oficialmente no início de 1939, descrevendo a filosofia e os métodos do AA, que mantém sua essência até os dias atuais com os conhecidos “12 Passos para a recuperação”. A partir disto, o AA desenvolveu-se rapidamente, espalhando-se ao redor do mundo.

No ano de 1950, os Alcoólicos Anônimos realizaram sua primeira Convenção Internacional em Cleveland, na qual foram aprovadas as 12 Tradições do AA. Em 16 de novembro de 1950 o Dr. Bob veio a falecer.

Em 1951, as atividades do escritório de AA em Nova York foram ampliadas, passando a incluir trabalhos de relações públicas, conselhos dos novos grupos, serviços em hospitais, nas prisões, entre outros, cooperando com instituições no campo do alcoolismo. O escritório publicava livros e folhetos padrões e supervisionava as tradições dessas publicações para outros idiomas. Neste momento, a revista internacional “AA Grapevine”¹⁶ já tinha grande circulação. Posteriormente constituiu-se um organismo de serviços mundiais e também a Conferência de Serviços Gerais de AA, a nível global.

A segunda Convenção Internacional de AA ocorreu em 1955, em Saint Louis. A irmandade, que estava então com 20 anos de existência, já havia atingido sua maioria. Em 1969, foi realizada a 1ª Reunião de Serviço Mundial, a qual vem ocorrendo a cada dois anos desde 1972. No dia 24 de janeiro de 1971 Bill faleceu de pneumonia na Flórida.¹⁷

Entre os dias 19 e 23 de outubro de 1986 acontecia na Guatemala a 9ª Reunião de Serviço Mundial, na qual estavam reunidos trinta e cinco delegados representantes de 27 países da América do Norte e do Sul, da Europa, África, Austrália e Extremo Oriente. Entre os países representados, o Japão participava desta reunião pela primeira vez. A 10ª Reunião de Serviço Mundial foi realizada em Nova York em outubro de 1988. Conforme depoimentos dos presentes, alguns

¹⁶ Informação disponível em: <<http://www.aagrapevine.org/>>.

¹⁷ Informação disponível em: <<http://www.aasobriedade.org/modules.php?name=Conteudo&pid=6>>.

países apadrinham outros, assim como membros veteranos da irmandade apadrinham os novatos nas reuniões do grupo.

Posteriormente, novos grupos de ajuda mútua foram surgindo, inspirados nos 12 Passos e nas 12 Tradições dos Alcoólicos Anônimos.

Assim, os grupos anônimos de ajuda mútua se proliferaram após a Segunda Guerra Mundial nos países considerados desenvolvidos, (principalmente nos EUA), e depois no resto do mundo (FERREIRA, 2012).

A perda do sentimento de comunidade em razão do incentivo ao sucesso individual e da cultura pragmatista contemporânea, como as limitações das práticas profissionais de saúde ao ter de lidar com o sofrimento emocional podem ser fatores que impulsionam o crescimento das práticas de autoajuda (BACK; TAYLOR, 1976; DUMONT, 1974 *apud* ROECHE, 2005).

Segundo Monteiro (1997), a ajuda mútua é um significativo movimento social contemporâneo, o qual pode ser caracterizado pelos seguintes aspectos: partilha, conhecimento da experiência, companheirismo, flexibilidade, espontaneidade, heterogeneidade, participação voluntária e fluida, suporte continuado e permanente.

A principal metodologia dos grupos de ajuda mútua é a partilha e o conhecimento advindo da própria experiência dos membros como algo representativo. Parte-se do pressuposto de que a ajuda mútua promove a cultura participativa e o empoderamento dos indivíduos e das comunidades, permite desenvolver autoestima, autoconfiança e autonomia. A reabilitação através do grupo de ajuda mútua é construída a partir das potencialidades de cada membro, considerando que seus problemas e necessidades convertem-se em oportunidades, sem o peso da estigmatização. Tudo isso é possibilitado por um suporte permanente e de longo prazo. Sendo assim, os profissionais só têm ao ganhar ao informar seus clientes sobre a existência de tais grupos e também incentivá-los a aprender mais sobre a ajuda mútua e a criar os seus próprios grupos (MONTEIRO, 1997).

Conforme Katz & Bender (1976) *apud* Loeck (2009), os grupos de autoajuda são estruturas grupais e voluntárias que tem a finalidade de assistência mútua com o objetivo de satisfazer uma necessidade em comum, superar uma deficiência ou problema e propiciar mudanças individuais e sociais desejadas.

Promulgam uma ideologia ou valores que acabam por criar um forte senso de identidade pessoal. Os membros destes grupos geralmente percebem que suas necessidades não puderam ser satisfeitas por meio das instituições sociais existentes.

De acordo com Borkman (1999), os grupos anônimos de ajuda mútua podem ser definidos como um lugar onde as pessoas se unem para compartilhar problemas pessoais e intervenções terapêuticas sem o auxílio de habilidades profissionais.

Portanto, como referência da sua própria denominação, os grupos anônimos de ajuda mútua são constituídos por pessoas que sofrem de um mal-estar em comum. Por meio do compartilhamento de experiências e da identificação com o outro em um ambiente que proporciona um espaço de igualdade e fraternidade, podem gerar efeitos terapêuticos e contribuir para a recuperação do sujeito que o procura (LOECK, 2009).

Sanchez Vidal (1991) *apud* Roeche (2005) integra as diferentes expressões ajuda mútua e autoajuda. Argumenta que os grupos são denominados de “ajuda mútua” em razão de se basearem na mutualidade, ou seja, os participantes ajudam uns aos outros; mas não deixam de se caracterizar como grupos de “autoajuda”, considerando que mantêm total autonomia em relação a instituições e profissionais, ou seja, o grupo ajuda a si mesmo.

Roeche (2005) apresenta os critérios mais utilizados na literatura científica para caracterizar os grupos de autoajuda ou de ajuda mútua:

- Autogestão: os próprios integrantes encarregam-se de todos os procedimentos necessários para a manutenção do grupo;
- Independência de instituições e profissionais de saúde: GAA são leigos e autônomos;
- Participação voluntária: a frequência ao grupo é totalmente livre;
- Nenhum interesse financeiro: GAA não visam lucro, sustentam-se com doações espontâneas dos integrantes;
- Dirigidos para um único problema: os grupos têm um foco, seja alcoolismo, drogadição, problemas emocionais, compulsão alimentar, entre outros;
- Experiências pessoais como principal fonte de ajuda: GAA não utilizam conhecimento científico ou literatura especializada, o conhecimento partilhado é experiencial (ROECHE, 2005, p. 2).

Nesse sentido, enquanto fundamento de tais grupos, a mutualidade é percebida a partir da simetria das relações, uma vez que o membro do grupo dá e recebe o mesmo, seja informação ou apoio emocional, diferente das relações assimétricas que caracterizam os serviços profissionais, nas quais uma parte tem um problema e a outra detém os conhecimentos para solucioná-lo. A participação nos grupos de ajuda mútua é voluntária e todos são reconhecidos como iguais. Logo, o apoio social e o sentimento de comunidade constituem-se princípios básicos da autoajuda (SANCHEZ VIDAL, 1991 *apud* ROECHE, 2005).

De acordo com Roeche (2005) a precariedade do serviço público de saúde no Brasil abre espaço para que os grupos de ajuda mútua se tornem importantes aliados à rede de saúde, como por exemplo, no enfrentamento da drogadicção.

Segundo Ferreira (2012) os grupos anônimos de ajuda mútua têm sido objeto de estudos de pesquisas no campo das ciências sociais seja no âmbito nacional e internacional, motivados pelo fato de desenvolverem uma terapêutica eficaz no tratamento das adicções modernas, além de ser um fenômeno social contemporâneo que revela novas formas de subjetividade, muitas vezes lidando com questões consideradas como problema de saúde pública, como o alcoolismo e a drogadicção.

Além disso, a dinâmica grupal dos diferentes grupos anônimos de ajuda mútua permite-nos verificar a emergência de uma gestão coletiva em um dado espaço público construída em meio à possibilidade de expressão da experiência subjetiva por meio do testemunho pessoal (FERREIRA, 2012).

No Brasil existem, em média, 21 tipos de grupos de ajuda mútua. O primeiro a se formar foi o Alcoólicos Anônimos, em 1947. A partir da década de 90, novos grupos passaram a se constituir por pessoas que buscam se recuperar da adicção relacionada a variados tipos de descontrole afetivo emocional sejam relacionados ao abuso de álcool, drogas, jogos, sexo, comida ou outra substância ou comportamento que provoque sofrimento individual e prejuízos sociais. O requisito básico para se tornar membro destes grupos é o desejo de recuperar-se e a filiação se dá pela autoidentificação do sujeito. Todos os grupos são guiados pela mesma filosofia dos 12 Passos, porém adaptada as suas necessidades, de acordo com o

tipo de mal-estar em comum que enfrentam (FERREIRA, 2012).

Como exemplos dos grupos de ajuda mútua mais conhecidos temos: o pioneiro Alcoólicos Anônimos (AA), os Narcóticos Anônimos (NA), surgido a partir de um desmembramento do AA; os Neuróticos Anônimos (N/A), os Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA), as Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA), os Comedores Compulsivos Anônimos (CCA), os Jogadores Anônimos (JA), como também o AIAnon (para familiares de alcoólicos), Nar-Anon (para familiares de adictos), entre outros grupos.

No presente estudo nos centraremos nos grupos de NA, cuja literatura está adaptada para a adicção por drogas.

2.2 Os Narcóticos Anônimos

NA é reconhecida como uma das maiores e mais antigas organizações para adictos do mundo. Durante muitos anos cresceu lentamente, espalhando-se dos EUA para outras grandes cidades norte-americanas, para a Austrália na década de 1970. Em seguida, formaram-se grupos de NA no Brasil, Colômbia, Alemanha, Índia, Irlanda, Japão, Nova Zelândia e Grã-Bretanha (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2016).¹⁸

De acordo com informações disponíveis em seu site, o NA se autodenomina como *“irmandade ou sociedade sem fins lucrativos de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior. Somos adictos em recuperação, que nos reunimos regularmente para ajudarmos uns aos outros a nos mantermos limpos”*¹⁹.

Ao adaptar o primeiro passo do AA para o NA a palavra “álcool” foi substituída por “adicção”, removendo a especificidade de qualquer droga e ampliando a perspectiva do programa de recuperação do AA. Assim, os passos e as tradições do NA são os mesmos do programa de AA, substituídos pelo conceito de doença da “adicção” no lugar de “alcooolismo”. Na concepção do NA a adicção é uma

¹⁸ Informações disponíveis em: https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/pr/Info%20about%20NA_2016.pdf.

¹⁹ Informação disponível em: <http://www.na.org.br/>.

doença incurável de corpo, mente e espírito, mas a sua programação não pretende falar sobre a natureza da adicção, e sim sobre o que eles chamam de natureza da recuperação (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Foi Jimmy Kinnon junto com Frank e Doris C., Guildia K., Paul R., Steve R. e outros que fundaram oficialmente a irmandade NA, em Los Angeles, no sul da Califórnia, no início dos anos 50. As reuniões deste grupo iniciaram em 17 de agosto de 1953, e eles se denominavam “Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos do Vale de San Fernando”. A primeira reunião documentada do grupo aconteceu em 5 de outubro de 1953. Jimmy Kinnon (1911-1985) escreveu diversas partes do Livro Branco de NA e desenhou o logotipo de NA, que mais tarde foi modificado pelo Escritório de Serviços Mundiais (World Service Office - WSO). Jimmy serviu a irmandade como gerente voluntário do WSO até 1983, estando limpo e em recuperação durante os últimos 36 anos da sua vida.²⁰

Após a sua primeira publicação, o Livro Branco Narcóticos Anônimos²¹, de 1962, o NA espalhou-se por outros países. Com a necessidade de organizar-se e estabelecer um propósito, a irmandade abriu em Los Angeles o Escritório de Serviços Mundiais em 1972. A partir daí foram criados o Manual de Serviço de NA, a Conferência Mundial de Serviço, o Comitê e o Subcomitê de Literatura, entre outros grupos de serviços da irmandade (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

A primeira edição do Texto Básico foi aprovada pela Conferência Mundial de Serviço em 1982, ano em que havia em média 2.700 reuniões semanais de NA, e publicado em 1983, sendo que hoje está na sua sexta edição. Em 2015 o número de reuniões semanais ultrapassava 63.000 (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Os livros e panfletos produzidos pelo NA estão disponíveis em 49 idiomas, com outras traduções em andamento. Atualmente o NA está presente em 139 países do mundo, incluindo grande parte da América do Norte e do Sul, Europa, Austrália, Oriente Médio, Nova Zelândia e Rússia, bem como tem evoluído na África e na Ásia. Em torno de 67.000 reuniões semanais acontecem nos grupos de NA espalhados por todo o mundo (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2016).

²⁰ Informação disponível em: <<http://www.na-pt.org/arquivo/jimmyk.php>>.

²¹ Informação disponível em: <https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/PB1500_Jan14.pdf>.

Não foram encontrados registros de informações precisas sobre o surgimento do NA no Brasil.

Segundo Cardoso (2006) nos anos 1970 existia uma associação brasileira conhecida como “Dependentes Químicos Anônimos” (DQA), que em meados de 1985 adotaram o nome de “Toxicomânos Anônimos” (TA). Mais adiante, os Toxicomânos Anônimos das regiões de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais reuniram-se e iniciaram um processo de adesão a irmandade mundial NA.

Loeck (2009) acredita que o primeiro grupo de NA tenha se estabelecido no Brasil em 1985, embora desde 1976 haviam grupos de ajuda mútua que utilizavam os 12 Passos de NA. Em 1990, os grupos brasileiros de adictos em recuperação se uniram à irmandade mundial NA, registrando-se ao WSO.

Conforme informações do site brasileiro do NA, existem hoje no Brasil aproximadamente 1624 grupos de NA. Destes, em torno de 564 grupos (ou 34,7%) estão no estado de SP, sendo que atualmente existem 9 grupos na cidade de Limeira²².

Um grupo de NA é qualquer grupo de sujeitos que se reúne regularmente, em local e hora determinados, seguindo os 12 Passos e as 12 Tradições com o propósito da recuperação. A unidade é um imperativo do NA e a consciência de grupo persevera acima de qualquer opinião pessoal, considerando que esta consciência é a expressão de um Poder Superior (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Em relação ao conceito de adicção, o NA a compreende como uma doença física, mental e espiritual que envolve mais do que o uso de drogas e que se manifesta de maneira progressiva e contínua, mesmo durante a abstinência, inclusive por meio do que os adictos consideram como seus “defeitos de caráter”. Para eles, foi uma doença e não uma falha moral que lhes levaram ao “fundo do poço”. Conforme o que eles denominam “triângulo da obsessão”, a adicção está mais associada à compulsão, à obsessão e ao egocentrismo do que a determinada substância por si só (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015, p. 3).

De acordo com o NA (2015), é considerado “adicto”: um homem ou uma mulher cuja vida é controlada pelas drogas, compreendendo “droga” como qualquer

²² Informações disponíveis em: <<http://www.na.org.br/relatorio>>.

substância que altere a mente ou o humor. O NA acredita que os adictos nunca poderão recuperar-se completamente, não importa há quanto tempo estejam “limpos”.

O que nos faz adictos é a doença da adicção – não são as drogas nem o nosso comportamento, mas sim nossa doença. Existe alguma coisa em nós que nos torna incapazes de controlar o uso de drogas. Essa mesma “coisa” nos torna propensos à obsessão e à compulsão em outras áreas de nossas vidas. Quando podemos dizer que nossa doença está ativa? Quando caímos na armadilha das rotinas obsessivas, compulsivas e egocêntricas, círculo vicioso que não nos leva a lugar nenhum, a não ser à decadência física, mental, espiritual e emocional (GUIA PARA TRABALHAR OS PASSOS DE NARCÓTICOS ANÔNIMOS, p. 2).

Cultivando seus próprios rituais e guiados por uma filosofia e literatura própria, os NA's são fundamentados em 12 Passos e 12 Tradições que se tornam sustentáculos para a recuperação de seus membros.

A literatura produzida pelo NA é composta de seu Texto Básico no livro “Narcóticos Anônimos”, também conhecido como o “livro azul”, e de diversos livretos e folhetos disponíveis em seu site e também encontrados na versão impressa nas reuniões dos grupos.

Os princípios do programa de 12 Passos do NA, os quais possibilitam ao adicto se recuperar são:

1. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.
2. Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos a sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nos O compreendíamos.
4. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a fazer reparações a todas elas.
9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.

10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e o poder de realizar essa vontade.

12. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (Os 12 Passos do NA, NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015, pp. 20-21).

As 12 Tradições de NA conservam a liberdade coletiva da irmandade.

São as seguintes:

1. O nosso bem-estar comum deve vir em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de NA.

2. Para o nosso propósito comum existe apenas uma autoridade – um Deus amoroso que pode se expressar na nossa consciência de grupo. Nossos líderes são apenas servidores de confiança, eles não governam.

3. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar.

4. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em assuntos que afetem outros grupos ou NA como um todo.

5. Cada grupo tem apenas um propósito primordial – levar a mensagem ao adicto que ainda sofre.

6. Um grupo de NA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de NA a nenhuma sociedade relacionada ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade ou prestígio nos desviem do nosso propósito primordial.

7. Todo grupo de NA deverá ser totalmente autossustentado, recusando contribuições de fora.

8. Narcóticos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, mas nossos centros de serviço podem contratar trabalhadores especializados.

9. NA nunca deverá organizar-se como tal; mas podemos criar quadros ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem servem.

10. Narcóticos Anônimos não têm opinião sobre questões de fora; portanto o nome de NA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.

11. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração, não em promoção; na imprensa, rádio e filmes precisamos sempre manter o anonimato pessoal.

12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar princípios acima de personalidades (As 12 Tradições do NA, NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015, pp. 67-68).

Em seu “Guia para trabalhar os passos de Narcóticos Anônimos” (2005), estão descritos um conjunto de narrativas e perguntas para cada um dos 12 Passos,

visando ajudar os membros do NA a ter uma compreensão individual mais detalhada e profunda de cada passo da programação, podendo fazer isto junto com seu padrinho ou madrinha se assim o desejarem.

O programa de NA é “um programa de total abstinência de todas as drogas. Há somente um requisito para ser membro, “o desejo de parar de usar”. NA não está filiado a nenhuma outra organização, nem possui ligação com nenhum grupo político, religioso ou policial. Não exige nenhum tipo de matrícula, taxa de adesão e nenhum outro tipo de compromisso escrito para participar, estando aberto a qualquer pessoa, independente de sua idade, raça, identidade sexual, crença, religião ou falta de religião. A ausência de subterfúgios ou exigências prévias pretende proporcionar a liberdade para o adicto se expressar dentro da irmandade, em uma atmosfera de empatia e livre de julgamentos (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015, p.10).

Trata-se de um programa espiritual, mas não religioso. O NA considera que qualquer adicto limpo é um “milagre vivo”. A recuperação exige a rendição das próprias vontades a um Poder Superior, sendo que cada adicto é livre para desenvolver o seu próprio conceito de “Poder Superior”, compreendendo-o à sua maneira. O NA acredita em um Poder Superior que seja amoroso, cuidadoso e maior do que eles mesmos, e o conceito do que seja o Poder Superior é algo que eles acreditam que pode ser desenvolvido na irmandade. A recusa em aceitar-se impotente perante a sua doença dificulta ao adicto cultivar a fé e a confiança em um Poder Superior e alcançar o que eles chamam de um “despertar espiritual” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

As ferramentas utilizadas pelo NA são ferramentas que funcionaram para outros adictos que estão ou estavam em recuperação, e que aprenderam a viver sem o uso de drogas. Tais ferramentas estão contidas na sua literatura dos 12 Passos e se fundamentam na experiência de adictos que admitiram sua impotência perante a sua adicção e passaram a ler a literatura de NA, praticar os passos e cultivar o que eles chamam de princípios espirituais básicos: rendição, humildade e serviço. A irmandade NA é totalmente autossustentável e se mantém através de contribuições voluntárias de seus membros (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Para construir sua própria recuperação, o NA acredita ser necessário que o sujeito tenha o desejo de parar de usar drogas, e se reconheça enquanto um “adicto”, mesmo que este reconhecimento não ocorra logo na primeira reunião. O adicto precisará então encarar três fatos que o NA considera importantes: sua impotência perante a adicção e falta de controle sobre sua vida, a assunção da responsabilidade por sua recuperação, e o fato de ter de encarar seus problemas e sentimentos, sem culpar as pessoas, lugares e coisas pela sua adicção, modificando a si mesmo ao aceitar a vontade de um Poder Superior (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Portanto, o NA acredita que o primeiro passo para a recuperação do adicto é parar de usar drogas e sustentar a abstinência. Entretanto, como compreendem que a doença da adicção envolve muito mais do que apenas o uso de drogas, eles enfatizam que a recuperação envolve muito mais do que a abstinência. O lema da recuperação em NA contempla mudar a percepção da realidade e a maneira de reagir, sendo esta mudança um processo contínuo que conduz ao que eles acreditam ser uma “nova maneira de viver” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Um dos costumes do NA é o apadrinhamento: o recém-chegado escolhe um padrinho ou madrinha, que é uma pessoa com mais tempo de recuperação com quem acaba por ter certa afinidade e confiança. O apadrinhamento é considerado uma via de mão dupla, tanto o recém-chegado quanto o padrinho ou a madrinha ajudam-se mutuamente (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Outro fator que contribui para a recuperação do adicto em NA é servir a irmandade. Servir pode implicar simples ações como fazer o café, limpar e arrumar a sala para a reunião, abrir a porta, partilhar uma reunião, distribuir a literatura, entre outras. A irmandade não possui profissionais (médicos, psiquiatras, advogados ou conselheiros). O programa funciona exclusivamente a partir da ajuda mútua entre adictos (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015).

Inspirados por um ideal de unidade e buscando atingir o que eles acreditam ser o verdadeiro espírito do anonimato, recomenda-se que tudo aquilo que é falado nas reuniões deve permanecer somente entre os membros, e que nenhum sujeito dentro ou fora da irmandade poderá representar o NA ou falar em nome da irmandade.

Ao frequentar os grupos, pude perceber que existem diversos tipos de reuniões promovidas pelo NA, denominadas reuniões “abertas” (para o público em geral) ou “fechadas” (só para adictos e/ou membros de NA). Alguns membros de NA, escolhidos durante votações periódicas, desempenham funções rotativas dentro do grupo, tais como: coordenador, secretário, tesoureiro das reuniões, representante de serviços do grupo (RSG), membro de um subcomitê de serviços, entre outras.

A rotina das reuniões de partilha promovidas pelo NA segue práticas ritualizadas: as reuniões são iniciadas e terminadas com a “Oração da Serenidade”²³; os sujeitos têm um tempo determinado para falar e começam a partilha apresentando-se sempre da mesma maneira, ao dizerem seus nomes e seu tempo limpo, identificando-se como um “adicto” em recuperação. Além de partilharem suas experiências relacionadas à drogadicção, os membros de NA leem e comentam sobre um capítulo ou parte da sua literatura durante as reuniões.

Geralmente as reuniões de partilha são reuniões “fechadas”, isto é, somente adictos recém-chegados e membros de NA podem participar. Mas, ao me apresentar como psicóloga e pesquisadora, eles me permitiram participar destas reuniões “fechadas”.

Já as denominadas reuniões de serviço promovidas pelos Comitês e Subcomitês são abertas ao público em geral. São os próprios membros de NA e servidores voluntários da irmandade que conduzem estas reuniões, nas quais se discutem assuntos gerais da irmandade.

Os grupos de NA possuem Comitês de Serviços Regionais (CSR's), os quais englobam diferentes estados ou cidades metropolitanas; Comitês de Serviço de Área (CSA), que abrangem diferentes cidades de uma mesma região, e os Subcomitês de Serviços, pertencentes a cada município.

Dentre os Subcomitês de Serviços estão: o subcomitê Hospitais & Instituições (HI), que leva a mensagem de recuperação para adictos que não podem ir as reuniões e encontram-se institucionalizados em clínicas, hospitais, prisões, centros de recuperação e comunidades terapêuticas; o subcomitê Relações Públicas (RP), através do qual são confeccionados painéis, cartazes e outros materiais para

²³ “Concedei-nos, Senhor, a Serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos, e sabedoria para distinguir umas das outras”. Disponível em: <<http://www.aa.org.br/oracao-da-serenidade>>.

divulgar a existência do NA em escolas, faculdades, igrejas, empresas e para a comunidade em geral; o subcomitê Linha de Ajuda (LDA), que tem por objetivo direcionar o recém-chegado para uma reunião de NA, e direcionar o público aos serviços de cada subcomitê apropriado.

Pelo que observei no contato com o NA, em Limeira existe um Comitê de Serviços de Área, o “CSA Nova Caipira”, responsável por coordenar as reuniões de serviço promovidas pelos Subcomitês relacionados aos grupos dos municípios de Limeira, Araras e Iracemópolis.

Conheci em Limeira três Subcomitês de Serviços ao participar de uma reunião em cada subcomitê: o subcomitê HI cujos membros se reúnem semanalmente para discutir maneiras de levar a mensagem de recuperação a instituições diversas e programar os dias, locais e responsáveis por estas divulgações - na região de Limeira são em sua maioria direcionadas para as comunidades terapêuticas; e os subcomitês RP e LDA, cujas reuniões funcionam em conjunto, sendo que seus membros também se reúnem semanalmente para discutir maneiras de disponibilizar informações ao público sobre a existência do NA, divulgar nas mídias em geral os dias, horários e locais das reuniões, seja através de placas, pinturas de muros, contato com canais de rádio. Também administram as ligações do Linha de Ajuda, que se trata de um aparelho de telefone sob responsabilidade de um membro (rotativo), o qual atende e registra as ligações do 0800 do NA para aquela determinada região.

Observei que existem os seguintes tipos de reuniões realizadas pelo NA na cidade de Limeira: as reuniões de partilha ou reuniões de grupo, as reuniões de serviço, as reuniões abertas para familiares e público em geral (as quais costumam ser pela manhã, com um café organizado pelos membros antes da reunião), as reuniões abertas para comemorar o aniversário do grupo (os membros comemoram com um bolo e outros comes e bebes), as reuniões temáticas, e as reuniões de partilha com um só partilhador (nas quais geralmente um membro convidado que não faz parte daquele grupo é chamado para partilhar sua história e percurso dentro da irmandade).

Além das reuniões, vi que o NA realiza encontros periódicos direcionados para trabalhar alguma temática específica, os quais ocorrem normalmente aos finais

de semana como, por exemplo, os encontros denominados “Encompassos”, divulgados nos grupos durante os avisos ao final das reuniões e através de cartazes fixados nos murais das salas de reuniões.

Pude observar, ainda, que os adictos em recuperação no NA costumam manter relações e laços fraternos/de amizade fora das reuniões do grupo, apoiando-se mutuamente em momentos de angústias e dificuldades, compartilhando suas vivências e conquistas seja pessoalmente, por meio das redes sociais ou outros canais de comunicação.

Considerando que o NA não produz dados e estatísticas sobre taxa de adesão ou reincidências da frequência dos seus membros nos grupos, parece não ser possível medir precisamente a eficácia do programa de NA. Os grupos são abertos e estão em constante movimento devido ao próprio dinamismo que permite aos membros entrarem ou saírem quando desejarem, preservando assim o espaço da subjetividade.

Ainda assim, acredita-se que o crescimento do número de grupos ao longo dos anos e a expansão para diferentes localidades podem ser indicadores de que o programa de NA funciona.

O desenvolvimento da irmandade ocorre quando os companheiros locais frequentam reuniões novas e em dificuldade, ou quando trabalham juntos e aprendem sobre a prática dos princípios de NA em seus esforços no serviço. Os corpos de serviço, que treinam e fazem monitoria com seus servidores de confiança e dão suporte ao crescimento de suas comunidades de NA, também atuam no desenvolvimento da irmandade. Outras ações ajudam a estabelecer NA onde a irmandade não existia antes, com membros, grupos e corpos de serviço aprendendo e trabalhando juntos, iluminando um novo caminho para a recuperação. O desenvolvimento da irmandade também envolve o trabalho de relações públicas com os membros locais, a fim de estabelecer contato com profissionais, órgãos do governo e a comunidade em geral, ajudando adictos a encontrar a recuperação em Narcóticos Anônimos. Para oferecer esses serviços, alguns comitês de serviço de área possuem um subcomitê de desenvolvimento da irmandade ou de longo alcance, que dão suporte aos novos grupos em dificuldade. Em outros locais, os grupos ou áreas vizinhas combinam esforços para desenvolver ou fortalecer suas comunidades de NA. Os comitês de serviço regionais, as zonas e os Serviços Mundiais de NA também podem viabilizar o desenvolvimento da irmandade nas áreas geográficas maiores, ou em comunidades que não estejam ligadas aos corpos de serviço e comunidades de NA existentes. Estes esforços contribuem para a formação de NA em novas localidades e dão suporte às comunidades de NA emergentes. O propósito do

desenvolvimento da irmandade é cultivar e fortalecer NA, para que nosso programa seja considerado uma opção respeitada e viável para quem está em busca de recuperação (THE NA WAY MAGAZINE, 2013, p. 3).²⁴

O cuidado em proteger o anonimato também faz com que dados estatísticos de frequência dos membros ao grupo não sejam considerados prioridade pela irmandade.

Entretanto, foram encontradas algumas informações gerais sobre a eficácia do programa através de um inquérito realizado em 2009 na Convenção Mundial de NA que aconteceu em Barcelona, na Espanha, o qual foi promovido pela revista internacional *The NA Way Magazine* e respondido por aproximadamente 12.000 membros de NA. Participaram deste inquérito membros do NA de diferentes países, com diferentes perfis socioeconômicos e religiosos, refletindo a diversidade cultural. Dentre os participantes, 58% eram homens e 42% mulheres; referente à idade dos participantes: 2% tinham menos de 20 anos de idade, 14% entre 21 e 30 anos, 22% entre 31 e 40 anos, 34% entre 41 e 50 anos, 24% entre 51 e 60 anos e 4% tinham mais de 60 anos.

Como indicador de sucesso do programa de NA, o rápido crescimento dos grupos ao longo dos anos fora da América do Norte mostra que: em 1978 havia menos de 200 grupos registrados em três países diferentes; em 1982 haviam 1.200 grupos espalhados em 11 países; em 1993 eram mais de 13.000 grupos ao redor de 60 países; em 2002 eram 108 países somavam mais de 20.000 grupos; em 2008 130 países contabilizavam mais de 50.000 reuniões semanais e em maio de 2010 estimou-se a presença do NA em 131 países diferentes, com mais de 58.000 reuniões semanais²⁵.

Dado os diferentes contextos socioeconômicos dos membros da irmandade, bem como as múltiplas origens étnicas e religiosas representadas pelos membros, acredita-se que a comunidade de NA atinge certo nível de maturidade quando sua participação reflete a diversidade ou homogeneidade da cultura. Nenhum registro de presença é mantido para propósitos do NA ou outros, o que

²⁴ Fonte: Revista eletrônica "The NA Way Magazine", v. 30, nº 3, jul.2013. Disponível em: <https://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/naway/po/2013Jul_naw_po.pdf>.

²⁵ Informações disponíveis em: <<http://www.na-pt.org/recurso/factos5.php>>.

torna difícil ter amplas informações sobre o grupo (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2016).

De acordo com informações demográficas coletadas a partir de uma pesquisa realizada por quase 23.000 membros de NA, a qual foi disponibilizada por meio da revista *The NA Way Magazine* na Convenção Mundial de NA de 2015 ocorrida no Rio de Janeiro, Brasil, temos que: 59% dos membros eram homens e 41% mulheres; 1% tinham idade de 20 anos ou menos, 11% entre 21 e 30 anos, 21% entre 31 e 40 anos, 24% entre 41 e 50 anos, 29% entre 51 e 60 anos e 14% com mais de 60 anos; referente à etnicidade: 74% caucasiana, 11% afro-americana, 6% hispânica e 9% outras; status de emprego: 60% de empregados em período integral, 12% com trabalho de meio-período, 11% de aposentados, 9% de desempregados, 4% de estudantes e 4% de donas de casa. A duração média do tempo limpo em NA foi de 8,32 anos (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2016).

Segundo a literatura do NA, a adicção ativa é caracterizada pela destruição dos relacionamentos e pelo aumento do isolamento. Deste modo, a partir da recuperação conquistada no NA, os sujeitos puderam reestabelecer vínculos e reparar danos em suas vidas. Outros dados mostrados pelo levantamento realizado durante a Convenção Mundial de NA de 2015 são que 92% dos membros participantes declararam enriquecimento das relações familiares e 88% perceberam melhor conectividade social (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2016).

A Convenção Mundial de NA do ano de 2018 aconteceu de 30 de agosto a 02 de setembro, em Orlando, na Flórida/EUA.

Tudo isto nos leva a acreditar que o desejo de parar de usar drogas a partir da prática dos 12 Passos tende a contribuir para a restituição dos vínculos afetivos e sociais dos sujeitos que frequentam o NA, os quais parecem apropriarem-se da sua vida, que antes pode ter sido usurpada pelo uso repetido e compulsivo das drogas.

2.3 Críticas ao Programa de NA

A partir de uma revisão bibliográfica realizada em bancos de pesquisas nacionais e internacionais que publicaram estudos sobre a irmandade Narcóticos

anônimos nos últimos 10 anos (2007-2017), destacaremos alguns estudos que se mostraram relevantes.

As principais críticas ao NA são referentes à crença de que a adicção seja uma “doença” composta de “defeitos de caráter”, o que justificaria a admissão da impotência perante a adicção como primeiro passo para a recuperação, podendo ser um fator de estigmatização; e à espiritualidade contida na programação, a qual pressupõe a existência de um Poder Superior, o que denotaria uma ligação com a religião, e portanto não serviria àqueles que são ateus, por exemplo.

De maneira geral, a maior parte das críticas realizadas ao programa dos 12 Passos estão direcionadas ao Alcolicos Anônimos, pioneiro deste “método” de tratamento.

Vederhus e Kristensen (2006) fizeram uma pesquisa na intenção de verificar se a frequência aos grupos de autoajuda após o tratamento da dependência estaria associada a taxas mais altas de abstinência. Monitoraram 114 pacientes, 59 deles com dependência de álcool e 55 com dependência de múltiplas drogas, que se juntaram aos grupos de autoajuda após o tratamento inicial. O centro de tratamento anterior, no qual tais pacientes estavam, foi a *Addiction Unit*, em Vest-Agder County, Noruega, que possui uma equipe profissional multidisciplinar, e encoraja os pacientes a participarem das reuniões de AA e NA.

Dois anos depois de iniciarem a frequência nos grupos de autoajuda, a taxa de retorno destes pacientes foi de 66%; seis deles (5%) haviam morrido. A análise do estudo mostrou que 38% dos entrevistados ainda participavam de programas de autoajuda dois anos após o tratamento. Entre os participantes regulares, 81% estavam abstinentes nos últimos 6 meses, em comparação com apenas 26% dos não participantes. Sendo assim, a participação de grupos de autoajuda e a abstinência foram positivamente correlacionadas, o que justifica a probabilidade de um efeito positivo o suficiente para recomendar a participação em grupos de autoajuda como um complemento ao tratamento da dependência de drogas e sugere, ainda, que os programas do AA e do NA podem não ser apropriados para todos, inclusive para aqueles que sofrem de outros transtornos psicológicos (VEDERHUS; KRISTENSEN, 2006).

De acordo com Frois (2007), o surgimento e a rápida expansão da associação de autoajuda “Alcoólicos Anônimos” nos Estados Unidos, no início do século XX, está relacionada às transformações da sociedade e aos fatores económicos, sociais e culturais subjacentes aos ideais de bem-estar individual, autocontrole e autoconhecimento.

Com isso, os grupos de autoajuda ou ajuda mútua tendem a contribuir para o bem-estar dos sujeitos que deles participam, oferecendo possibilidades de lidar com sua adicção, de encontrar apoio e se engajar em uma atividade para sair do isolamento em que muitos se encontram, transmitindo conhecimento e promovendo novos modelos de comportamentos (FROIS, 2007).

Ao debruçar-se sobre o “anonimato”, Frois (2007) defende que este é um elemento fundamental para sustentar as associações de ajuda mútua, sendo utilizado em diferentes situações e com diferentes finalidades. Para Frois (2007) o anonimato serve, entre outras coisas, como um nivelador das diferenciações sociais, pressupõe uma abordagem igualitária, em um ambiente onde não existem líderes nem representantes oficiais. O fato de não precisar se identificar legalmente, preencher qualquer tipo de ficha com seu nome, moradia ou profissão, tornam convidativo ao sujeito frequentar as reuniões de uma associação dos 12 Passos. O anonimato é assim compreendido como uma maneira de gestão da informação que o sujeito faz de si mesmo e a forma como se apresenta ao outro. A autora cita três pontos chave do anonimato: é relacional; é circunstancial; e é usado como forma de escapar ao controlo físico, moral e social. Portanto, sem o anonimato estas irmandades se igualariam às outras instituições.

Sobre os aspectos religiosos e/ou espirituais presente em tais associações, as quais cultivam a fé em um Poder Superior associada à rendição, à entrega e ao abandono da vontade pessoal Frois (2007) percebe a própria entidade “Deus” enquanto um ser anônimo e inominável, não legitimado e não imposto, ao qual os membros deverão recorrer dada a sua condição de portadores de uma “doença”. O anonimato protege os membros de divulgar exteriormente esta condição de doentes, uma vez que se o fizerem poderão sofrer preconceitos de uma sociedade estigmatizante e excludente.

Existe, pois, uma “linha invisível” entre a vida dos membros dentro e fora das associações, e o anonimato acaba por estruturar as diferentes relações e a gestão da identidade pessoal, através de um ambiente acolhedor no qual os membros podem se expressar livremente sem constrangimentos e escolher não revelar exteriormente a sua condição de membros. Dentro do grupo os membros não serão avaliados pelo seu status social, económico, profissional, mas serão vistos como iguais: portadores de uma doença. Do lado de fora do grupo, os membros não querem ser avaliados pelos seus comportamentos passados, pois sabem que se divulgarem a sua condição de doentes e suas consequências, serão marginalizados (FROIS, 2007).

O anonimato está relacionado com a confidencialidade e a privacidade dos membros destes grupos, assim como acontece na relação médico-paciente, advogado-cliente ou numa confissão religiosa. Ao mesmo tempo que permeia um discurso dentro da associação que diferencia o “nós” (que ali estão) e os “outros” (os “normais”, que nunca tiveram um problema semelhante), as fronteiras entre o “nós” e os “outros” se complementam: quem pertence hoje à irmandade, amanhã pode não pertencer, e quem abandona pode sempre voltar, não há obrigações a cumprir, não há rejeição, não há fechar de portas (FROIS, 2007).

Deste modo, Frois (2007) acredita que o anonimato contribui para o processo de pertença, de frequência e de transformação dos membros das associações dos 12 Passos, sendo condição essencial para a procura dos sujeitos por este tipo de ajuda.

Um estudo de Kelly *et al* (2008) acompanhou 160 adolescentes que iniciaram a frequência nos grupos de AA/NA após um período de internação. Tais adolescentes foram acompanhados em 6 meses, e em 1, 2, 4, 6 e 8 anos pós-tratamento residencial. A participação destes adolescentes no AA / NA foi comum e intensiva no pós-tratamento precoce, mas declinou de forma acentuada e constante ao longo do período de 8 anos. A fase inicial pós-internação, ou seja, os 6 primeiros meses, é considerada o período onde há mais chances de recaída. Aqueles que acreditavam que não poderiam usar substâncias com moderação foram mais propensos a participar dos grupos de ajuda mútua, e os efeitos relacionados ao AA / NA permaneceram significativos e consistentes mesmo com uma queda na

frequência das reuniões. A participação precoce nos grupos de AA/NA também foi associada a melhores resultados a longo prazo, e como fator que diminui as chances destes sujeitos terem problemas com álcool e outras drogas na idade adulta.

Kelly *et al* (2011), por sua vez, examinaram as relações entre a religiosidade durante a vida e a participação de 145 adolescentes com idades entre 14 e 18 anos em programas de tratamento dos 12 Passos. Os resultados mostram uma relação benéfica observada entre maior religiosidade e o aumento da participação em programas dos 12 Passos relacionados a ajuda do AA / NA durante o tratamento. Observaram que os adolescentes que praticavam uma religião respondem melhor ao tratamento a partir dos 12 Passos, sendo que jovens com pouca ou nenhuma prática religiosa ao longo da vida podem assimilar-se menos ao programa dos 12 Passos e podem necessitar de uma abordagem diferente para melhorar a resposta ao tratamento.

Vederhus *et al* (2010) compararam os obstáculos percebidos à participação em grupos de 12 Passos por profissionais da adicção dos Estados Unidos e da Noruega, sendo que tais obstáculos podem limitar os encaminhamentos de sujeitos com transtornos decorrentes do uso de substâncias para estes grupos. Embora os grupos de 12 Passos sejam, em geral, bem vistos pelos americanos, na Noruega menos de 5% dos programas de recuperação para adictos utilizam a filosofia dos 12 Passos.

Diferente dos profissionais americanos, os profissionais noruegueses consideraram o aspecto religioso dos grupos de 12 Passos como um obstáculo considerável à participação. Outra das razões mais citadas para considerar que um paciente não é adequado para frequentar o grupo de 12 Passos foi a presença de comorbidade psiquiátrica. Com isso, Vederhus *et al* (2010) pretendem desenvolver estratégias que promovam o uso dos grupos de ajuda mútua relacionados à adicção por drogas na Noruega, enfatizando a importância dos médicos e outros profissionais melhor conhecer os seus princípios, crenças e práticas, por acreditarem que os grupos de 12 Passos são um valioso recurso de recuperação para indivíduos dependentes de substâncias.

Ronel *et al* (2011) buscaram integrar o programa dos 12 Passos do NA ao tratamento de manutenção com metadona (MMT). Estas duas abordagens são consideradas incompatíveis a princípio, uma vez que a metadona é considerada uma substância psicoativa e seu uso foge à regra da abstinência do NA. Por outro lado, tanto a abordagem dos 12 passos como o MMT percebem a adicção como uma doença crônica, cuja recuperação é um processo contínuo e interminável. O autor acredita que há potencial terapêutico nesta integração, apostando em uma abordagem holística que contemple as necessidades espirituais dos pacientes e sua inserção em redes sociais de apoio.

Para tanto, Ronel *et al* (2011) criaram um grupo para dependentes de heroína que participam do MMT utilizando o programa dos 12 Passos liderado profissionalmente. Embora dificuldades foram encontradas durante esta prática, verificaram que, sob condições bem planejadas, tal combinação pode funcionar.

Majer *et al* (2012) investigaram uma amostra de 897 adultos de diferentes regiões dos Estados Unidos que possuem transtornos por uso de substâncias e viviam em ambientes residenciais autônomos e comunitários não-profissionais, as "Oxford Houses", afiliadas às atividades dos 12 Passos dos grupos de AA e NA. Durante 1 ano de acompanhamento, a pesquisa acompanhou pessoas que moravam em uma Oxford House e praticavam a programação dos 12 Passos (ter um padrinho/madrinha, ler a literatura dos 12 Passos, realizar trabalho de serviço e chamar outros membros para ajuda), porém não frequentavam as reuniões dos grupos de AA/NA. Os achados desta pesquisa evidenciam que a partir de um envolvimento categórico com as atividades habituais do programa dos 12 Passos é mais provável potencializar a recuperação e promover a abstinência e auto eficácia do programa, do que meramente assistindo às reuniões dos grupos. Portanto, acreditam que o envolvimento ativo na recuperação pode se estender para outros contextos, como as Oxford Houses, nos quais adictos podem reforçar as suas redes de apoio.

Estudos de Donovan *et al* (2013) discorrem sobre a eficácia clínica dos programas de 12 Passos e a possibilidade de alcance e sustentação da abstinência a longo prazo entre aqueles que frequentam regularmente as reuniões. Acreditam que os fatores mais altamente relacionados à abstinência são os processos sociais e

processos comuns. A “comunhão” entre os membros através da participação nos grupos de ajuda mútua tende a contribuir para uma mudança na sua rede social. A mudança de comportamento dos membros se deve, assim, ao vínculo encorajador construído com o grupo, ao companheirismo, ao engajamento em atividades não relacionadas a substâncias, e a um senso de direcionamento de metas, enquanto fornece uma estrutura com normas e modelos de como trabalhar para a abstinência. Contudo, a frequência e o engajamento costumam ser baixos e inconsistentes, gerando controvérsias.

Para Donovan *et al* (2013) os programas de 12 Passos consistem em recursos que estão prontamente disponíveis, são de fácil acesso e sem custo para indivíduos com transtornos por uso de substâncias. Defendem que profissionais da saúde e assistentes sociais podem aumentar a probabilidade de vincular os adictos aos programas de 12 Passos, à medida que estão familiarizados com o programa em geral e em seus locais específicos, bem como conhecem os resultados positivos associados ao envolvimento ativo em tais programas. É possível, ainda, que estes profissionais tentem adequar as necessidades do seu cliente a grupos específicos de ajuda mútua ao incorporar abordagens facilitadoras dos 12 Passos aos seus contextos de prática, servindo como “pontes” para tais grupos.

O jornalista americano David Sheff é um crítico do assunto e autor dos livros “*Beautiful boy*” (“Lindo menino”, 2008), onde descreve a batalha para salvar seu filho Nic. da adicção por drogas; e “*Clean: Overcoming Addiction and Ending America’s Greatest Tragedy*” (Limpo: Superando o Vício e Acabando com a Maior Tragédia da América, 2013), no qual faz uma análise do problema da drogadicção nos Estados Unidos, citando os erros cometidos e as mudanças necessárias para melhorar os resultados do tratamento.

Conforme entrevista concedida ao “*The New York Times*” em 2013, Sheff relata que os adictos são em geral percebidos como “fracos”, “egoístas” e “dissolutos”. Para Sheff, um dos maiores problemas do AA é defender que os alcoólatras sofrem de um desvio moral. Além do que, acredita existir uma culpabilização do dependente se o tratamento do AA dá errado, como se eles não tivessem se comprometido o suficiente em seguir os 12 Passos. Sheff afirma, também, que não é adequado esperar uma pessoa atingir o “fundo do poço” para

iniciar sua recuperação, haja vista que isto é muito perigoso e o fundo do poço pode ser a morte da pessoa, considerando que a adicção é uma doença progressiva.

Sheff (2013) compreende a adicção como uma doença crônica que pode estar relacionada ao estresse, trauma, predisposição genética, doença mental leve ou grave, uso precoce ou alguma combinação entre eles. E, mesmo não existindo razões específicas pelas quais alguém se torna adicto, Sheff aponta múltiplos fatores de risco que aumentam a probabilidade da adicção por drogas, entre eles: componentes genéticos, situações de estresse (por ex., estilo de vida, abuso físico ou sexual, divórcio, conflitos familiares etc), doença mental, distúrbios psicológicos ou neurológicos, dificuldades de aprendizagem e vulnerabilidades sociais (pobreza).²⁶

Nic Sheff, por sua vez, reconhece que deve a sua sobriedade em parte ao AA, mas faz uma crítica ao anonimato exigido pelo programa dos 12 Passos, dizendo que o fato de ser uma sociedade secreta faz com que a irmandade pareça um culto, como o Mormonismo, por exemplo. Em sua opinião, a irmandade não deve se opor a uma discussão aberta, mostrando-se ultrapassada ao continuar agindo desta maneira.²⁷

O Dr. Lance Dodes, estudioso americano da Psicologia da Adicção, em seu livro *"The sober truth: debunking the bad science behind 12-step programs and the rehab industry"* (A verdade sóbria: desprezando a má ciência por trás dos programas de 12 passos e da indústria de reabilitação, 2014), do qual é autor junto com seu filho Zachary Dodes, faz uma revisão rigorosa e crítica, questionando a eficácia científica dos modelos de tratamento baseados no programa dos 12 passos do AA, para lidar com a adicção.

De acordo com Dodes (2014), apenas entre 5 e 10% dos sujeitos conseguem aderir ao programa dos 12 Passos para se recuperar, considerada a pior taxa de sucesso comparada à Medicina, sendo que as pessoas que não permanecem no programa tendem a não ser ouvidas em suas críticas. Afirma que

²⁶ Informações disponíveis em: <<https://www.nytimes.com/2013/04/30/science/clean-overcoming-addiction-and-ending-americas-greatest-tragedy.html>>; <<https://www.thefix.com/content/beyond-beautiful-boy-battling-america%E2%80%99s-greatest-tragedy?page=all>>; <<https://www.thefix.com/content/anonymity-and-AA-10074>> .

²⁷ Disponível em: <<https://www.thefix.com/content/anonymity-and-AA-10074>> .

os programas de 12 Passos têm uma missão proselitista e quase sempre são apresentados sem críticas, como a única esperança verdadeira de vencer a adicção. Porém, eles quase sempre falham. E, esta falha é atribuída ao fato da pessoa não se entregar completamente ao programa e ser incapaz de ser honesta consigo mesma, ou seja, o programa não falha, quem falha é a pessoa. Dodes afirma que isso pode fazer com que aquele que não permanece no programa se culpabilize e sua adicção se agrave ainda mais.

Sobre os passos, Dodes (2014) argumenta que: a necessidade do passo 1 de declarar-se impotente para vivenciar um despertar espiritual não tem nenhum mérito clínico ou apoio científico; Os Passos 2 e 3 deixam claro que AA tem um vínculo estreito com a religião e sofre influências de uma organização religiosa - o "Grupo Oxford", cujos membros acreditavam que sua experiência de conversão lhe purificariam da pecaminosidade. Embora os laços comunitários promovidos pela religião possam ajudar pessoas em crise, não há correlação de como isto pode ajudar a lidar com as causas da adicção ou levar a recuperação permanente, questiona também, por que o "Poder Superior" não pode estar dentro do adicto ao invés de ser atribuído a uma entidade espiritual?; A necessidade do Passo 4 de fazer um inventário moral contribui para a noção de que os adictos sofrem de uma falha de moralidade, o que não é verdade; Os Passos 5, 6 e 7 do programa resgatam a admissão de "defeitos de caráter", a religiosidade, a assunção da impotência e a busca de uma cura através da autoflagelação moral e purificação divina, o que destaca sentimentos de humilhação, tão comuns na adicção; Os Passos 8 e 9, que tratam de fazer uma lista de pessoas a quem se deve fazer reparações por danos causados em decorrência da adicção, reforçam o fundamento religioso de que o caminho para a recuperação é purificar-se do pecado, transformando-se em um ato de penitência; O Passo 10 que pede a continuidade do inventário moral denota a necessidade de confissão dos erros cometidos, o que não ajuda no problema; O contato consciente com Deus do Passo 11 reforça a ideia que que trata-se de um movimento religioso dedicado a tentando confortar os adictos através da fé e da oração, o que não condiz com o discurso daqueles que se esforçam para dissociar essa metodologia da religião; Por fim, o Passo 12 propõe a ênfase do programa no proselitismo, sendo parte essencial de seu sucesso mundial,

e pode ser um impeditivo para um diálogo aberto sobre outras formas potencialmente melhores de tratar a adicção.

Dodes (2014) também critica a indústria de reabilitação por repetir o modelo de tratamento baseado nos 12 Passos, readmitindo pessoas em suas estadias mesmo diante do fracasso desse tipo de tratamento. Assim, a maior diferença entre a reabilitação e as reuniões em programas dos 12 Passos no exterior seria a institucionalização em si, ou seja, o fato de estar longe da vida cotidiana enquanto recebe cuidados e apoio constantes; além dos gastos financeiros dispendidos nas clínicas de reabilitação. Da mesma maneira, a eficácia dos centros de reabilitação para álcool e drogas não parecem tão diferente a longo prazo da recuperação encontrada nos grupos de ajuda mútua: as pessoas e os familiares de adictos tendem a atribuir as recaídas a falhas individuais e não a falhas do centro de reabilitação.

Para Dodes (2014) a adicção não é uma doença. A adicção consiste em um sintoma que se manifesta na tentativa de o sujeito recuperar a sensação de poder ao sentir-se desamparado. Nesse sentido, o tratamento e a recuperação devem ter como objetivo superar este desamparo, a partir do conhecimento da vida emocional do sujeito. Portanto, os programas baseados na literatura dos 12 Passos são limitados para tratar a adicção, visto que estão baseados no encorajamento comunitário, sem uma ênfase no cuidado individualizado para tratar sintomas emocionais, incluindo comportamentos aditivos, mostrando-se contrários à capacitação dos sujeitos para lidar com o desamparo e alienando-os.

De acordo com o neurocientista e estudioso da Psicologia do desenvolvimento Marc Lewis, a diminuição do autocontrole e as graves consequências da adicção não fazem dela uma doença. Seus estudos mostram que a maior parte dos adictos que acabam interrompendo sua compulsão fazem isso de forma exclusiva e inventiva, através do esforço e da percepção. Portanto, o abandono da adicção é melhor visto como um desenvolvimento posterior, não "recuperação" de uma doença (LEWIS, 2015).

Segundo Lewis (2015), o conceito da adicção como uma "doença" foi expandido no início da década de 1950, com o surgimento do Narcóticos Anônimos e a partir do "Modelo Minnesota" adotado pelo Centro de Tratamento *Hazelden*. O

modelo Minnesota combinava a filosofia dos 12 Passos com os princípios do cuidado e educação residencial, identificando a adicção como doença física, mental e espiritual e utilizando-se da abordagem multidisciplinar. Em 1967, a *American Medical Association* classificou oficialmente o alcoolismo como uma doença. Assim, o método dos 12 Passos tornou-se central nos tratamentos institucionais da adicção.

Através dos princípios de apoio mútuo, auto honestidade, atendimento em grupo contínuo e transformação espiritual, o programa do AA ajudou milhões de alcoólatras a superar seus vícios, e continua ajudando ainda hoje, ao liderar o reconhecimento da sociedade de que os adictos precisam de ajuda, não de rejeição, e que podem se recuperar. Para tanto, o passo crucial para manter a sobriedade é a pessoa perceber que é impotente sobre o álcool/droga, isto é, que não é capaz de beber/usar moderadamente. A admissão de impotência e o compromisso de confiar em uma autoridade superior proposta pelos 12 Passos diz que não importa se essa autoridade é Deus, o próprio grupo, o padrinho ou a comunidade médica. O que importa é o reconhecimento de um déficit grave, da mesma forma que o estado em que o sujeito se encontra quando o médico diz que ele tem câncer ou pneumonia, por exemplo. Isso leva o sujeito a acreditar que ele precisa de ajuda. Assim, ao mesmo tempo em que a ênfase do AA e NA diz respeito aos aspectos mentais e espirituais da adicção, a ideia de uma sensibilidade biológica ao álcool abriu a porta para uma definição mais específica (e amplamente aceita) de dependência como doença (LEWIS, 2015).

Outras críticas de Lewis (2015) são: os adictos que são coagidos pelo sistema judiciário a procurar tratamento através dos 12 Passos devem seguir um processo de recuperação orientado para tratar a sua “doença”, independentemente de suas crenças pessoais a este respeito, o que acaba contrariando a literatura dos 12 Passos; o fato de a Medicina compartilhar o conceito da adicção como doença, acreditando que a abstinência total é necessária para contê-la, acaba gerando um debate controverso que pode envolver a prática dos 12 Passos; a política institucional dos 12 Passos dificulta que os adictos possam encontrar o seu próprio caminho para a recuperação; a literatura dos 12 Passos incorpora a adicção no caráter do sujeito, o que pode ser prejudicial, especialmente para jovens cuja identidade ainda está em construção. Por fim, Lewis argumenta que a necessidade

de se reconhecer “ímpotente” para superar sua adicção pode ser interpretada como uma condição de desamparo contínuo, contrariando o valor do empoderamento defendido por especialistas.

Supondo que os mecanismos da recuperação desafiam o conceito de adicção como “doença cerebral” como sendo suficiente para explicar a recuperação, Heather *et al* (2017) percebem resultados positivos alcançados pela abordagem dos grupos de ajuda mútua que impactam principalmente na construção de uma identidade social, mostrando que o início e a manutenção da recuperação são mais fortemente explicados pela transição do uso para grupos de recuperação.

Não apenas o sucesso da ajuda mútua e os caminhos do suporte entre os pares desafia a ideia do determinismo biológico da adicção, como também desafia implicitamente o argumento moral do determinismo parcial do qual os adictos são “mais fracos” em suas escolhas resultando da drenagem da vontade e da vontade que a adicção é percebida como causa. A recuperação também contribui para desafiar o BDMA no sentido que, além de ser caracterizada por uma experiência pessoal, preconiza um movimento político pré-figurativo que resiste à rotulagem médica e ao poder das soluções farmacológicas em uma versão de antipsiquiatria dos últimos dias. A recuperação é um conceito contestado, mas que altera a linha do tempo da compreensão da adicção, seu locus e seus mecanismos, e que promove autodeterminação e escolhas baseadas na força (HEATHER *et al*, 2017, p.2 – tradução própria)²⁸.

Pesquisas brasileiras nas áreas de História, Antropologia, Educação têm dissertado sobre: as estigmatizações sociais dos usuários de álcool e drogas e o confronto entre os ideais individualistas e hedonistas da sociedade de consumo com as representações sociais formuladas pelo NA (CARDOSO, 2006); o aspecto educativo do NA, cujo pilar se dá a partir da formação de uma comunidade baseada no sistema de dádiva vivenciado por meio da autogestão, de uma espiritualidade

²⁸ Not only does the success of mutual aid and peer-supported pathways challenge the idea of biological determinism in addiction, it also challenges the implicitly moral argument of partial determinism in which addicts are 'lesser' in their choices resulting from the draining of will and volition that addiction is perceived to cause. 'Recovery' also contributes to the challenge to the BDMA in the sense that, as well as characterising a personal experience, it summarises a pre-figurative political movement that resists medical labelling and the power of pharmaco-solutions in a latter-day version of antipsychiatry. Recovery is a contested concept but one that shifts the timeline of addiction understanding, its locus and its mechanisms and that promotes self-determination and strength-based choices (HEATHER *et al*, 2017, p. 2).

pluralista e da ajuda mútua (AGUIAR, 2011); o caráter ritual presente no universo simbólico do NA e a eficácia do programa como auto evidente (LOECK, 2009); o destaque para o serviço denominado Hospitais e Instituições (HI) prestado pelo NA, cujo objetivo é transmitir a mensagem do NA, fazendo um recorte do funcionamento deste serviço em uma penitenciária feminina de Porto Alegre (RS) (CUOZZO, 2016).

Em 2009, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) divulgou resultados de uma pesquisa realizada com mais de 200 membros do Alcoólicos Anônimos no Brasil, mostrando que menos da metade dos frequentadores permanece no AA após três meses. Segundo este estudo, conduzido por pesquisadores do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da UNIFESP, as chances de um alcoólatra se recuperar através do AA são as mesmas daqueles que tentam parar sozinhos, sendo que depois de seis meses, a taxa de abstinência de seus frequentadores é de 9%, comparada com taxa de 10% entre os que não fazem tratamento e de até 36% para os que combinam remédios e psicoterapia. O psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, coordenador do PROAD, destacou, ainda, que o método do AA é ineficaz para aqueles que têm dificuldade de falar em público e para aqueles que sofrem de algum tipo de problema psiquiátrico.²⁹

Conforme aponta Loeck (2011), a percepção do uso de drogas como uma doença é, também, uma categoria do sistema judiciário brasileiro. Existe um dispositivo denominado “Justiça Terapêutica” que determina quando o tratamento compulsório pode ser uma pena alternativa para o usuário de droga ilícita flagrado pela polícia. Assim, a Justiça pode determinar, como modalidade do tratamento compulsório a frequência do sujeito às reuniões dos grupos de Narcóticos Anônimos.

Entretanto, através de sua pesquisa etnográfica junto a membros de NA, Loeck (2011) acredita o dispositivo Justiça Terapêutica pode não se mostrar eficaz na prática, considerando que o sucesso do programa do NA está diretamente relacionado ao engajamento subjetivo do sujeito no seu processo de recuperação. Citando o conceito da “eficácia simbólica” proposto por Lévi-Strass, Loeck acredita na eficácia terapêutica do NA como sendo simbólica.

²⁹ Informações disponíveis em: <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=11022>>; <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd2703201101.htm>>; <<https://revistagalileu.globo.com/Revista/noticia/2014/05/doze-passos-para-tras.html>>.

Para que o programa de NA funcione e o sujeito vivencie a sua recuperação, é necessário que se identifique como “adicto” e acredite na eficácia do programa, o que não foi observado nos sujeitos “enviados pela justiça”. Tais sujeitos são orientados judicialmente a frequentar um número X de reuniões e carimbar um documento a cada presença para confirmar sua participação no NA ao Judiciário. Ao reconhecer a falta de desejo de participar do programa é comum, por exemplo, que os servidores do NA forneçam o carimbo ao sujeito enviado pela justiça sem exigir sua participação na reunião, uma vez que alguns tendem a encarar o encaminhamento ao NA como uma punição de seu comportamento transgressivo (LOECK, 2011).

De maneira geral, podemos observar que os cientistas e pesquisadores não conseguiram até hoje chegar a um consenso sobre a melhor maneira de enfrentar a adicção por álcool e drogas, visto que parece se tratar de um fenômeno multifacetado, que a Medicina não dá conta de solucionar apenas pelo viés biologicista.

Apesar disto, é comum que profissionais da área da saúde e da segurança pública encaminhem ou sugiram ao sujeito que consome drogas frequentar reuniões do Narcóticos Anônimos, sem falar das instituições que se utilizam da literatura dos 12 Passos junto ao seu modelo de tratamento como, por exemplo, muitas das comunidades terapêuticas.

Pode ser válido questionar, também, sobre qual seria o interesse da Ciência em “atacar” o método dos 12 Passos dos programas do AA e NA ao defender seu modelo de tratamento, considerando que tanto a filosofia dos 12 Passos como a Medicina em geral compartilham da compreensão da adicção como uma doença. A diferença parece fundamentalmente ser o método de enfrentamento da adicção, já que o consumo de medicamentos como parte do tratamento atende, também, a interesses comerciais.

Levando em conta que Narcóticos Anônimos não produz estimativas sobre sua eficácia, não contabiliza qualquer índice de recaída ou percentual de adictos que se recuperam, acredita-se que não é para qualquer pessoa que o programa funciona, e que esta não é uma pretensão da irmandade. O fato de não exigir pré-requisitos seja para iniciar ou interromper a frequência no NA deixa claro

que o sujeito é livre para escolher ou não ser membro, de acordo com sua identificação ou não com o programa.

Considerando que o NA foi fundado há mais de 60 anos e que se mantém em mais de 131 países, ou seja, em diferentes culturas, podemos pensar que dificilmente uma irmandade sobreviveria à passagem do tempo se não trouxesse algum tipo de benefício, conforme se propõe.

Por mais que a literatura do NA seja mundialmente compatível, acredito que o manejo das reuniões e a formação dos grupos também é atravessada pela subjetividade dos membros, considerando que a identificação se dá não apenas no âmbito da programação dos 12 Passos, mas também a partir das histórias de vida narradas e das relações fraternas construídas dentro e fora das reuniões.

Seja como for, parece haver certas condições sustentadas por esta irmandade que vem contribuindo há várias décadas para ajudar adictos no seu percurso de recuperação, e acredito valer a pena atentarmo-nos para estas condições.

Contudo, é claro, não podemos deixar de considerar que o método disseminado pelos Narcóticos Anônimos não se sobrepõe aos outros modelos de tratamento, tampouco acreditamos que o NA detém a verdade sobre a adicção por drogas.

3. DIFERENTES MODELOS DE TRATAMENTO

Aqui estão os loucos. Os desajustados. Os rebeldes. Os criadores de caso. Os pinos redondos nos buracos quadrados. Aqueles que vêem as coisas de forma diferente. Eles não curtem regras. E não respeitam o status quo. Você pode citá-los, discordar deles, glorificá-los ou caluniá-los. Mas a única coisa que você não pode fazer é ignorá-los. Porque eles mudam as coisas. Empurram a raça humana para a frente. E, enquanto alguns os vêem como loucos, nós os vemos como geniais. Porque as pessoas loucas o bastante para acreditar que podem mudar o mundo, são as que o mudam (Jack Kerouac).

Considerando as diferentes perspectivas sob as quais é possível interpretar o fenômeno da adicção por drogas, buscaremos neste capítulo identificar os principais modelos de tratamento para tratar sujeitos que sofrem com a drogadicção e que trazem paradigmas diferentes dos grupos anônimos de ajuda mútua.

3.1. O CAPSad

No decorrer do desenvolvimento da industrialização, usuários de drogas ilícitas, principalmente o ópio e a cocaína, eram direcionados para internação e isolamento social. Conhecido como “toxicomania”, o transtorno relacionado ao abuso de substâncias psicoativas previa a internação compulsória em hospital psiquiátrico dos sujeitos denominados “toxicomaníacos” (MACHADO; BOARINI, 2013; SILVA JUNIOR; MONTEIRO, 2014).

A partir dos movimentos que culminaram na Reforma Psiquiátrica a doença mental passa a ser pensada a partir da saúde coletiva presente nos contextos micro e macro social: a família, o trabalho e sua perspectiva histórica e cultural.

Enquanto principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados com o objetivo da desinstitucionalização, a fim de substituir o modelo manicomial e garantir a

dignidade das pessoas que sofrem de transtornos mentais, inclusive usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987 na cidade de São Paulo. Em 1989, foram criados na cidade de Santos-SP os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com atenção 24horas, mais tarde sendo denominados de CAPSIII (BRASIL, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial constituem-se como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, operados por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, que têm o papel de integrar os pacientes com transtornos mentais a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, apoiando-os em suas iniciativas de aquisição de autonomia. Articulados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o trabalho desenvolvido pelos CAPS dialoga com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários (BRASIL, 2004; 2015).

A busca por atendimento pelo usuário ocorre de diversas formas, seja através de demanda espontânea, pelos familiares ou por encaminhamentos (da UBS, Hospital Geral, Emergência, Conselho Tutelar, Serviços Assistenciais (Abrigos, Albergue, Secretaria de Assistência Social, entre outros) e demandas judiciais (BRASIL, 2004).

Existem diferentes modalidades de CAPS, os quais contemplam grupos de usuários diferenciados, dependendo da estrutura física, do perfil populacional do município e da especificidade da demanda atendida, sendo eles:

- CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
- CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles

relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

- CAPSad: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

- CAPSad III: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

- CAPSi: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2015, pp. 17-20).

Portanto, a modalidade Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) é direcionada para a demanda de usuários que sofrem transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como o crack, o álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Dependendo das necessidades específicas de cada modalidade do CAPS, podem compor a equipe de profissionais: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, neurologista, pediatra, técnicos e auxiliares de enfermagem, e outros profissionais de nível médio para realização de atividades administrativas, incluindo equipes de atendimento noturno e atendimento aos finais de semana para as modalidades 24 horas. Além do tratamento clínico farmacológico, a abordagem psicossocial prevê atividades voltadas à família do usuário, incluindo grupos de apoio e suporte (BRASIL, 2015).

Além dos CAPS, existem também as Unidades de Acolhimento (UA) instituídas pela portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, as quais abarcam

municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Funcionam 24 horas e oferecem serviço de acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que sejam acompanhados pelo CAPS e demandam o cuidado integral de caráter residencial transitório. Existem as UA adulto (para atendimento de pessoas maiores de 18 anos) e infantojuvenil (para atendimento de pessoas dos 10 aos 18 anos). O período de permanência do usuário na unidade de acolhimento é de até seis meses, associado ao projeto terapêutico individual estabelecido junto ao CAPS (BRASIL, 2015).

Dito isso, sabemos que podem existir outras comorbidades associadas ao consumo de substâncias psicoativas.

Para Laranjeira *et al* (2003), a presença de comorbidades entre usuários de drogas como, por exemplo, os transtornos psiquiátricos, é um fator que contribui para que o sujeito busque tratamento médico.

Considerando que é grande o número de sujeitos que desistem ou não aderem ao tratamento proposto pelas políticas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, um estudo realizado por Peixoto *et al* (2010) pretendeu investigar e comparar o perfil de pacientes que aderiram e dos que não aderiram ao tratamento do CAPSad em Campo Grande (MS). Dos 316 registros que compõem a sua amostra, os pesquisadores analisaram que a maioria dos pacientes são homens (86,4%), com idade média de 35,2 anos, com registro de pai e mãe em seus documentos (88,0%), sem ocupação (51,5%) e com média de 7,2 anos de estudo. Acredita que a procura dos homens pelos serviços do CAPSad ainda é maior em razão de as mulheres adictas procuram menos por atendimento por conta dos estigmas sociais e das diferenças de perfis.

Os estudos de Peixoto *et al* (2010) destacam a importância do envolvimento da família do adicto para sua melhor adesão ao tratamento no CAPSad, argumentam que as drogas ilícitas estão associadas ao comportamento antissocial e criminoso, sendo que o uso de drogas lícitas, como o álcool, pode ser um fator positivo na adesão ao tratamento, inclusive porque os pacientes que sofrem transtornos decorrentes do uso de álcool costumam ser mais velhos e ter mais tempo de uso do que os usuários de outras drogas. Tais autores concluem que o

paciente com maior dificuldade em aderir ao tratamento do CAPSad são os mais jovens, com idade média de 32, 9 anos e aparentemente com menor estruturação familiar, chamando a atenção para a importância de implementar abordagens diferenciadas de tratamento que abordem o sujeito antes de ter sua vida produtiva prejudicada pela drogadicção.

Outro estudo realizado em uma unidade do CAPSad no município de Teresina – PI revela que, dos 227 dependentes de álcool e outras drogas que fazem parte de sua amostra, houve interrupção de 129 (56,8%) e permanência de 98 (43,1%) com mais de três meses de tratamento. Tais pesquisadores identificaram que a maioria da amostra pesquisada não dá continuidade ao tratamento, considerando adesão ao tratamento quando há a permanência do usuário a partir do terceiro mês de tratamento. Reconheceram, portanto, como “boa adesão” se o paciente tem permanência ao tratamento por um período mínimo de seis meses e “muito boa” quando o paciente permanece por mais de seis meses. A permanência do tratamento superior a seis meses foi encontrada principalmente na faixa etária dos 19 aos 59 anos, na qual também se concentra o maior número de sujeitos da amostra. Já para a faixa de 60 anos e mais, a permanência chega em torno de nove meses, mas com número menor de pessoas, enquanto para a faixa abaixo de 18 anos, a permanência tem média abaixo de seis meses, indicando a necessidade de mudanças na estratégia para conseguir melhorar a permanência da população jovem ao tratamento (MONTEIRO *et al* 2011).

O estudo de Monteiro *et al* (2011) também mostra que a maioria dos usuários do CAPSad é do sexo masculino, evidenciando que a questão de gênero influencia na busca do tratamento, talvez pelo fato de as mulheres sentirem vergonha da drogadicção.

Xavier e Monteiro (2013) entrevistaram oito psicólogos inseridos no CAPSad, que atuam na assistência direta ao paciente usuário de crack e outras drogas em municípios pertencentes à Região Metropolitana de Porto Alegre, a qual engloba 1/3 da população do Estado do RS. Tais autores destacam a importância do CAPSad diferenciar as ações desenvolvidas especificamente para os usuários de crack em razão de certas peculiaridades em seu quadro clínico (complicações neurológicas, danos físicos e psíquicos e comorbidades).

Enfatizam, também, a necessidade de acolher até mesmo aqueles sujeitos que não demonstram interesse em interromper o uso da droga, tratando abstinências leves de crack de maneira ambulatorial e realizando busca ativa de usuários junto à rede de atenção básica nos casos de abandono do tratamento, além de trabalhar sob a perspectiva da Redução de Danos, oferecer suporte e apoio aos familiares (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Como pontos de atenção, Xavier e Monteiro (2013) descrevem dificuldades enfrentadas pelos profissionais, tais como: os processos e condições de trabalho, as mudanças da gestão administrativa em um período curto de tempo - de maneira que diversos profissionais saíram do serviço, provocando rompimentos do vínculo terapêutico, muitas vezes deixando o paciente sem o seu profissional de referência. Além do que, enfatizaram grande demanda de usuários de drogas para um número insuficiente de CAPSad e CAPSad 24 horas para a cobertura da população atendida, e as precariedades relacionadas à Rede de Atenção que retratam falhas nas parcerias com o CAPSad, e falta de conhecimento técnico dos profissionais de saúde (inclusive dos hospitais gerais) em dependência química.

Levando em conta que a reinserção social é um dos principais objetivos dos CAPS, os profissionais da Psicologia inseridos no CAPSad também fizeram considerações às ações de credenciamento e financiamento de tratamento de usuários de drogas em comunidades terapêuticas com recursos públicos propostas pelo governo e à internação compulsória, considerando tais ações retrocessos ideológicos que ferem os direitos humanos e os princípios de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica brasileira. Apontam a importância dos CAPSad 24horas como forma de ampliar o acesso ao serviço de saúde pelos usuários de crack e outras drogas e atender à necessidade imediata do paciente, como por exemplo nos momentos de fissura, enquanto meios de evitar ou diminuir o número de internações hospitalares e auxiliar na prevenção de recaída (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Em seus estudos, Oliveira *et al* (2015) identificaram como se estrutura o tratamento do CAPS voltado aos usuários de crack e álcool, analisando os projetos terapêuticos de um CAPSad na cidade de Sobral, Ceará. Destacaram como diferencial a atuação interdisciplinar pela equipe multiprofissional em abordagem individual e grupal dos usuários do serviço, o que reflete a compreensão do contexto

social e coletivo na implementação de estratégias de cuidado. A assistência ao usuário deve, assim, contemplar diversas áreas afetadas: social, familiar, física, mental, questões legais, qualidade de vida e estratégias de prevenção de recaída.

Entre os serviços oferecidos pelo CAPS, o acolhimento e o vínculo estabelecidos entre profissionais e usuário mostra-se fundamental no direcionamento do projeto terapêutico. Além disso, constatou-se que as visitas domiciliares aos usuários que faltam aos atendimentos agendados fazem-se necessárias para resgatar o vínculo (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Dado o perfil de usuários identificados com faixa etária igual ou maior a 40 anos e a busca tardia por tratamento, Oliveira *et al* (2015) mencionam a necessidade de as políticas públicas priorizarem programas de prevenção aos usuários de álcool e outras drogas pautadas no desenvolvimento humano, no acesso aos bens culturais, na participação familiar e no uso de equipamentos sociais. Outro dado que chamou a atenção neste estudo, porém não foi comentado pelos pesquisadores é que, dos 567 prontuários encontrados, somente 85 deles eram de usuários do sexo feminino, ou seja, aproximadamente 15%, mostrando novamente que a maior parte dos usuários deste serviço ainda são os homens.

Reis (2016), discute os altos índices de abandono nos tratamentos ofertados aos adictos em álcool e outras drogas. Em sua amostra de pesquisa, entrevistou 40 usuários pertencentes a três unidades do CAPSad na cidade de São Paulo (Centro, Complexo Prates e São Miguel), sendo que 92,5% eram homens com idade média de 38 anos. Constatou que apenas 10% dos usuários do CAPSad permaneceram em tratamento nestas instituições durante, no mínimo, 3 meses. Sugere que a possível fragilidade dos serviços deva ser investigada a fim de criar melhores estratégias que evitem evasões dos sujeitos no tratamento.

Oliveira *et al* (2017) ao realizar um levantamento do perfil sociodemográfico de pessoas atendidas em um CAPSad da região sul do Brasil, verificaram que o início do consumo de substâncias psicoativas se dá ainda na adolescência, porém a busca por tratamento acontece somente na fase adulta, quando o sujeito se depara com danos causados na sua saúde física e mental. A maior parte dos usuários deste estudo também é do sexo masculino, o que leva os autores a acreditar que, embora a literatura registre um aumento progressivo do

consumo de drogas pelas mulheres nas últimas décadas, elas tendem a buscar e permanecer menos em tratamento do que os homens, devido aos aspectos históricos e culturais em torno do papel da mulher na sociedade e dos estigmas sociais que a mulher tende a carregar.

Oliveira *et al* (2017) apontam, ainda, que as condições de vulnerabilidades sociais incluindo baixa renda familiar associam-se à dificuldade de adesão ao tratamento em razão de falta de recursos financeiros para locomoção até o CAPSad, bem como a necessidade de interrupção do tratamento para exercer atividades de trabalho em busca de rendimentos. Defendem a necessidade de maior número de ações de promoção à saúde no território e do resgate das mulheres que sofrem problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas aos dispositivos de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2017).

Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) discutem os significados e sentidos atribuídos ao CAPSad por seus usuários, através de um estudo realizado em um CAPSad II localizado na região Sudoeste da cidade de Campinas-SP. Descobriram que o CAPSad é percebido como um lugar de acolhimento, apoio e cuidado, que possibilita a reinserção social e a resolução de problemas dos usuários. Todavia, é percebido como um serviço ineficiente em suas ações à medida que, ao mesmo tempo em que promove a construção de vínculos de respeito e confiança entre usuários e profissionais, acaba por cultivar uma relação de dependência do usuário para resolver diversos de seus problemas cotidianos que não dizem respeito às demandas desta instituição, mas que surgem em decorrência da vulnerabilidade social de alguns usuários em busca de acesso a direitos e benefícios fundamentais, ficando o propósito terapêutico em segundo plano – o que vai contra o princípio da autonomia dos usuários e denota certa desarticulação entre políticas de saúde e assistência social.

Além disto, a sobrecarga da equipe do CAPSad contribui para a ineficácia do serviço, que não se mostra suficiente para atender a quantidade populacional da sua região (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017).

Para Alencar (2016), o CAPSad se apresenta como uma proposta avançada para tratar o adicto, inclusive por conciliarem em seus serviços a estratégia da Redução de Danos. Porém, a precariedade dos investimentos na

saúde pública brasileira acaba por impedir a oferta de instalações adequadas e profissionais suficientes para alcançar a efetividade do serviço em proporção à demanda.

Por fim, acreditamos que estudos e estratégias que possam avaliar a política pública e os serviços oferecidos pelo CAPSad contribuem para identificar as lacunas e falhas existentes, como também para evidenciar os progressos construídos.

A partir disso, pode ser possível estudar possibilidades de aperfeiçoamento dos serviços ofertados pelos CAPSad, a fim de que os gestores envolvidos na rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não retrocedam nas estratégias de cuidado, nem contrariem os princípios da Reforma Psiquiátrica, que alcançou tantos avanços ao longo da história.

3.2 A Redução de Danos

Ao levantar possibilidades de tratamento para sujeitos que fazem uso problemático de substâncias psicoativas nos deparamos com duas estratégias norteadoras: a da abstinência e a da Redução de Danos (RD).

A estratégia da Redução de Danos parte do princípio de que o consumo de drogas sempre existiu e sempre existirá na história da humanidade, e de que a abstinência não deve ser tida como o único caminho possível, considerando que muitas pessoas não conseguem ou não querem parar de usar drogas (ALVES, 2009).

De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos³⁰ (IHRA, 2010), a Redução de Danos compõe um conjunto de políticas e práticas que têm por objetivo reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em sujeitos que não podem ou não querem parar de usar drogas. Portanto, a redução de danos prioriza a prevenção dos danos e não a prevenção do uso de drogas, com estratégias que visam assistir as pessoas que consomem drogas.

Tendo como princípios o compromisso com a saúde pública e os direitos

³⁰ Informações disponíveis em: <<https://www.hri.global/>>.

humanos, as políticas, práticas e programas pautados na RD têm o intuito de reduzir as consequências adversas para a saúde, como também consequências sociais e econômicas decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o consumo. A RD beneficia não somente os usuários de drogas, mas também suas famílias e a comunidade (IHRA, 2010).

O objetivo da estratégia de Redução de Danos é contribuir para melhores condições de vida e dignidade dos usuários de drogas, minimizando os riscos que tal uso acarreta, promovendo a saúde e a cidadania (MACHADO; BOARINI, 2013).

O Reino Unido e a Holanda foram os precursores do modelo de Redução de Danos, que se consolidou na década de 1990 a partir de estratégias relacionadas à prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis (ALVES, 2009).

Segundo Vidal (2009), os primeiros registros a nível global que evidenciam a aplicação de uma política reducionista ocorreram no ano de 1926 na Inglaterra, quando um grupo de médicos Ingleses, o "*Rollsston Committee*", estudaram o comportamento de sujeitos que usavam heroína ou morfina por via injetável e recomendaram ao governo que determinados pacientes adictos somente poderiam levar uma vida produtiva se mantivessem o uso de drogas.

Em 1976, a Holanda criou uma política que regulamentava o porte e o plantio de *cannabis* (maconha) limitado para uso pessoal, diferenciando o mercado da maconha do de outras drogas. No ano de 1980, foi criada uma associação de usuários de drogas denominada "*Junkiebond*", que participava das ações do Estado nas políticas de combate às drogas e implantou a primeira iniciativa de troca de seringas, preocupada em difundir informações sobre o consumo seguro de drogas (VIDAL, 2009).

Assim, as primeiras políticas de Redução de Danos foram desenvolvidas nos anos 70 por especialistas, autoridades locais e representantes de usuários de drogas em cidades europeias que enfrentavam problemas sérios com adictos por drogas, como Amsterdã e Roterdã na Holanda, Liverpool e outras cidades britânicas, que mais tarde se espalharam para Zurique, na Suíça, Frankfurt, na Alemanha e Barcelona, na Espanha. A RD se mostrou a estratégia mais pragmática a ser adotada, dada a ineficácia da rede de atendimento e da força policial que não estava

conseguindo conter o aumento de usuários de heroína e a transmissão de doenças como hepatites e o vírus do HIV pelos usuários de drogas injetáveis (BUNING, 2006 *apud* POLLO ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

No ano de 1990 foi realizada em Liverpool a 1ª Conferência Internacional de Redução de Danos associados às Drogas (*1st International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*), atraindo visitantes que desejavam aprender mais sobre a estratégia de RD. A segunda conferência aconteceu no ano seguinte em Barcelona, disseminando os princípios que determinavam a proposta de Redução de Danos e suas evidências científicas. Mais adiante, em 1996, foi fundada a Associação Internacional de Redução de Danos – *International Harm Reduction Association* (IHRA), a qual possibilitou a troca de conhecimentos entre aqueles que adotaram trabalhar com a RD através das conferências internacionais (POLLO ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

No Brasil, a Política de Redução de Danos (PRD) iniciou-se em 1989, através de um programa de troca de seringas, na cidade de Santos – SP, onde havia a maior parte dos casos de AIDS, em razão do uso de drogas injetáveis. Esta política foi redefinida para atender, também, aos dependentes químicos, com o intuito de prevenir comportamentos de risco, priorizando o atendimento oferecido às pessoas que não desejam ou não conseguem interromper o uso de drogas, defendendo o acesso de todos à saúde e o direito à liberdade individual, sem a exigência da abstinência dos adictos (MACHADO; BOARINI, 2013).

Em 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a Redução de Danos como estratégia de saúde pública no Brasil, o qual pretendia cooperar com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, como também prevenir a epidemia de AIDS, DST's e hepatites entre os usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2003).

O primeiro programa brasileiro de Redução de Danos foi implementado no ano de 1995 pela Universidade Federal da Bahia em Salvador e incluía atividades de prevenção, informação e a troca de seringas (POLLO ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

Conforme aponta Ribeiro (2008), as estratégias de RD que incluem troca de seringas, terapias de substituição (heroína/metadona, crack/cannabis,

cocaína/folha de coca etc.) e a criação de locais de uso seguro, entraram em conflito com a esfera penal, sendo necessário estabelecer leis que permitissem tais ações pelos agentes de saúde pública, como por exemplo, a Lei Estadual nº 9.758/97, no Estado de São Paulo e a Lei Estadual nº 11.562/00, do Rio Grande do Sul, entre outras leis estaduais. Por meio da portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005, o Ministério da Saúde regulamentou também as ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad.

Em tese, a atual Lei de drogas nº 11.343/2006 apresenta importantes avanços históricos no seu posicionamento político em relação às drogas, ao passo que distingue usuários e dependentes dos traficantes de drogas, prevendo atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social, indo ao encontro da lógica da Redução de Danos (ALVES, 2009).

Desta maneira, a RD é apoiada pelas instituições formuladoras das políticas sobre drogas no Brasil, como a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde (CRUZ, 2017).

A estratégia da Redução de Danos pode ser compreendida como:

Estratégia pragmática, própria do campo da saúde pública, que visa a reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como, por exemplo, o compartilhamento de seringas e agulhas para o uso injetável ou de canudos e cachimbos para consumo do crack, práticas sexuais de risco para DST/Aids e Hepatites, condução de veículos em estado de intoxicação ou embriaguez, injeção de silicone líquido e anabolizantes, etc (SANTA CATARINA, 2010, p. 7).

Os princípios que norteiam a RD são: a busca ativa pelo usuário nos locais onde ele vive e usa drogas; o vínculo ético e afetivo que promove a confiança entre o usuário e o agente redutor; uma abordagem não estigmatizante, não excludente e sigilosa; a promoção de autonomia e o estímulo à responsabilidade de cada usuário; a realização de ações de educação em saúde que enfatizam a preservação da vida e a saúde da comunidade. Sendo assim, a RD enfatiza o “protagonismo” do sujeito que é abordado pelo agente redutor de danos, com o qual

realiza uma “troca simbólica”, sem a necessidade de o agente ter relação de poder com o usuário (SANTA CATARINA, 2010).

Como exemplo de práticas da RD temos os programas de troca de seringas direcionadas aos usuários de drogas injetáveis, nos quais se recolhem as seringas usadas e distribuem novas seringas, a fim de evitar a transmissão de doenças como a Hepatite e o HIV/AIDS; e as campanhas que orientam as pessoas a não dirigirem após consumir bebidas alcóolicas, a fim de evitar acidentes de trânsito. Outras campanhas que pretendem distribuir materiais educativos sobre os efeitos e danos potenciais decorrentes do uso de drogas, bem como formas mais seguras de consumo (SILVEIRA, 2008).

A abstinência não pode, portanto, ser o único objetivo a ser alcançado pelos usuários problemáticos de drogas, haja vista as singularidades de cada usuário e suas capacidades de fazer escolhas. A Redução de Danos se mostra promissora a medida que não exclui outros métodos de enfrentamento da drogadicção (BRASIL, 2003).

A partir disso, acredita-se que o sistema público de saúde precisa compreender a diversidade dos usuários de drogas e os diferentes tipos de demandas destes usuários, privilegiando a participação e engajamento no seu próprio tratamento. Considerando que tratar significa aumentar o grau de liberdade e de responsabilidade do sujeito que está se tratando, é preciso ainda levar em conta o vínculo estabelecido com os profissionais e também com as pessoas ligadas ao usuário (BRASIL, 2003).

Além do que, as ações de RD devem acontecer no território, junto as redes de suporte social - seja de profissionais, familiares, organizações governamentais e não-governamentais -, promovendo a autonomia dos usuários através de recursos não repressivos, mas sim comprometidos com a defesa da vida (BRASIL, 2003).

Silveira (2008) concebe a Redução de Danos como uma estratégia inteligente e eficiente, que contraria os discursos impositivos e morais ao lidar com o uso indevido de drogas. Através de uma postura não julgadora e do vínculo estabelecido pelo profissional da saúde junto ao adicto é possível despertar nele o

desejo de se cuidar, respeitando-o em sua maneira de viver e oferecendo-lhe possibilidades de maior qualidade de vida.

Alencar (2016) aponta a Redução de Danos como uma estratégia avançada, uma vez que promove a aproximação com o usuário de drogas e a construção de vínculos. Por outro lado, a partir de uma perspectiva psicanalítica, acredita que os danos provocados pelo uso abusivo de drogas podem ser buscados pelo usuário, e estão atrelados à pulsão de morte, à medida que se associa o prazer da droga ao dano que ela causa.

Segundo Cruz (2017), a estratégia de redução de danos contempla a diversidade e evita uma atitude moralista e preconceituosa diante dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Afinal, cada sujeito estabelece uma relação particular com tais substâncias e tem o direito de escolher como quer ser tratado.

Se compreendermos a RD como uma possibilidade de ampliação dos objetivos das intervenções, como no caso das drogas a abstinência não é o único objetivo, então podemos afirmar que toda a Medicina se baseia na redução de danos, uma vez que muitas doenças como a diabetes, a maior parte dos tipos de câncer não têm cura, mas são passíveis de controle e cuidados paliativos (POLLO ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

Representantes do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) no Brasil vem desenvolvendo projetos que abrangem ações voltadas para a prevenção do uso de drogas por meio da estratégia de Redução de Danos. Entretanto, se deparam com a burocracia institucional: burocratas que fornecem aos agentes executivos informações e estatísticas sobre problemas prioritários envolvendo a questão das drogas; e o movimento social: grupos de interesse organizados para influenciar as políticas públicas e as decisões econômicas, como por exemplo, as companhias farmacêuticas, as associações médicas, os sindicatos e as organizações da sociedade civil (FONSECA; BASTOS, 2012).

Ainda assim, nos últimos anos o Brasil tem desbravado novos caminhos para transformar a sua política sobre drogas, adotando estratégias de RD. O Instituto Igarapé catalogou dez instituições brasileiras que praticam iniciativas políticas contemporâneas e inovadoras para tratar a questão das drogas,

identificando-se novas possibilidades de lidar com este fenômeno, dentre as quais estão o programa “De Braços Abertos” da prefeitura de São Paulo e a ONG “Centro de Convivência É de Lei”, também de São Paulo- SP³¹.

O Programa De Braços Abertos (DBA) foi criado pelo Governo do Estado no ano de 2014, na gestão do antigo prefeito Fernando Haddad. Pautado por uma perspectiva interdisciplinar e de integração entre diversas secretarias municipais, como a de Saúde, a de Segurança Urbana, a de Governo, Direitos Humanos e Cidadania; Trabalho e Empreendedorismo; Assistência e Desenvolvimento Social, entre outras, o DBA visava promover um pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda) para uma população em situação extrema de exclusão, frequentadora ou moradora da região da Luz, localizada no centro de São Paulo, mais conhecida como “cracolândia” (CARVALHO; PELLEGRINO, 2015).

Porém, com a eleição do prefeito João Dória o DBA foi substituído pelo Programa “Redenção”, que passou a priorizar internações compulsórias e estratégias de abstinência, inclusive fechando hotéis que serviam de moradia para beneficiários em tratamento através do DBA. Em meio a isso, o Estado efetivou operações policiais na cracolândia, fazendo uma espécie de “varredura” das pessoas que ali estavam, gerando debates e controvérsias públicas.

Após sofrer críticas do Ministério Público Estadual e de outras instituições de saúde, o Programa Redenção admitiu a possibilidade de trabalhar com a Redução de Danos.³² O Tribunal de Justiça negou pedidos de internações compulsórias e atendeu aos pedidos de reabertura dos hotéis sociais mantidos pelo antigo Programa de Braços Abertos.³³

Apesar do crescimento das práticas de Redução de Danos no Brasil, existem desafios a serem enfrentados como, por exemplo, a ampliação da abordagem em campo e a busca de outras possibilidades de manter as ações e os

³¹ Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%84NCIAS_24-03w.pdf>; <<http://www.edelei.org/home/>>.

³² Informações disponíveis em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/programa-de-doria-para-a-cracolandia-recicla-aco-es-do-de-bracos-abertos>>.

³³ Informações disponíveis em: <<http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/justica-manda-doria-reabrir-hoteis-do-bracos-abertos/>>.

trabalhadores, as quais sofrem dificuldades políticas, técnico-administrativas e financeiras (NARDI; RIGONI, 2009).

Ao descrever o funcionamento das estratégias de RD desenvolvidas nos municípios localizados na região metropolitana de Porto Alegre entre os anos 2004 e 2006, Nardi e Rigoni (2009) se depararam com 11 locais analisados, dentre os quais haviam aqueles cujos programas e ações estavam ligadas a organização governamental e outros ligados à ONGs. O financiamento das ações/programas de RD estava atrelado a política de DST/AIDS, exceto um deles que estava ligado à política de saúde mental. As principais dificuldades encontradas foram: ausência de infraestrutura física para as ações/programas de RD ou precariedade dos recursos disponíveis (humanos, financeiros, materiais); mudanças de interesses político-partidários após a mudança de gestão decorrente de eleições municipais e estaduais, as quais prejudicaram a continuidade dos trabalhos, que deixam de ter uma representação política; atraso significativo no repasse de recursos e insumos; falta de supervisão que possibilitasse discussão dos conteúdos afetivos mobilizados na equipe de redutores; quebras de parcerias com outras instituições e comunidades devido às trocas na gestão governamental; diminuição gradativa do número de trabalhadores redutores de danos que deixaram sua função para exercer outras atividades em busca de renda, e a dependência do trabalho voluntário e da militância para continuidade de determinadas ações/programas.

Inglez-Dias *et al* (2014) discutem as práticas de um programa norte-americano de pesquisa e atenção a usuários de drogas injetáveis (UDI): o UFO Study e destacam as características deste programa que poderiam contribuir para as políticas brasileiras de Redução de Danos.

O programa UFO, desenvolvido em São Francisco, no estado da Califórnia, apresenta êxito no que diz respeito ao acesso e adesão dos usuários aos serviços promovidos pelo grupo, que visa prevenir danos associados ao uso de drogas. Sua preocupação central não se resume na distribuição de seringas, embora sustente a ideia de que este material deve ser amplamente distribuído. Assim, o seu foco está concentrado em práticas direcionadas a proteção clínica do usuário, com atendimento médico para casos agudos, vacinação e distribuição de medicamentos e vitaminas, além de monitoramento das infecções transmissíveis (como as

hepatites e o HIV) através de exames e consultas rotineiros. Já no Brasil, as principais fragilidades encontradas pelas PRD's são: a precarização do trabalho dos agentes redutores, o monitoramento deficiente de suas práticas e da capacidade de vincularem os usuários aos serviços de saúde, a baixa adesão dos participantes acessados aos programas, o financiamento fragmentado e a precária sustentabilidade política (INGLEZ-DIAS *et al*, 2014).

Estudos de Campa *et al* (2017) evidenciam que nos Estados Unidos 2,8 milhões de pessoas recebem cobertura do atual *Affordable Care Act* (ACA), o qual oferece tratamento para dependentes químicos integrados com clínicas de atenção primária à saúde e outros sistemas de cuidado nacionais, o que faz uma grande diferença para que as pessoas se recuperem da adicção por drogas. Pautados na Redução de Danos, estes programas utilizam-se do uso da metadona para tratamento do vício em substâncias opiáceas, mudando o foco da abstinência para a prevenção de recaídas. Tais iniciativas vêm obtendo resultados positivos, principalmente em relação à epidemia de HIV. Porém, a necessidade de mudança estratégica ainda é controversa, apesar de sua eficácia comprovada. A maioria das novas estratégias que têm conquistado aceitação compõem o modelo de “transtorno cerebral de recaídas crônicas”, acompanhado do desenvolvimento de novos produtos farmacêuticos como estratégia de escolha integradas a um processo de aconselhamento psicológico.

Por fim, não nos esqueçamos que os danos associados ao consumo não devem restringir-se às drogas ilícitas, pois não é a presença ou não de riscos que define se as drogas são legais ou ilegais. Drogas lícitas como, por exemplo, o álcool, a nicotina, os opioides (morfina, codeína e a meperidina), e os benzodiazepínicos têm grande potencial de riscos e podem provocar dependência (CRUZ, 2017).

Dessa forma, podemos notar que o enfrentamento do uso problemático de drogas através das políticas e programas de Redução de Danos opõe-se à vertente do proibicionismo e à exigência de abstinência, comumente atrelado ao modelo da doença e da criminalidade. Ao contrário disto, a RD está pautada em intervenções que pretendem minimizar os riscos e os danos à saúde do usuário de drogas, sem exigir a interrupção completa do uso como única maneira de cuidado.

A ideologia que sustenta as diferentes vertentes paradigmáticas tem

suscitado debates atuais sobre qual seria o modelo mais eficaz de atenção à saúde dos usuários de drogas. Embora acreditamos que cada sujeito pode se adaptar melhor à determinada abordagem, não necessariamente devendo um modelo de tratamento excluir o outro.

Por fim, podemos pensar que estamos diante do desafio de reformular paradigmas culturais sobre a questão das drogas, considerando a responsabilidade do sujeito e também a responsabilidade do Estado.

3.3 As Comunidades Terapêuticas

Em razão do fenômeno da drogadicção ter se alastrado nos últimos anos e da ausência de políticas públicas suficientes para atender esta demanda, há uma proliferação de locais de internação direcionados a este público, dentre eles as que se denominam Comunidade Terapêutica (CT).

Podemos definir as CT's como iniciativas da sociedade civil para tratar usuários que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

As CTs surgiram historicamente como resposta às instituições psiquiátricas que não se mostravam eficazes no tratamento as pessoas que sofriam de transtornos mentais e às necessidades de pessoas com problemas severos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas.

O termo "Comunidade Terapêutica" foi cunhado pelo psiquiatra inglês Maxwell Jones (1907-1990) na década de 1950, com a intenção de construir uma proposta de tratamento diferente dos hospitais psiquiátricos então existentes e utilizar o ambiente social como recurso. A proposta de Jones era democratizar a instituição, estimular a comunicação social entre todos os membros de diferentes níveis, priorizando a participação ativa dos internos no seu processo terapêutico dentro da comunidade em que estavam inseridos (JONES,1972).

Segundo estudos de Sommer (2011), a primeira Comunidade Terapêutica psiquiátrica modelar foi desenvolvida por Maxwell Jones e seus colegas na Unidade de Reabilitação Social do Hospital Psiquiátrico de Belmont, no Reino Unido, na década de 40.

De acordo com Fossi e Guareschi (2015), o modelo de tratamento em CT

tem sua origem na Grã-Bretanha, na década de 1940. Inicialmente as CTs tratavam de pessoas com problemas psiquiátricos crônicos, inclusive militares que retornaram da guerra. O objetivo do tratamento neste tipo de instituição era de que os pacientes pudessem conhecer melhor seu diagnóstico através de uma aprendizagem social, sendo que os pacientes interagiam com a equipe médica em reuniões diárias.

A denominação “Comunidade Terapêutica” é utilizada internacionalmente para descrever uma abordagem eficiente para o tratamento de abusadores e dependentes químicos e dos problemas associados a estes consumos e estilos de vida por meio de um regime de internamento (ou internato). Os residentes das CTs constituem-se de um grupo de sujeitos que partilham uma história comum de consumos de drogas e cujas vidas foram marcadas por estes consumos, tanto a nível psicológico, social, clínico-médico, familiar e espiritual (SOMMER, 2011).

De Leon (2003) acredita que a CT é uma entidade híbrida, caracterizada pela autoajuda e o apoio público, cujo modelo está em contínuo desenvolvimento e pode ser adaptado a diferentes ambientes físicos e diferentes populações.

Diferente das abordagens psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais, a metodologia utilizada pelas CTs é transmitida primordialmente na tradição oral, ou seja, através de experiências pessoais daqueles que as administram, o que pode dificultar a sua ampliação e crescimento. Assim, faz-se necessário estabelecer uma formulação teórica que aponte os elementos essenciais do que consiste em uma Comunidade Terapêutica, tendo como base um programa padrão que facilite o seu credenciamento e licenciamento (DE LEON, 2003).

As CTs contemporâneas tiveram como principais influências o Grupo Oxford (organização religiosa fundada por volta de 1920 pelo ministro evangélico luterano Frank Buchman), os Alcoólicos Anônimos (associação fundada em 1935 em Akron, Ohio, por dois alcoólicos em recuperação, o corretor Bill Wilson e o médico Bob Smith) e a Synanon.

A Synanon foi a primeira CT que aplicou um programa de reabilitação para adictos, fundada em Santa Mônica, Califórnia, em 1958. Tendo como base a autoajuda, o alcoólico em recuperação Charles Dederich (1913-1997) iniciou em seu próprio apartamento grupos semanais de “associação livre”, cujo encontro grupal promoveu importantes mudanças psicológicas nos seus participantes, que foram

crescendo e mais tarde se tornou a Synanon, passando a aceitar dependentes de outras substâncias e não apenas do álcool (DE LEON, 2003).

Diferente do Grupo de Oxford e do AA, os quais se apoiam por um poder externo, a Synanon tinha orientação empresarial e era dirigida por uma estrutura hierárquica, baseando-se no fortalecimento do eu e no processo grupal como fonte de mudança individual (DE LEON, 2003).

De Leon (2003) argumenta que as CTs desempenham uma função educacional, podendo ser vistas como comunidades de aprendizagem social, uma vez que as atividades da vida cotidiana promovidas pelas CTs se voltam para o conhecimento do próprio eu, para o relacionamento com os outros e para o bem viver por meio dos programas desenvolvidos. Também acredita que as CTs podem proporcionar uma família substituta que reparam possíveis danos causados pelas famílias disfuncionais dos clientes que ali estão. Nesse sentido, a CT pode ser tida como uma microssociedade que prepara o sujeito para a macrossociedade do mundo real através de uma abordagem social e psicológica.

Ao considerar que o abuso de substâncias psicoativas afeta a pessoa inteira e engloba problemas cognitivos e de comportamento, transtornos de humor, falência moral e espiritual, disfunção familiar, socialização prejudicada, entre outros, as CTs buscam se atentar para o estilo de vida como um todo do sujeito que faz uso abusivo de drogas. Entretanto, apesar das influências biopsicossociais, o sujeito é responsável pelo seu transtorno e pela sua recuperação. A recuperação, por sua vez, envolve não apenas a abstinência das drogas, mas uma mudança de identidade e estilo de vida do sujeito conquistada através da autoajuda mútua (DE LEON, 2003).

Em geral, as CTs têm o objetivo de contribuir para o resgate da autonomia, a mudança de hábitos, o fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco para evitar a recaída, a restauração dos vínculos familiares e a reinserção social dos residentes. As CTs comumente instalam-se em áreas rurais ou sítios, embora existem CTs na área urbana. Há uma diversidade de metodologias adotadas pelas CTs, sendo que muitas delas utilizam os princípios e tradições dos programas de 12 Passos do AA, criado nos Estados Unidos em 1935 por Willian Griffith Wilson e Robert Holbrook Smith, outros princípios espirituais ou

diretrizes voltadas para o trabalho. Há modelos de CTs que adotam a abordagem médico farmacológica e/ou diferentes perspectivas teóricas da Psicologia. Estes modelos e abordagens podem, ainda, serem utilizados simultaneamente. Geralmente as CTs são divididas em grupos específicos, sejam eles de gênero ou de tendências religiosas (DE LEON, 2003; MACHADO *et al*, 2016).

Machado *et al* (2016, p. 9) definem as Comunidades Terapêuticas como:

instituições de acolhimento sem fins lucrativos de caráter privado que oferecem atendimento em regime residencial. Esse acolhimento é oferecido às pessoas que fazem uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas. As instituições funcionam com caráter voluntário de acolhimento, tendo o acolhido a possibilidade de abandonar o tratamento a qualquer tempo. Nesse local protegido, na forma de um ambiente residencial, os acolhidos utilizam a mútua ajuda (convivência entre os pares) como forma de auxiliar no tratamento da dependência química, acompanhados pela equipe da CT. O tempo de acolhimento varia de instituição para instituição, podendo ser de um mês a um ano. Nesse período, a CT deve manter articulação com a rede de atenção psicossocial.

Em 1976, o Instituto Nacional para o abuso de Drogas (NIDA - *National Institute on Drugs Abuse*) organizou uma primeira conferência para planejar como deveriam ser configuradas as CT's da América (TCA – *Therapeutic Communities of America*), a partir da qual pesquisadores discutiram este modelo de tratamento (DE LEON, 2003).

No Brasil, as CT's começaram a ser criadas na década de 1970 e se expandiram nos anos 1990, acredita-se que em razão da lacuna deixada pelo poder público na atenção a usuários de álcool e outras drogas (ALVES, 2009).

As primeiras CTs brasileiras estavam vinculadas a igrejas católicas e evangélicas, como por exemplo: Movimento Jovens Livres, missionária Ana Maria Brasil, Goiânia-GO (1968); S8, pastor Jeremias Fontes, Niterói-RJ (1971); Esquadrão da Vida de Bauru, pastor Edmundo Muniz Chaves, Bauru-SP (1972); Desafio Jovem, pastor Galdino Moreira Filho, Brasília-DF (1972); Desafio Jovem Peniel, pastor Reiuél Feitosa, Belo Horizonte-MG (1972); MOLIVE, pastor Nilton Tuler, Maringá-PR (1975), entre outras (CHAVES, 2007 *apud* MACHADO *et al* 2016).

Em 16 de outubro de 1990 foi fundada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a qual denomina-se como uma sociedade civil, sem fins lucrativos, e de Utilidade pública Municipal, e está cadastrada na Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)³⁴.

Uma das preocupações da FEBRACT é promover cursos de capacitação para o pessoal de instituições diversas que trabalham com programas de prevenção e recuperação junto ao usuário de drogas através do seu Centro de Formação e Treinamento. Participam dos seus cursos: representantes de CT's, redes escolares municipais e estaduais, órgãos governamentais ligados à Saúde e à Justiça, Universidades, Exército, Marinha, Polícias Militar e Civil, Conselhos Municipais de Entorpecentes, Conselhos Tutelares, Núcleos de Amor Exigentes, Prefeituras Municipais, grupos de diversas confissões religiosas e hospitais. Além disso toda entidade filiada à FEBRACT deve obedecer ao seu Código de Ética, o qual dispõe dos princípios éticos que devem guiar o relacionamento entre os participantes de uma Comunidade Terapêutica.

De acordo com Damas (2013) as CTs têm se expandido nos últimos anos no Brasil, principalmente a partir do crescimento do consumo do crack e da insuficiente disponibilidade de dispositivos de saúde pública, tornando-se relevantes no enfrentamento da drogadicção.

Embora a proposta das CTs possa ser interessante, alguns aspectos devem ser observados, a começar pela indicação da internação nestas instituições por profissionais da saúde capacitados, e também a necessidade de serem avaliados os possíveis obstáculos ao seu funcionamento (DAMAS, 2013).

A regulamentação das CTs para funcionar como instituição de tratamento de usuários de drogas foi realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução RDC nº 101, de 31 de maio de 2001. Contudo, somente a partir de 2010, através de um edital da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) associado ao Ministério da Justiça, as CTs passaram a receber financiamento estatal e compor a rede de saúde pública, sendo conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) através do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, ao instituir o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”

³⁴ Informações disponíveis no site: <<http://febract.org.br/portal/>>.

(FOSSI; GUARESCHI, 2015).

No ano de 2011 a ANVISA revogou a Resolução de 2001 e publicou uma nova Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, a qual estabelece 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”. Esta resolução estabelece as condições mínimas para o funcionamento das CT’s (ANVISA, 2011).

Sendo assim, todas as instituições que se denominam Comunidade Terapêutica, independentemente da característica de sua atividade, devem se submeter às normas de Vigilância Sanitária para funcionar.

Os estudos de Perrone (2014) argumentam que as concepções histórica e metodológica das CTs se aproximam das propostas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial, embora na prática isso possa não acontecer.

Com o objetivo de qualificar o debate em torno do tema drogas, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia realizou a 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos em locais de internação para usuários de drogas. Em parceria com militantes de direitos humanos, esta comissão inspecionou 68 instituições em 24 estados da federação brasileira e no Distrito Federal³⁵.

Foi constatado que as Comunidades Terapêuticas apresentam pouca ou nenhuma regulação pública e desenvolvem práticas que são objeto de denúncias de violação de direitos humanos e de desrespeito à cidadania, tais como: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras. Tais práticas concebem os adictos como portadores de uma identidade culpada e inferior e denunciam a necessidade de políticas que ofereçam tratamento justo e delimitado para situações que envolvem o tráfico, a produção e o comércio de drogas, com a devida distinção da

³⁵ Informações disponíveis em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>.

realidade do consumo e das necessidades dos consumidores (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Segundo Perrone (2014) estas supostas CTs não recebem fiscalização e nem se encontram cadastradas em nenhuma instituição regulamentadora, o que pode justificar sua prática indiscriminada: apenas quatro das 68 instituições investigadas pelo CFP estavam filiadas à FEBRACT, o que ressalta a necessidade de regulamentação e fiscalização.

Dessa maneira, a realidade brasileira mostra que existe uma parcela de CTs que praticam condutas desumanas, violando direitos humanos básicos e que não deveriam ser denominadas de “Comunidade Terapêutica”.

Ao avaliar a eficácia das Comunidades terapêuticas, Scaduto *et al* (2014) realizaram um estudo tendo como amostra sete internos de uma CT de um município do interior de São Paulo, a qual oferecia tratamento com duração de 9 meses baseado em atividades de caráter religioso, laboral e nos 12 passos do AA. Os participantes do estudo eram do sexo masculino, com idades entre 21 e 35 anos, e atendiam aos critérios diagnósticos para drogadicção. Ao comparar aspectos da dimensão psicológica (habilidades cognitivas, habilidades emocionais e bem-estar psicológico) dos internos nas fases pré e pós-CT, os autores verificaram que o tratamento possibilitou melhora na capacidade de adaptação social e redução de vivências de sofrimento psíquico, embora esta melhora aconteceu de maneira diferente para cada participante ao considerar os diferentes graus de prejuízo e funcionamento da personalidade.

Os estudos de Gehring (2014) consideraram uma amostra de 50 residentes de uma CT na cidade de Bauru-SP, os quais estavam internados a partir da segunda internação: 72% até a 4ª internação, 10% já passaram da 10ª internação e 1 dos residentes estava internado pela 20ª vez. Seus achados mostraram, entre outras coisas, que 80% dos entrevistados acreditam na sua recuperação, apesar das recaídas, e que a descrença na “cura” diminui gradativamente conforme aumenta o tempo de internação. No que diz respeito aos problemas encontrados nas CTs, 24% dos residentes disseram não perceber problema nenhum. Entre os problemas citados pelos demais residentes estão: despreparo da equipe técnica, fanatismo, excesso de cobrança e de trabalho, opressão e coação verbal, uso

exagerado do poder, autoritarismo, e manipulação dos familiares pelos membros da equipe técnica, problemas de relacionamento entre internos, a falta de equipe (psicólogos ou médicos psiquiatras), longo tempo de tratamento. A pesquisa mostrou, ainda, que 54% dos entrevistados atribuíram a recaída às questões relacionadas ao vício em si, aos problemas familiares, problemas emocionais e retorno às antigas amizades.

De acordo com a análise de Fossi e Guareschi (2015) as Comunidades Terapêuticas são, em sua maioria, instituições privadas de caráter confessional, ou seja, adotam a religião como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas anteriores do sujeito. O programa de tratamento das CTs geralmente dura de seis a doze meses, possui regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas por todos que ali estão. As visitas dos familiares são restritas e não há contato com a realidade externa da instituição, nem mesmo para atividades escolares e profissionais.

Assim, a estrutura das CTs pode ser comparada as cadeias, igrejas e hospitais psiquiátricos, aproximando-se mais destas três instituições do que dos princípios do SUS. Isto se justifica devido ao tratamento do usuário de drogas na CTs ocorrer em regime fechado, seguindo a lógica da internação, atravessado por princípios morais e religiosos, tendo a espiritualidade e o caráter confessional como sustentáculos (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Fossi e Guareschi (2015) acreditam, pois, que o tratamento ofertado pelas CTs brasileiras é condizente com a lógica proibicionista da segurança pública, estando aliadas a práticas moralizantes e/ou religiosas. Já as estratégias da rede de saúde e do SUS vão ao encontro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da lógica da Redução de Danos, que não necessariamente priorizam a abstinência.

Segundo Alves (2015) uma primeira internação involuntária tende a gerar múltiplas internações subsequentes em resposta à consideração do uso de drogas como um “comportamento desviante” e à intolerância familiar. Além disso, o autor acredita que existem interesses comerciais das Comunidades Terapêuticas, a qual compõem o que ele denomina de “máfia antidrogas”.

Estudos realizados por Cavalcanti *et al* (2016) avaliaram as condições sanitárias de 28 CTs na região metropolitana de Goiânia-GO, buscando identificar se

as normas sanitárias estabelecidas pela RDC nº 29/2011 estavam sendo cumpridas e se havia a necessidade de adequações para melhorar a qualidade de vida dos residentes. Verificaram que o alvará sanitário que é solicitado e cedido pela ANVISA estava em andamento na maioria das entidades (46,4%), sendo que 39,3% já possuem o alvará para o devido funcionamento e 14,3% ainda não o possuíam. Foram observados critérios relativos ao abastecimento de água, manipulação de alimentos, lavagem de roupas, presença de almoxarifado para armazenar materiais de limpeza, depósito do lixo produzido, utilização de EPIs, administração e guarda de medicamentos, avaliação das condições de saúde dos residentes e consultas clínicas por profissionais da saúde dentro da instituição. O estudo concluiu que existe a necessidade de aprimoramento das condições sanitárias das CTs pesquisadas. Embora algumas comunidades já haviam recebido o alvará sanitário, há a necessidade de atenção especial e de medidas importantes a serem tomadas como: a desinfecção da água, a utilização de EPI no manuseio de alimentos, resíduos sólidos e lavagem de roupas, como também a aproximação necessária e vínculos de referência com os CAPS. Por outro lado, as CTs demonstraram importante preocupação higiênico-sanitária para com seus residentes, principalmente no que se refere às refeições diárias, no armazenamento de medicamentos e na estreita relação estabelecida com os serviços de atenção à saúde (médicos e odontólogos), disponibilizados pelo SUS.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que traçou o perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras a pedido da SENAD, mostra que o modelo de tratamento das CTs está assentado em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade aliados ao conhecimento técnico-científico da Medicina, da Psicologia e da Assistência Social (IPEA, 2017).

Nas CTs o trabalho é compreendido como algo terapêutico (laborterapia) e engloba atividades para manutenção da própria comunidade. Já a prática religiosa geralmente faz parte das tradições cristãs e tem a intenção de promover a fé em um ser ou entidade superior e também pode estar ligada à moralidade. O paradigma moral pressupõe a adicção por drogas como um comportamento antissocial de indivíduos desajustados e moralmente fracos. O paradigma médico, por sua vez, atribui à drogadicção o status de doença. Outro aspecto importante ao modelo das

CTs é a convivência entre os pares e o compartilhamento de experiências e dos sofrimentos. Entretanto, para que isto se dê, as CTs apostam no isolamento social dos residentes, na restrição de telefonemas e visitas durante o período de internação e na interdição sexual (IPEA, 2017).

A distribuição geográfica das CTs apresentada pela pesquisa do IPEA mostra que tais instituições se concentram principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste do país. No Sudeste elas estão concentradas em São Paulo (420) e Minas Gerais (275), enquanto, no Rio de Janeiro, existem apenas 75 unidades. Na região Sul, o estado com a maior população de CTs é o Rio Grande do Sul (com 234), seguido do Paraná (156) e de Santa Catarina (120). Quanto a média de residentes contemplados, 88,2% das CTs têm em média setenta vagas cada uma. Acredita-se, ainda, que as CTs financiadas pela SENAD tendem a maximizar a quantidade de vagas, oferecendo dormitórios com mais vagas (para quatro a seis pessoas), levando em conta que o financiamento federal só pode ser concedido a até 60% das vagas de cada CT.

O *survey* do IPEA (2017) também evidenciou que uma das CTs em funcionamento no país já tem 50 anos de existência. A maior parte das CTs investigadas (79%) foi fundada a partir da década de 1990, notadamente depois de 1995, aproximadamente 41% delas foi criada entre 1996 e 2005, e 38% foram criadas entre 2006 a 2015. O maior número das CTs ainda existentes (139), foi fundado no ano de 2011, o que coincide com o início do financiamento público de vagas nas CT's. Em relação ao perfil dos residentes, 80% das vagas em CTs se destinam a pessoas do sexo masculino; 15%, a pessoas de ambos os sexos; e pouco mais de 4%, a mulheres, exclusivamente. No que se refere à orientação e à identidade de gênero dos acolhidos, 90,9% das CTs afirmam acolher homossexuais, 51,6% dizem acolher travestis e 43,6% se propõem a receber transexuais, ou seja, pessoas que realizaram mudança de sexo. Apesar disso, a pesquisa qualitativa indicou que, nas CTs etnografadas, é baixa a tolerância a pessoas com orientações sexuais diversas da heterossexualidade. Verificou-se, ainda, que 82% das CTs estudadas estão vinculadas a igrejas e organizações religiosas (82%), em sua grande maioria de matriz cristã; 70% das CTs aplicam a técnica dos "12 Passos" difundida pelos grupos de Alcoólicos Anônimos, e 55% delas admitem a aplicação

de medicamentos aos internos.

Por fim, outro dado interessante é que sobre a colaboração de outros órgãos e serviços públicos, foi constatado que: 50% das CTs relataram os postos de saúde (unidade básica de atendimento); e 39% mencionaram os hospitais públicos. Apenas 30% das CTs mencionou a colaboração com CAPS (tanto o AD como o geral) e equipamentos da assistência social pública como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (IPEA, 2017).

Uma nova inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizada pelo CFP em outubro de 2017 junto ao Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), visitou 28 estabelecimentos nos seguintes estados: Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e também o Distrito Federal, sendo que em todos eles foram encontradas práticas que configuram na violação de direitos humanos.

De acordo com o CFP (2017) na lógica operada pelas CT's impera o caráter asilar, o qual promove a segregação e a anulação de sujeitos. Dentre as suas práticas estão: internações involuntárias sem autorização médica, isolamento do sujeito do convívio social, retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou para o acesso a benefícios previdenciários, o controle de ligações telefônicas, a violação de correspondências, práticas de castigo e punição (por exemplo: aumento da laborterapia, a perda de refeições e até mesmo uso de violência física). Também foram encontrados indícios de tortura, tais como: isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos), bem como violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual, e também internações de adolescentes. Além do que, a equipe de trabalho das CT's pode compor ex-internos e profissionais sem remuneração ou formalização do vínculo profissional. Constatou-se, ainda, que algumas destas instituições recebem financiamento público sem receber fiscalização para estas práticas de violação de direitos.

Considerado o principal colegiado brasileiro responsável por gerir a Política Nacional de Drogas, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) é formado por integrantes do poder público e também da sociedade civil.

Em 2015, o CONAD, publicou a Resolução n. 1, de 19 de agosto de 2015, que regulamenta as diretrizes das Comunidades Terapêuticas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). O artigo 2º desta Resolução define as CTs como sendo:

As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características: I- adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sóciofamiliar e econômica do acolhido; II- ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; III - programa de acolhimento; IV- oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução; e V- promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.³⁶

Em 14 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou uma Resolução que estabelece novas diretrizes para a Política de Saúde Mental do país durante reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais mudanças apontam para o incentivo ao investimento em Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos em parcerias públicos-privadas para tratar demandas de transtornos mentais, inclusive dependentes de álcool e drogas.

Após permanecer mais de um ano paralisado, o CONAD foi reativado em dezembro de 2017, tendo aprovado em 01 de março de 2018, uma Resolução que reproduz as diretrizes de um Projeto de Lei (PLC37) que tramita no Congresso desde 2013. Esta resolução propõe mudanças na Política Nacional sobre Drogas e coloca-se contrária a legalização de qualquer substância ilícita, defende as

³⁶ Informações disponíveis em: <www.mprn.mp.br/portal/transformando...o...1/...resolucao...012015-conad.../file>.

internações compulsórias e o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, além de aumentar a pena para as pessoas acusadas de tráfico de drogas, sofrendo críticas da comunidade científica.

Mais adiante, em 25 de abril de 2018, os Ministérios da Justiça, Saúde e Desenvolvimento Social lançaram no Diário Oficial da União um edital para contratação de Comunidades Terapêuticas de acolhimento de dependentes químicos em todo o país. Com isso, o Governo Federal destinará 87 milhões na espera de acolher cerca de 20 mil dependentes de drogas e álcool nas CTs selecionadas. A partir deste edital será obrigatória a presença de profissionais com nível superior da área da saúde mental, como psicólogos por exemplo, nas CTs. Tais instituições também serão avaliadas em sua qualidade dos serviços prestados, estrutura física, equipe técnica e projeto terapêutico.³⁷

A Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas considerou esta mudança na política de drogas como uma grande conquista³⁸.

Algumas entidades de Psicologia e Serviço Social fizeram críticas à nova Política Nacional de Saúde Mental e se mostraram contrárias as novas contratações públicas de CTs, considerando que as medidas aprovadas para esta nova política são contrárias as diretrizes de desinstitucionalização defendidas pela Reforma Psiquiátrica e pela Lei 10.216/2001, e constituem-se como um retrocesso em relação aos direitos das pessoas com transtornos mentais, uma vez que suspende o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, extingue mecanismos legais que permitem transferir recursos dos manicômios para os serviços comunitários e destinam uma maior verba para internações de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas, muitas vezes denunciadas pela violação de direitos.

Em nota, o Conselho Federal de Psicologia afirmou que a nova resolução do CONAD tem como eixo a defesa do modelo de abstinência e das Comunidades Terapêuticas, em detrimento da Política de Redução de Danos e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), articulando-se com as alterações

³⁷ Informações disponíveis nos sites: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43091-governo-federal-destina-r-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terape-uticas>>; <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2018/04/25/interna-brasil,676324/ministerios-destinam-87-milhoes-para-edital-de-comunidades-terapeutica.shtml>>

³⁸ <<http://www.confenact.org.br>>.

da Política de Saúde Mental. O CFP acredita que as informações científicas sobre a Política de Redução de Danos que embasou a aprovação da resolução estão deturpadas, e que o avanço do financiamento público das CTs contribui para o sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial dos CAPSad.³⁹

Diante de tudo isso, observamos que existem embates presentes nas políticas públicas de enfrentamento ao uso problemático de drogas e que as CTs caminham em direções opostas as políticas do CAPSad e da Redução de Danos.

Com as novas diretrizes políticas que privilegiam investimentos de recursos públicos para as CTs, a privação da liberdade acaba por ser considerada prioritária e a abstinência de drogas é percebida como fundamental no tratamento da adicção por drogas.

Parece, assim, que o Estado tem terceirizado sua responsabilidade frente à questão das drogas enquanto problema de saúde pública para as Comunidades Terapêuticas, que são instituições privadas. O fato é que nem todas as CT's parecem trabalhar de forma humanizada e consciente, e acabam seguindo a lógica capitalista, que prioriza a geração de lucros e não a recuperação da saúde de seus usuários.

³⁹ Informações disponíveis em: <<https://site.cfp.org.br/os-retrocessos-da-politica-de-drogas-no-brasil>>.

4. A INSTITUIÇÃO SOB O VIÉS PSICANALÍTICO

*O ser humano encontra nas distintas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. A partir do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade e na medida em que isto ocorre, tanto como a forma em que isto se dá, configuram distintos significados e valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem
(José Bleger).*

Como contribuição teórica à prática da Psicologia nas instituições, o filósofo e sociólogo francês Georges Lapassade (1924-2008) denominou de “Análise Institucional” a tentativa de compreender e intervir nos grupos e organizações. A Análise Institucional surgiu a partir de interesses em comum de diferentes disciplinas como a Psicologia Social, a Sociologia e a Pedagogia, articulada com pressupostos marxistas e psicanalíticos, no intuito de questionar as instituições dominantes com relações de poder rígidas e hierarquizadas (GUIRADO, 1986).

As teorias em torno da Análise Institucional emergiram após a Segunda Guerra Mundial, influenciadas por diversas crises sociais, inclusive pelas experiências de psiquiatras e psicólogos que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos e reconheciam a dimensão política implicada no tratamento (SANTOS, 2002, MARTINS, 2017).

De acordo com Santos (2002), a Análise Institucional impulsionou práticas humanizadas nas instituições, dentre elas o movimento da “Psicoterapia Institucional”, iniciado na década de 1940, a partir da experiência do psiquiatra espanhol François Tosquelles (1912-1994) no hospital psiquiátrico Saint-Alban, em Lozère, na França; e também do psiquiatra e psicanalista Jean Oury (1924-2014) junto do psicanalista militante Félix Guattari (1930-1992), na clínica psiquiátrica La Borde.

Já o “Movimento Institucionalista” surgiu na França, nas décadas de 1950 e 1960, e se espalhou pela América Latina. Reúne profissionais e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento das Ciências Humanas e Sociais, tendo inclusive influenciado o movimento francês de Maio de 68 (SANTOS, 2002; PEREIRA, 2007).

A crítica às instituições foi impulsionada no Brasil por volta da década de 1970, com destaque para a participação do sociólogo e professor de Ciência Política da Universidade de São Paulo (USP) José Augusto Guilhon de Albuquerque, cuja proposta é a compreensão das instituições concretas, através da observação de seu fazer cotidiano, de seus rituais e da análise do discurso de seus atores (GUIRADO, 1986).

Devemos considerar que o conceito do que seja considerada uma “instituição” é discutido sob diferentes perspectivas teóricas seja no campo da sociologia, da antropologia, da ciência política e da filosofia.

De maneira geral, as instituições são grupos sociais oficiais como, por exemplo, empresas, escolas, sindicatos, os quais são determinados por um sistema de regras (LAPASSADE, 1983).

Retomando as ideias de Freud e Levi-Strauss, Lapassade formula a hipótese de que a instituição existe também ao nível inconsciente do grupo. Dada “*a universalidade do complexo de Édipo, naquilo que cada indivíduo vive está presente a estrutura universal da instituição parentesco. O nosso inconsciente é instituído*”. Logo, o inconsciente individual pertence a uma ordem institucional (LAPASSADE, 1983, p. 195).

Segundo Kaes *et al* (1991) a instituição compõe um conjunto de estruturas sociais instituídas pela Lei e pelo costume, regula as nossas relações e se impõe a nós. Contempla, assim, uma realidade psíquica compartilhada, de forma que o inconsciente é manifestado sobre o discurso que se produz.

Conceituando o que é uma instituição, Baremlitt, 2002, p. 25, afirma que:

As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos.

Ao questionar: por que instituímos? Pereira (2007) acredita que instituir é um processo intrínseco à civilização. Os seres humanos criam as instituições para

lidar com a sua condição de desamparo, para estruturar as relações e evitar o caos e a destrutividade.

Para que o desejo possa servir à espécie humana e ao esforço civilizatório, ele precisa ser institucionalizado. O Édipo - descoberta nuclear de Freud - é a gramática do desejo e da lei que constitui relações de parentesco e possibilidades de aliança entre os grupos humanos. Assim, em todas as instituições presenciamos os atravessamentos edípicos com seus inevitáveis sintomas: independência e dependência, liberdade e recalçamento, consciência e alienação (PEREIRA, 2007, p.12).

A partir de uma crítica política à psicossociologia grupal e à sociologia das organizações, Lapassade (1983) teceu uma análise das instituições educacionais, que se configurou numa “Pedagogia Institucional”. Esta prática posteriormente foi direcionada a outras instituições, sendo estipulados diferentes modelos teóricos e práticos para a pesquisa e intervenção institucionalista. Com isso, a instituição passou a ser discutida e pensada não apenas enquanto organização ou estabelecimento, mas como as relações produzidas no interior dos grupos.

Lourau (1993), por sua vez, discorre sobre o jogo de forças instituídas e instituintes. Identifica o *instituído* como sendo aquilo que está estabelecido e o *instituinte*, como a capacidade para o movimento e a criação de novas formas de relação. Assim, o instituído, o *status quo*, atua com um jogo de forças que produz imobilidade. A Análise Institucional, considerada como força instituinte, provoca a contradição com a imobilidade do instituído, a ser quebrada com a intervenção, buscando facilitar o processo de autoanálise e a autogestão.

De acordo com Baremlitt (2002) a civilização atual é caracterizada por grande diversidade, sendo influenciada pelos progressos industriais e tecnológicos do modelo capitalista, e a estrutura social se tornou objeto de estudo de profissionais e intelectuais que são vistos como *experts* em fazer análises sobre o funcionamento da civilização.

Entretanto, estes *experts*, em geral, colocam-se a serviço das forças dominantes da sociedade: seja o Estado, que detém o poder e o controle hegemônico da sociedade, sejam as organizações corporativas ou empresas nacionais e multinacionais, proprietárias da riqueza dentro da sociedade civil. O

saber que os povos têm acerca de sua própria vida fica então relegado a segundo plano, percebido como mera ideologia diante dos conhecimentos científicos. As comunidades sociais tendem a estarem subordinadas aos dispositivos do Estado ou dos serviços empresariais para gerenciar a sua própria existência (BAREMBLITT, 2002).

Então, os coletivos têm perdido, têm alienado o saber acerca de sua própria vida, a noção de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam essas necessidades e essas limitações. Eles têm perdido um certo grau de compreensão e o controle sobre que tipos de recursos e formas de organização devem dispor para colocar e resolver seus problemas. Mal podem organizar-se para resolver seus problemas se não conseguem saber, com precisão, quais são seus verdadeiros problemas e o que se requer para resolvê-los (BAREMBLIT, 2002, p. 17).

Sendo assim, o Movimento Institucionalista ou Instituinte compõe um conjunto de escolas ou leque de tendências que pretendem impulsionar processos de *autoanálise e autogestão* (BAREMBLIT, 2002).

A autoanálise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja: não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir. Este processo de autoanálise das comunidades é simultâneo ao processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra. Na medida em que essa organização é consequência e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo com a compreensão dada pela autoanálise, ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas elaborada no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado (BAREMBLIT, 2002, p. 17).

Segundo Pereira (2007), ao longo do tempo, o movimento institucionalista tem recebido contribuições de diversos segmentos populares e acadêmicos: na religião, na filosofia, na área educacional, na saúde mental, entre outros. Seu protagonismo é construído pelo coletivo, dando voz a novos sujeitos, outrora desconsiderados socialmente, como: mulheres, gays, negros, índios, favelados.

Ao pressupor a autoanálise e a autogestão, o movimento institucionalista requer a igualdade de direito e de desejo. A autonomia dos grupos, baseada na participação, no saber e na experiência particular de cada um estabelece formas próprias de se manter, de dirigir e de criticar. O trabalho de autogestão visa resgatar o poder centralizado para os grupos, tomando a Lei como dispositivo político, estimulando uma cultura de participação intensa (PEREIRA, 2007).

Nesse sentido, as diferentes teorias e práticas que se utilizam dos processos de autoanálise e autogestão têm o objetivo de empoderar o sujeito em sua trajetória nas instituições.

Contudo, para realizar uma autocrítica do saber produzido coletivamente, faz-se necessário entrar em contato direto com esses coletivos que estão se autoanalisando e se autogestionando (BAREMBLITT, 2002).

Pensando na necessidade de intervenções junto as instituições sociais, o psiquiatra e psicanalista argentino José Bleger (1922-1972), procurou unir as ideias da Psicanálise e da Psicologia Social para propor uma atuação do psicólogo que fosse além dos consultórios, com o objetivo de intervir nas instituições como um todo, desenvolvendo o que ele chamou de “Psicologia Institucional” (GUIRADO, 2009).

Psicologia Institucional abarca, então, o conjunto de organismos de existência física concreta, que têm um certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade da vida humana, para estudar nele todos os fenômenos humanos que se dão em relação com a estrutura, a dinâmica, as funções e objetivos da instituição (BLEGER, 1984, p. 37).

De acordo com Guirado (2009, pp. 323-4) a Psicologia Institucional não se trata de uma área da Psicologia, como por exemplo a área clínica, a organizacional, a hospitalar, etc , mas de: *“um modo de fazer concretamente a*

psicologia; um modo de produzi-la na interface com outras modalidades do conhecimento humano, configurando aí seu objeto e exercendo-se ela própria como instituição”.

Bleger (1984) compreende as instituições enquanto organismos de existência física e concreta, cujas leis se aplicam ou funcionam de forma específica, possuindo uma organização e objetivos próprios. Toda instituição tem objetivos explícitos e implícitos, conteúdos manifestos e conteúdos latentes.

Além do que, a instituição não é apenas um instrumento de organização, regulação e controle social, mas é, ao mesmo tempo, um instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade (BLEGER, 1984).

Para Guirado (1986), as instituições são entendidas como práticas sociais instituídas em um tempo e em um espaço, numa determinada época histórica, que se repetem cotidianamente e organizam as relações, os discursos, os corpos, os espaços e o tempo; produzem subjetividades e subjetivação; engendram pensamentos e instituem modos de existência que jamais são definitivos.

Desse modo, a própria Psicologia é considerada enquanto instituição do conhecimento e da prática profissional, enquanto método e estratégia de pensamento, enquanto ação que faz a instituição: *“pensar a psicologia como instituição exige configurar-lhe um objeto, algo (imaterial, impalpável) em nome de que ela se exerce e sobre que reivindica monopólio de legitimidade”* (GUIRADO, 2009, p. 328).

A proposta de Bleger prevê a atuação do psicólogo institucional como um analista da dinâmica intergrupal, assinalando, pontuando e interpretando as defesas, as fantasias e as ideologias dos grupos. Para tanto, faz-se necessária a distância do imaginário do grupo e da instituição, levando-se em conta que a análise supõe uma identificação projetiva inevitável (GUIRADO, 1986).

Um grupo é caracterizado por um conjunto de pessoas que interagem entre si, a partir do qual se estabelece uma sociabilidade sobre um fundo de indiferenciação ou de sincretismo, de maneira que os indivíduos em grupo não existem como singulares, atuando sobre eles um transitivismo permanente. Portanto, o sujeito, antes de ser uma pessoa, é sempre um grupo, *“não no sentido*

de pertencer a um grupo, mas no sentido de que sua personalidade é um grupo” (BLEGER, 1998, p. 69).

Podemos então pensar que o indivíduo se constitui a partir de uma simbiose e indiferenciação entre o eu e o outro como ponto de partida para desenvolver a sociabilidade. A identidade será sempre uma diferenciação possível sobre um fundo de indiferenciação (BLEGER, 1984; GUIRADO, 1986).

Tais pressupostos são reafirmados por Ávila (2007), ao defender que o grupo é o verdadeiro sujeito da realidade humana. O indivíduo é apenas uma criação do grupo, mas ele não existe por si mesmo, ou em si mesmo, somente a partir da grupalidade. Portanto, o Eu é uma ilusão.

A grupalidade é considerada, então, a quarta ferida narcísica da humanidade (a primeira foi a revolução de Copérnico ao afirmar que o homem não está no centro do universo; a segunda foi a teoria da evolução de Darwin, destacando o parentesco do homem com os primatas; a terceira ferida narcísica foi dada por Freud ao propor o conceito de inconsciente e dizer que o homem não é senhor na sua própria casa), e o Eu não é produto da nossa subjetividade, mas se constrói a partir de uma inter ou transsubjetividade, como subproduto da experiência grupal, derrubando o conceito de auto referência (KAËS, 1997 *apud* AVILA, 2007).

Dito isto, ao abarcar o estudo dos grupos, das instituições e das comunidades, Bleger (1984) defende a necessidade de se considerar a presença da dimensão psicológica nos lugares em que o ser humano intervém, passando dos enfoques individuais aos sociais.

O objetivo que queremos alcançar e para o qual tendemos formar parte do enquadramento da tarefa e o meio de alcançá-lo é através da investigação. Não se trata, em psicologia institucional, de um campo no qual há que “aplicar” a psicologia, mas sim de um campo no qual há que investigar os fenômenos psicológicos que nele têm lugar. Nenhuma investigação pode ser realizada sem objetivos – explícitos ou implícitos -, mas os objetivos constituem parte do enquadramento, uma espécie de tela de fundo e, a rigor, temos que nos ater estritamente à própria investigação (BLEGER, 1984, p. 46).

Para fazer esta investigação institucional utiliza-se do método clínico e da técnica do enquadramento, proposta pela psicanálise. O modelo do enquadramento psicanalítico consiste numa “indagação operativa” que contempla, a partir de uma atitude clínica, a observação detalhada dos acontecimentos, a compreensão do significado dos acontecimentos no modo como se relacionam, e os resultados desta compreensão através de interpretação, assinalamento ou reflexão (BLEGER, 1984).

Enquanto o objetivo da Análise Institucional é predominantemente de natureza política, provocando rupturas nas relações instituídas e instigando a autogestão nos grupos, a Psicologia Institucional, sob uma perspectiva psicanalítica, se debruça sobre o fazer do grupo, cabendo ao psicólogo realizar interpretações e assinalamentos a partir da compreensão das relações institucionais. Trata-se, portanto, de atuações diferentes (GUIRADO, 2009).

Conforme aponta Britto (2004), a psicanálise ainda não se apropriou fortemente do estudo dos grupos e das instituições, bem como do seu próprio espaço institucional. Embora o objeto de estudo da instituição diferencie-se da psicanálise individual, a instituição é um lugar onde há produção de realidade psíquica.

Segundo Romanini e Roso (2012), a psicanálise, enquanto um campo teórico e clínico, enfrenta dificuldades para se inserir como uma modalidade de tratamento nas instituições, bem como nas instituições públicas de saúde, embora ela possa contribuir com a terapêutica das organizações subjetivas, dentre elas as das adicções.

Em geral, são as instituições que se encarregam das pessoas e grupos sociais que produzem mal-estar à sociedade, constituindo-se enquanto dispositivos de controle e tratamento, preconizando a ordem. Assim são, inclusive, as instituições de saúde mental e de tratamento para a drogadicção, os quais têm a pretensão de reinserir os sujeitos na sociedade (ROMANINI; ROSO, 2012).

A partir disso, o abuso de drogas interpretado como "desinserção social" mostra-se conflitante com a ordem civilizatória que está representada pelo ordenamento das instituições. Todavia, segundo os pressupostos freudianos, o uso de drogas pode ser percebido como um mecanismo de alívio da angústia, provocada pelas renúncias que a vida em civilização impõe ao sujeito, e o sintoma da

toxicomania pode ser visto como uma forma de inserção do sujeito na realidade, ainda que isto se dê de forma destrutiva. Portanto, a psicanálise prioriza a relação que se estabelece entre o sujeito e o objeto-droga como parte de sua subjetivação, não apenas como um desvio da norma social, se debruçando sobre o sujeito que sofre e não sobre a toxicomania. Contudo, a clínica psicanalítica ampliada e inserida no âmbito das instituições de saúde ainda é tida como um desafio ético e político (ROMANINI; ROSO, 2012).

Buscando lidar com essas questões, Romanini e Roso (2012) sugerem que o dispositivo clínico do grupo se apresenta como possibilidade de interlocução entre os campos psicossocial e psicanalítico e ressaltam a necessidade de inventar instituições que acolham as invenções dos sujeitos, a fim de não tornar excludente a relação entre psicanálise e instituição, considerando que ambas contribuem para a (re)inserção no laço social, ainda que baseada em princípios distintos.

Diante desses conceitos e acreditando nas contribuições da Psicanálise para o estudo dos grupos e instituições, bem como na importância de uma prática psicológica com significação social, reconhecemos Narcóticos Anônimos como uma instituição que detém um conjunto de princípios, ideias e práticas em torno da adicção por drogas.

Em meio a tudo isso, o programa dos 12 Passos do NA se apresentaria como um conjunto de regras ou princípios instituídos, a serem praticados pelos membros do grupo de adictos para sustentar a sua recuperação. Embora parecem de certa maneira alienar o sujeito, acreditamos existir um movimento instituinte de autoanálise e autogestão nos grupos de NA, os quais disseminam uma cultura participativa.

5. METODOLOGIA

*Há pessoas que nunca se perdem porque nunca se põem a caminho
(J. Goethe).*

Como metodologia da pesquisa utilizamos o método clínico-qualitativo proposto por Egberto Turato, o qual se mostra condizente com os pressupostos do viés interdisciplinar adotado. Além disso, recorreremos à observação participante durante a minha inserção no campo, e também à técnica da categorização para analisar as entrevistas realizadas.

Segundo Oliveira (2007), a pesquisa qualitativa é um processo que se utiliza de métodos e técnicas para compreender o objeto pesquisado em seu contexto histórico, além do estudo da literatura pertinente ao caso, observações, entrevistas e análise dos dados de forma descritiva. Por isso, todos os fatos e fenômenos são relevantes e significativos, uma vez que o ambiente natural e o significado que as pessoas dão às coisas são fontes de dados.

Aplicando o método qualitativo no campo da saúde, temos o método clínico-qualitativo, que se trata de uma particularização dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas voltado para os *settings* das vivências na área da saúde (TURATO, 2000). O método clínico-qualitativo é assim definido:

é o estudo teórico - e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida da indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipa de profissionais, familiares, comunidade) (TURATO, 2000, p. 96).

O método clínico-qualitativo sofreu, inclusive, influências da clínica psicanalítica, à medida que concebe o enquadramento de um *setting* relativos aos cuidados com a saúde e procura compreender os elementos emocionais presentes durante a realização da entrevista (TURATO, 2000).

Turato (2000) defende que a posição do cientista na pesquisa clínico-qualitativa é uma posição existencialista, isto é, o pesquisador acolherá as angústias e ansiedades do sujeito movido, também, por suas angústias e ansiedades pessoais, pela identificação com o seu objeto de estudo e pelo desejo de compreender a questão humana (TURATO, 2000).

Conforme Turato (2005), o método clínico-qualitativo busca estudar os significados individuais ou coletivos do fenômeno para a vida das pessoas, conhecendo suas vivências e representações construídas. Assim, preconiza conhecer os sentidos e significados do fenômeno a partir do seu ambiente natural.

Metodologicamente, para explicar cientificamente os fenômenos relacionados a drogadição, por exemplo, pesquisadores utilizam psiquiatria, epidemiologia ou farmacologia clínica. Mas para compreender o que a dependência química significa para a vida do doente, este é um tema para os investigadores qualitativistas, que podem ser: o psicólogo, o psicanalista, o sociólogo, o antropólogo ou o educador. Entretanto, seria interessante que os próprios profissionais de saúde pudessem empregar métodos qualitativos, com a vantagem de que eles já trazem – devido a sua experiência em assistência – as inerentes atitudes clínica e existencial. Isso permitirá que eles realizem ricos levantamentos de dados e façam interpretações de resultados com grande autoridade (TURATO, 2005, pp. 508-9).

De acordo com Bassora e Campos (2010), o foco de interesse pesquisa qualitativa é a subjetividade humana, seu universo particular de razões e emoções, com toda sua complexidade. Ao se voltar para fenômenos que dizem respeito aos significados do processo de saúde e adoecimento vivenciados pelos pacientes/clientes pretendemos trazer o que antes era tido como subjetivo à interpretação da ciência. Desse modo, o método clínico-qualitativo nos possibilita investigar os significados conscientes e inconscientes que os sujeitos atribuem aos fenômenos vivenciados.

Dada a necessidade de abranger o significado que os sujeitos dão as coisas, suas crenças, atitudes e os cuidados com a sua própria saúde, o método clínico-qualitativo mostrou-se adequado para o fenômeno que estamos estudando.

Já a observação participante foi uma técnica importante que permitiu inserir-me no campo de pesquisa e conhecer na prática como o NA funciona ao participar das reuniões dos grupos.

A observação participante é parte da abordagem etnográfica na qual o observador participa ativamente na coleta dos dados, inserindo-se como membro do grupo que está estudando. A partir do contato com a dinâmica de um grupo no seu meio natural pretende acessar os significados e sentidos que as pessoas atribuem numa dada realidade. Uma ferramenta importante que registra a observação participante são as notas de campo (JORGENSEN, 1989; BOGDAN & TAYLOR, 1998 *apud* MÓNICO *et al*, 2017).

O tratamento e a apresentação dos dados brutos das entrevistas foram feitos a partir de uma categorização, que também compreende algumas subcategorias.

O processo de categorização trata-se de destacar os assuntos por relevância e/ou por repetição daquilo que é frequente na fala dos entrevistados ou que se mostra conteúdo rico (BARDIN, 2004; TURATO, 2010).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos (BARDIN, 2004).

Somada ao processo de categorização, a análise de conteúdo nos permitiu fazer inferências ao interpretar a fala dos entrevistados.

Sendo assim, concordamos com Turato (2010) ao defender que uma pesquisa qualitativa pode reunir diferentes materiais empíricos apreendidos por meio de entrevistas e observações, que caracterizam uma bricolagem, ou seja, pode conter elementos de diferentes objetos.

A partir desses elementos metodológicos a nossa preocupação foi identificar como são tecidas as relações e os vínculos dentro da irmandade

Narcóticos Anônimos que possibilitam aos sujeitos que o frequentam enfrentarem a sua adicção por drogas. Em outras palavras, queremos compreender como e por que o NA “funciona”?

Ao nos debruçar sobre a dinâmica grupal do NA, seus rituais e tradições, o anonimato, as relações e práticas instituídas, os possíveis conflitos subjacentes, e as representações construídas em torno do NA pelos seus membros, procuramos conhecer os seus significados individuais e coletivos.

Por fim, consideramos a adicção como um sintoma que produz significados à vida daqueles que a vivenciam, e acreditamos que o NA se torna parte da identidade do sujeito que se denomina “adicto em recuperação”, permitindo-lhe atribuir novos sentidos ao seu sofrimento.

5.1 Sujeitos da pesquisa

A amostra da pesquisa é composta de 10 sujeitos que frequentam grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Limeira- SP.

Os sujeitos foram convidados sem nenhum pré-requisito inicial, conforme aproximação e abertura percebida durante minha permanência no campo. No entanto, à medida em que fui realizando as entrevistas, procurei abranger uma amostra que pudesse representar a diversidade presente no NA.

Os sujeitos que caracterizam a amostra têm idades entre 32 e 62 anos, diferentes identidades sexuais, diferentes graus de escolaridade, diferentes profissões e diferentes arranjos familiares; o tempo “limpo” e de frequência ao NA varia entre 1 ano e 27 anos, sendo que 6 sujeitos têm entre 1 e 5 anos de NA, 1 sujeito tem entre 5 e 10 anos de NA, 2 sujeitos têm entre 10 e 20 anos e 1 sujeito frequenta a irmandade há mais de 20 anos.

5.2 Instrumentos

Para a coleta de dados utilizamos um questionário de entrevista semiestruturada e um gravador de voz.

Também registrei em diários de campo minhas observações enquanto frequentei as reuniões do NA.

5.3 Procedimentos para a coleta e análise dos dados

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP (parecer anexo).

Após aprovação da pesquisa pelo CEP, iniciei a visita aos grupos de NA, sendo que participei ao menos de uma reunião de cada um dos 9 grupos que existem atualmente em Limeira.

Fui bem recebida em todos os grupos de Narcóticos Anônimos que cheguei e me senti muito acolhida pela irmandade. A minha participação foi permitida mesmo nas reuniões “fechadas”.

A primeira reunião da qual participei foi no dia 11 de setembro de 2017 e a última foi em 27 de fevereiro de 2018.

Os membros dos grupos com quem tive um contato mais próximo antes ou depois das reuniões foram solícitos comigo, alguns me ofereceram café, outros me chamaram de “companheira”. Teve, também, aqueles que vieram me perguntar sobre o meu trabalho como psicóloga, entre outras coisas. Àqueles que senti abertura para participar da minha pesquisa de campo falei brevemente dos meus objetivos acadêmicos com o trabalho e trocamos contatos telefônicos, sendo que posteriormente eu entrei em contato com cada um deles para agendar as entrevistas.

Duas das entrevistas foram realizadas no local da reunião do grupo que o entrevistado(a) frequenta, antes ou durante o horário da reunião. Outras duas entrevistas foram realizadas na casa dos entrevistados, conforme seu convite. As demais entrevistas foram realizadas no meu consultório particular. A todos os entrevistados dei a opção inicial de eu ir até eles ou de eles virem até mim.

Após conseguir entrevistar 7 pessoas do sexo masculino fiquei durante três meses convidando algumas mulheres para participar do estudo, porém sem sucesso. Mesmo tentando agendar as entrevistas por várias vezes, após intervalos de algumas semanas, três mulheres com quem entrei em contato não confirmaram a

participação, com justificativas diversas, como a indisponibilidade nos dias e horários propostos em razão das demandas de trabalho ou outros compromissos familiares, com a promessa de retornar para agendar assim que tivessem disponibilidade. Uma das mulheres que contatei chegou a confirmar o agendamento da entrevista, porém não compareceu. Acredito que essas dificuldades se deram em razão de as mulheres serem minoria nos grupos de NA.

Não houve recusa por nenhum entrevistado em responder à nenhuma pergunta da entrevista, nem restrições quanto as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido junto com os participantes antes de cada entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Apesar de fazer autocríticas e autoavaliações quanto aos instrumentos da pesquisa durante o tratamento dos dados coletados, acreditamos que nossa experiência nos permitiu responder ao nosso problema inicial e levantar novas hipóteses.

6. NARCÓTICOS ANÔNIMOS: A (RE)CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE A PARTIR DOS LAÇOS FRATERNOS

Se partimos da tensão entre o sujeito e o outro, entre o idêntico e o diferente, entre o alter e o estrangeiro, entre o vínculo e sua impossibilidade: o fraterno percebe que o sujeito sem o outro não existe e que ao mesmo tempo o vazio está sempre em jogo.
(Susana Matus)⁴⁰

Ao entrar em contato com a dinâmica institucional dos Narcóticos Anônimos fomos instigados a refletir sobre as relações e sobre os ideais em comum dos seus membros, os quais consideram pertencer a uma “irmandade”, evidenciando a construção de laços fraternos.

Com isso, acreditamos ser pertinente recorrer aos referenciais psicanalíticos que abordam a função fraterna.

As discussões psicanalíticas em torno das relações entre irmãos ou semelhantes, as quais compõem a “fratria”, utilizam-se de diferentes conceitos, tais como “função fraterna”, “relações fraternas”, “vínculos fraternos”, “laços fraternos” e “complexo fraterno”.

Entretanto, a função fraterna ainda resiste em ser reconhecida em posição relevante pela psicanálise que, ao priorizar a figura paterna ou materna, se concentrando na rivalidade entre os irmãos e na disputa do amor paterno/materno, deixou a fratria em segundo plano.

Verificou-se que a função fraterna passou a despertar interesses acadêmicos somente em meados dos anos 2000, considerando que alguns psicanalistas a concebem como constituinte dos modos de produção da subjetividade e da identidade do sujeito.

Kehl (2000) defende que a função fraterna existe, basta reconhecer como o outro, o semelhante, a começar pelo irmão, contribui para a estruturação do sujeito. Propõe, assim, uma reintrodução da ideia de fratria na psicanálise.

⁴⁰ “Si partimos de la tensión entre el sujeto y el otro, entre lo idéntico y lo diferente, entre el alter y el ajeno, entre el vínculo y su imposibilidad: lo fraterno da cuenta de que el sujeto sin el otro no existe y que al mismo tiempo el vacío está siempre en juego” (MATUS, 2003, pp. 43-4).

Conforme Lajonquiere (2000), os ideais revolucionários franceses “liberdade, igualdade e fraternidade” articulam-se com a orfandade da modernidade e com a recusa cultural da metáfora paterna. Porém, existe uma desconfiança em torno da função fraterna e um escasso debate em torno das formações coletivas fraternas.

Para Matus (2014), o fraterno, em sua dimensão auto organizada, ainda resiste a ser visualizado como um mecanismo de constituição subjetiva no imaginário social atual.

Já Birman (2003) acredita que os referenciais psicanalíticos negligenciaram o laço fraterno, enquanto priorizaram a figura paterna ou materna (escola inglesa) para o desenvolvimento psíquico. No interior do cenário edipiano, a fraternidade se dava em meio à rivalidade entre os irmãos pela sua condição de desamparo ao disputar o amor do pai ou o amor da mãe, sendo necessário atribuir à função fraterna outro destino, o qual destaque sua positividade. Uma das características da sociedade fraterna seria o poder relativo e compartilhado em detrimento ao poder absoluto do pai.

Em “Totem e Tabu”, Freud (1996 [1913]) argumenta sobre as proibições que limitam as liberdades individuais e coletivas dentro de uma dada sociedade. Nos primórdios de uma comunidade primitiva, os homens eram guiados pela obediência a um pai violento e detentor do poder, até que certo dia os irmãos se reúnem, matam e devoram o pai, incorporando-o durante o banquete no qual comem a sua carne e bebem o seu sangue. Assim, os irmãos passam a compartilhar o poder que antes era centralizado no patriarca.

Após um período de disputas, os irmãos se dão conta de que nenhum deles poderia ocupar o lugar do Pai tirano, pois despertaria nos demais a mesma inveja e o mesmo ciúme que o pai havia lhes despertado. Culpados pela morte do pai, os irmãos se organizam em fratrias e instituem o tabu do incesto, instaurando a exogamia e garantido a força interna do grupo (FREUD, 1996 [1913]).

Segundo Kehl (2000), fazer operar a função paterna no mito freudiano da horda primeva foi uma tarefa da fratria. Nesse contexto, a função paterna foi instituída pelos irmãos como forma de lidar com seu desamparo, e a Lei

estabelecida a partir do pacto entre os irmãos passou a exigir a renúncia de algumas satisfações pulsionais como condição de pertencimento da coletividade.

A expressão “função fraterna”, se explica a partir de duas razões: 1) o termo “função” pretende descrever “o caráter necessário, não contingente, da participação do semelhante no processo de tornar-se sujeito, para os humanos”; 2) a palavra “fraterna” é utilizada na intenção de resgatar a ideia de fratria (KEHL, 2000, p. 31).

Para Goldsmid e Féres-Carneiro (2011), a função fraterna será importante na estruturação do psiquismo individual e também na vida social do sujeito. Afetado pelas relações ambivalentes de semelhanças e diferenças, hostilidade e solidariedade entre os indivíduos, a vida social tem como base a dinâmica vincular construída entre os irmãos, uma vez que a fratria possibilita ao indivíduo experimentar a socialização antes de vivenciá-la na sociedade. Logo, o fraterno acaba por exceder o vínculo entre irmãos e deixará sua marca no psiquismo individual, tornando-se um ponto de referência da própria identidade.

Kaes (2011) acredita que o “complexo fraterno” é o que organiza as relações fraternas na família, nos grupos e nas instituições.

o complexo fraterno designa uma organização fundamental dos desejos amorosos, narcísicos e objetivos, do ódio e da agressividade diante deste “outro”, no qual um sujeito se reconhece como irmão ou como irmã [...] o complexo fraterno é um dos organizadores psíquicos inconscientes do laço fraterno (KAES, 2011, pp. 16-7).

Desse modo, complexo fraterno e laço fraterno são duas categorias do fraterno. Os laços fraternos podem ser consanguíneos ou não, e a estrutura psicossocial que contém esses laços é a fratria.

Uma fratria se qualifica mais pelos laços emocionais e afetivos, morais e sociais que unem os irmãos e irmãs. Esses laços se exprimem na noção de fraternidade que designa primeiramente um laço de parentesco, o dos membros da fratria, e por extensão o laço daquelas e daqueles que se consideram tendo este laço de pertença – afetivo, moral, social, cívico ou religioso – aparentado com o laço de fratria (KAES, 2011, p. 18).

Assim, a fratria é tida como uma entidade psíquica grupal que detém um aparelho psíquico próprio, diferente da soma dos psiquismos individuais dos irmãos. O laço fraterno é definido pela condição de filiação, já uma relação fraterna pode ser amistosa ou conflituosa, próxima ou distante (BENGHOZI, FÉRES-CARNEIRO, 2001 *apud* GOLDSMID, FÉRES-CARNEIRO, 2007).

Matus (2014) propõe que o complexo fraterno e o complexo paterno são duas dimensões necessárias, porém diferenciáveis na constituição de uma legalidade para o sujeito. A análise dos vínculos entre os pares nos convida a redefinir a ideia de Lei e as concepções sobre múltiplas legalidades pela perspectiva vincular em psicanálise. O termo “Lei” pode ser utilizado para se referir aquilo que é instituído através de relações assimétricas e o termo “legalidades” para se referir ao instituinte, sustentando a ideia de “simetria na diferença”.

Portanto, são consideradas leis universais aquelas que devem ser aplicadas a todos igualmente no universo em que elas regem, diferente das normas ou legalidades, que são mais flexíveis à medida que são estabelecidas pelo próprio grupo e podem ser alteradas de acordo com seus integrantes ou conforme as circunstâncias. A Lei determina, assim, o que é permitido e proibido, sendo passível de sanções e castigos aqueles que não a cumprem. Mas, é preciso desvincular do imaginário social a ideia de Lei e a ideia de instituído ao considerar que além das leis existem os hábitos e costumes que são legítimos, embora não sejam considerados legalizados. A criação de uma Lei envolve um movimento instituinte até a sua indicação e aplicabilidade geral (MATUS, 2014).

Conforme aponta Matus (2014), a fraternização é diferente do fato de serem irmãos por compartilharem os mesmos pais. Adotar-se como irmãos implica fraternizar-se pelo desejo, eleger-se como irmãos, aludindo a uma operação instituinte que os torna irmãos além da irmandade instituída pelo processo de filiação. Nesse sentido, enquanto o movimento de filiação faz filhos-irmãos, a fraternização requer um movimento afiliatório, isto é, se dá por uma decisão voluntária a este produto coletivo de uma vinculação pelo desejo (MATUS, 2014).

Dito isso, enquanto irmandade que pratica um conjunto de princípios instituídos, o NA parece sustentar relações assimétricas entre seus membros, produzindo legalidades representadas por seus costumes e tradições ao servir-se

dos laços fraternos para enfrentar um problema em comum, neste caso a adição por drogas.

Verificamos que o único requisito para se tornar membro do NA é o desejo voluntário de parar de usar drogas manifestado pelo sujeito, que busca auxílio daqueles que partilham desse desejo em comum. Sua primeira tradição é preservar o senso de unidade, compartilhando cada ação realizada, o que mostra uma descentralização do poder.

Ao identificar-se com a filosofia da irmandade, o sujeito assume-se como um “adicto em recuperação”, o que tende a trazer a sensação de pertença e identidade. Passa, então, a conhecer e a praticar regras e princípios “legais” contidos nos 12 Passos e nas 12 Tradições do NA, que se tornam hábitos incorporados no seu cotidiano.

Para além dos passos e das tradições, observamos o caráter ritualístico da dinâmica grupal durante as reuniões do NA: oração, partilha, tempo de fala, troca de fichas para comemorar o tempo “limpo”, entre outros; bem como as normas implícitas que são apreendidas pelos membros como, por exemplo, as gírias de linguagem adotadas, o fato de não ter obrigatoriedade de falar durante as reuniões, o respeito em não interromper a fala do outro.

De acordo com Cavalcanti *et al* (2000) a noção de semelhança e a possibilidade de ser, simultaneamente, diferente e igual é o sustentáculo de uma sociedade fraterna. Os sujeitos são iguais na medida em que compartilham um projeto em comum, na interdição a ocupar o lugar de pai onipotente e na subordinação à Lei; são diferentes nos desejos, nas escolhas identificatórias, na singularidade de cada trajetória.

A sociedade de irmãos possibilita encontrar igualdades na diferença e diferenças na igualdade, permitindo a construção de laços identificatórios em que o outro pode ser reconhecido como semelhante, aparecendo em sua dimensão de alteridade e abrindo espaço para o novo mas sendo, ao mesmo tempo, um outro com quem se tem algo em comum (CAVALCANTI *et al*, 2000, p. 135).

A possibilidade da instalação de uma sociedade fraterna contemporânea implica, portanto, ultrapassar a radicalização do individualismo, da rivalidade e da competitividade. Todavia, a tendência de qualquer sociedade é se movimentar entre uma pressão pela uniformidade e a demanda da singularidade, o que desencadeia uma polaridade aparentemente sem solução (CAVALCANTI *et al*, 2000).

Tais observações de Cavalcanti descrevem muito bem as características dos grupos de ajuda mútua, como o NA, os quais aceitam quaisquer pessoas independentemente da sua raça, idade, gênero etc, priorizando o anonimato com o único intuito de conquistar um bem-estar em comum, permitindo-nos observar semelhanças na diferença e diferenças na semelhança entre os seus membros. Os conflitos inerentes às relações humanas aparecem sempre que o grupo deve tomar decisões e buscar um consenso, e a tendência a existirem subgrupos dentro do grupo maior por razões de afinidades comuns também foi possível de ser notada.

Lajonquiere (2000) destaca que a aliança fraterna é fruto do diálogo entre aqueles que se reconhecem como irmãos e passam a fabricar um Pai ao qual filiam-se simbolicamente, estando todos interditados de tomar o seu lugar. A orfandade condena os homens a inventar uma “aliança igualitária de direitos”.

A formação de laços fraternos e igualitários no NA contempla a presença de um Pai mítico, simbolizado na crença de um Poder Superior, sua única autoridade.

Segundo Enriquez (1990), considerado um ser pulsional e um ser social o ser humano encontra-se constantemente dividido entre o reconhecimento do seu desejo e o desejo de reconhecimento, e o vínculo social é, antes de tudo, um vínculo de poder.

O Estado assume a violência do chefe da horda, assim como a dos irmãos conjurados. Ele a confiscou para seu próprio benefício. Entretanto, na maior parte do tempo, a violência tomará corpo sob a máscara das instituições, que servem à regulação social. Ela assumirá o nome de lei, de norma ou de regulamento. Sua sutileza e moderação não impedirão de marcar os espíritos, de penetrar nas consciências, de guiar as ações, na falta de castigos mais severos (ENRIQUEZ, 1990, p. 359).

Costa *et al* (2016) discutem o papel do laço social como uma possibilidade de defesa frente ao desamparo intrínseco à vida humana e acreditam que este amparo também é esperado das instituições representantes do Estado, das quais se espera oferecer segurança, ordem e estabilidade para a sociedade. Porém, o Estado pode adotar medidas de repressão, exclusão e até mesmo violência a fim de se fazer cumprir o que considera como aceitável e o que não é aceitável, configurando-se novamente a condição de desamparo.

Por outro lado, agenciamentos coletivos micropolíticos podem contribuir para formas de resistência a determinadas imposições de normalidade e normatividade que procura manter as coisas em certo estado (COSTA *et al*, 2016).

Assim como outros grupos de ajuda mútua, os grupos de NA detêm certa autonomia diante da interferência do Estado e se mantêm de forma autossustentável não aceitando contribuições de pessoas ou instituições de fora.

Em síntese, a instituição NA é considerada internamente como uma irmandade, cuja afiliação acontece unicamente pelo desejo dos seus membros, o que nos permite refletir sobre a importância dos vínculos fraternos para a constituição da subjetividade e da identidade do sujeito, que neste caso enfrenta a adicção por drogas e busca uma nova maneira de viver.

Buscando responder ao nosso problema de pesquisa, apresentamos em seguida as 10 categorias de análise criadas a partir dos dados coletados durante a pesquisa de campo e dos conteúdos das entrevistas realizadas, algumas delas com subcategorias: 1. Motivação para usar drogas; 2. Chegada ao NA, 2.1 Resistências ao programa do NA, 2.2 Fundo do poço; 3. Identificação como adicto, 3.1 Conceito de adicção; 4. Moralidade; 5. Outros recursos para enfrentar a adicção; 6. Anonimato; 7. Poder Superior; 8. Apadrinhamento; 9. Vínculos fraternos; 10. Adicção ao NA.

MOTIVAÇÃO PARA USAR DROGAS (1ª categoria)

Considerando a motivação como um dos processos psicológicos básicos do ser humano, reconhecemos que as motivações para o uso de drogas podem ser compreendidas a partir da história particular de cada sujeito.

Sabemos, ainda, que o abuso de substâncias possui multideterminações, sejam elas biológicas ou ambientais, incluindo diversos fatores e adversidades.

Entretanto, parece-nos que os membros do NA são conduzidos a construir um referencial compartilhado sobre as motivações para o uso e as determinações para a adicção por drogas, uma vez que se percebem como portadores de uma doença física, mental e espiritual.

Embora cada sujeito tenha suas particularidades e sua própria relação com a droga, as motivações para o uso que se repetiram dentre as que foram citadas nas entrevistas são: auto rejeição, baixa autoestima, necessidade de aceitação de um grupo, fuga de uma realidade percebida como penosa.

[...] para participar eu vou ter que fazer isso?, então eu vou fazer, aí entra no lance do nosso folheto, né, de aceitação, auto aceitação, né, você se aceitar como você é. Pra mim foi auto aceitação, eu não me aceitava como eu era, eu queria ser todo mundo mesmo eu mesmo, então, né, pra mim foi isso e fuga, né, fuga [...] foi pra ter aceitação mesmo, no meu caso foi fuga, fuga de mim mesmo e fuga dos problemas, né, eu não aceitava a família que eu tinha, a casa que eu tinha, eu mentia pra caramba, né, só por hoje eu não minto mais, né. Eu queria ter uma vida que eu não tinha, eu queria ser totalmente outra pessoa que eu não era, que eu era mas eu não queria ser aquilo, eu queria ser um porra louca mesmo aí, eu conseguia, né, então **(João, em recuperação há 4 anos)**.

No meu caso, é, praticando o programa, foi pela inabilidade, né, pela inveja, né, praticando o quarto passo, e o quinto passo, né, quando fala de fazer um inventário pessoal, eu fui ver lá na minha infância, na minha adolescência, antes até de usar droga, a forma como eu reagia, né, a droga foi só consequência, né, a forma como eu reagia na sociedade, na escola, na minha casa, a falta de aceitação, de auto aceitação, né, de não me aceitar da forma como eu era, porque eu sempre ficava me comparando com os outros, né, isso, na escola eu era rejeitado, aquela coisa, eu rejeitava primeiro, com medo de ser rejeitado eu rejeitava primeiro, aí eu via aquela turminha lá mais descolada, mais bacana, e eu era retraído, tímido, aí eu comecei a beber porque eles estavam lá bebendo[...] Sempre assim, na busca de algo diferente, de me tornar a pessoa que eu não era, né, então tudo pra mim foi o problema da auto aceitação, da auto rejeição, eu não me aceitava do jeito que eu era **(Pedro, em recuperação há 19 anos)**.

Ah, tem diversos motivos, né. Mas eu acho que o maior de todos é não saber lidar com a realidade, ele cria um mundo paralelo, uma realidade paralela, porque na hora que você está usando, vou falar por mim, você se acha o super homem, assim, que dane-se o que vai acontecer, o que você vai enfrentar, você vai usar e acabou, o problema é dos outros e não é seu. [...] a minha adicção ativa durou 12 anos. Ela iniciou em mim, iniciou por desilusão, desilusão amorosa e pessoal, porque assim na hora que eu precisava mais de comprometimento me tiraram o reconhecimento e me disseram que eu não tinha condições de fazer, e eu acabei recorrendo, "eu

não quero saber de ninguém, ninguém vale nada, ninguém presta, fiz muito pelos outros e é isso que eu recebo”, e eu fiquei revoltado e acabei conhecendo **(Carlos, em recuperação há 1 ano)**.

Assim, em Narcóticos Anônimos a motivação para usar drogas está relacionada com aquilo que eles chamam de “defeitos de caráter”, os quais parecem abranger determinadas características de personalidade como predisposições para o que eles consideram a “doença” da adicção.

Tais narrativas que se repetem na fala dos entrevistados parecem, de certa maneira, argumentos para proteger a filosofia da irmandade e consistem em explicações aprendidas e estudadas, contidas na literatura do NA:

[...] Descobrimos frequentemente que somos críticos severos de nós mesmos, mergulhando em autoaversão e autorejeição. Antes de chegar a NA, muitos de nós passaram a vida inteira em autorejeição. Nós nos detestávamos e tentávamos de todas as maneiras nos transformar em outra pessoa. Queríamos ser qualquer um, menos nós mesmos. Incapazes de nos aceitarmos, tentávamos obter a aceitação dos outros. Queríamos que as outras pessoas nos dessem o amor e a aceitação que não conseguíamos dar a nós mesmos. Mas nosso amor e nossa amizade eram sempre condicionais. Faríamos qualquer coisa por qualquer um, apenas para ganhar sua aceitação e aprovação, e ficávamos ressentidos com os que não reagiam como queríamos. Como não conseguíamos nos aceitar, esperávamos que os outros nos rejeitassem [...]. Nossos defeitos fazem parte de nós e só serão removidos quando praticarmos viver o Programa de NA [...]. Autoaceitação proporciona equilíbrio na nossa recuperação. Não temos mais que buscar a aprovação dos outros, porque estamos satisfeitos em sermos nós mesmos. Somos livres para enfatizar com gratidão as nossas qualidades, para nos afastar com humildade dos nossos defeitos e nos tornarmos o melhor que pudermos como adictos em recuperação [...]. Por pior que nossas vidas tenham se tornado, somos sempre aceitos na Irmandade de Narcóticos Anônimos (FOLHETO “AUTOACEITAÇÃO”, 1993).⁴¹

Embora uma das participantes fosse mais crítica quanto a isso e reconheceu não ser possível justificar o uso de drogas, ela retoma a crença inabalável de perceber a adicção como uma doença. Contudo, o que para ela é uma determinação para o uso poderia ser visto por outra pessoa como uma justificativa:

⁴¹ Folheto disponível em: <<https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/PB3119.pdf>>.

[...] porque é muito fácil eu justificar meu uso, e eu tenho muito medo disso, e falar “ah, foi por causa disso”: não, não foi por causa de nada, foi porque eu tenho uma doença, e que em algum momento da minha vida isso ia desencadear ou pro álcool, ou pra droga, ou pra comida, ou pra remédio, né, ou pra qualquer outro tipo de compulsão que fizesse com que... Porque o meu problema é as emoções que eu não sabia lidar, né [...] eu tenho muito claro isso né, que quando eu comecei a usar eu tinha um caminhão de problema e justifiquei meu uso, né [...] Então, assim, eu não associo né, eu acho muito perigoso a gente associar porque daí fica fácil, né, eu ter uma recaída, porque se o problema era aquele problema que eu não tenho mais, ah, então eu já posso tomar uma cervejinha com você na sexta-feira à noite [...] **(Júlia, em recuperação há 19 anos).**

Adotar um discurso semelhante para justificar uma questão subjetiva parece dar sentido e favorecer os princípios instituídos pelo NA.

Dessa maneira, percebemos que a ausência de críticas ao NA produz um discurso homogêneo e uniforme. Em contrapartida, não seria esperada uma crítica desconstrutiva daqueles que fazem parte dessa instituição, embora acredito que a autocrítica pode desvelar os “pontos cegos” e ajudar na tomada de consciência e na construção de uma narrativa própria para explicar-se a si mesmo.

Reconheço que poderia ter questionado sobre eventuais críticas ao programa do NA durante as entrevistas com os membros, assim como outros conteúdos que só me foi possível enxergar após o trabalho de campo. Contudo, conforme os pressupostos do método clínico-qualitativo, a subjetividade do pesquisador está contemplada ao lidar com fenômenos humanos e sociais, e a observação da instituição também provoca a auto-observação.

CHEGADA AO NA (2ª categoria)

Metade dos sujeitos entrevistados (5) conheceram Narcóticos Anônimos através da Comunidade Terapêutica onde ficaram internados. Os demais foram sugeridos a frequentar a irmandade por familiares (3) ou amigos (2).

É, eu cheguei em NA, conheci NA através da clínica onde eu fiquei internado [...] dentro da instituição, da clínica, o NA prestava um serviço de uma vez por mês de levar a mensagem, né, que a gente fala dentro de NA, né. Tem algumas formas de levar a mensagem e dentre elas tem o HI, que

é Hospitais e Instituições, então, né, vinha um pessoal de fora uma vez por mês pra fazer uma reunião com os internos. Aí, eu fiquei conhecendo [...] **(Pedro, em recuperação há 19 anos).**

Eu conhecia NA assim de nome, não sabia o que é que fazia mesmo em relação ao tratamento de droga, não sabia o que é que eu ia encontra lá, sabia que era alguma coisa relacionada ao combate ao uso de drogas. Depois de eu ter usado aí durante uma noite muito, eu resolvi procurar, e por intermédio da minha sogra, eu tenho que agradecer a ela por ter conhecido Narcóticos Anônimos **(Carlos, em recuperação há 1 ano).**

[...] do NA eu fiquei sabendo através desse meu amigo que me apresentou a droga, que até hoje ele se encontra na droga **(Thainá, em recuperação há 1 ano).**

Observamos, durante a pesquisa de campo, que vários adictos que frequentam o NA hoje trabalham em CT's ou outras instituições que tratam adictos por drogas.

É muito comum, também, que os sujeitos internados nas CT's tenham contato com a literatura dos 12 Passos, porém sua prática não acontece conforme as tradições do NA. Sem contar que o próprio NA, através do seu subcomitê de serviços HI divulga a existência da irmandade dentro das CT's na cidade de Limeira e região, o que pode nos ajudar a entender porque é comum conhecer o NA durante a internação numa Comunidade Terapêutica, embora isso não seja uma regra.

Acreditamos que os adictos que já passaram pelas CT's e que frequentam o NA podem fazer um contraste entre essas duas práticas terapêuticas.

Conforme descrevemos nos capítulos anteriores, existem diferenças muito consideráveis entre as CTs e o NA. O caráter fechado e restrito das CT's, mostra que a interdição difere do desejo voluntário de parar de usar drogas sem retirar-se do convívio social oferecido pelos grupos anônimos.

Resistências ao programa do NA (subcategoria)

No que diz respeito às resistências em praticar o programa de NA, alguns membros (5) disseram interromper a frequência após a sua chegada em NA e retornar posteriormente; outros (4) se identificaram com o programa desde o início e nunca interromperam a frequência; um (1) deles disse se afastar por algum tempo do NA em razão de sentir-se entediado com o programa apesar de, segundo sua própria declaração, não ter recaído:

[...] antes de eu ir pra clínica (CT) eu comecei vim, só que eu vinha e usava droga, não tinha parado ainda, por causa da minha mãe eu vinha, ela queria que eu viesse, mas não era por mim, por desejo próprio, eu vinha por causa dela. Só que eu usava droga e vinha, não tinha parado ainda de usar. Aí depois que eu fiquei internado, aí eu comecei a levar a sério o programa [...] aí voltei em NA e voltei com a garra toda, estou até hoje sem usar nada que altere o meu humor, graças a um Poder Superior e ao grupo **(Cícero, em recuperação há 3 anos)**.

Já parei de frequentar. Eu, na verdade, tinha uma restrição contra o NA no começo, eu falava “ah, isso aí não serve pra mim”, no uso de drogas eu falava “não, isso aí não é pra mim não, isso aí não resolve nada, isso aí não serve pra nada”, e eu tava apenas querendo, é, justificar uma coisa que eu não queria admitir na verdade, não queria admitir a minha impotência, não queria admitir que eu não posso todas as coisas, que existe um poder que é mais forte do que eu, que é bem mais forte do que eu, e eu só não queria admitir isso, então muitas das vezes eu neguei mesmo Narcóticos Anônimos **(Ricardo, em recuperação há 2 anos)**.

[...] desde o dia que eu te falei que eu fui pros Alcoólicos Anônimos (participou da formação do primeiro grupo de NA de Limeira) eu nunca mais usei droga, eu não sei explicar como isso aconteceu, eu chamo isso de milagre, né, porque eu usava droga todo dia [...] **(José, em recuperação há 27 anos)**.

[...] Na verdade, assim, não é nem querer passar (inaudível) pra minha família, e nem que eu queria parar de usar, eu só queria ir num lugar que eu encontrasse homens, de imediato, né, que eu [...] Então foi o seguinte, então, eu falei assim eu vou lá então, porque lá tem um monte de homem, então eu vou lá e vou caçar, entendeu. Então, a minha permanência não durava. Eu chegava e fazia o arrastão, né, pegava vários homens, não tava nem aí se era casado, se não era, se era marido de amiga, se não era, entendeu. Pra mim o importante era a gente ficar, entendeu [...] Na verdade, sempre foi a mesma coisa, voltar pra pegar homem, e tipo assim, então eu ficava tipo 1 mês, 2 meses, né [...] é, faz 1 ano que eu realmente, não me reingressei porque não existe reingresso né, que eu voltei pra NA e comecei a fazer o sugerido que a irmandade pede, né, que a programação pede **(Thainá, em recuperação há 1 ano)**.

Não, eu me identifiquei com o programa logo de cara, assim desde o primeiro dia de frequência eu tô limpa, eu nunca passei por uma recaída. Mas, assim, eu tive fases assim, de raiva, né, do programa, e de me afastar. Quando o meu filho nasceu, por exemplo, o de 10 anos, eu fiquei acho que quase 1 ano afastada do programa, e aí eu achei que, né, porque “nossa”, porque quando a gente é mãe, é, a gente se sente mulher maravilha, a gente se sente não, a gente tem certeza, né, que se você é capaz de por uma criança no mundo, de dar, entre aspas, lógico que é Deus, né, mas se por intermédio de você, você dá a luz, você dá uma vida, então você é capaz de ficar limpa sozinha, né? Eu tive esse autoengano, só que daí, assim, foi claro como minha vida, mesmo sem recair em drogas, em uso de droga, minha vida virou no avesso. Eu comecei a não conseguir conviver com ninguém, eu fiquei insuportável, porque não tinha prática do programa, aí eu tive que voltar **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

As resistências mostram que o programa de NA exige uma adesão do sujeito para “funcionar” e que esta adesão nem sempre acontece, ou não acontece de imediato. Embora não tenhamos acesso às pessoas que não permaneceram na irmandade, os adictos em recuperação com quem conversei disseram que a maioria dos que chegam para uma reunião não permanecem no NA. Na perspectiva dos adictos esta adesão ao seu programa dos 12 Passos requer certas renúncias e a disposição em praticar a sua programação, mas nem todos os recém-chegados se identificam com o NA ou estão dispostos a isto, o que faz parecer que a resistência é do sujeito.

Nos chama a atenção a fala de um dos entrevistados que reconhece certa monotonia e repetição nos rituais do NA, mas mesmo assim diz se acostumar, permanecendo no programa:

Apesar de eu ter chego e ficado [...] e não voltei mais ao uso, né, mas em NA a minha frequência caiu sim, teve um período aí de uns 3 anos mais ou menos que eu fiquei praticamente ausente, né, ia uma vez por mês, uma vez a cada três meses, eu cheguei a ficar um tempo bastante fora [...] porque me encheu o saco mesmo, né. Eu falei “ah, não, num guento mais isso aqui”, né, porque chega uma hora que ficou maçante, começou a ficar aquela mesma coisa e aí eu comecei a fazer outras coisas [...] Mas, eu não tive recaídas nesse período, nenhuma [...] no começo eu não queria ficar dentro do grupo, porque aquilo ali era um ambiente completamente fora do que eu, puta bando de nego chato, meu pensamento era esse, falando toda hora aquele negócio, aquelas frases feitas, que saco que era aquilo, né, eu não suportava, e muitas vezes eu não suporto, né, então eu ajo como se, né, então começa a ficar uns negócio meio mecânico e aí querendo ou não a gente começa a gostar, começa a se acostumar e começa a sentir falta as vezes, né **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

É comum, ainda, o discurso de que para ficar o sujeito precisa chegar no seu “fundo do poço”.

Fundo do poço (subcategoria)

Existe, assim, o discurso compartilhado pelo NA de que o sujeito busca ajuda através da abstinência e estará apto a praticar os passos ao atingir o “fundo do poço” e ter sofrido muitos prejuízos em decorrência do uso de drogas.

O conceito de “fundo do poço” é subjetivo e particular e diz respeito aos limites e (im) possibilidades reconhecidas por cada sujeito. Subtende-se, que tal estágio é atingido quando o sofrimento do sujeito é maior ao usar drogas do que ao deixar de usar, e que a saída seria admitir sua impotência perante o uso:

[...] o primeiro passo pra mim é fundamental, porque enquanto eu não dei o primeiro passo e não admiti a derrota, eu, tem pessoas que não precisam chegar no fundo de poço pra admitir, mas no meu caso eu precisei chegar no meu fundo de poço mesmo, no meu pior estágio emocional do mundo pra poder tomar a decisão de que eu tinha que voltar nas reuniões, que eu tinha que evitar os velhos amigos, evitar bares, evitar balada e encontrar uma nova maneira de viver bem, mas sem o uso de droga. Aí eu comecei a frequentar e tô lá até hoje, só por hoje [...] Eu tive começo, começo de overdose, né, se fosse overdose eu não taria aqui né, começo de overdose, então eu vi que eu não conseguia controlar nem com o uso do remédio[...] eu tava morando na rua já há 9 meses, num estado deplorável, já assim não conseguia nem usar mais, porque eu não conseguia mais dinheiro e eu não fui educado pra ficar pedindo nada pros outros na rua, então eu substituí pelo álcool a minha droga de preferência e comecei a ficar só alterado, parei de comer, parei de me alimentar, só vivia bêbado, né, e cheguei numa hora que eu fui pedir ajuda porque eu vi que eu ia morrer, comecei a ter sensações de ter crise convulsiva, que ia dar um troço ni mim, vivia na Santa Casa, deve ter um monte de entrada minha lá na época, né, por causa da abstinência do dia seguinte, né, eu era até humilhado pelas enfermeiras: “olha o seu estado, olha como você está!”, porque elas não conseguia pegar veia né, porque eu ficava tremendo assim, era humilhante né[...] **(João, em recuperação há 4 anos).**

Bom, a pessoa tem que chegar no seu fundo do poço, assim, eu, é, na minha opinião a pessoa tem que chegar no fundo do poço. Pra uns o fundo do poço é viver na rua, pra outros um fundo do poço é perder um ente querido, o meu fundo do poço precisou eu chegar naquele dia, naquele uso, naquela quantidade que eu sei durante a noite que, quando eu falei pro psiquiatra ele perguntou se eu queria se matar, eu falei “não, não queria me matar”, “mas por que você usou tudo isso?”, porque eu não sei, a compulsão é tão grande que você vai usando, vai usando e vai usando e você não tem noção. Eu só fui ter noção do quanto que eu tinha usado depois que fui olhar a carteira, do dinheiro que eu tinha gastado. Então é assim, a pessoa tem que chegar no seu fundo do poço e ela tem que querer, tem que doer lá dentro, tem que doer dentro da alma, se não doer dentro da alma a pessoa não vai ficar. Isso é provado com várias pessoas, tem pessoas que, é, mesmo passando necessidade na rua foi e não ficou, voltou de novo ao uso, é, mas tem relatos de pessoas que só precisavam de uma oportunidade e quando foi dada esta oportunidade ela agarrou com unhas e dentes, então isso é relatos de companheiros que a gente escuta dentro da sala **(Carlos, em recuperação há 1 ano).**

“Ah, porque eu perdi, cheguei num ponto de total desespero”, isso aí é discurso copiado, sabe porque eu percebi que o uso de droga pra mim me levou ao desespero, ao desespero assim porque eu não queria parar de usar, eu não queria, eu achava que, né, eu não e via sem usar, sem beber, sem fumar maconha, eu sabia que a cocaína tava me trazendo um prejuízo,

mas a maconha e o álcool eu não via como um prejuízo, tanto é que eu falava “não, parar de beber eu não vou parar de beber nunca, porque eu gosto de tomar uma cervejinha, porque eu gosto de fumar, né” e quando eu deparei com o programa, que o programa me mostrou que o problema não era a substância, era eu, na hora que eu comecei a tratar o Fulano, a droga perdeu a importância, não tem importância pra mim hoje, entendeu. É, no começo, quando eu ainda estava nesse processo eu via “como é que eu vou numa festa e não vou tomar uma cerveja?”, e no começo eu sofria muito mesmo, sabe, eu não sabia me relacionar com as pessoas sem bebida, sem droga, sem nada. Hoje eu vou e eu me divirto, eu dou mais risada até, eu me divirto até mais do que quando eu usava droga, entendeu, eu consigo conversar mais com as pessoas do que quando eu usava droga. Agora, motivação pra eu continuar é isso, né, é a hora que eu tô numa situação meio que eu não tenho pra onde correr eu procuro meu salvavidas, né **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

[...]era uma vida muito solitária, muito fria, a droga me levou para um estado tão deplorável, tão mesquinho, tão miserável, sabe, que a droga me levou [...] eu fui usar droga pra aliviar uma dor e acabei acarretando mais dores ainda, eu fui atrás de um refúgio, de um esconderijo, né, vamos dizer assim, e acabei encontrando mais dificuldades, né, acabei encontrando um poço, né, e eu caí neste poço, caí feio nesse poço, mas no decorrer da vida eu não desisti, não desisti não [...] Me sinto numa luta diária, é, numa pressão psicológica que você não tem noção, você não tem noção, é uma luta diária, é uma luta diária. Não sei se é só pra mim ou, é isso que é legal, a gente identifica isso no grupo, não sei se é só eu, mas a vida se tornou muito pesada pra mim, a vida é pesada pra mim, não sei se é só pra mim ou pra maioria dos adictos, mas pra mim a vida é muito pesada, a vida é pesada, e eu tenho que levantar todo esse peso, né, mas a gente busca apoio, ajuda, dentro de Narcóticos Anônimos **(Ricardo, em recuperação há 2 anos)**.

Aí eu saí de lá, fiquei 2 meses, aí eu saí de lá e fui pro arrebento, fui pro lixo do lixo, daí eu usei, daí eu acabei com tudo, acabei com dinheiro, dignidade, amor próprio, respeito, né [...] A última vez que eu vim no NA foi depois de 1 ano e meio, que eu fiquei na rua, né, que eu fiquei na prostituição, tal, tal, tal, tudo isso que a gente já sabe, né, que só muda mesmo o ator principal, o roteiro de todos são os mesmos, né. Então, aí, depois de 1 ano saiu três furúnculos no meu joelho esquerdo, que eu não conseguia nem por o pé no chão, aí eu fiquei em casa, aí eu tive que ficar 1 mês deitada na cama sem poder sair, então já começou a voltar meus sentimentos que estavam totalmente congelados pelo uso da droga, aí começou a voltar o amor próprio, o ressentimento, aí eu falei “não, dessa vez eu vou pra NA e não quero caçar homem, eu quero a minha recuperação”. Eu fui decidida, com outra visão, com outra postura, né. Respeito, amor próprio, então foi um dia de cada vez, é, reconquistando o que a minha família me ensinou, o que meus pais me ensinou, entendeu **(Thainá, em recuperação há 1 ano)**.

Parece-nos, então, que o que eles consideram o “fundo do poço” explica as razões pelas quais os sujeitos permanecem na irmandade.

A adicção finalmente nos leva a um ponto em que não podemos mais negar a natureza do nosso problema. Todas as mentiras, todas as racionalizações, todas as ilusões desaparecem à medida que encaramos o que aconteceu com nossas vidas. Entendemos que estamos vivendo sem esperança. Descobrimos que ficamos sem amigos ou tão completamente desconectados que nossos relacionamentos são uma farsa, uma paródia de amor e intimidade. Pode parecer que tudo está perdido quando nos encontramos nesse estado, mas a verdade é que precisamos passar por isso, antes de poder começar nossa jornada de recuperação (Fundo do poço: desespero e isolamento – GUIA PARA TRABALHAR OS PASSOS DE NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2005, p. 3).

Especificamente, dentre as razões citadas pelos entrevistados como motivação para permanência no NA, temos: um novo estilo de vida, a ressignificação dos vínculos familiares, a possibilidade de ajudar outro adicto, a necessidade de recordar os prejuízos decorrentes da “adicção ativa” para sustentar sua abstinência, a oportunidade de engajar-se em uma causa e o sentimento de gratidão pela dádiva da sobriedade alcançada.

IDENTIFICAÇÃO COMO ADICTO (3ª categoria)

Em relação a identificar-se como um “adicto”, constatamos que os Narcóticos Anônimos o caracterizam como sendo aquele que faz uso de drogas descontroladamente e sofre prejuízos, diferente daqueles que fazem o uso recreativo ou ocasional.

Ao mesmo tempo em que reconhecer-se como um adicto possibilita ao sujeito aderir ao método do NA, adota-se um estigma que pode, ao menos inicialmente, reduzi-lo a ocupar este determinado lugar.

“Sou um adicto?” Esta é uma pergunta que só você pode responder. Descobrimos que todos nós respondemos “sim” a um número diferente de perguntas. O número de respostas positivas não é tão importante quanto aquilo que sentíamos e a maneira como a adicção tinha afetado nossas vidas [...] Estas perguntas, quando respondidas honestamente, podem lhe mostrar como o uso de drogas tem tornado sua vida incontrolável (FOLHETO “SOU UM ADICTO”, 1991⁴²).

⁴² Folheto disponível em: <https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/BR3107.pdf> >.

Contudo, embora o autodiagnóstico de adicto implica aceitar sua condição de impotência e fraqueza, parece existir aí um empoderamento à medida que cabe somente ao próprio sujeito reconhecer-se como um “adicto”, sendo que é a partir desse reconhecimento que inicia a sua recuperação na irmandade. Portanto, assumir o papel de adicto pode ser considerado um “passaporte” para filiar-se ao NA.

Bom, adicto para nós é de qualquer substância né, que altere o humor, inclusive o álcool, né [...] Então, eu acredito que ele é um adicto, mas só ele pode dizer se ele é um adicto ou não (*se referindo ao seu pai) **(João, em recuperação há 4 anos)**.

[...] nem todo mundo que entra dentro de NA procurando ajuda é adicto, tem essa doença. Eu conheci várias pessoas que permaneceram por um tempo, saíram, não se identificaram como adictos **(Pedro, em recuperação há 19 anos)**.

[...] tudo o que gera muito prazer, gera movimento adictivo, né. Por que é que a droga me levou aonde me levou? Porque me gerava muito prazer. Aí, a gente está sempre desviando, né, e a gente tá sempre ligado pra onde ela está correndo [...] Eu consigo afirmar é isso aí: se a pessoa usa alguma coisa e não está trazendo prejuízo pra ela, ela não é adicta, porque o adicto ele vai consumir o que quer que seja, se ele cair na compulsão de sapato, ele vai comprar sapato até ele ir à falência, se ele for compulsivo por sexo, ele vai acabar com a família, ele vai acabar com o dinheiro, ele vai acabar com tudo, aí então, se a pessoa não tem nenhum prejuízo ela não é adicta **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

Então, na verdade, o início de tudo, identificar que eu sou adicta, né, ao mesmo tempo é muito chato, porque assim, eu adorava sair, pra mim é muito chato, é monótono no sábado não poder sair, não poder fazer, sabe... **(Isabela, em recuperação há 1 ano)**.

Da mesma maneira que a suposta perda de agenciamento e abjeção do sujeito classificado, por exemplo, como “nóia” é indicada nos estudos etnográficos que se debruçam sobre os rituais e eventos experienciados durante o consumo de drogas⁴³, no NA esta perda de agenciamento daquele que assume uma condição de

⁴³ Em sua etnografia com usuários de crack Taniele Rui destaca a potencialidade deste definhamento corporal e da produção de corpos abjetos que produzem gestões, territorialidades e alteridades: “os usuários de crack não assistem passivamente ao definhamento de seus corpos. Ao contrário, eles fazem isso com os próprios corpos – o que não significa que se trata de um projeto pessoal, tampouco os impede de manifestarem uma abjeção consigo mesmos” (RUI, 2010, p. 249);

impotência perante as drogas remete, ao mesmo tempo, a um agenciamento coletivo propiciado pelos vínculos fraternos e pela possibilidade de tornar-se responsável pela sua própria recuperação.

Observamos, também, o caráter ritualístico da prática dos 12 Passos, com costumes e hábitos que se repetem durante a celebração das reuniões e dos eventos da irmandade, independente da cultura local na qual os grupos de NA acontecem. Isso mostra a importância da sociabilidade para o enfrentamento da adicção por meio da abstinência vivenciada no prazer da convivência grupal, no status alcançado pelo tempo limpo com a troca de fichas, no engajamento dos membros com os serviços da irmandade, entre outros.

Sendo assim, ao se identificar como adicto o sujeito se insere nas práticas ritualísticas do NA e parece sentir-se pertencendo a algo maior do que ele.

Conceito de adicção (subcategoria)

O NA acredita que ser um adicto significa ser portador da “doença” da adicção.

Embora os pressupostos da adicção enquanto doença privilegiem a abstinência, o conceito de adicção cultivado pelo NA parece diferir do conceito de doença defendido pela Medicina e pelo Modelo da Adicção como Doença Cerebral, pois engloba as instâncias física, mental e espiritual.

Por isso, a recuperação do adicto no NA não se dá a partir de medicamentos ou de cuidados profissionais (embora não os excluam, nem emitam opiniões a respeito de qualquer método terapêutico), mas requer a prática do seu programa espiritual, com maior foco no sujeito do que na doença em si.

É, tem pessoas que falam: “Ah, mas você não se garante?”, Não, hoje eu tenho a ciência que sou portador de uma doença que é física, mental e espiritual, que afeta todas as áreas da minha vida e que eu sou realmente

Já a etnografia de Ygor Alves mostra como a alteração do contexto social produz mudanças no relacionamento do usuário com a droga: *“Procuramos demonstrar aqui como as atividades necessárias para a obtenção da substância são vividas de forma por muitas vezes prazerosa. É como se o uso da substância proporcionasse um tempo vivido no qual, atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são trocadas por outras atividades mais interessantes como o corre e a treta [...]”* (ALVES, 2015, p. 205).

uma pessoa influenciável, né [...] a doença fazia com que eu colocava um monte de coisas também na minha cabeça [...] É, a minha doença ela fala pra mim que só uma não dá nada, e socialmente, o que é que tem no final de semana? [...] Mas, eu não consigo controlar, se eu tomar a minha primeira dose, o meu primeiro copo, eu não vou ficar naquele um [...] Ele pode até controlar por um período determinado de tempo, mas a doença ela é progressiva, né. Aqueles companheiros que as vezes fala que tá limpo e não tá, não tem como ele esconder por muito tempo, é uma mentira pra ele mesmo, faz parte da doença e a gente não julga isso, né. [...] Eu acho que a adicção é uma doença pra ser estudada mesmo, porque, como que pode uma pessoa que passa por tudo o que passa, passa pela dor, passa pela humilhação [...] mas ele volta a usar [...] **(João, em recuperação há 4 anos).**

Porque é assim, a adicção é que nem uma doença, vamos dizer, eu tenho duas doenças progressiva, incurável e fatal, também sou portador de diabetes [...] Hoje o meu remédio da diabetes eu tenho, tomo um comprimido de manhã e dois a noite, controlo, o meu remédio para adicção é as reuniões, eu trabalho como voluntariado no subcomitê de HI, eu não vou arriscar a voltar no que eu fiz porque eu sei que qualquer uma das minhas duas doenças se eu não cuidar não tem jeito, eu vou me prejudicar. E a adicção me prejudica muito mais do que a minha diabetes **(Carlos, em recuperação há 1 ano).**

Eu não tinha noção da doença da dependência, né, eu achava que eu era viciado, aliás, de novo eu tenho que falar pra você essa é a minha história real, né, eu tenho assim, diagnóstico de “toxicômano”, né, desde os 13, 14 anos, né, então eu já procurei internação em Psiquiatria acho que eu tinha 15 anos de idade[...] nós não trabalhamos com a doença lá, nós trabalhamos com a recuperação, né [...] Para o dependente químico uma dose é muito e mil não bastam, é o que a gente, eu ouço isso há 30 anos, né, então entra na compulsividade e realmente não tem controle, né. Até é importante, né, eu sei que posso, mas, é, até no meu trabalho, a gente percebe que muitos que estão lá não são dependentes químicos, eles estão lá por outros problemas, sei lá, né, até problema judicial muitas vezes, né, mas não precisaria talvez um tipo de tratamento de uma abstinência total, né. Mas é muito difícil diagnosticar, né, porque ninguém garante que de repente uma pessoa que não é dependente químico pode se tornar um dependente químico daqui a 1 ano ou 2, né. É uma outra questão importante, né **(José, em recuperação há 27 anos).**

Assim, o conceito de adicção como doença compreendido pelo NA não tem a pretensão de classificar ou criar uma categoria diagnóstica, e serve tão somente àqueles que se tornam membros da irmandade.

Todavia, parece haver aí uma contradição: para os Narcóticos Anônimos a adicção é uma doença ou uma fraqueza da vontade?

Em se tratando de uma “doença incurável”, o NA acredita que a recuperação deve ser contínua e ininterrupta e considera que a adicção continua se

manifestando mesmo durante a abstinência de substâncias, o que parece aproximar-se com o conceito de “fraqueza da vontade” ou de “fraqueza moral”.

O autoconhecimento, né, com a prática dos passos, você já vai sabendo o que é certo e o que é errado, então, né, tem horas que você precisa tomar uma decisão no seu dia-a-dia, que você está sozinho, né, aí você fala “eu gostaria que fizessem pra mim?” Não, então não faça. “Eu posso fazer? Vou prejudicar alguém?” Não, então faça. “É uma vontade ou é uma necessidade?”, né, o meu padrinho ele falava muito isso “se for vontade, abre mão, agora se for necessidade e se você conseguir realizar, sem problemas”. Então, são algumas, né, sabe, algumas perguntinhas básicas que a gente se faz durante o dia “é uma vontade ou uma necessidade?”, “tem como abrir mão?” “Tem, então não faça”. Então, são algumas coisinhas do programa que a gente vai praticando durante o dia **(Pedro, em recuperação há 19 anos)**.

[...] a doença ela cresce independente de eu estar usando ou não. Ela é tão poderosa que eu tô limpa, mas a minha doença tá crescendo [...] Como eu creio muito que a adicção é uma doença, então eu tô muito alerta. [...] E a vantagem de estar limpa há tanto tempo é que eu consigo ficar atenta aos sintomas [...] Porque eu volto a falar, a minha questão hoje não é mais o uso. O uso tá lá longe [...] mas os meus sintomas emocionais ainda são tão fortes ou mais do que quando eu entrei em recuperação [...] Se eu não falar pra você que eu sou uma nóia em recuperação você não vai saber, né, não tenho mais esse estereótipo. Então se eu acreditar que teve uma causa, que não é uma doença, ah, então eu posso tomar mais um golinho **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

Vai muito além, não, parar de usar é detalhe, né, porque é aquilo que eu falei, eu saio do uso e vou pra NA e continuo com as mesmas manias, os mesmos trejeitos da adicção, né. Então, a droga eu vejo como uma consequência desses comportamentos, né. Então, se eu não trabalhar esses comportamentos, essas atitudes aí, é, com o tempo eu volto a usar, né. Eu tenho que reconhecer o que me fez usar, o que me faz mudar o pensamento, quais são os meus perigos, quais são os meus limites, né[...] e quando eu deparei com o programa, que o programa me mostrou que o problema não era a substância, era eu, na hora que eu comecei a tratar o Fulano, a droga perdeu a importância, não tem importância pra mim hoje, entendeu [...] E, aí no segundo passo “viemos a acreditar que um Poder Superior pudesse nos devolver a sanidade”, viemos a acreditar, e acreditar o que é que é, é eu fazer as coisas esperando o momento da coisa começar a funcionar. Então o segundo passo nesse livro fala que as vezes pra gente acreditar que vai funcionar aquilo, a gente em cima dos princípios, a gente tem que agir como se aquilo fosse verdade, como se aquilo fosse legal, agir como se, né. Então, muitas vezes eu agi como se eu adorava ficar com a minha família, entendeu, então é um exercício, é que nem pegar um cavalo lá selvagem e você ir treinando ele pra ficar naquele caminho... **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

[...] eu vou contra as vezes a minha vontade, a da (falou seu próprio nome). Eu chego em casa, você acha que eu tenho vontade de sentar com meu filho pra fazer lição? Não, não tenho, não tenho, a minha vontade é não falar com ninguém. Então, é ir contra a sua vontade, né, e hoje eu consigo,

e daí eu fico bem, porque se eu chegar em casa e brigar com o (nome do filho), eu posso fazer, o meu eu de (falou seu próprio nome), vai ficar tudo ok, mas depois eu vou dormir um lixo, entendeu. Então hoje me incomoda fazer o errado, fica na cabeça, entendeu, então isso mudou muito [...]
(Isabela, em recuperação há 1 ano).

Segundo as discussões feitas Mele (2004) a partir das ideias do psiquiatra e psicólogo americano George Ainslie, existe a possibilidade de recorrer à força de vontade e conquistar o autocontrole sobre o desejo de usar drogas por meio do uso de “regras pessoais”, ou seja, de compromissos internos de resistir a certas tentações para obter recompensas maiores futuramente do que as recompensas imediatas que o uso de substâncias pode possibilitar.

Ao defender que o paradigma da recuperação desafia o conceito de adicção como um fenômeno exclusivamente biológico, Heather *et al* (2017) acreditam que a recuperação é uma experiência social, que ocorre em um dado contexto e também a nível subjetivo, enfatizando a importância das forças sociais. Portanto, a recuperação é mais do que a simples reversão da adicção, mas consiste no crescimento do bem-estar como um processo intrinsecamente social incorporado a comunidades locais.

Diante disso, podemos associar a programação dos 12 Passos do NA como sendo regras ou princípios pessoais que um sujeito que se percebe adicto adota para resistir ao seu desejo de usar drogas, e que também lhe propicia o autoconhecimento para identificar outras maneiras de lidar com seu mal-estar.

Fiore (2013) ao discutir os critérios diagnósticos do DSM para caracterizar a dependência de substâncias psicoativas, argumenta que a dependência pressupõe avaliar: a quantidade, a qualidade e o efeito esperado do consumo, sendo impossível encontrar um padrão entre os sujeitos, haja vista que os sujeitos e também as substâncias são diferentes.

Dessa maneira, o indicativo de abuso é melhor compreendido pela quantidade consumida; a falta de controle sobre o uso, o tempo de consumo e a tolerância estão relacionados com os agenciamentos de cada droga; a abstinência associa-se com o sofrimento do não consumo por um período maior de tempo e manifesta-se por sensações fisiológicas e pelo desejo psicológico; o abandono de

outras atividades em prol do uso pressupõe uma relação mais intensa e presa aos efeitos fisiológicos da substância; já a persistência no uso apesar dos danos implica uma percepção particular do que seja dano ou malefício causado pelas drogas (danos à saúde física, danos econômicos, danos afetivos etc). Carrega-se, então, o pressuposto de que o uso de drogas faz mal e que ao se dar conta dos danos o sujeito desejará naturalmente interrompê-lo, o que também implica uma conotação moralista (FIORE, 2013).

No caso do NA existe a crença de que o adicto possui traços de personalidade egocêntricos, obsessivos e manipuladores, que eles nomeiam de “defeitos de caráter” a serem “removidos” com a prática dos 12 Passos, o que evidencia certa conotação moral que vai mais além do uso propriamente dito. Nesse sentido, o uso de drogas seria um possível efeito e não a causa da adicção, e a abstinência, por si só, não seria suficiente para enfrentar a doença, embora seja considerada a base para a recuperação do adicto.

MORALIDADE (4ª categoria)

Um dos jargões utilizado pelos sujeitos que frequentam Narcóticos Anônimos é o de se dizer estar “limpo” durante sua abstinência das drogas, o que parece remeter a uma condição contrária de “sujo”, “impuro”, “pecaminoso” e pode estar relacionado, inclusive, à um estigma da religião que influenciou a criação dos grupos de ajuda mútua no início do século XX.

A partir da abstinência das drogas e da prática dos 12 Passos, o adicto corrige os seus “defeitos de caráter” e cultiva princípios de “honestidade, boa vontade e mente aberta”, buscando incorporar hábitos melhor aceitos socialmente.

Assim, podemos notar a presença da moralidade no culto ao “bom caráter” manifestada durante as partilhas e também nas entrelinhas da fala dos entrevistados, quando mencionam conflitos morais na tomada de decisões e nas escolhas que fazem fora da irmandade, e parecem colocar-se em vigilância constante sobre seus pensamentos e comportamentos.

Eu tô há 9 anos e meio limpo, eu penso as vezes em usar? Lógico que eu penso, eu usei droga 30 anos na minha vida. Estou limpo há 9, então eu não cheguei nem na metade do tempo, a minha vida, o meu normal é aquela vida, é rock' roll, balada, moto clube e tal, e doidera, galera...O normal meu era esse, então como que de uma hora pra outra eu viro santo? Não viro, meu. Eu tenho vontade de voltar a frequentar moto clube, eu tenho vontade de fazer um monte de coisa, mas eu sei dos meus limites. "Ah, mas você não pode ir lá num moto clube?" Ué, pode. Cada um sabe aonde o calo aperta. No moto clube tem gente boa? Tem gente boa, mas eu sei que eu não gosto de andar com gente boa, eu posso até começar a andar com gente boa, mas logo vou estar no meio dos "tralha", eu sei disso, você entendeu? Gente boa é chato pra mim, entendeu. Eu me conheço, não adianta eu falar "Ah, eu adoro estar nesse meio", Eu não adoro, não adoro, entendeu. Então, o que eu venho fazendo aí? Eu venho treinando gostar desse tipo de coisa, é o que eu falo para o povo, né, quando eu saí da clínica eu queria viver uma vida de família, "não, quero viver aquela vida pai de família, filho, marido, mulher e tal, tudo bonitinho e tal, casa, trabalho, igreja"... Isso é chato pra caramba, pra mim, né, não é chato, é legal. Nossa, a hora que eu cheguei na clínica, na clínica a gente desenha em cima do programa um mundo perfeito, né. Aí você chega em casa e você vê aquele negócio e fala "não..." **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos).**

[...] o poder de um adicto limpo é mil vezes mais maquiavélico do que um adicto na ativa, porque o cara que tá usando, ele só quer usar, né. E, o dependente químico, de uma forma geral, é um ser extremamente inteligente. Eu dou nó em pingo d'água. Hoje eu tenho consciência de que eu posso tudo. Pensa num bicho manipulador, mentiroso, falso.... Então, seu eu não tiver praticando a programação, eu vou fazer estrago. Então, eu tenho muito medo de mim sem essa prática espiritual, mesmo com a religião, mesmo com o trabalho, mesmo com tudo. Porque eu sei que é essa prática espiritual lá do começo, de 19 anos atrás, que salvou a minha vida, né **(Júlia, em recuperação há 19 anos).**

Então, o programa ele vem pra isso, né, pra eu ter essa certeza, pra eu entregar pra Ele, né. Hoje, a gente muda muito a questão de honestidade, né, de fazer o certo, né, até jogar um papel no chão. Porque assim, eu vejo por mim, a gente tem tanto medo de voltar que qualquer desvio, qualquer coisa pequena a gente acha que vai virar algo pior. Então hoje, antes eu não devolvia se me dessem um troco errado, eu falava assim "ele é o dono do restaurante, ele é rico", nada a ver, né. Então, hoje eu sou muito correta, eu melhorei muito assim essas questões. Se eu tô no trabalho, procuro fazer minha parte, tudo certinho [...] Então é isso, eu tenho que estar sempre me vigiando e tentando fazer o certo **(Isabela, em recuperação há 1 ano).**

Por outro lado, a aparente fraqueza moral presente no discurso do NA não restringe a afiliação à irmandade a nenhuma pessoa, abraçando a diversidade e promovendo a igualdade de direitos, o que denota seu caráter fraternal e o diferencia de qualquer outra instituição, inclusive das religiosas.

Eu enfrentei resistência por ser homossexual também. Eu achava que todo mundo tava olhando pra mim na reunião, apesar de a gente ter a terceira tradição, né, que fala que qualquer adicto que tem o desejo de parar pode parar, independente de classe social, identidade sexual, situação financeira, mas, eu colocava, né, a doença fazia com que eu colocava um monte de coisas também na minha cabeça. Eu achava que aquela turma ali não era pra mim, falava “ai que legal, muito legal isso aqui, mas não é pra mim”, porque o meu mundo era totalmente diferente, aí que tá a admissão do primeiro passo e querer mudar totalmente o estilo de vida, não deixar de ser homossexual, mas de mudar completamente para poder viver uma vida melhor, até parar de frequentar os lugares que eu frequentavam né, bares, casas noturnas, etc e tal [...] Só que, quando eu voltei pro NA eu me aproximei deles, eu me dei a oportunidade de estar junto, né, e comecei a ir na casa dos companheiros, né, arrumei o meu padrinho na época e fui, e hoje eu me sinto parte, é o lugar que eu mais me sinto em casa. Lá eu chego como se estivesse chegando até mais do que na minha casa, né, então hoje eu faço parte, né, eu sirvo, eu gosto de ajudar, eu sirvo a irmandade e tudo isso preenche talvez o vazio que eu tinha antigamente, né. Então, NA é... Pra mim a minha vida hoje é Narcóticos Anônimo **(João, em recuperação há 4 anos)**.

É um lugar que eu nunca imaginei que ia falar de Deus lá dentro, mas falar de Deus de jeito que eu pregava dentro da minha religião, um Deus que não é punitivo, que é amoroso, é um lugar onde eu posso me expressar, que eu estou em base de igualdade, eu não sou melhor e não sou pior do que ninguém lá dentro, é, a diversidade de pessoas, que nem esses dias eu fui num fórum e conheci pessoas de várias regiões, de São Paulo, da região sul, de outros estados, e todos é a mesma coisa, é como se eu tivesse dentro da minha sala, então é, não tem diferença, todos estão em busca do mesmo propósito, todo mundo se sente em base de igualdade, então você vai almoçar e não tem um cara que tem mais dinheiro e que ele não senta com você que tem menos dinheiro, ele senta do seu lado, pega a comida do seu prato e fica aquela brincadeira, então é um lugar que eu me sinto bem, onde eu vejo que realmente há igualdade, a igualdade persevera lá dentro, persevera mesmo [...] **(Carlos, em recuperação há 1 ano)**.

É, tive um período de internação numa clínica de reabilitação, passei por vários períodos de internação, é, fui também internado em hospital psiquiátrico que era a base de remédios, de medicamentos, né, e enfim, eu estive uma boa parte institucionalizado até conhecer Narcóticos Anônimos, até que dentro de uma clínica de recuperação me falaram que existia uma maneira nova de enxergar a vida sem estar preso a nenhum tipo de instituição, sem ser estigmatizado, levar este estigma como institucionalizado, então Narcóticos Anônimos me deu isto **(Ricardo, em recuperação há 2 anos)**.

Uma coisa que o NA me proporcionou, é uma coisa que eu não tinha, é, a auto aceitação até pela minha homossexualidade, né, minha orientação sexual, né, eu falava assim, eu sempre queria tipo assim ter o corpo da vizinha, entendeu, ter o cabelo da vizinha, ter a vida do outro, e NA me ensinou que eu tenho que me amar do jeito que eu sou. Eu me amando em primeiro lugar, é, eu vou conseguir, os outros vão conseguir me amar e eu vou conseguir retribuir, né **(Thainá, em recuperação há 1 ano)**.

Tem gente de todas as crenças, né, eu tenho budista, eu tenho umbandista, entendeu, não tem problema, tem católico, tem espírita, tem gente de todas as religiões, exatamente por isso que funciona, porque lá dentro não é um programa religioso e tem gente até sem religião. Eu tenho um companheiro

que tá há 40 anos limpo e ele é ateu. E se você ver o cara falar do Poder Superior, como é que um ateu fala assim de um Poder Superior? Porque o nosso programa ele não é religioso, é espiritual. Isso que é espiritualidade, a verdadeira espiritualidade **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

Acredita-se, ainda, que a prática dos 12 Passos empregada pelo NA vai ao encontro da ética psicanalítica do sujeito e do seu desejo, à medida que encontra no NA um lugar de fala para o seu sintoma. Essa fala é acolhida numa escuta atenta e livre de julgamentos.

OUTROS RECURSOS PARA ENFRENTAR A ADICÇÃO (5ª categoria)

Sobre o fato de utilizarem-se ou já terem utilizado outros tipos de recursos ou tratamentos para enfrentar a sua adicção por drogas, 7 adictos citaram internações em Comunidades Terapêuticas, 6 deles mencionaram a o uso de medicamentos psiquiátricos, 2 citaram já ter feito psicoterapia com psicólogos e 1 deles citou já ter frequentado o CAPSad. Além disso, todos eles disseram receber ajuda através de sua fé espiritual, seja em uma religião de escolha ou não, o que mostra que a abertura à espiritualidade parece favorecer ao sujeito aderir ao programa de NA. Atualmente, 5 participantes afirmaram que além de frequentar a irmandade sua prática religiosa também lhes auxilia a lidar com a sua adicção:

Olha, antes de conhecer NA, não. Eu tentei psiquiatras, psicólogos, tive contato com outros psicólogos, é, mudança de religião, tentei outras formas, mas não surtiu o efeito, né. Foi dentro de NA mesmo que eu me encontrei, que eu encontrei as respostas pra mim [...]. Às vezes a gente precisa, né, de alguma coisa assim, porque as vezes a gente tem coisas que você não consegue todas as respostas lá dentro de NA, né, então eu tenho a minha psicóloga, é eventualmente pode ter algum problema mais sério que eu não consiga aí eu procuro ela. Mas, é basicamente tudo dentro de NA, problemas, é de relacionamento, então é com as amizades, com as pessoas que eu criei afinidade dentro de NA eu consigo solucionar isso, resolver ou amenizar, atenuar os sentimentos, porque tudo é problema da cabeça, né, é ressentimento, é como a gente fala lá dentro “dor partilhada é dor diminuída” [...] **(Pedro, em recuperação há 19 anos)**.

[...] a única coisa que eu faço fora de NA, o maior tempo, é estar com a minha família, então assim, fora de NA não faço nenhum tratamento médico, psicológico nem nada. Eu procurei ajuda, lógico, logo no início eu procurei ajuda de um psiquiatra, e na hora que eu falei pra ele que eu tinha

ido numa sala de Narcóticos Anônimos, eu fui na segunda, na quarta, e na quinta eu fui na consulta com esse psiquiatra, e ele falou que foi a melhor coisa que eu fiz, que não precisava de remédio, não precisava nada, que era pra eu continuar lá dentro, até isso foi uma surpresa pra mim, um médico falar isso pra mim, um psiquiatra. Se um profissional de medicina está falando que é bom, então deve ser, e está sendo **(Carlos, em recuperação há 1 ano)**.

[...] eu tenho o NA como recurso, que me traz muitas ferramentas, né, é uma caixa de ferramentas enorme, que quando eu passo por diversas situações, [...] mas na religião também é algo em que eu consigo me apoiar [...] eu tenho a religião como base e Narcóticos Anônimos também como base. É, eu tenho um tratamento que eu comecei há 4 anos atrás com medicamento psiquiátrico [...]. Então assim, é psiquiatra, religião e Narcóticos Anônimos **(Ricardo, em recuperação há 2 anos)**.

Olha, antes da internação eu passei por muitos processos de psicoterapia, de psiquiatra, de tudo assim, de vários tipos de tratamento que não deram certo, né, e, mas depois do grupo, não. Assim, não que eu não faça se houver a necessidade. Já houve a necessidade de eu tomar medicação controlada, né, por curtos espaços de tempo, né **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

A partir da construção de um lugar comum, o NA parece possibilitar a troca com aqueles que são semelhantes no que diz respeito ao desejo de não usar drogas e ao mesmo tempo diferentes na sua dimensão subjetiva, sendo respeitadas as crenças e práticas de cada membro fora da irmandade, o que não os impede de buscar outros métodos terapêuticos ou alternativas de tratamento. Isso mostra que o NA não impõe restrições aos seus membros se eles porventura utilizarem outros métodos.

ANONIMATO (6ª categoria)

O anonimato parece colocar os membros do NA em um patamar de igualdade, bem como serve para guiar a fala do sujeito dentro do grupo, que se apresenta tão somente como um “adicto em recuperação”.

O senso de unidade parece prevalecer independente do histórico pessoal de cada sujeito e de quaisquer papéis sociais que ele exerça fora do grupo. Mais do que prevenir estigmas e preconceitos de pessoas externas, o anonimato é tido como um nivelador das diferenciações sociais.

Fica claro, também, que à medida que se compromete com o programa de NA, os membros parecem não ter receio de quebrar o seu anonimato fora da irmandade:

Esses dias chegou um rapaz lá onde eu trabalho para tirar os matinhos da calçada, e eu sei que é para o uso de droga, só que, né, eu me vejo nele cara há 24 horas atrás, é claro, eu disse que eu não tinha, né, mas eu olhei e falei “não”, né, quebrei meu anonimato pra ele, falei pra ele ir pra sala, mas poucos chegam, e os que chegam também, se não tiver o desejo de ficar também não vai ficar, porque quando se fala de se render é pra vida toda, né.[...] a gente preserva o anonimato porque eu não sei o dia de amanhã, né, e se amanhã eu voltar a usar? Aí eu vou estar denegrindo o nome da irmandade, né, ah, falou que funcionava e amanhã tá usando, então a gente preserva o anonimato porque o mais importante é o dia de hoje, hoje eu não usei, hoje eu tenho certeza que não vou usar **(João, em recuperação há 4 anos)**.

[...] anonimato não é só eu omitir quem eu tô vendo dentro da sala, anonimato é, muitas vezes, eu omitir uma opinião preconceituosa e julgadora minha pra poder garantir a primeira tradição lá, o bem-estar, é o exemplo que eu sempre dou pras pessoas, se entra um negro na sala e eu sou skinhead, “ah, eu não gosto de preto”, acabei com o cara, o cara nunca mais vai entrar na sala quando me ver, vai falar “o cara é preconceituoso” [...] E as pessoas não enxergam o anonimato desse jeito. Então tem gente dentro da sala “ah, eu gostava de andar na favela”, mas quem falou que na favela só tem drogado? Eu morei na favela, eu larguei da minha mulher, morava no centro de (...) e fui morar em (...) na favela, quem falou que só tem drogado na favela? Aí a pessoa vem em recuperação e ela mora na favela, muitos moram na favela, aí ele fala “poxa, como é que eu vou parar de usar droga se eu moro na favela? **(Oswaldo, em recuperação há 9 anos)**.

[...] então todo médico que eu vou eu aviso, eu falo. Os meus médicos são médicos assim que já me conhecem porque alguns já me acompanham há muito tempo. Mas, eu não tenho o menor problema com o meu anonimato nessa parte, porque eu acho que é muito mais arriscado eu não falar, né. Que nem por exemplo hoje, na escola do meu filho, a professora sabe, na igreja, a catequista, o padre, entendeu. Todas as pessoas do nosso convívio, meus vizinhos, né, todas as pessoas do nosso convívio sabem que eu frequento NA, né, mas, por que? Porque eu já tô há um tempo limpa pra segurar isso, né **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

Inclusive, assim, é difícil de ir, é muito preconceito, né [...] aí eu fui no grupo (identificou nome do grupo), que era lá perto de casa, com muito custo, muito preconceito, porque ai se alguém visse eu lá, visse eu entrando... Porque a minha tia é muito preconceituosa ainda, a que eu moro, então foi bem difícil [...] **(Isabela, em recuperação há 1 ano)**.

Em resumo, o anonimato pode ser tido como uma característica fundamental que diferencia o NA de outras instituições que direcionam serviços para adictos em drogas.

PODER SUPERIOR (7ª categoria)

O programa dos 12 Passos de NA é considerado um programa espiritual. Fica evidente que a admissão da “impotência” diante das drogas e a crença em um Poder Superior que seja mais forte do que a adicção são fundamentos da prática do programa, embora este Poder Superior também seja anônimo, ou seja, cada um o compreende à sua maneira.

[...] eu acredito que quando o grupo decide é fruto de uma consciência coletiva e fruto de uma decisão de um Poder maior [...] Segundo a tradição quem manda é um Poder maior, né, e através de uma consciência de grupo que é decidido tudo, muitas vezes eu não concordo, mas eu sigo o que é sugerido pelo grupo [...] Aí é o lance do terceiro passo, eu entreguei minhas vontades e minha vida aos cuidados de Deus, Ele sabe o que é melhor para mim, eu não decido mais nada, né **(João, em recuperação há 4 anos)**.

[...] O que me motiva a continuar frequentando é que eu sei que eu preciso ter alguma coisa que me trate espiritualmente, entendeu [...] Deus hoje em cima da minha experiência que eu tenho com a religião que eu frequento é uma coisa exata, chega a ser quase matemática, entendeu, porque se você seguir aqueles princípios bíblicos não tem como dar errado, então são os princípios espirituais do programa. E, aí no segundo passo “viemos a acreditar que um Poder Superior pudesse nos devolver a sanidade”, viemos a acreditar, e acreditar o que é que é, é eu fazer as coisas esperando o momento da coisa começar a funcionar. Então o segundo passo nesse livro fala que as vezes pra gente acreditar que vai funcionar aquilo, a gente em cima dos princípios, a gente tem que agir como se aquilo fosse verdade, como se aquilo fosse legal, agir como se, né [...] **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

[...] o que é diferencial em Narcóticos Anônimos é o motivo do despertar que nos falamos em Narcóticos Anônimos, é um despertar espiritual, uma luz, a gente pode chamar isto de luz, pode chamar isto de diversas coisas, então eu acredito que essa luz ela me devolveu a sanidade [...] “Deus, me devolve a sanidade, Poder Superior me dá forças pra eu conseguir me manter no dia de hoje, pra manter o dia de hoje [...] esta corrente que nos une, que nos fortalece, que nos forma como um grupo de apoio uns aos outros é um Poder maior que nós, nós não podemos, nós não temos capacidade pra explicar de onde vem esse Poder que nos dá sanidade, que nos dá lucidez, entendeu, dia-a-dia **(Ricardo, em recuperação há 2 anos)**.

[...] a gente tem um companheiro que fala que vai fundar uma igreja macungélica, entendeu? Tem gente de todas as crenças, né, eu tenho budista, eu tenho umbandista, entendeu, não tem problema, tem católico, tem espírita, tem gente de todas as religiões, exatamente por isso que funciona, porque lá dentro não é um programa religioso e tem gente até sem religião. Eu tenho um companheiro que tá há 40 anos limpo e ele é ateu. E se você ver o cara falar do Poder Superior, como é que um ateu fala assim de um Poder Superior? Porque o nosso programa ele não é religioso, é espiritual. Isso que é espiritualidade, a verdadeira espiritualidade[...]. Tem que ser alguém maior do que a minha adicção. E o que é que é maior do que a minha adicção naquele momento? Pode ser o grupo. O grupo de NA é maior que a minha doença. Qualquer coisa que seja maior do que a minha doença, que seja maior que a minha loucura, é meu Poder Superior **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

[...] Então eu falo que eu não mando em mim se eu não tiver um Poder Superior que me guia, se eu não tiver em constante, né, vigília e estar sempre em contato com Deus, é triste falar, mas eu não mando em mim, entendeu (choro). Então, o programa ele vem pra isso, né, pra eu ter essa certeza, pra eu entregar pra Ele, né **(Isabela, em recuperação há 1 ano)**.

Apesar de espiritual, o programa dos 12 Passos de NA não é um programa religioso, inclusive existem membros que se declaram ateus.

Conforme os pressupostos psicanalíticos, a instituição da função fraterna requer a presença de uma função paterna. Parece-nos, assim, que o Poder Superior ao qual os membros do NA fazem referência simboliza um pai mítico, detentor de uma autoridade espiritual manifestada no que eles chamam de uma “consciência coletiva”, o qual não se acomete das fraquezas que os adictos possuem. Esse Poder Superior também denota a retidão moral, parecendo servir como interdito do exercício da vontade.

APADRINHAMENTO (8ª categoria)

A disponibilidade em escutar e partilhar fazem parte do cotidiano dos membros de NA, que têm a ajuda mútua como um pilar. Além da partilha durante as reuniões do grupo, os adictos constroem vínculos de afiliação fora das reuniões ao elegerem um padrinho ou madrinha para a qual podem recorrer diante da possibilidade de recaída.

A escolha de um padrinho/madrinha é sugerida pelo programa de NA, sendo este padrinho alguém com quem o adicto constrói identificação e afinidade. No entanto, nem todos os membros têm um padrinho eleito.

Geralmente o padrinho ou a madrinha é reconhecido(a) pelo grupo durante as trocas de fichas ao celebrar o tempo “limpo”, sendo comum o padrinho entregar a ficha ao afilhado.

Podemos notar, ainda, que existem projetadas nas relações entre padrinhos/madrinhas e seus afilhados(as) as funções paternas e maternas. Os adictos do NA descrevem o padrinho ou a madrinha como alguém em quem confiam para contar a sua história, pedir orientação e conhecer melhor o programa dos 12 Passos.

O apadrinhamento ele é vital para a recuperação assim, né. Não existe tempo, né [...] pode ser uma pessoa que eu vejo, só que eu admiro a recuperação dele e ele esteja disposto a me ajudar, aí eu chego até essa pessoa e peço a apadrinhamento, aí, é, alguns dizem: “primeiro eu vou falar com o meu padrinho, depois eu vou falar com você”, aí a gente espera a resposta, se a resposta for sim esta pessoa começa a te ajudar nos passos, começa a te ajudar com barulho, também falar de coisas boas, né, de fato o padrinho também não é só lixeira, né, acaba virando amigo, mas no começo não precisa ser necessariamente um amigo, seja alguém que fale o que eu preciso ouvir, não o que eu quero ouvir, né, porque eu vou me abrir com ele no quinto passo, eu vou falar da minha vida toda pra ele em detalhes, é, o quarto passo fala do inventário minucioso, minucioso né da minha vida, então tem segredos que só minha madrinha sabe, né, então tem que confiar e, eu confio nela, sei que o que falo fica ali, né, e ela me dá um retorno, ela me faz ver também que eu não fui só um monstro, né, que eu fui uma pessoa boa e é assim, né. [...]. Nem todos têm, mas o sugerido pelo programa é que tenha esse apadrinhamento, né. E, geralmente quem não tem o apadrinhamento volta a usar, né, porque assim, a literatura fala que se eu tiver algum tipo de restrição com o programa eu vou voltar a usar. E, tem pessoas que resistem ao apadrinhamento e fala “Ah, eu não confio em ninguém” [...] Eu como sou homossexual, eu prefiro ter uma madrinha, mas o programa fala que o sugerido é que o padrinho seja do mesmo sexo para não haver atração sexual ou a gente, porque a gente é muito louco, né, a gente já começa a pensar outras coisas e pode, né então mais como, e eu tinha afilhadas e tinha coisas que essas afilhadas elas passavam que eu não passei, tipo em relação a filhos, a marido, a problemas de casa, “o que eu faço?” e eu dizia “Meu Deus, não tem como eu ajudar”, então eu fui, cheguei carinhosamente, né, porque nada é imposto, e eu falei para procurar uma madrinha, uma mulher, uma pessoa que ela pudesse se identificar e trocar ideia e como agir através dos passos naquelas situações, né. Hoje eu tenho um afilhado que também é homossexual, então as dificuldades que ele fala pra mim eu tenho, né, então é identificação mesmo **(João, em recuperação há 4 anos)**.

Eu não tenho padrinho até hoje. Padrinho meu são todos pra mim, quem eu vejo todo dia, com quem eu converso, com os meus pais também eu converso bastante. Eu não escolhi um padrinho ainda, sei que precisa, mas eu não escolhi **(Cícero, em recuperação há 3 anos)**.

[...] é uma forma de a agente se aproximar de alguém pra ter alguém pra conversar [...] porque assim o padrinho é pra quando você quer falar de uma situação que você não quer expor no grupo, entendeu [...]. Então, é legal o apadrinhamento quando a pessoa tem esse, né, então no começo pra mim foi legal porque eu me aproximei mais de uma pessoa, essa pessoa me fez ingressar mais em NA, né, me ajudou de certa forma. [...] esse negócio de apadrinhamento é um negócio que a pessoa também tem que tomar cuidado, porque eu percebi que eu me tornei um co-dependente de um afilhado, porque eu comecei a querer, sabe aquele negócio de querer que o cara faça tudo daquele jeito, “não, assim tá errado”, querer criar, e me fez mal isso aí pra caramba, meu, porque eu ficava “o que será que ele tá fazendo? Será que tá passando bem? “ou, você está bem e tal?”, então é aquele negócio, quando a gente começa a perder o foco na nossa recuperação a gente começa a focar na recuperação dos outros, e não é assim, né. O apadrinhamento é pra eu ajudar na interpretação da literatura, num caminho que deve fazer, não pra pegar pela mão e ficar andando que nem filho pra cima e pra baixo, né **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

[...] na verdade é que eu me identifiquei com ela logo de cara, assim, ela foi minha madrinha por muitos anos, assim, e foi uma pessoa com quem eu tive um vínculo, assim, lindo, né [...] Mas eu amava assim perdidamente ela [...] E, assim, e até então, depois das duas eu não consegui colocar ninguém no lugar, né, porque é muito forte assim o que eu tinha com elas, né, porque, a minha primeira madrinha por todo o histórico, e a minha segunda madrinha porque eu tive uma criação com ela assim meio que de neta, porque eu era amiga de infância dos netos dela, cresci na casa dela, aí depois, no final, a gente se cuidou, né, e ela morreu com quase 40 anos limpa [...] Porque, pra mim afilhado não tem sexo, é afilhado, né, então assim, essa relação de afilhado é muito forte, tanto com as minhas madrinhas, quanto com o meu padrinho, como com os meus afilhados, é uma história de amor, assim **(Júlia, em recuperação há 19 anos)**.

É, eu tenho uma madrinha, né, mas, ah, às vezes eu me identifico, as vezes não. Tenho mais por uma questão de padrão, sabe. Porque, é, eu acho que no meu caso, né, quando você viu o inferno, você não quer fazer nada fora do comum, porque se eu não precisasse, eu sou muito ruim de pedir ajuda, orgulhosa **(Isabela, em recuperação há 1 ano)**.

O apadrinhamento também evidencia, ainda que tacitamente, certa hierarquia entre os membros do NA, à medida que parece existir certa deferência do afilhado/a para com o padrinho/madrinha, talvez em razão de um maior tempo de frequência na irmandade e de seu maior conhecimento da literatura.

VÍNCULOS FRATERNOS (9ª categoria)

Considerando a dinâmica institucional do NA, o que parece sustentar a recuperação dos sujeitos que o frequentam são o desejo comum de abandonar o uso de drogas e os vínculos tecidos entre seus membros.

A recuperação parece ganhar sentido ao ser vivenciada no coletivo, identificando-se com outros iguais e ao mesmo tempo diferentes e compartilhando significados advindos da sua própria experiência.

O caráter fraternal dos vínculos construídos parece fortalecer o empoderamento do sujeito, fazendo sentir-se importante perante seus pares. Além do que, ao construir novas maneiras de se perceber e de se relacionar, os membros do NA parecem restituir, também, seus vínculos familiares, profissionais e sociais.

[...] o programa faz com que a gente volte a acreditar nas pessoas, primeiro em mim mesmo, depois em outro ser humano, né, pra eu poder falar para alguém os meus segredos também, poder confiar em alguém e ver que eu não sou aquele monstro que eu achava, né. É claro que, quando eu fui partilhar o quinto passo com ela eu fiquei morrendo de medo e vergonha, ela vai falar que eu sou a pior pessoa do mundo, né, mas não, foi um lance de identificação, ela falou “meu, tamo junto, né”. [...] Eu cheguei falido, né, acreditando nos companheiros que tavam ali e que falavam pra mim que ia funcionar, eu não tinha força, né, só falavam pra mim não usar e pedir ajuda se eu tivesse vontade de pedir ajuda, como eu já conhecia um pouco a programação eu me rendi, já arrumei um padrinho de cara, frequentei as 90 reuniões que já era sugerido na época, hoje com a literatura nova fala de o maior número de reuniões, né. frequentei, pedi muito ajuda e comecei a funcionar, aí minha vida foi começando a dar certo, porque eu comecei a frequentar todo dia o grupo, fazia o maior esforço pra estar na reunião, pra estar na reunião, pra pedir ajuda, né, e vinha a vontade e eu pedia ajuda, os companheiros iam até mim aonde eu tivesse [...] hoje eu me sinto parte, é o lugar que eu mais me sinto em casa [...] Pra mim a minha vida hoje é Narcóticos Anônimos [...] **(João, em recuperação há 4 anos).**

[...] porque é o lugar que eu me sinto protegido, ou abraçado, é hermanado, né, que a gente fala. Foi ali dentro, né, que eu encontrei apoio pra mim [...] eu aprendi a viver sem o uso de drogas, né, aprendi a conviver em sociedade, né, hoje eu posso fazer tudo o que eu quero [...] mudou muito a minha vida, é, noção de responsabilidade, valores que a gente dá pra vida, pras pessoas, pra natureza. Antes eu não via nada disso, de tão egocêntrico, né, egoísta, eu só pensava em mim, hoje não, é, pensar no próximo, tentar ajudar alguém, quando essa pessoa quiser ser ajudada [...] Isso motiva a gente, sabe, ao invés de ficar olhando só pra dor da gente, olhar o semelhante, eu nunca pensei nisso, pra começar eu tava pouco me importando pro que os outros estava pensando, sabe, no fundo no fundo eu tava até me importando com o que os outros estavam pensando de mim, mas quando eu usava droga eu esquecia [...] o prazer de poder ajudar alguém quando essa pessoa quer ser ajudada é motivante, quer dizer, a pessoa mais ajudada sou eu, né, é uma via de mão dupla que a gente fala,

um ajuda o outro, sabe, e isso não tem preço [...] **(Pedro, em recuperação há 19 anos).**

É uma nova maneira de viver, né. Tudo, tudo mudou, minha relação com a minha família, meus namoros, o trabalho, o estudo, mudou tudo [...]. Eu escuto as partilhas dos companheiros, né, o que eles falam que deu certo, que está dando certo, e cada dia é uma nova história, isso faz bem pra mim **(Cícero, em recuperação há 3 anos).**

[...] eu sempre tive gratidão por quem me ajuda e a minha gratidão eu consegui aumentar isso aí pras pessoas que sempre estendem a mão pra mim. E, lá eu realmente conheci amigos de verdade, não os amigos que estavam comigo quando eu tinha dinheiro, ali se eu precisar de qualquer pessoa, é mútuo, é recíproco, o que eu faço, eu recebo, então é, esse negócio de aproximar com a minha família, que eu já estava me distanciando, Narcóticos Anônimos me trouxe de volta [...] então é um lugar que eu me sinto bem, onde eu vejo que realmente há igualdade, a igualdade persevera lá dentro, persevera mesmo [...] é a gratidão e esse espírito de igualdade, não tem ninguém melhor que ninguém lá dentro **(Carlos, em recuperação há 1 ano).**

[...] uma coisa que eu mudei também, é, eu aguentava mais desaforo, hoje eu não aguento tanto desaforo mais, “ah, você tem que aceitar”, eu aceito até a página dois, né, a minha opinião hoje tem que ser levada em conta, porque antigamente eu era submisso, né, eu tinha medo de expor meus pensamentos, minhas ideias pra pessoas que eu julgasse que tivessem num nível acima de mim, hoje eu me ponho de igual pra igual mesmo com todo mundo, isso eu também mudei, né [...] o que me faz continuar voltando no grupo muitas vezes é isso, né, eu acabo sentindo falta as vezes, eu fico distante e eu sinto falta, né, por que? Porque foi tanto, né tanto, tanto, tanto que as vezes eu me sinto ausente, falo “não, eu preciso ir, aí né, a gente vai, revê os amigos, conversa com alguns, aí já mexe com, né, quando o camarada vem e fala “ou, há quanto tempo, você faz parte disso”, aí o ego já vai lá na casa do chapéu, né **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos).**

É, como eu te falei eu tinha o desejo de achar um lugar, né, onde eu pudesse estar sendo tratado de uma maneira totalmente assim, livre, né. Não me cobraram, foi impressionante, no primeiro dia uma pessoa me fala “se você precisar de mim eu tô a sua disposição a hora que você quiser”, eu jamais faria isso [...] **(José, em recuperação há 27 anos).**

Considerando que as relações fraternas são permeadas de ambivalências (amor e ódio), percebe-se, também, a possibilidade de conflitos ou rivalidades entre os membros do NA:

[...] hoje eu me sinto parte de tudo aquilo, apesar de ser um lugar que temos os nossos conflitos também, né, que também temos divergências de opinião [...]. Tem divergências de opinião e lá a gente aprende que tem que aceitar a opinião do outro, né. Não temos diretores, não temos presidente, ninguém manda. Segundo a tradição quem manda é um Poder maior, né, e através

de uma consciência de grupo que é decidido tudo, muitas vezes eu não concordo, mas eu sigo o que é sugerido pelo grupo [...] Se for personalidade de alguém ou for, vamos dizer assim, foi um assunto que já foi debatido lá fora e que já fizeram a cabeça dos companheiros, a gente acredita que não é espiritual e tudo o que não é espiritual cai por terra, apesar de que, né, se não for decisão do Poder Superior, se for persuadido, uma hora aquela pauta, aquela decisão cai por terra e morre aquilo lá. E geralmente acontece isso, quando é decidido por alguém lá fora, né, porque tem os personalistas, sempre tem aqueles né, “vota naquele porque aquele lá é meu afilhado”, “vota naquele lá”, né, e quando é assim o Poder Superior sempre se expressa **(João, em recuperação há 4 anos)**.

[...] é claro que as vezes tem um conflito de opiniões, mas um respeito o outro e depois lá fora todo mundo se abraça, dá risada junto [...] **(Carlos, em recuperação há 1 ano)**.

[...] Eu já estive em churrasco, e os cara mais velho, já vi os caras falar “aqui é só diretoria”, não tem diretoria, entendeu, não tem. Eu vejo assim, aqui a pessoa que tem mais tempo limpo é tratado como um diretor, é, os dinossauro, que nem fala os cara do AA, os cara do AA fala “30 anos limpo, o dinossauro da recuperação”, e isso aí não tem em (outra cidade na qual já frequentou grupos) muito, sabe, até tem, sempre tem, mas você vê uma pessoa recaindo constantemente aqui e você vê julgamentos [...] eu não tô ali pra julgar, né, eu tô ali pra ver o que ele tem em comum, né, o que ele vai fazer da vida dele sem o uso de droga, quem vai decidir vai ser ele [...] a gente está junto ali pra se livrar de mal em comum que é o uso de droga, agora, a interpretação, a análise do que ele vai fazer com a vida dele e do que eu vou fazer com a vida minha baseado nessa literatura, isso aí já não cabe a mim, cabe a ele. E isto muitas vezes afasta uma pessoa, por causa disto, entendeu. A pessoa se sente excluída, né **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos)**.

É, como sempre né, onde tem o ser humano começa a aparecer o famoso interesse pessoal, né. Então, o primeiro grupo depois nasce de uma briga, vai, vamos falar assim, né, de um desacordo lá, “ah, eu vou montar um grupo”, né. E aí começa um outro grupo, que eu não vou nem citar o nome, né, mas começou assim também, mas até foi bom, né, porque aí começou a expandir um pouco mais. E depois logo mais nós começamos a perceber a importância de aumentar mesmo pela necessidade, né [...] É, aí tem uma outra questão dentro de Narcóticos Anônimos, né. Então, como eu disse pra você, existia três áreas no Brasil, né, área Sul, Rio de Janeiro e Norte, e novamente, então é o tal do poder, né, pessoas que não tinham interesse em expandir isso daí não “vamos controlar, né”, uma minoria controlando a grande maioria, né. E aí começou uma luta, né, uma luta entre, principalmente no interior de São Paulo, o interior de São Paulo foi revolucionário no Brasil, né, eu vou falar pra você Campinas, Limeira, Piracicaba revolucionou o serviço de Narcóticos Anônimos no Brasil inteiro, né. Porque, nós começamos a brigar pra começar a expandir essa, esse tipo de trabalho, né, então, tirar as áreas, né. Então, começou a surgir as áreas, surgiu área interior, aí surge umas outras áreas em outros estados, né **(José, em recuperação há 27 anos)**.

Conforme afirma Bleger (1984), uma instituição não deve ser considerada sadia devido à ausência de conflitos, mas sim quando apresenta condições de

explicitar seus conflitos, manejá-los e criar possibilidades de resolução. Considera-se, assim, que a instituição é parte da organização subjetiva da personalidade, e que o sujeito encontra nas instituições suporte e apoio. Quanto mais imaturo e desintegrado emocionalmente, mais um sujeito depende do suporte fornecido por dada instituição e mais difícil é a sua separação dela.

Apesar disso, se pensarmos que a identidade grupal serve de base para a construção da subjetividade, a vinculação do sujeito ao NA parece promover um permanente movimento de diferenciação e indiferenciação, contribuindo para (re)constituir uma subjetividade da qual podem ter sido destituídos pelo uso compulsivo de drogas.

Durante meu convívio com os membros do NA pude perceber que quanto mais eles se apropriam da filosofia da irmandade e estão comprometidos com a prática dos 12 Passos, mais maduros parecem para reconhecer seus próprios conflitos e sustentar a sua abstinência, conquistando diariamente uma nova maneira de lidar com a sua adicção. Por outro lado, alguns deles parecem tornarem-se adictos ao próprio programa, de forma que o NA torna-se o centro de suas vidas.

Ao mesmo tempo em que o discurso homogêneo produzido pelos membros do NA com base na sua literatura dos 12 Passos fortalece o vínculo entre eles e propicia um lugar comum, parece não haver muito espaço para o dissenso, permanecendo uma institucionalização do programa dos 12 Passos, que devem ser praticados com rigor para se conquistar a recuperação.

ADICÇÃO AO NA (10ª categoria)

Ao disseminar formas de sociabilidade e construir sentidos em comum para os sintomas da adicção, existe a possibilidade de o NA produzir um novo sintoma.

A resistência coletiva ao uso de drogas e a institucionalização dos 12 Passos parecem servir como base para o sujeito conquistar sua liberdade e autonomia em relação às drogas. Entretanto, corre-se o risco de substituir a dependência das substâncias pela dependência ao próprio programa do NA, cuja

prática deverá se repetir incessantemente, uma vez que segundo o NA, a adicção é tratada como uma doença incurável.

Então, eu vejo o NA, vamos dizer assim, como um mundo paralelo, né, pra gente deixar o uso de drogas, porque aquela necessidade inicial, porque quando eu paro de usar, quando eu parei de usar, é, eu percebi que tinham algumas coisas que eu tinha necessidade, né, que eu tinha querendo ou não, necessidade de auto ocupação, que eu tinha a necessidade de ser visto, né, de ser reconhecido por alguma coisa que eu tava fazendo, a necessidade de eu me sentir importante pra alguma coisa, a necessidade de eu querer ser, né, a estrelinha que nem eu era lá na adicção, isso eu vejo hoje, né. Então, o que aconteceu, o NA ele me proporciona essa possibilidade sem eu fazer o uso de drogas, então é aquilo que eu falei, é um mundo paralelo, é uma substituição, né. Então eu começo a caminhar nesse mundo que tem todas aquelas manias as vezes que existe na minha vida com o uso de drogas só que ali sem drogas, e aí o programa, como todo aquele jeitinho que ele tem, né, e com a literatura, com o autoconhecimento a gente vai se encontrando e vai aparando todo este monte de arestas, né [...] Eu vou servir porque eu tenho esse sentimento de ajudar e fazer alguma coisa para o próximo ou eu vou servir porque eu tenho a necessidade de auto aprovação, pra ser a estrela do show, entendeu? [...] Eu tô em recuperação? Eu tô em recuperação, legal, beleza, mas, e o movimento? O que é que isso está fazendo comigo? Sabe que eu percebi isso quando eu ia em churrasco com o pessoal de NA e eu ficava com um copo de refrigerante a noite inteira na mão, eu tô bebendo refrigerante, mas o que minha mente está assimilando disto? O movimento, é, eu tô ingerindo refrigerante mas a doença está ingerindo cerveja, então, eu vejo tudo essas coisas hoje, então mesmo sendo uma coisa de recuperação eu evito participar, entendeu [...] Aí o que é que aconteceu que eu percebi, eu fazia tanta coisa por Narcóticos Anônimos, eu fazia tanta coisa pelos outros e eu percebi que eu tava esquecendo de mim, eu perdi o foco da minha recuperação, opa, peraí, vamo por, é o negócio tem que ser equilibrado, pô. É uma terapia de grupo, eu vou lá pra melhorar e tal, mas eu tenho que ter minha vida, minha vida social, tenho que ter minha vida familiar, eu tenho que cuidar da minha mulher, eu tenho que cuidar dos meus filhos, eu tenho que cuidar da minha casa, eu não vou começar a largar tudo e sair pra fazer coisa em NA porque é NA é a coisa mais importante, é uma coisa importante sim, é importante na minha vida, mas não é a mais importante na minha vida, é um equilíbrio, né, porque se eu gasto toda a minha energia ali eu tô fazendo a mesma coisa da adicção, eu tô saindo da minha casa porque eu não tô aguentando a minha casa pra ir no grupo ou eu tô saindo da minha casa, porque eu vou, né, então muitas vezes eu tô fugindo que nem eu fugia pro bar entendeu. E eu tenho que prestar atenção nisso [...] **(Osvaldo, em recuperação há 9 anos).**

Diante disso, podemos constatar um paradoxo no que diz respeito ao ganho de liberdade e de autonomia que o NA proporciona ao sujeito: existe a necessidade de submeter-se às vontades de um Poder Superior e perpetuar a

prática dos 12 Passos por toda a vida, sendo que a recuperação não tem um fim determinado; Por outro lado, o sujeito é livre para decidir se e quando voltar nas reuniões, podendo conciliar sua afiliação ao NA com quaisquer outras preferências de vida, uma vez que o anonimato lhe permite ser o que ele quer ser, desde que manifeste o desejo em comum de parar com o uso de drogas.

O que me motiva é a nova maneira de viver que eu tenho vivido, né. Não é a vida que eu escolhi, mas é a vida que Deus me deu de melhor, né. Hoje eu tenho responsabilidades, hoje eu tenho amigos de verdade, né, hoje eu tenho uma vida, que eu não tinha mais vida, né [...] E o futuro pertence a Deus, ao Poder Superior, né, cara [...] Aí é o lance do terceiro passo, eu entreguei minhas vontades e minha vida aos cuidados de Deus, Ele sabe o que é melhor para mim, eu não decido mais nada, né [...] E eu sou muito grato pela vida que eu tenho hoje, apesar de toda loucura que passa na minha cabeça, né, porque a recuperação é a arte de se contrariar, todo dia, de uma forma ou de outra vem o pensamento do uso, ou é a vontade explícita ou é a vontade implícita que eu falo, que é uma vontade de largar tudo, falar aí, está bom já, e não está, né, é pra vida toda mesmo, acho que é isso **(João, em recuperação há 4 anos)**

Hoje eu vejo, eu sou muito mais feliz hoje sem o uso de drogas, eu aprendi a viver sem o uso de drogas, né, aprendi a conviver em sociedade, né, hoje eu posso fazer tudo o que eu quero... É, a gente conversa, “ah, eu não posso”, eu posso tudo, mas, necessito usar droga? Não [...] eu to lá dentro já faz algum tempo, então tem pessoas que tem o livre arbítrio de ir e voltar, NA não proíbe nada, todo mundo tem a liberdade de entrar e sair e voltar a hora que quer, né, e eu to lá pra me ajudar e ajudar quem precisa, né, que pede a minha ajuda, porque as vezes a minha história pode ajudar alguém. Eu não vou ficar dando conselho “ não faz isso, ou não faz aquilo”, porque pra nós a pior coisa que tem é isso, “você não pode fazer isso”, então é complicado, eu vou falar “olha, eu fiz dessa forma e deu certo, se você fizer dessa forma pode dar certo pra você também” **(Pedro, em recuperação há 19 anos)**.

Por fim, vale destacar a presença de certo movimento aditivo na dinâmica grupal do NA, embora nos pareça que aqui se troca uma adicção mais danosa por uma menos danosa. A prática parece sugerir que possuir alguma adicção é um traço indelével para algumas dessas pessoas. O que, por sua vez, também revela que a prática do NA não estaria assim tão longe da prática da Redução de Danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a relação do ser humano com substâncias que alteram a sua consciência é algo que sempre existiu e provavelmente sempre existirá, e que precisa ser compreendida dentro de uma dada cultura ou contexto.

Talvez o aumento significativo do número de pessoas que fazem uso abusivo de drogas no período contemporâneo possa estar relacionado com os imperativos de consumo que engolem a todos nós diariamente e com a cultura medicalizante que nos faz buscar remediar qualquer sinal de mal-estar. Seríamos todos adictos a algo?

A princípio, as pessoas parecem buscar nas drogas uma forma de alívio, de prazer, ou até mesmo de inserção social em determinados grupos, mas que posteriormente pode evoluir para um vício e trazer muitos prejuízos à vida do sujeito.

Vimos que a lógica de consumo coloca à margem todos aqueles que não participam do sistema de produção capitalista, de maneira a prevalecer em nosso país práticas proibicionistas e coercitivas para tratar a questão das drogas. Apesar disso, o crescimento do consumo nos últimos anos nos mostra que a guerra às drogas tem trazido mais efeitos colaterais do que benefícios para a sociedade.

Por isso, acreditamos que o fenômeno da adicção por drogas requer, inevitavelmente, uma abordagem interdisciplinar, o que nos fez recorrer a diferentes disciplinas para conhecer diferentes perspectivas em torno da adicção e diferentes modelos de tratamento.

Nos servimos, então, das contribuições da teoria psicanalítica no estudo dos grupos e das instituições, resgatando o protagonismo coletivo ao escolher como objeto desta pesquisa os grupos de Narcóticos Anônimos, buscando dar voz aos sujeitos para compreender como eles enfrentam a adicção por drogas.

Podemos, então, reconhecer o NA como uma instituição que detém um conjunto de princípios, ideias e práticas em torno da adicção.

Ao criar as categorias de análise a partir do trabalho de campo, buscamos retratar o “percurso” do adicto desde os fatores determinantes citados para iniciar o uso de drogas, até darem-se conta de que vivem uma relação de abuso, bem como os caminhos para recorrer à ajuda do NA. Também procuramos evidenciar aspectos

que caracterizam a irmandade, ou seja, tudo aquilo que está instituído e também o que pode ser instituinte.

Com isso, procuramos identificar e discutir as motivações do sujeito para o uso de drogas, a chegada no NA, se e quais foram as resistências para aderir ao seu programa dos 12 Passos, a identificação do adicto com os conceitos propostos pelo NA, como por exemplo, como eles entendem a adicção e o que eles consideram como um “Poder Superior”, a aparente moralidade presente na programação, o apadrinhamento e a formação dos vínculos entre os membros, a possibilidade de utilizar outros recursos paralelos ao NA para enfrentar a adicção e, também, observamos um movimento aditivo presente na própria dinâmica da irmandade.

Após conhecer e analisar a dinâmica institucional do NA podemos, ainda, fazer uma comparação com os diferentes modelos de tratamento para a adicção por drogas citados nesta pesquisa como, por exemplo, o CAPSad, a Redução de Danos e as Comunidades Terapêuticas, sendo possível traçar algumas diferenças significativas entre tais propostas.

O modelo de tratamento ofertado pelos serviços do CAPSad, por exemplo, apresenta-se com um enfoque profissional multidisciplinar, no qual a equipe de profissionais da saúde e da assistência social (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social) utiliza-se de estratégias clínicas, farmacológicas e até mesmo recreativas para lidar com o sujeito que faz uso problemático de drogas, guiado por um projeto terapêutico que tem como base um diagnóstico. Já a estratégia dos programas de Redução de Danos, que inclusive também pode ser trabalhada no CAPS, prioriza minimizar riscos e tornar o uso de substâncias mais seguro ou menos danoso possível, respeitando o desejo do usuário de não aderir à abstinência. As CT's, por sua vez, adotam uma estratégia de internação e acabam por separar o sujeito de seu contexto familiar e social, sendo permeado por muitas controvérsias, considerando que podem adotar as mais diversas orientações (religiosa, moral, educativa, laboral), e que muitas delas infringem direitos humanos básicos através de práticas coercitivas.

Sendo assim, o NA prioriza a abstinência (diferente das práticas da RD), não recorre a uma equipe de profissionais (assim como o CAPSad), e preserva a

liberdade do sujeito de sair e voltar quando quiser (diferente do modelo das CT's), parecendo constituir-se como uma fratria. Todavia, o NA não restringe os seus membros de recorrerem a outros métodos terapêuticos.

Sabemos que todas as estratégias de cuidado podem dar certo para alguma pessoa e que nenhuma estratégia servirá para toda e qualquer pessoa. Assim, o nosso intuito foi conhecer quais são as condições possíveis para que a estratégia do NA dê certo.

Vimos, portanto, que no NA todo conhecimento construído em torno da adicção é advindo da própria experiência dos sujeitos com as drogas. Dado o seu caráter de "irmandade", percebemos que a maneira dos seus membros se relacionarem entre si configura-se a partir de laços fraternos.

O anonimato e a alusão à espiritualidade representada por um Poder Superior e mítico evidenciam características importantes no NA que o difere das outras instituições direcionadas para a demanda dos adictos. Ao mesmo tempo em que a assunção de uma impotência e a confiança em um Poder Superior denotam as fraquezas do sujeito, a liberdade para falar em seu próprio nome (ainda que anonimamente) tende a contribuir para a assunção da responsabilidade pela sua condição e para o resgate da autonomia para gerenciar a sua recuperação sem isolar-se socialmente.

O senso de unidade do NA e o trabalho em comum de ajuda mútua criam uma identidade grupal e ao mesmo tempo promovem o crescimento individual. Desse modo, as relações estabelecidas parecem servir como condição para o surgimento de uma nova dimensão psíquica do sujeito, favorecendo a percepção de si e do outro (função espelho).

Ao institucionalizar o seu desejo, o sujeito que frequenta o NA descobre que o que lhe falta não é a droga, mas algo que todo ser humano busca durante a vida: vincular-se a pessoas e causas que lhe sirvam de sustentação e a possibilidade de criar sentidos para seu sofrimento, neste caso, simbolizado pelas relações fraternas.

Embora os 12 Passos da programação instituem princípios e regras a serem seguidos, eles parecem promover um movimento instituinte de autoanálise e de autogestão, ao passo que permitem ao sujeito apropriar-se de um conhecimento

sobre si mesmo nas relações que vivencia e expressar-se através da fala livre de julgamentos. Promove-se, assim, o desenvolvimento da capacidade de agenciamento individual e coletivo do “adicto em recuperação”, o qual tem a possibilidade de (re)constituição da sua subjetividade.

Diante de tudo isso acreditamos que, baseados no reconhecimento das semelhanças e das diferenças, os laços identificatórios presentes em Narcóticos Anônimos propiciam aos adictos uma função continente que outrora pode ter lhes faltado: a função fraterna.

Sem a pretensão de sobrepor o modelo do NA a outros modelos de tratamento voltados para as demandas da adicção por drogas ou mesmo de esgotar a compreensão deste fenômeno, o presente estudo pretendeu compreender melhor esta questão tão complexa e contemporânea que merece a atenção dos pesquisadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, E.S. **Dependência química e Narcóticos Anônimos: a dimensão educativa nos grupos anônimos de ajuda mútua** / Eliana dos Santos Aguiar. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Americana, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://unisal.br/wp-content/uploads/2013/04/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Eliana-dos-Santos-Aguiar.pdf>. Acesso em 22.ago.2016.

ALENCAR, Rodrigo. **A fome da alma: psicanálise, drogas e pulsão na modernidade.** / **Rodrigo Alencar**; orientadora Miriam Debieux Rosa. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-07022017-105533/en.php>>. Acesso em 31 mar.2018.

ALARCON, Sérgio. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *In: ALARCON, Sérgio (Org) et al. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo/ organizado por Sérgio Alarcon e Marco Aurélio Soares Jorge* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALEXANDER, Bruce K. **Addiction: The View from Rat Park (2010)**. Disponível em: <<http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park>>.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 19, nov, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n11/2309-2319/>>. Acesso em 18 abr.2018.

ALVES, Ygor Diego Delgado; **Jamais Fomos Zumbis: Contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal da Bahia; Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Tese_Ygor_Alves_UFBA.pdf>. Acesso em 15 nov.2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5 - DSM-5** / [American Psychiatnc Association, tradução Maria Inês Corrêa Nascimento [*et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [*et al.*] - Porto Alegre: Artmed, 2014.

ÁVILA, Lazslo Antonio. Grupos: a perspectiva psicanalítica. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, pp. 17-25, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#end1>. Acesso em 01 jun.2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 4ª edição, Loyola: 2004.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**, 5ª ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BASSORA, Jennifer Bazilio; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, out/dez, 2010, pp. 753-60. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>>. Acesso em 10 jun.2018.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; REIS, Neilane Bertoni (Org.) **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>>. Acesso em 09 out.2017.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; REIS, Neilane Bertoni **Pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil – Eixo políticas e fundamentos**. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094329-001.pdf>>. Acesso em 09 out.2017.

BAUMAN, Zigmunt. **O mal-estar da pós-modernidade/ Zygmunt Bauman**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BIRMAN, Joel. Fraternidades: destinos e impasses da figura do pai na atualidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, pp. 93-114, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jan.2018.

BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade/ Joel Birman** – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. 1ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1984.

BOITEUX, Luciana; PÁDUA, João Pedro. **A desproporcionalidade da Lei de Drogas: os custos humanos e econômicos da atual política no Brasil**. Disponível em: <<https://www.tni.org/files/publication-downloads/proporcionalidad-brasil.pdf>>. Acesso em 12 nov.2017.

BORKMAN, Thomasina Jo. What is self-help/mutual aids? *In: Understanding Self-help/Mutual-aid: experiential learning in the commons*, 1999. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=EaCyXL2vvWEC&oi=fnd&pg=PR9&dq=BORKMAN,+Thomasina+Jo.+Understanding+Self-help/Mutual-aid:+experiential+learning+in+the+commons,+1999.&ots=BqAEC-iVT-&sig=6N0l85NBmEwQ-aWhfeqIfUHqHtE#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em 25 nov.2017.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 12 out.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em 20 fev.2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em 20 fev.2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - RDC nº 29 de 30 de junho de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em 11 jul.2017.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso**. – Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <<http://justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf>> Acesso em 12 out.2017.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política**

Nacional Antidrogas. D.O.U. Nº 165-27.08.2002. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf>. Acesso em 08 jul.2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)**; conteúdo e texto original: Beatriz H. Carlini. -- 2. ed., reimpr. – Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BRITTO, Virgínia Lúcia S. Instituição: Recortes de uma história. **Cogito**, Salvador, v. 6, pp. 129-131, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100029>. Acesso em 31 mai.2018.

CAMPA, Adriana; MARTINEZ, Sabrina Sales; BAUM, Mariana. Drug Addiction, Relapse and Recovery. **Journal of Drug Abuse**, v. 3, nº 1:4, 2017. Disponível em: <<https://drugabuse.imedpub.com/drug-addiction-relapse-and-recovery.pdf>>. Acesso em 12 jul.2017

CARDOSO, Ricardo Muniz Mattos. **Só por hoje: um estudo sobre Narcóticos Anônimos, estigma social e sociedade contemporânea** / Ricardo Muniz Mattos Cardoso. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2006. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Dissert-2006_CARDOSO_Ricardo_Muniz_Mattos-S.pdf>. Acesso em 06 mai.2018.

CARLINI, A. E. *et al.* Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%20C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%20C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>>. Acesso em 19 ago.2016.

CASTANHO, Pablo. O conceito de alianças inconscientes como fundamento para o trabalho vincular em psicanálise. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 6, n. 2, pp. 92-112, dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v6n2/a07.pdf>>. Acesso em 01 jun.2018.

CARVALHO, Ilona Szabó de; PELLEGRINO, Ana Paula. **Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou** - Coordenação e Edição: Ilona Szabó de Carvalho e Ana Paula Pellegrino. Instituto Igarapé, artigo estratégico 16, março.2015. Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%84NCIAS_24-03w.pdf>. Acesso em 10 jul.2017.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; CARDOSO, Cármen; ROCHA, Paulina Schmidtbauer. Reflexões sobre a instituição psicanalítica na contemporaneidade. *In*: KEHL, Maria Rita (Org.) **Função fraterna** – Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, pp. 111-142.

CAVALCANTE, Lara Dias Cavalcante; BOMBARDELLI, Maria Eduarda Debiazzi; ALMEIDA, Rogério José de. Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química. **Revista Vigil. sanit. em debate**, Sociedade, Ciência e Tecnologia, v.4, n. 2, 2016, pp. 44-50. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/587-3484-3-PB.pdf>>. Acesso em 03 mai.2018.

CHANDLER, Redonna K.; FLETCHER, Bennett W.; VOLKOW, Nora D. Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. **JAMA**. 2009 January 14; 301(2): 183–190. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681083/pdf/nihms101882.pdf>>. Acesso em 12 jul.2017.

COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Relatório 2016. **Avanços na Reforma de Políticas sobre Drogas: uma nova abordagem à descriminalização**. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016_POR.pdf>. Acesso em 12 jul.2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em 11 jul.2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: 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 03 set.2018.

COSTA, Pedro Henrique Lucas; PARAVIDINI, João Luiz Leitão; PRÓCHNO, Caio Cesar Souza Camargo; NEVES, Anamaria Silva. Do estado à micropolítica: laço social e modalidades de (r) existência. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, nº1, 2016, pp. 26-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00026.pdf>>. Acesso em 26 nov.2017.

CUOZZO, Juliana Deprá. **Os caminhos da “transmissão da mensagem”:** **Narcóticos Anônimos na Penitenciária Feminina Madre Pelletier em Porto Alegre (RS)**. Porto Alegre: UFRGS, 2016. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/142949> >. Acesso em 24 mai.2018.

CRUZ, Marcelo Santos (2017). **A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas – Eixo práticas**. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>>. Acesso em 21 abr.2018.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento estratégico governamental/ Renato Peixoto Dagnino**. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, jan./mar. 2013, pp. 50-65. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173/201>>. Acesso em 01 mai.2018.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. Tradução Adail Sobral, Cecília Bartalotti, Maria Stela Gonçalves. São Paulo- SP: Edições Loyola, 2003.

DODES, Lance. **The Sober Truth: Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry**. Beacon Press (Edição do Kindle), 2014.

DONOVAN, Dennis M.; INGALSBE, Michelle H.; BENBOW, James; DALEY, Dennis C. 12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview. **Soc Work Public Health**, v. 28, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753023/pdf/nihms494900.pdf>>. Acesso em 24 mai.2018.

DUARTE, Danilo Freire. Uma Breve História do Ópio e dos Opioides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 1, 2005, pp. 135 – 146. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n1/v55n1a15.pdf>>. Acesso em 23 set.2018.

ENRIQUEZ, Eugène. **Da horda ao Estado. Psicanálise do vínculo social**. Tradução Teresa Cristina Carreiro e Jcyara Nasciutti. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

FERREIRA, Carolina Branco de Castro. **Desejos Regulados: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) -, Unicamp/IFCH, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280123/1/Ferreira_CarolinaBranco_deCastro_D.pdf>. Acesso em 01jan.2017.

FERRI, Cleusa Pinheiro; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. **Crerios diagnósticos CID-10 e DSM – Eixo política e fundamentos**. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>>. Acesso em 10 nov.2017.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, pp. 9-21, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 20 jun.2017.

FIORE, Maurício. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos** / Maurício Fiore. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Campinas, SP: 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/281261>>. Acesso em 07 set.2018.

FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. *In: ALARCON, Sérgio (Org) et al. Alcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo/ organizado por Sérgio Alarcon e Marco Aurélio Soares Jorge* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FORTE, Francisco Alexandre de Paiva. Racionalidade e legitimidade da política de repressão ao tráfico de drogas: uma provocação necessária. **Estudos Avançados**, v. 21, n. 61, pp. 193-208, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000300013>. Acesso em 02 jun.2017.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, 2015, pp. 94-115. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4518/451844503007.pdf>>. Acesso em 29 abr.2018.

FREUD, Sigmund (1913). Totem e Tabu. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** / Sigmund Freud, v. XIII, pp. 21-163. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1921). Psicologia das massas e análise do eu. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** / Sigmund Freud, v. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1930). O mal-estar na civilização. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira** / Sigmund Freud, v. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FROIS, Catarina. **A Sociedade Anónima. Identidade, Transformação e Anonimato nas Associações de 12 Passos**. Tese - (Doutoramento em Antropologia Social e Cultural) - Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, 2007. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/323/1/3710_Tese_Catarina_Frois.pdf> Acesso em 13 mai.2018.

GEHRING, Marcos Roberto. Comunidade terapêutica: análise sócio demográfica, perspectivas, percepções e motivos para a recaída de residentes do Esquadrão da Vida de Bauru-SP. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília**, ano 2014, edição 14, novembro, 2014. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/4211>>. Acesso em

03 mai.2018.

GOLDSMID, Rebeca; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, pp. 293-308, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/276/286>>. Acesso em 28 dez.2017.

GOLDSMID, Rebeca; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Relação fraterna: constituição do sujeito e formação do laço social. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n. 4, pp. 771-787, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3051/305123742006.pdf>>. Acesso em 28 dez.2017.

GUIRADO, Marlene. **Psicologia Institucional**. São Paulo: EPU, 1986.

GUIRADO, Marlene. Psicologia Institucional: o exercício da psicologia como instituição. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 2, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/9447/11377>>. Acesso em 25 mai.2018.

HEATHER, Nick; BEST, David; KAWALEK, Anna; FIELD, Matt; LEWIS, Marc; ROTGERS, Frederick; WIERS, Reinout W.; HEIM, Derek: Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network, **Addiction Research & Theory**, 10. Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/16066359.2017.1399659?needAccess=true>>. Acesso em 20 fev.2018.

HUR, Domenico Uhng. Trajetórias de um pensador nômade: Gregório Baremlitt. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 1021-1038, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n3/v14n3a18.pdf>>. Acesso em 27 mai.2018.

INGLEZ-DIAS, Aline *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 147-158, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000100147&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 21 abr.2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota técnica: perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Diests (Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, n. 21, março de 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com_alphacontent&view=alphacontent&Itemid=357>. Acesso em 01 mai.2018.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**; tradução de Lucia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

KAES, R. *et al.* **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAES, René. A especificidade do complexo fraterno (Introdução e cap. 1). *In: O complexo fraterno/ René Kaes. Tradução Lúcia Mathilde Endlich Orth. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2011, pp. 10-56.*

KEHL, Maria Rita. Existe uma função fraterna? *In: KEHL, Maria Rita (Org.) **Função fraterna** – Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, pp. 31-47.*

KELLY, John F.; BROWN, Sandra A.; ABRANTES, Ana; KAHLER, CHRISTOPHER; MYERS, Mark. Social Recovery Model: An 8-Year Investigation of Adolescent 12-step Group Involvement following Inpatient Treatment. **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 32, n. 8, August, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3759822/pdf/nihms-509258.pdf>>. Acesso em 11 mai.2018.

KELLY, John F.; PAGANO, Maria E.; STOUT, Robert L.; JOHNSON, Shannon M. Influence of religiosity on 12-Step participation and treatment response among substance-dependent adolescents. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 72, n. 6, Nov, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211954/?tool=pubmed>>. Acesso em 13 mai.2018.

LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lucia, FIORE, Maurício *et al* (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas/ Beatriz Caiuby Labate *et al* (Orgs.). - Salvador: EDUFBA, 2008.**

LACAN, Jacques (1938). **Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em Psicologia/ Jacques Lacan; tradução Marco Antonio Coutinho Jorge, Potiguara Mendes da Silva Junior. – 2ª edição – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2008.**

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface** (Botucatu), v.21, n.61, pp:363-72, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/324672/1/S1414-32832017000200363.pdf>.> Acesso em 30 mar.2018.

LAJONQUIERE, Leandro de. Psicanálise, modernidade e fraternidade. *In: KEHL, Maria Rita (Org.) **Função fraterna** – Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, pp. 51-80.*

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**; tradução de Henrique Augusto de Araújo Mesquita, prefácio de Juliette Favez-Boutonnier. 2ª edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da psicanálise/ Laplanche e Pontalis**; sob a direção de Daniel Lagache; Tradução Pedro Tamen. 4ª edição – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LARANJEIRA, Ronaldo (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento** / Coordenação de Ronaldo Laranjeira *et al.* 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, Ronaldo (Supervisão) [et al.]. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em 10 out.2017.

LEI 19172/14. Disponível em: <http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/12/cons_min_803.pdf>. Acesso em 13 jul.2017.

LEWIS, Marc. **The Biology of desire: why addiction is not are a disease**. Public Affairs: New York, 2015.

LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri, SP: Manole, 2005.

LOECK, J.F. **Adicção e ajuda mútua: estudo antropológico de Grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS)**/Jardel Fischer Loeck. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2009. Disponível em: <http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/loeck_narcoticos_anonimos_porto_alegre_2009.pdf>. Acesso em 19 mar.2017.

LOECK, Jardel Fischer. Reflexões sobre a justiça terapêutica no contexto dos grupos de Narcóticos Anônimos. **Revista EletrônicaTempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/969/912>>. Acesso em 13 mai.2018.

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. UERJ, 1993.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, pp. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006>. Acesso em 10 abr.2017.

MACHADO, Marina Pires Alves *et al.* **Diretrizes e panorama das comunidades terapêuticas no Brasil: critérios terapêuticos, contábeis e jurídicos** [recurso eletrônico]. / Marina Pires Alves Machado *et al.* - Curitiba: Universidade Positivo, 2016. Disponível em: <http://www.politicassobredrogas.pr.gov.br/arquivos/File/Cartilha_Comunidades_Tera>

[peuticas.pdf](#)>. Acesso em 01 mai.2018.

MAJER, John M.; JASON, Leonard A.; FERRARI, Joseph R.; MILLER, Steve A. 12-Step involvement among a U.S. national sample of Oxford House residents. **Journal Subst Abuse Treat**, v. 41, n. 1, July, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110568/pdf/nihms-279887.pdf>>. Acesso em 11 mai.2018.

MARTINS, João Batista. Análise institucional e o processo de construção de conhecimento: a questão da implicação. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, pp. 488-499, jan. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/11442>>. Acesso em 27 mai.2018.

MARTINS, Vera Lúcia. A política de descriminalização de drogas em Portugal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, pp. 332-346, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007>. Acesso em 11 jul.2017.

MATUS, Susana. El Complejo de Antígona. Dos dimensiones del vínculo fraterno. **Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares**, Tomo XXXVII, 2014, pp. 127-139. Disponível em: <<http://www.aappg.org/wp-content/uploads/Revista-Grupo-2014.pdf#page=127>>. Acesso em 28 dez.2017.

MATUS, Susana. Vínculo Fraterno: de la legalidad paterna a la multiplicidad de las legalidades. In: CZERNIKOWSKI, Esther *et al* (Orgs.) **Entre hermanos: sentido y efectos del vínculo fraterno**. 1ªed. - Buenos Aires: Lugar, 2003, pp. 9-44. Disponível em: <<http://www.aappg.org/wp-content/uploads/Entre-hermanos.pdf>>. Acesso em 02 set.2018.

MELE, Alfred. "Action: volitional disorder and addiction". In: RADDEN, J. **The philosophy of Psychiatry**. Oxford: Oxford University Press, pp. 78-88, 2004.

MÓNICO, Lisete S.; ALFERES, Valentim R.; CASTRO, Paulo A; PARREIRA, Pedro M. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Atas: Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447>>. Acesso em 17 out.2018.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al*. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp. 90-95, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013>. Acesso em: 30 mar.2018.

MONTEIRO, Flávia Jorge. Ajuda mútua e reabilitação. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XV, 1997, pp. 449-452. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5756>>. Acesso em 23 fev.2018.

MORAIS, Paulo Cesar de Campos. **Drogas e políticas públicas**. Dissertação do Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/droga_politica_publica.pdf>. Acesso em: 09 jul.2017.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Guia para trabalhar os passos de Narcóticos Anônimos**. Chatsworth, California, Narcotics Anonymous World Services, Incorporated, 2005.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Narcóticos Anônimos (Texto Básico)**. Chatsworth, California, Narcotics Anonymous World Services, Incorporated (Tradução da sexta edição do livro *Narcotics Anonymous*), 2015.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Mapeando programas de redução de danos da região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, pp. 382-392, fev, 2009. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49586/000684081.pdf?sequence=1>>. Acesso em 22 abr.2018.

NASCIMENTO, Maria Inês Corrêa *et al*; **DSM – 5 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** revisão técnica: Aristides Volpato Cordiolo *et al*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NASI, Cíntia, HILDEBRANDT, Leila Mariza. Ser alcoolista na voz de sujeitos dependentes de álcool. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 3, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/resmad>>. Acesso em 04 jun.2017.

NICK, Heather. Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. **Neuroethics**, v. 10, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486515/pdf/12152_2016_Article_9289.pdf>. Acesso em 24 mai.2018.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; SANTANA, Maria Mazane Gomes; ELOIA, Sara Cordeiro; ALMEIDA, Paulo Cesar de; FELIX, Tamires Alexandre; NETO, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes. Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, maio-junho, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041234017>>. Acesso em 28 mar.2018.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 2ª edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Vânia Carvalho ; CAPISTRANO, Fernanda Carolina ; FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; KALINKE, Luciana Puchalski; FELIX, Jorge Vinícius Cestari;

MAFTUM, Mariluci Alves. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS ad do Sul do Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16350/14059>>. Acesso em 28 mar.2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ORG.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEIXOTO, Clayton; PRADO, Carlos Henrique de Oliveira, RODRIGUES, Cristiele Pedroso; CHEDA, Julio Nelson Devicari; MOTA, Letícia Brito Tavares; VERAS, André Barciela. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, 2010, pp.317-321. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08>>. Acesso em 30 mar.2018.

PEREIRA, W.C.C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a02.pdf>>. Acesso em 25 mai.2018.

PEREIRA, W.C.C; PENZIM, A.M.B. Análise institucional na vida religiosa: caminhos de uma intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a13.pdf>>. Acesso em 25 mai.2018.

PERRENOUD; Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Cap. 3). *In*: DIEHL, A. *et al.* Dependência química: **prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp. 43-8.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.2, 2014, pp. 569-580. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n2/569-580/pt>>. Acesso em 04 mai.2018.

POLLO-ARAUJO, Maria Alice; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos Históricos da Redução de Danos (Cap. 2). *In*: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da (Org.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>. Acesso em 22 abr.2018.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doeça e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e**

Pesquisa, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em 10 jun.2017.

REIS, Larissa Ferraz. **Adesão dos dependentes de drogas psicoativas ao tratamento em CAPSs AD**/ Larissa Ferraz Reis. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. – São Paulo, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3688451>. Acesso em 18 abr.2018.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (2016). Evolução do conceito de dependência química (atualizada, com comentários sobre o DSM-5). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283277043_Evolucao_do_conceito_d_e_dependencia_atualizada_com_comentarios_sobre_o_DSM-5>. Acesso em 17 abr.2018.

RIBEIRO, Maurides de Melo. A Redução de Danos e a Legislação Penal (Cap. 8). - *In*: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da (Org.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>. Acesso em 22 abr.2018.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 343-366, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000200006>. Acesso em 26 mai.2018.

RONEL, Natti ; GUETA, Keren Gueta; ABRAMSOHN, Yali; CASPI, Nir; ADELSON, Miriam. Can a 12-Step Program Work in Methadone Maintenance Treatment? **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v. 55, n. 7, 2011. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0306624X10382570>>. Acesso em 11 mai.2018.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009>. Acesso em 26 mai.2018.

RUI, Taniele. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack** /Taniele Cristina Rui. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Campinas, SP: 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280382>>. Acesso em 03 jul.2017.

SANTA CATARINA (2010), Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos** – Florianópolis: SES, 2003. Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/livros_artigos/ABC Reduc%20de Danos 2010.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/livros_artigos/ABC_Reduc%20de_Danos_2010.pdf)>. Acesso em 30 abr.2017.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1909/2482>>. Acesso em 20 fev.2018.

SANTOS, Nair Iracema Silvera dos. Movimento institucionalista e análise institucional no Brasil. **Revista Sociais & Humanas**, v. 15, n. 1, 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/1220/727>>. Acesso em 27 mai.2018.

SCADUTO, Alessandro Antonio; BARBIERI, Valéria; SANTOS, Manoel Antônio. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo – SP, v. 16, n. 2, maio-ago, 2014, 156-171. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1938/193832102014.pdf>>. Acesso em 29 abr.2018.

SILVA, Luiza Lopes da. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira** / Luiza Lopes da Silva - Brasília: FUNAG, 2013. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/1028-Questao_das_Drogas_nas_Relacoes_Internacionais_A.pdf>. Acesso em: 19 jun.2017.

SILVA, Marco Aurélio Souza da. Política pública carcerária: uma institucionalizada violação dos direitos fundamentais impulsionalizada pela criminalização das drogas. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM**, v. 9, nº 2, 2014. Disponível em:<<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/viewFile/13018/pdf>>. Acesso em 12 nov.2017.

SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Reflexões acerca da política sobre drogas: contextual interface histórica e conceitual. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 8, pp. 290/-2914, 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../10106>. Acesso em 28 abr.2017.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas (Cap. 1). *In*: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da (Org.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>. Acesso em 22 abr.2018.

SINNOTT-ARMSTRONG, W. & PICKARD, H. What is addiction?. *In*: **FULFORD, K. W. M., et al. The Oxford handbook of philosophy and psychiatry**. Oxford: Oxford University Press, 2013, pp. 851-864.

SOMMER, Manuel. As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas. **Psique**, n. 7, Janeiro-Dezembro, 2011, pp. 135-166. Disponível em: <<http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2717/1/As%20Comunidades%20Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em 01 mai.2018.

SOUZA, Diego de Oliveira. A questão do consumo de drogas: contribuições para o debate. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 11, nº 2 (14), p. 269-286, jul./dez.2012. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635213>>. Acesso em 20 02.2018.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. Função paterna, fratria e violência: sobre a constituição do socius na psicanálise freudiana. **Psico-USF**, v. 7, n. 2, p. 195-200, Jul./Dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v7n2/v7n2a08>>. Acesso em 02 jun.2018.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. A culpa na constituição do sujeito e do social. *In*: **Culpa e laço social: possibilidades e limites** / Ângela Buciano do Rosário; Jacqueline de Oliveira Moreira, organizadoras. Barbacena: EdUEMG, 2013. Disponível em: <http://portal.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20130731224023.pdf>. Acesso em 26 nov.2017.

TURATO, E.R., Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Definição e Principais Características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.2,nº 1, 2000. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf> >. Acesso 07 jul.2017.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, nº 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em 07 jul.2017.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 49, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ra/v49n2/03.pdf>>. Acesso em 06 mai.2018.

VEDERHUS, John-Kare; KRISTENSEN, Oistein. High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. **BMC Psychiatry**, v. 6, n. 35, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1574294/>>. Acesso em 18 mai.2018.

VEDERHUS, John-Kåre; LAUDET, Alexandre; KRISTENSEN, Oistein, CLAUSEN, Thomas. Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 39, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619998>>. Acesso em 24 mai.2018.

VIDAL, Sérgio. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de redução de danos. *In*: NERY FILHO, Antonio *et al.* **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**/ Antonio Nery Filho (org.) *et al* - Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/qk/pdf/nery-9788523208820.pdf>>. Acesso em 19 ago.2017.

XAVIER, Rosane Terezinha; MONTEIRO, Janine Kieling. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPSad. **Psicologia Revista**. São Paulo, volume 22, n.1, 61-82, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16658/12511>>. Acesso em 30 mar.2018.

ZOLDAN, Luis Gustavo Vala; RIBEIRO, Marcelo (Org.) **CRATOD 15 anos: Uma proposta de cuidado ao dependente químico**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/images/uniad/Cratod_15_anos/CRATOD_15_ANOS.pdf>.

Consulta em: <<http://obid.senad.gov.br/obid/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>>. Acesso em 21 mai.2017.

Consulta em: <<https://abracesperanca.com.br/>>. Acesso em 13 jul.2017.

Consulta em: <<https://igarape.org.br/>>. Acesso em 07 jun.2017.

Consulta em: <<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/promulgacion-regulacion-cannabis>>. Acesso em 13 jul.2017.

Consulta em: <https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2017/noticias/NO_X709/ircca1.pdf>. Acesso em: 13 jul.2017.

Consulta em: <<http://www.leapbrasil.com.br/>>. Acesso em 14 jul.2017.

O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010. Disponível em: <https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf>. Acesso em 21 abr.2018.

Consulta em: <http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf>. Acesso em 22 abr.2018.

Consulta em: <<http://www.cruzazul.org.br/uploads/Resolucao-N-1-2015-CONAD-Regulamentacao-CTs.pdf>>. Acesso em 01 mai.2018.

Consulta em: <<http://www.na.org.br/>>. Acesso em 09 nov.2017.

Consulta em: <<https://www.obid.senad.gov.br/>>. Acesso em 09 nov.2017.

Consulta em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisa-revela-que-populacao-da-cracolandia-cresceu-160-em-um-ano,70001832252>>. Acesso em: 10 out.2017.

Consulta em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/1685.pdf>> Acesso em 10 out.2017.

Consulta em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocados-pelo-uso-de-drogas--os-opiides-so-os-mais-prejudiciais -aponta-relatrio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html>>. Acesso em 09 nov. 2017.

Consulta em: <<https://www.hrw.org/pt/world-report/2017/country-chapters/298766>>. Acesso em 12 nov.2017.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - DIÁRIOS DE CAMPO

Segunda-feira, 11 de setembro de 2017.

Grupo “Renascer em Liberdade” (há 25 anos).

É a primeira vez que vou à uma reunião de Narcóticos Anônimos (NA). Este grupo localiza-se em um imóvel particular alugado. Ao chegar, havia dois rapazes aguardando a reunião do lado de fora da sala, na garagem do local. Me apresentei e fiquei aguardando próximo a eles. Logo chegou uma mulher e veio puxar assunto comigo, contou sobre sua vida, falou dos seus filhos e disse gostar de Psicanálise. Outras pessoas foram chegando para a reunião (todos eles homens). Cumprimentavam a todos com abraço ou aperto de mão, me cumprimentavam também. As 20h00 em ponto entramos na sala. Fizemos a “Oração da Serenidade” antes de iniciar a reunião. O secretário do grupo leu sobre as regras do grupo, citando, por exemplo a duração da reunião, o fato de ser proibido fumar dentro da sala, evitar entrar e sair a todo momento etc, depois pediu permissão ao grupo se eu poderia participar da reunião. Como ninguém se opôs, eu pude participar e a reunião que era “fechada” se tornou uma “reunião aberta”.

Na sala as cadeiras estavam organizadas em círculo e havia uma mesa com uma toalha azul e o logotipo do NA, livros de NA, folhetos e fichas em cima de mesa. No canto da sala havia um armário, onde observei que eles guardavam seus materiais, também havia outra mesa pequena com uma garrafa de café e bolachas.

Os membros de NA iniciaram a reunião com a leitura do capítulo 1 do seu livro básico – “O que é um adicto?”. Um membro iniciou a leitura e, após ler alguns parágrafos outro membro deu continuidade, e assim por diante. Antes de iniciarem a sua fala, os membros do grupo se identificavam como: “Sou o Fulano, um adicto em recuperação”, ou “Sou o Fulano, mais um adicto”.

Durante o momento da partilha os adictos narraram acontecimentos recentes que eles vivenciaram, contando sobre suas experiências familiares, profissionais, frustrações e desejos.

Durante a sua partilha, um adicto contou ter pego uma nota falsa de R\$100,00 de um cliente no seu trabalho, sem perceber. Ao se dar conta de que a nota era falsa, ele disse ter refletido sobre o que iria fazer com ela, se passava a nota adiante

ou não. Hesitante, ligou para o seu padrinho de NA. O padrinho lhe perguntou o que era o certo a ser feito e como ele gostaria que agissem como ele. Ele disse que não gostaria que quem pegasse a nota se sentisse como ele. Assim, o adicto rasgou a nota, aceitando a possibilidade do valor ser descontado de seu pagamento. Comentou sobre os princípios do programa de NA, dizendo que não se trata apenas de deixar de usar droga. Falou sobre suas dificuldades financeiras, sobre a ajuda que vem recebendo de uma tia dele, sentindo que ela lhe trata como criança, e mencionou que se entristeceu com sua separação após 8 anos juntos, dizendo que, ao saber que sua ex. está com outro, teve vontade de usar droga.

Outro adicto falou sobre sentir falta da adrenalina que a vida na rua proporcionava durante o “correr” para encontrar droga, fugir da polícia etc.

Outro adicto descreveu “a magia do NA” que ele vem sentindo em seus 57 dias limpos. Ao identificar-se com ele, outro companheiro limpo há 9 anos confirmou que “a magia existe”.

Demais depoimentos partilhados falaram sobre diversos assuntos, entre eles: a dependência materna, a culpa e o autoflagelo, as preocupações cotidianas, os conflitos com a família, a gratidão por estar no NA, os aprendizados vivenciados com os passos da programação, entre outras coisas, sempre finalizando com: “só por hoje”, “boas 24 horas a todos”, “tamo junto”.

Se um adicto ultrapassa o tempo estipulado para partilha ele é avisado pelo coordenador da reunião através de um cartaz, onde está escrito de um lado “mais um minuto para terminar sua partilha”, e do outro “seu tempo acabou, encerre sua partilha”.

Em certo momento da reunião, o tesoureiro recolheu as contribuições voluntárias dos membros e falou sobre a 7ª tradição. Ao final da reunião, o coordenador leu a ata que escreveu, mencionando o número de participantes, o valor da contribuição arrecadada, as trocas de fichas que ocorreram (nesta reunião não houve nenhuma) e também os recados sobre encontros, reuniões para comemorar aniversário de outro grupo da cidade, entre outros. Também agradeceram a minha presença como visitante. Havia 13 pessoas na reunião, apenas mais 1 mulher além de mim.

Segunda-feira, 18 de setembro de 2017.

Grupo “Humildade” (há 20 anos).

As reuniões deste grupo acontecem dentro de uma sala localizada no prédio onde está instalado o ambulatório de saúde mental do município. Contudo, o grupo é independente e paga um aluguel pelo uso da sala.

Quando eu cheguei haviam alguns adictos conversando na escadaria da entrada. Me apresentei e fiquei ali junto deles. Alguns fumavam cigarro. Um adicto para quem me apresentei ao chegar disse que também é psicólogo e foi bastante solícito comigo, me convidou para acompanhá-lo até a sala antes da reunião começar, falou sobre o funcionamento de NA e me ofereceu um café.

A reunião aconteceu seguindo as tradições e costumes de NA, como eu já tinha presenciado na reunião anterior: oração, apresentações, concessão de permissão para minha participação, leituras e partilhas.

Durante as partilhas, os adictos falaram sobre a gratidão pelo tempo limpo e a ajuda dos companheiros, sobre as dificuldades enfrentadas junto a parentes e familiares que usam drogas, sobre a desconfiança dos familiares com quem moram junto, sobre o fato de sentirem-se manipulados por sua própria mente em certos momentos ao desejar a droga, inclusive ao sonharem que estavam usando, sobre terem aberto mão de frequentar certos lugares e conviver com certas pessoas, entre outras coisas.

Um adicto mencionou sentir vontade de beber ao assistir uma propaganda de bebida alcoólica na TV.

Outro adicto, que estava com uma das mãos enfaixada, contou ter dado um soco na porta durante um momento de agressividade ao brigar com sua namorada, tendo se machucado. Disse que a agressividade é um de seus “defeitos de caráter” e que as drogas potencializavam isto.

Outro adicto falou sobre as dificuldades em razão de estar desempregado e pediu ajuda, dizendo aceitar conselhos e orientações dos companheiros. Nenhum conselho ou orientação é dado após a partilha, que segue com a fala de outro companheiro.

No fechamento da reunião o secretário do grupo agradeceu a minha presença como visitante. Recebi abraços e “obrigados” dos adictos. 14 pessoas ao todo estavam presentes nesta reunião, dentre eles 1 mulher adicta.

Quinta-feira, 21 de setembro de 2017.

Grupo “Vida Nova” (há exatamente 6 anos).

Este grupo utiliza-se de um espaço no interior do posto de saúde do bairro para fazer suas reuniões.

Ao chegar no grupo vi que haviam familiares dos adictos aguardando também o início da reunião. Fui informada de que estavam comemorando o aniversário de 6 anos do grupo, coincidentemente nesta data específica, que era o dia de reunião. Alguns membros usavam uma camiseta comemorativa. Em razão de ser uma reunião aberta, não houve a necessidade de autorizar a minha participação na consciência coletiva do grupo.

Nesta reunião de caráter “especial”, estava programada a partilha de um adicto específico, que foi o “fundador” deste grupo. Durante sua partilha, o adicto contou mais detalhadamente sua trajetória com as drogas, mencionou os roubos e furtos praticados, as mentiras aos familiares, as negociações na biqueira, as abordagens policiais, as perdas financeiras etc. Falou sobre o tempo em que ficou detido e sobre as internações (25 ao todo) em comunidades terapêuticas antes de vir para o grupo e permanecer. Emocionado, o adicto afirmou “este grupo salvou a minha vida” e contou sobre o início do grupo, que começou em uma pequena sala na igreja que ele frequentava antes de mudar para este local.

Após a partilha, houve algumas trocas de fichas: ritual no qual o adicto recebe de seu padrinho uma nova ficha que simboliza a conquista do tempo limpo. Foram trocadas três fichas, uma de 6 meses, outra de 5 anos e outra de 13 anos limpo. Um senhor, que estava sentado do meu lado, tirou da sua carteira uma ficha e me mostrou, dizendo estar limpo há 30 anos.

Em seguida, houveram algumas partilhas breves de alguns companheiros que quiseram agradecer ao adicto que partilhou sua história. Após o término da reunião os adictos e familiares confraternizaram com comes e bebes (salgadinhos e refrigerantes).

Me senti muito acolhida neste grupo. Ao agradecer a minha presença, um adicto mencionou a mim que sua filha também é psicóloga e me entregou alguns folhetos do grupo para eu deixar no meu consultório. Outros adictos me fizeram perguntas sobre a consulta psicológica e pediram o meu cartão. Um deles disse que iria me adicionar na rede social (e me adicionou). 38 pessoas participaram desta reunião, sendo 28 adictos, dentre eles 2 mulheres.

Quarta-feira, 27 de setembro de 2017.

Grupo “Só por hoje” (há 10 anos).

Este grupo está localizado em uma sala dentro de um prédio que pertence a uma paróquia, no qual acontecem aulas de catequese.

Na entrada, alguns adictos me cumprimentaram ao chegar. Um adicto veio conversar comigo e me fez várias perguntas sobre minha profissão e se eu tinha adicto na família.

Após os rituais iniciais: oração, apresentação, pedido de permissão ao grupo para minha participação e leitura inicial, teve início a partilha.

Um adicto mostrou-se triste com o fato de sua esposa estar internada num hospital, e disse sentir raiva por não poder fazer nada. Durante sua fala, ele disse algo como: “É foda ficar sem a droga, eu amo a droga, mas não quero usar”. Agradeceu a minha presença, contou que sua filha é aluna de Psicologia e comentou: “graças a uma psicóloga eu estou aqui”.

Outro adicto falou em sua partilha algo do tipo: “o NA é o grupo do amor, meu amor eram as drogas, mas eu já era adicto antes de conhecer as drogas”.

Outro deles contou já ter saído e voltado ao NA 14 vezes, só agora tendo permanecido por mais tempo (limpo há 1 ano e 9 meses), e disse que está insistindo na sua recuperação.

Na metade do tempo da reunião, após recolher as contribuições voluntárias e fazer uma nova leitura, os adictos fizeram novamente a Oração da Serenidade, antes de iniciar a segunda parte da reunião (isso não aconteceu nos outros grupos dos quais participei até agora).

Em seguida, foi realizada a apresentação de dois novos adictos, os quais participavam da reunião de NA pela primeira vez e mencionaram o desejo de se

tornarem membros da irmandade. Ao lado destes novos membros havia um rapaz participando da reunião que, o tempo todo, tirava e colocava a sua camiseta, repetidas vezes, parecendo sofrer de algum transtorno mental.

Durante a partilha, os adictos falaram, ainda, sobre conflitos com vizinhos, gratidão à esposa por estarem ao lado deles, sofrimento com a abstinência das drogas, entre outros assuntos. Um dos companheiros que participava da reunião era cego.

Vários membros me agradeceram e vieram me cumprimentar no final da reunião. Havia 34 adictos nesta reunião, todos eram homens.

Segunda-feira, 02 de outubro de 2017.

Grupo “Mente aberta” (há 6 anos).

Este grupo funciona dentro de um centro comunitário em um bairro da cidade. Estava ventando frio e haviam poucas pessoas aguardando o início da reunião.

Conforme as tradições do NA, a reunião iniciou com a Oração da Serenidade, seguida das apresentações e da consciência coletiva sobre a minha participação na reunião.

Por haver menos de 10 pessoas na sala, os adictos estenderam o tempo de partilha individual e puderam partilhar mais de uma vez cada.

Um adicto falou sobre um momento de intensa angústia e o desejo de usar, mencionou o vínculo precário com a sua mãe, o assassinato de seu irmão mais novo e a insegurança que ele sente para enfrentar sua realidade (limpo há 1 ano e 7 meses).

Outro adicto falou sobre o fato de sentir-se acomodado na sua vida profissional, mencionou o desejo de usar droga escondido, mas disse ter consciência de que se usar não vai ficar só em uma. Também falou sobre sentir-se aceito no NA como ele é (homossexual), dizendo não se sentir aceito em nenhuma religião (há 4 anos limpo).

Uma adicta relatou sobre sua adicção ativa e sobre a negação de aceitar-se como adicta (há 8 anos limpa).

Outro adicto contou sobre seu envolvimento com o tráfico durante sua adicção ativa, sobre seu medo de ser preso e sobre sua internação antes de se tornar membro do NA.

Dos presentes, somente uma pessoa não partilhou (secretária do grupo).

Este grupo também realizou a Oração da Serenidade duas vezes, no início e antes da segunda parte da reunião. Ao todo 5 adictos participaram da reunião, sendo 3 homens e 2 mulheres.

Sexta-feira, 06 de outubro de 2017.

Grupo “Praça” (há 2 anos).

A reunião deste grupo acontece na praça principal da cidade, no centro de Limeira. É uma reunião ao ar livre, aberta a todos que desejam participar. Portanto, não foi necessário eu pedir autorização dos membros para participar.

Neste dia os adictos comemoravam 2 anos deste grupo, considerado um “grupo de rua”.

O secretário do grupo chegou com sua mãe de carro e trouxe os materiais da reunião: toalha azul, folhetos, livros, cadeiras e mesas.

A toalha foi estendida no chão, ao centro do grupo, formando-se um círculo com as cadeiras. Como não havia cadeiras para todos, alguns utilizaram um banco da praça, outros sentaram no chão.

Paralelamente, próximo ao local da reunião, que aconteceu ao lado de uma banca de jornais, haviam muitos jovens reunidos no coreto da praça: cantavam rap’s, faziam uso de bebidas alcóolicas e fumavam maconha.

Também havia passantes na praça e, ainda, o barulho do trânsito. Estava uma noite quente e agradável.

A reunião seguiu suas tradições, mas alguns adictos ficaram de fora do círculo da reunião, conversando de pé em uma rodinha à parte.

Em suas partilhas, os adictos falaram sobre sua gratidão em participar do NA, sobre os danos que buscaram reparar às pessoas que feriram durante sua adicção ativa, sobre a quebra do anonimato ao participar deste grupo em local público e alguns deles também trouxeram recordações de terem dormido nesta praça durante o uso de drogas. Entre os membros de NA, havia uma mulher grávida.

Ao final da reunião os membros cantaram parabéns para o grupo e comemoraram com comes e bebes. Fui muito bem recebida pelo grupo. No total estavam presentes 31 adictos, sendo 8 mulheres.

Sábado, 14 de outubro de 2017.

Grupo “Tamo Junto” (há 6 anos).

Este grupo fica localizado dentro de um prédio pertencente à uma igreja. É também neste prédio que se localiza O CSA (Centro de Serviço de Área), e onde acontecem as reuniões de serviço do NA, em outras salas. Quando eu cheguei, alguns membros de NA estavam reunidos finalizando uma reunião de serviço.

Me sentei ao lado de uma mulher, que conversou um pouco comigo antes da reunião começar e disse ser filha e irmã de psicóloga. Também apontou para seu marido, que estava ali e também é membro do grupo.

Após a Oração da Serenidade, os ritos iniciais de apresentação e a leitura inicial, a palavra foi aberta para a partilha.

Os membros do grupo partilharam sobre conflitos conjugais e familiares, fraqueza espiritual, gratidão pelas conquistas junto ao NA. Um dos membros que partilhou está limpo há 19 anos.

Havia 9 adictos nesta reunião, sendo 2 mulheres.

Terça-feira, 17 de outubro de 2017.

Grupo “Liberdade” (há 5 anos).

Este grupo utiliza-se de uma sala dentro do posto de saúde do bairro. Quando eu cheguei havia só uma pessoa na sala, o secretário do grupo, a quem me apresentei e fiquei conversando um pouco. Logo chegaram outros 3 adictos e iniciaram a reunião.

Como havia poucas pessoas, o secretário, após os ritos iniciais, me pediu para escolher um capítulo da literatura para leitura. Escolhi o 9º passo, que fala sobre a reparação.

Durante a partilha, um adicto falou sobre sua tentativa atual de fazer dieta e atividades físicas para perder peso, descrevendo-se como “descontrolado para

tudo”. Mencionou os danos que causou à sua família, inclusive tendo vendido eletroeletrônicos para comprar droga.

Outro adicto que reconheceu ter “acabado com a vida” de sua ex. mulher, disse que ajudou ela a quitar algumas dívidas, mesmo após a separação, considerando isto uma tentativa de reparação. Agradeceu pela oportunidade de conviver com sua avó limpo por 7 anos até ela falecer. E mencionou durante sua partilha que “não é fácil ficar limpo, mas esta é a minha missão de vida”.

Outro adicto falou sobre seu histórico familiar e profissional, tendo perdido seu emprego por causa das drogas, sobre a culpa pelas vezes que “estava louco” na presença das filhas.

Um dos adictos presentes estava acompanhado de seu cachorro de estimação.

Ao final da reunião, os adictos reservaram um tempo para falar sobre as decisões tomadas na última reunião de serviço da qual um deles que estava ali, o RSG (Representante de Serviço do Grupo) havia participado, me explicando sobre estes procedimentos. Somente 4 adictos participaram desta reunião.

Quinta-feira, 26 de outubro de 2017.

Reunião de serviço do grupo HI – “Hospitais e Instituições”

Esta reunião é uma reunião de serviço do subcomitê denominado HI (Hospitais e Instituições) e acontece no CSA (Comitê de Serviços de Área), que fica localizado no prédio de uma paróquia. Neste mesmo endereço ocorrem reuniões de outro serviço do NA, o IP, e do grupo “Tamo junto”, todas em salas diferentes.

Quando eu cheguei fui reconhecida por vários membros que tenho encontrado nas reuniões de grupo, e pedi permissão para participar desta reunião, conforme já haviam me convidado antes.

Neste dia, participaram desta reunião 15 adictos, dentre eles 2 mulheres. A reunião de serviço deste subcomitê também é iniciada com a Oração da Serenidade.

Durante a reunião alguns membros entram e saem da sala, alguns fumantes de cigarro.

A pauta da reunião é gerida por um coordenador, com o auxílio de um secretário do grupo, eleitos por tempo determinado. Os membros deste grupo voluntariamente se dispuseram a participar deste serviço da irmandade.

Inicialmente, foram expostos assuntos sobre o último “painel” de NA realizado em uma comunidade terapêutica da cidade, que eles nomeiam frequentemente de “clínica”. Um painel consiste em uma apresentação dos membros de NA que vão até a instituição para falar sobre o funcionamento do grupo e de como eles encontraram ajuda para manter-se limpos.

Os participantes da reunião falaram sobre a reação dos internos da clínica, algumas perguntas que os internos lhe fizeram e que eles acreditam ter a intenção de tentar contradizê-los, uma vez que os internos têm acesso ao livro básico de NA e conhecem os 12 passos.

Mencionaram, também, os questionamentos dos internos da clínica em relação a como o NA percebe a religião, entre outros assuntos. Os membros mencionaram que não falam nada em seu próprio nome, somente em nome do NA, uma vez que uma das tradições do programa é não emitir opiniões próprias ou julgamentos sobre qualquer assunto externo ao programa.

Comentaram que nesta clínica visitada, na qual é proibido fumar cigarro em razão de se tratar de um lugar regido pela religião evangélica, um membro de NA fumou lá fora e ofereceu um cigarro para um interno da clínica, sem se atentar a esta proibição. Com isto, o pastor responsável pela clínica lhe chamou a atenção e disse aos membros de NA que não queria mais que eles voltassem lá.

Também foi discutida nesta reunião as dificuldades em ter mais membros de NA dispostos a servir o HI.

Em certo momento, um membro do grupo contou sobre sua participação em um fórum regional que ocorreu em São Paulo no último final de semana em um hotel fazenda, o qual reuniu membros de NA da região. Falou sobre as diferenças entre o serviço de HI na cidade de São Paulo, sendo que lá eles atendem presídios e serviços psiquiátricos daquela região, diferente aqui da cidade, onde as maiores demandas são as comunidades terapêuticas. Disse que, em São Paulo, os serviços de HI priorizam que membros de NA do sexo masculino visitem presídios onde estão internos do sexo masculino e membros de NA do sexo feminino visitarem presídios

no qual as residentes são mulheres, citando que ocorreu um problema determinada vez, sendo que um membro de NA se envolveu com uma detenta dentro do presídio e esta ficou grávida, prejudicando a imagem da irmandade. Falou, também, sobre a necessidade de evitar conflitos com os traficantes que vendem drogas dentro dos presídios. Mencionou, os cuidados necessários com o vocabulário e com as expressões verbais utilizadas, bem como as vestimentas e as formas de abordar os detentos. Também exemplificou que alguns grupos de NA mantêm contato com os detentos por meio de cartas, a fim de levar a mensagem do programa, e comentou sobre os riscos que podem haver de envolvimento amorosos entre homens que respondem cartas escritas por mulheres ou vice-versa. Contou sobre a existência do projeto “Tendas” (tendas em que os membros de NA ficavam para entregar folhetos e dar informações sobre a irmandade) que acontecia em algumas regiões, especificamente na cracolândia de São Paulo, sendo que após as frequentes operações policiais ocorridas no local este projeto foi suspenso, visando preservar a integridade física dos membros de NA. Os adictos compararam esta situação com a experiência vivida aqui em Limeira pelo grupo “Praça”, que é um grupo de rua e, por isso, pode estar exposto a certos riscos ao conviverem próximo de pessoas que fazem uso de drogas.

Após discutirem estes assuntos e compartilharem suas opiniões, os membros organizaram e planejaram qual será o tema a ser trabalhado no próximo painel a ser realizado durante visita às instituições da cidade, considerando que a cada mês eles trocam o tema dos painéis.

O tema do painel do mês de outubro foi “Princípios” e o tema do mês de Novembro será “O grupo”. Assim, ao se prepararem para a apresentação nos próximos painéis, os membros partilharam sobre a importância do grupo para a vida deles. Alguns disseram que tem o grupo como uma segunda casa, outros disseram que percebem o grupo como um espelho, no qual eles se vêem e se identificam com os outros. Mencionaram o acolhimento sentido ao chegarem no grupo, falaram sobre como foi bom chegar em um lugar no qual tinham a liberdade para partilhar sem sentirem-se julgados, entre outras coisas.

Agradeceram a minha presença ao final e me convidaram para participar mais vezes desta reunião se eu quiser.

Terça-feira, 31 de outubro de 2017.

Reunião de serviço do grupo IP – “Informações ao Público”

Esta reunião é uma reunião de serviço, promovida pelo grupo de IP “Informações ao Público” que também acontece no CSA (Centro de Serviços de Área). O serviço de IP é responsável por toda comunicação com o público em geral, direcionada não somente aos possíveis adictos, mas também aos familiares e à comunidade em geral. Esta reunião aconteceu no mesmo horário de uma reunião tradicional de partilha do grupo “Tamo junto”, em uma sala própria, no mesmo prédio pertencente à determinada paróquia.

Neste subcomitê também existe um membro que exerce a função de coordenador e outro que exerce a função de secretário por tempo determinado, como geralmente ocorre em todos os grupos de NA.

Entre as ações deste grupo de serviço estão: colocar placas que divulgam o nome do grupo, local e horário das reuniões e o telefone 0800 em vias públicas da cidade, geralmente próximas de rotatórias, semáforos ou outros locais de grande circulação de pessoas; pintar muros para divulgação do NA.

Eles disseram que também são um canal de comunicação para divulgar o grupo nas rádios, em escolas, praças e outros locais públicos. Realizam eventos em datas comemorativas, tais como: Dia das Mães, Dia dos Pais, Natal, Dia das Crianças, distribuindo folhetos e fornecendo informações sobre a irmandade. Contaram que conseguiram adquirir uma máquina de algodão doces, que geralmente distribuem para a população no Dia das Crianças. No próximo feriado de Finados, dia 02 de novembro, por exemplo, eles estarão em frente aos cemitérios da cidade panfletando.

Um dos membros deste grupo de serviço fica temporariamente responsável pela linha de ajuda, um aparelho telefônico celular, para o qual são direcionadas ligações recebidas pelo número 0800 da região, que abrange além do estado de São Paulo, o estado de Minas Gerais e algumas cidades do Mato Grosso. Este membro atende e registra as ligações recebidas em um formulário padrão, informando quem ligou (por exemplo, um adicto em potencial, adicto membro,

amigo, familiar, alguém da mídia ou de alguma instituição etc), qual a informação foi fornecida e como a pessoa que ligou teve conhecimento deste número de telefone. Eles geram relatórios e gráficos a partir destes dados. Existe, ainda, um manual sobre como funciona esta linha de ajuda e o membro responsável pelo atendimento recebe um treinamento prévio de como fazê-lo. A orientação é de que o membro servidor atenda as ligações entre 08h00 e 22h00, considerando que ele faz isto durante sua rotina cotidiana de trabalho. As ligações perdidas também são registradas. Quem retorna as ligações perdidas é uma pessoa contratada pelo NA para fazer este serviço durante o horário comercial, a qual cuida de diferentes linhas de ajuda de uma dada região. A cia telefônica que fornece a linha é definida nas reuniões de área com a votação do grupo.

Os adictos comentaram, ainda, sobre

a recente parceria feita com uma rádio, que irá divulgar durante sua programação os dias, locais e horários das reuniões de Narcóticos Anônimos nas cidades de Limeira, Araras e Iracemápolis, pertencentes a este CSA.

Os membros deste subcomitê foram muito atenciosos comigo, me mostrando os materiais utilizados (relatórios da linha de ajuda, vídeo que a rádio gravou para divulgação do NA) e tirando as minhas dúvidas, além de me convidarem para vir sempre que quiser participar desta reunião.

Este grupo citou, também, que a sua maior dificuldade é ter novos membros de NA dispostos a servir este subcomitê, que contava com 5 membros nesta reunião.

Domingo, 05 de novembro de 2017.

Grupo “Esperança” (há 6 anos).

As reuniões deste grupo ocorrem em uma sala dentro do recinto de uma igreja em um bairro da cidade.

Neste dia aconteceu uma reunião aberta, da qual os familiares dos adictos também puderam participar. Denominada “Café com família”, esta reunião acontece todo primeiro domingo do mês, no período da manhã. Antes da reunião, os participantes são convidados a tomar um café da manhã organizado pelos próprios membros do grupo.

Após os ritos iniciais, um membro de NA foi convidado para fazer a partilha de sua trajetória.

Limpo há mais de 8 anos, este adicto partilhou um pouco do seu histórico, mencionando os empecilhos em dar o primeiro passo na recuperação, as dificuldades iniciais em abrir mão das suas vontades e entregá-las a um Poder Superior, e falou sobre a sua vivência dos passos. Também comentou sobre as diferenças entre o Poder Superior do NA e o Poder Superior das religiões que frequentou, visto por ele como punitivo. Segundo este adicto, cada membro “cria o seu Poder Superior, conforme aquilo que acredita”.

Durante esta reunião aconteceu, também, a troca de fichas de dois companheiros, sendo que um deles (limpo há 5 anos) estava acompanhado de sua esposa grávida. O padrinho deste adicto teve uma recaída e recorreu ao afilhado para voltar ao NA, emocionando-se ao entregar-lhe a nova ficha. Este, por sua vez, também recebeu a ficha pelos seus 5 anos limpo, falando um pouco sobre sua trajetória e uma tentativa de suicídio, agradecendo à irmandade pela ajuda recebida, emocionando-se ao referir-se à sua mãe, a qual estava presente nesta reunião.

Outros adictos partilharam, sobre o medo, sobre a vontade intensa de usar drogas e sobre o autoconhecimento que eles buscam no grupo de NA, além de agradecerem a partilha do companheiro convidado.

Ao todo havia 45 pessoas presentes nesta reunião, entre adictos e familiares.

Foi uma reunião diferente, na qual pude observar a sensibilização dos familiares e a emoção dos membros de NA ao falarem sobre as conquistas que tiveram no seu percurso de recuperação.

Terça-feira, 27 de fevereiro de 2018.

Grupo “Renascer em Liberdade”.

Após muita dificuldade em agendar novas entrevistas com membras mulheres, retomei ao campo e compareci à uma reunião aberta, convidada por um membro do grupo com quem mantenho contato virtualmente.

Neste dia, a reunião era uma reunião temática, de caráter aberto. Nas reuniões temáticas geralmente um membro de NA é convidado para partilhar suas

experiências e falar sobre determinado tema. Nesta reunião o tema era livre e quem fez a partilha foi um membro de NA da cidade de Piracicaba.

O adicto que partilhou estava acompanhado de sua noiva, também adicta e membra de NA. Ele conheceu a irmandade há 18 anos atrás. Disse que já foi preso por envolvimento com drogas, tendo interrompido a frequência no NA e retomado algum tempo depois. Está limpo há 9 anos, 5 meses e alguns dias. Comentou que não fizera nada que considera importante na sua vida, como por exemplo, trabalhar, namorar antes de conhecer NA a não ser ter feito o uso de drogas. Mencionou a dificuldade em falar sobre o tema “livre”, uma vez que considera difícil lidar com a liberdade, estando acostumado a sentir-se pressionado, mas que conheceu uma liberdade “positiva” ao estar limpo. Falou sobre as mudanças que o programa de NA trouxe para a sua vida, como por exemplo: tornar-se empresário e ter o seu próprio negócio, namorar, noivar, sendo que seu casamento está agendado para daqui a menos de um mês e ele vem idealizando e acompanhando todos os preparativos, resgatando o seu sonho de se casar.

O adicto que partilhou falou ainda sobre os aprendizados construídos na sua relação com o padrinho em NA, citando que aprendeu com seu padrinho a ter equilíbrio, e que para ele o equilíbrio tem a ver com estar em movimento e conseguir lidar com as diferentes emoções boas e ruins que lhe acometem. Falou sobre momentos de lapsos, nos quais ele precisa lidar com a dor, com a dúvida, com a frustração. Relatou a leitura e a prática do “Guia para trabalhar os Passos” e como isto lhe ajudou a conquistar o autoconhecimento e a auto aceitação. Comentou, ainda sobre a importância do grupo, da partilha e da identificação com os companheiros, acreditando que um adicto é a melhor pessoa para ajudar outro adicto.

Por fim, falou sobre as diferenças em se adaptar aos grupos que frequenta na cidade do interior de São Paulo em que ele reside há quase 2 anos, considerando que ele morava em uma região a grande São Paulo e frequentou os grupos de lá durante algum tempo, percebendo diferenças na cultura dos diferentes grupos e na maneira de conduzirem as reuniões.

Alguns outros adictos que participaram desta reunião fizeram perguntas e agradeceram o adicto que partilhou durante a temática.

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1) Com quem você vive hoje ou como é composta a sua família?
- 2) Existe alguém na sua família que é adicto?
- 3) Como você chegou até o N.A. e desde quando você frequenta o grupo?
- 4) Quando você conheceu o N.A., você sentiu alguma resistência para frequentar? Por quê?
- 5) Você faz ou já fez algum outro tipo de tratamento para a sua dependência além do N.A? Se sim, qual?
- 6) Você já interrompeu a frequência no N.A por algum tempo? Como foi e o que motivou sua volta?
- 7) O que mudou na sua vida depois de participar do N.A?
- 8) Quais fatores você acredita que mais influenciam uma pessoa a recorrer ao uso de drogas?
- 9) Você acredita na possibilidade de conviver com o uso de drogas sem ter que se abster totalmente?
- 10) O que te motiva a permanecer no N.A?

ANEXOS



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O fenômeno da drogadicção sob uma perspectiva interdisciplinar: Um estudo sobre grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Limeira - SP

Pesquisador: AUDREY VANESSA BARBOSA LEME

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69178617.2.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.182.035

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendências emitidas no parecer n. 2.152.462 em 03/07/2017.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Alterada conforme recomendação do CEP, para:

Riscos:

Pode haver algum tipo de desconforto em responder as perguntas da esquisadora, porém não há demais riscos previsíveis à saúde do participante. Caso não se sentir confortável diante de uma ou mais questões da entrevista, o participante poderá optar por não responder ou por desistir de participar da pesquisa. A identidade do participante será preservada sob sigilo.

Benefícios:

Como benefícios diretos ao participante, acredita-se na possibilidade de que a entrevista promova uma reflexão sobre sua própria condição. Além disso, ao participar da entrevista, o participante estará contribuindo para estudos em torno da drogadicção que possibilitem maior compreensão deste fenômeno e possam contribuir com o desenvolvimento de estratégias terapêuticas para intervenções futuras, como também poderá ajudar a tornar acessível o trabalho desenvolvido pelo

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.035

NA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora acatou todas as recomendações do parecer, apresentando novo texto de apresentação da pesquisa, ajustando a avaliação de riscos e benefícios, esclarecendo a metodologia proposta e corrigindo o campo "desfechos". As alterações foram incorporadas no projeto, na PB e no TCLE.

CONCLUSÃO: Todas as pendências foram adequadamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram devidamente apresentados: carta-resposta a pendências, TCLE e projeto emendados, e formulário na PB.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram respondidas.

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O pesquisador se compromete a iniciar a pesquisa somente após o parecer de aprovação deste CEP.
- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, devidamente assinado.
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
- Ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participante não estará perdendo qualquer direito legal, de acordo com as leis e regulamentações brasileiras, incluindo o direito de obter indenização por danos decorrentes da pesquisa.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 2.182.035

- O CEP deve ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente ao evento ocorrido junto com seu posicionamento (descrição de medidas tomadas).
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890562.pdf	08/07/2017 16:12:24		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP_Audrey_Lemeassinada.pdf	08/07/2017 16:10:54	AUDREY VANESSA BARBOSA LEME	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Audrey_Leme_corrigido.pdf	08/07/2017 16:09:55	AUDREY VANESSA BARBOSA LEME	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Audrey_Leme_atualizado.pdf	08/07/2017 16:08:19	AUDREY VANESSA BARBOSA LEME	Aceito
Outros	Carteira_estudantil_Unicamp.jpg	16/05/2017 16:39:14	AUDREY VANESSA BARBOSA LEME	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Audrey.pdf	05/04/2017 07:33:06	AUDREY VANESSA BARBOSA LEME	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.182.035

CAMPINAS, 21 de Julho de 2017

Assinado por:
Monica Jacques de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br