



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Os Doze Passos do “ganso”: a trajetória de policiais militares usuários de drogas em uma instituição reinterpretativa

Fernanda Novaes Cruz

Rio de Janeiro

2019

Fernanda Novaes Cruz

Os Doze Passos do “ganso”: a trajetória de policiais militares usuários de drogas em uma instituição reinterpretativa

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Dr. Fernando Castro Fontainha

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/D - IESP

C957 Cruz, Fernanda Novaes.
Os Doze Passos do “ganso”: a trajetória de policiais militares usuários de drogas em uma instituição reinterpretativa / Fernanda Novaes Cruz. – 2019. 225 f. : il.

Orientador: Fernando Castro Fontainha.
Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos.

1. Drogas - Abuso - Teses. 2. Tratamento - Teses. 3. Rio de Janeiro (Estado). Polícia Militar - Teses. I. Fontainha, Fernando Castro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. III. Título.

CDU 613.83

Albert Vaz CRB-7 / 6033 - Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica.

Autorizo para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fernanda Novaes Cruz

Os Doze Passos do “ganso”: a trajetória de policiais militares usuários de drogas em uma instituição reinterpretativa

Tese de Doutorado apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 10 de maio de 2019.

Banca Examinadora:

Prof^o Dr. Fernando de Castro Fontainha (Orientador)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

Prof^a Dra. Mariana Cavalcanti Rocha dos Santos (Presidente)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

Prof^a Dra. Eugenia de Souza Mello Guimarães Motta
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

Prof^a Dr. Frederico Policarpo Mendonça Filho
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dra. Taniele Cristina Rui
Universidade Estadual de Campinas

Prof^a Dr. José Eduardo Leon Szwako (suplente)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

Prof^a Dr. Pedro Heitor Barros Geraldo (suplente)
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2019

*Para meus pais,
Para os que me confiaram as
histórias que serão narradas,
Para todos que sofreram ou ainda
sofrem os efeitos de uma irracional
“guerra às drogas”.*

AGRADECIMENTOS

Primeira pessoa da minha família a ingressar na universidade pública. Primeira a concluir pós-graduação *stricto-sensu*. Neta de avós que não tiveram a oportunidade de cursar o Ensino Superior. Filha de pais que puderam cursar o ensino superior possível de conciliar com o trabalho. Os esforços de todos esses foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Mas, não só esses! Tive o privilégio de ingressar na Universidade em um momento político de expansão universitária no país. Agradeço aos subsequentes governos do Partido dos Trabalhadores, que foram fundamentais para tornar o ensino superior público uma realidade para mim e para tantos outros que encontrei ao longo dessa jornada.

Agradeço à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sou filha desta universidade que pulsa diversidade e resistência. Esse espaço que se tornou meu lar há onze anos. Todos os fluxos que encontrei aqui foram fundamentais para minha formação não apenas como cientista social, mas principalmente como cidadã. UERJ RESISTE!

A CAPES, pelo financiamento desta pesquisa no Brasil e na Universidade de Oxford no Reino Unido por meio do programa de Doutorado Sanduíche.

Ao meu orientador Dr. Fernando Fontainha, por me acolher já no início do terceiro ano de doutorado com o maior entusiasmo e dedicação. Obrigada pelos encontros de orientação sempre estimulantes, pela orientação próxima e cuidadosa, mas que sempre me permitiu liberdade e autonomia de pensamento.

Para a orientadora no exterior Dra. Leigh Payne, por toda generosidade e pelas atenciosas leituras a este trabalho durante o período de estágio no exterior.

Para os membros da banca de avaliação desse trabalho pelas contribuições e pelo tempo e atenção dedicados a leitura.

Para Gláucio Soares, pelas reflexões iniciais desse trabalho e por acompanhar os anos iniciais da pesquisa.

Aos interlocutores desse trabalho, os conselheiros estagiários e os funcionários, eu não poderia ser mais grata! Pela confiança, carinho e amizade que me dispensaram em cada um dos contatos que tivemos. Sem o irrestrito apoio de vocês a esse trabalho, ele nunca deixaria de ser uma ideia.

Aos meus ex-alunos do CEDERJ, que me despertaram para o prazer de ensinar e aprender. E, pelas constantes oportunidades de sair da minha zona de conforto e pensar através de outras perspectivas.

Aos policiais militares que conheci ao longo desse trabalho, pela paciência em me explicar o significado de cada sigla, dos processos e do funcionamento da instituição, sempre de forma solícita e atenciosa.

As funcionárias, funcionários e professores do IESP pelo zelo e empenho em deixar a “casa” sempre agradável para nos receber, mesmo nos momentos de extrema crise que vivemos ao longo desse período.

Aos colegas de turma, especialmente os que compartilharam as disciplinas de seminário de tese, pelas discussões e sugestões fundamentais para este trabalho.

As incríveis mulheres que eu encontrei no Coletivo Feminista do IESP Virgínia Leone Bicudo pela contínua fonte de força e inspiração.

Aos colegas do DECISO, Amanda Evelyn, Ana Carolina Castro, Paulo Joaquim, Carol Loss, Luiza Bastos, Pedro Fernandes e João Pedro, pelas leituras atentas e cuidadosas que fizeram deste trabalho.

Aos conhecidos e desconhecidos sempre que incentivaram a realização do estágio no exterior. Sempre tão solícitos, ajudaram com dicas que foram desde os entraves burocráticos, até as valiosas dicas de adaptação. Renatinha, nunca esquecerei do áudio sobre como lidar com o frio!

Ao longo do Doutorado Sanduíche, quando achei estar sozinha, um amigo que eu via pela segunda vez, me disse algo como “a gente atrai aquilo que oferecemos para o mundo”. E, foram muitas as pessoas que me acolheram das mais distintas formas e aqueceram meu coração latino na gelada Inglaterra. Agradeço a Amy Jaffa, Adir, Alex Mazzanti, Vítor Santos, Gustavo Hirsch e aos demais colegas que encontrei no *Latin American Centre*. Agradeço também a senhora de olhares atravessados da *Social Sciences Library* com quem dividi muitas tardes e alguns sermões. Um agradecimento mais do que especial para Camilla Paulino, a capixaba com quem dividi um *pint* no dia que cheguei em Oxford e nunca mais me separei. Me faltam palavras para agradecer por tudo que vivemos juntas!

Para uma das minhas maiores heranças do Reino Unido, meus *Drama Queen*, Anna Rita, Gustavo Bussmann, Erivaldo Carneiro e Camilla Paulino. Por serem o porto seguro dos meus dramas acadêmicos, afetivos e para o que mais eu

precisasse. Por sofrerem comigo a cada drama, comemorem cada vitória e me obrigarem a desapegar da tese (o que não está sendo fácil!).

Aos colegas do curso de teatro do Calouste Gulbenkian, por me ajudarem a transformar em arte o turbilhão de emoções que vivi ao longo deste doutorado.

A toda equipe da Subsecretaria de Educação, Valorização e Prevenção da extinta SESEG, por todo o aprendizado e amizade. Por me ensinarem a importância do conflito e do desconforto, mas também da união e do espírito de equipe. Com carinho especial para aqueles que dividi tardes, chocolates e discussões, Almir Lopes, Ana Gabriela e Tatiana Lima.

Aos queridos Thais Duarte e Eduardo Ribeiro, pela inspiração acadêmica, pelas cervejas e principalmente pela amizade.

Para todos os pesquisadores e amigos que encontrei no LAV-UERJ. Agradeço em especial a Ignacio Cano, Dorian Borges e João Trajano. Obrigada pelo estímulo ao estudo de temas tão delicados, mas ao mesmo tempo sempre conduzidos com a seriedade necessária. E, por apresentarem para mim e para outros tantos pesquisadores, a importância da atuação da Academia para além de seus muros.

Para os colegas do GEPESP, em especial Dayse Miranda pela confiança e por todas as oportunidades de crescimento pessoal e profissional que vivemos juntos.

Para Gustavo Mascarenhas (*in memoriam*), a pessoa que me apresentou as Ciências Sociais, mas não teve a oportunidade de vivenciá-la comigo. Apesar do tempo que nos deixou, Guh está sempre presente nas minhas melhores lembranças e pensamentos!

Para Fillipe Tiné, meu fiel amigo para todas as horas.

Para outros tantos amigos que encontrei ao longo da vida. Loren Figueira, Lorena Figueira, Amanda Rastrelli, Maria Bogado, Daniela Rosa, Artur Seidel, Jamille Bringuenti, Marcele Frossard, Thais Matile, Cesar Cardoso, Rodrigo Andrade. Compartilhar momentos com vocês é sempre incrível! Ter vocês por perto torna a vida mais leve, alegre e afetuosa.

Para Michelle Esmeraldo e Giselle Esmeraldo por permanecerem por perto.

Para Luana Perrotta e Angela Lanzillotta minha família carioca do coração.

Para meu pai, Luis Claudio, por ser meu primeiro e maior incentivador. Por independentemente de a distância sempre encontrar formas de se fazer presente. Obrigada pelo brilho nos olhos ao ver eu e meus irmãos alcançando nossos sonhos.

Para Ieda Novaes, uma das mulheres mais fortes que eu já conheci. Minha fonte diária de inspiração! Mãe, obrigada por todas as lutas que enfrentou para que eu chegasse até aqui. Obrigada pela forma sempre tão carinhosa que cuidou de nós, por aceitar e incentivar minhas escolhas, mesmo quando elas foram distintas dos seus planos.

Para os meus irmãos, Felipe, Flávio, Letícia e Júlia, que me ensinaram desde a infância valores fundamentais como a empatia, o cuidado e o amor. Em especial para Flávio Cruz, pelo nosso belo núcleo familiar de dois (três com a Raquel!) que construímos no Rio de Janeiro neste último ano.

Para meus pingos, Laura, Mateus e Rafael. A alegria que emana de vocês, me faz querer ser a cada dia uma dinda, uma titia e uma pessoa melhor.

Para minha família, pequena em número, mas gigante em amor. Especialmente para as referências femininas, sempre tão fortes e batalhadoras que desafiaram diversos espaços para que eu pudesse hoje chegar até aqui.

Para Caio Fernandes, por atravessar o Aterro do Flamengo correndo em um domingo do verão carioca, para me encontrar de surpresa de biblioteca, e me lembrar que eu não iria passar por aquele doloroso processo de escrita sozinha. Pelas maratonas de Poderoso Chefinho, pelos almoços, pelos brigadeiros maravilhosos da padaria da Marquês de Abrantes, pelas cervejas de recompensa em qualquer esquina carioca ou paulista. Mas, principalmente, por mesmo nos dias mais difíceis, nem ao menos por um segundo me deixar parar de remar.

Por fim, e não menos importante, para a pessoa que venho construindo a cada dia. Por tudo que passamos ao longo desses anos. Pela coragem em cada momento que decidimos que não haveria outra opção além de seguir em frente. Para essa pessoa que é fruto do contato que estabeleci com todas as pessoas que citei aqui, e de outras tantas que os encontros da vida me proporcionaram.

“(…) Começaram a conversar sobre o rapaz. Poucas palavras e percebi que lá vinha mais uma história pesada. Acho que minha expressão demonstrou o cansaço – “Esse trabalho seu não mexe com a sua ‘mente psicológica’?”, ela me perguntou. Muito, pensei comigo; mas sorri e disse que não, que estávamos acostumados.”
(Gabriel Feltran)

“(…) Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia”
(Eduardo Galeano)

RESUMO

CRUZ, Fernanda Novaes. **Os Doze Passos do “ganso”**: a trajetória de policiais militares usuários de drogas em uma instituição reinterpretativa. 2019. 225 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A pesquisa apresenta e discute o Renascer, uma iniciativa da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) para o tratamento de policiais usuários de drogas lícitas e ilícitas. Desde o início da década de 1990, a PMERJ mantém um ambulatório para o tratamento da dependência química na estrutura de seu hospital central. O principal serviço oferecido é a internação de caráter voluntário (com duração de aproximadamente 35 dias). Além da desintoxicação através da abstinência e administração de medicamentos, no local é adotada a metodologia dos Doze Passos, oriunda de grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Para dar conta do tema foi realizada pesquisa de campo, onde pude coletar dados a partir da observação direta e realização de entrevistas com funcionários e ex-pacientes ao longo de 2016 e 2017. O objetivo do trabalho é apresentar como o tratamento para a reabilitação desses indivíduos baseia-se em um processo de reconstrução individual a partir da reinterpretação de suas trajetórias. Pensando sob a perspectiva da reconstrução do *self*, parto do conceito de *instituições totais* de Erving Goffman (1971) e da releitura do conceito proposta por Susie Scott (2011) intitulada *instituições reinventivas* para cunhar o conceito de *instituições reinterpretativas*. Demonstro a partir dos relatos dos policiais como o tratamento opera através de uma tentativa de reconstruir essas trajetórias, desde a infância até os dias atuais. Essa reconstrução implica na reinterpretação momentos considerados importantes, como: a identificação do comportamento “adicto”, o início da carreira de uso da substância, a entrada na Polícia, a “época boa” do uso de drogas, o “fundo do poço”, a conscientização do diagnóstico da dependência química e a incorporação do modo de vida “em recuperação”. Ao longo desse processo foi possível identificar uma forma específica de reportar essas trajetórias e de criar significados comuns a partir dessas experiências individuais. O trabalho aborda ainda a forma como esses policiais veem a si mesmos e como se consideram vistos pela corporação, antes e depois de experienciar o tratamento.

Palavras-chave: Doze Passos. Drogas. Polícia Militar. instituições totais. instituições reinventivas. instituições reinterpretativas.

ABSTRACT

CRUZ, Fernanda Novaes. **A trajectory of military police drug users in a reinterpretative institution**. 2019. 225 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019

This thesis presents Renascer, an initiative of the Rio de Janeiro State Military Police (PMERJ) to treat police officers who use licit and illicit drugs. Since the early 1990s, PMERJ has a rehab clinic for the treatment of chemical dependency in the structure of its central hospital. The main service offered is a voluntary hospitalization (lasting approximately 35 days). Besides detoxification through abstinence and medication administration is adopted the Twelve Steps methodology, originating from groups such as Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. Methodologically, fieldwork was carried out. I have collected data from the direct observation and realized interviews with employees and former patients throughout 2016 and 2017. The main objective of this study is to present how this treatment is based on a process of individual reconstruction through the reinterpretation of their trajectories. Considering the self-reconstruction process, I have started from Erving Goffman's concept of *total institutions* (1968) and re-reading the concept proposed by Susie Scott (2011) entitled *reinventive institutions* to create the concept of *reinterpretative institutions*. Analysing the police officers' addicts' stories, I have tried to demonstrate how the treatment operates through an attempt to reconstruct these trajectories, from childhood to nowadays. This reconstruction implies on the reinterpretation of important moments, such as: the identification of "addicted" behaviour, the beginning of the career of using the substance, entering the Police, the "good time" of drug use, the "hitting bottom", the awareness of the diagnosis of chemical dependency and incorporation of the "recovering" way of life. Throughout this process it was possible to identify a specific way of reporting these trajectories and to create common meanings from these individual experiences. The research also presents how these officers see themselves and how they see themselves viewed by the corporation, before and after experience the treatment.

Keywords: Twelve Steps. Drugs. Military Police. Total institutions. Reinventive institutions. Reinterpretative institutions.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1- | Fragmento do Boletim da Polícia Militar sobre a criação do CRAQ..... | 24 |
| Figura 2- | Fluxograma dos serviços oferecidos no Renascer..... | 28 |
| Tabela 1- | Frequência no grupo de acordo com a patente ou graduação..... | 42 |
| Gráfico 1- | Frequência de internação dos pacientes que passaram ao menos uma vez pelo Renascer entre janeiro de 2016 e março de 2017..... | 44 |
| Gráfico 2- | Situação dos pacientes em março de 2017..... | 45 |
| Figura 3- | Placa afixada no corredor principal..... | 56 |
| Figura 4- | Pôster afixado na sala de reuniões do Renascer e na recepção da Psiquiatria do HCPM..... | 118 |
| Figura 5- | Ar condicionado do Renascer com placa de “só por hoje”..... | 118 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|------------------------------------------------------------|
| AA | Alcólicos Anônimos |
| BoI PM | Boletim da Polícia Militar |
| BOPE | Batalhão de Operações Policiais Especiais |
| BPM | Batalhão de Polícia Militar |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CEDERJ | Centro de Educação a Distância do Estado do Rio de Janeiro |
| CFAP | Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças |
| CRAQ | Centro de Referência para Adictos Químicos |
| CT | Comunidade Terapêutica |
| DGS | Divisão Geral de Saúde |
| DPO | Destacamento de Policiamento Ostensivo |
| DRD | Documento de Razões de Defesa |
| H&I | Hospitais e Instituições |
| HCPM | Hospital Central da Polícia Militar |
| ISP-RJ | Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro |
| LSN | Lei de Segurança Nacional |
| LTS | Licença para Tratamento de Saúde |
| NA | Narcóticos Anônimos |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAD | Processo Administrativo Disciplinar |
| PMERJ | Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro |
| PROERD | Programa de Erradicação às Drogas |
| SEAP | Secretaria Estadual de Administração Penitenciária |
| SPA | Seção de Pronto Atendimento |
| UPP | Unidade de Polícia Pacificadora |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 17 |
| 1 | CONSTRUINDO O OBJETO: UMA VERSÃO PARA A HISTÓRIA E O FUNCIONAMENTO DA CLÍNICA RENASCER | 22 |
| 1.1 | Uma versão para a história da Clínica Renascer | 22 |
| 1.2 | O funcionamento atual do serviço | 26 |
| 1.2.1 | <u>Internação</u> | 29 |
| 1.2.2 | <u>Grupo de apoio aos familiares</u> | 30 |
| 1.2.3 | <u>Pós-internação</u> | 32 |
| 1.2.4 | <u>Grupo de Prevenção a “Recaída”</u> | 33 |
| 1.2.5 | <u>O curso de conselheiro estagiário</u> | 35 |
| 1.3 | Estar “em recuperação” ou “recaído” | 38 |
| 1.4 | A estrutura física e profissional dos serviços oferecidos | 39 |
| 1.5 | Uma tentativa de levantamento do alcance do atendimento | 41 |
| 2 | UMA “DOUTORA” NA POLÍCIA MILITAR – A APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS | 47 |
| 2.1 | Escolhas e aprendizados metodológicos | 52 |
| 2.2 | A escolha dos conselheiros estagiários como principais interlocutores | 53 |
| 2.3 | Anonimato e Confidencialidade | 55 |
| 2.4 | A escolha por um roteiro semiestruturado | 58 |
| 2.5 | As contrapartidas: As oficinas de fotografia e organização do banco de dados | 59 |
| 2.6 | A saída do campo e elaboração das análises | 60 |
| 3 | A RECONSTRUÇÃO DO <i>SELF</i> E AS <i>INSTITUIÇÕES REINTERPRETATIVAS</i> | 62 |
| 3.1 | O Interacionismo Simbólico e apontamentos sobre o <i>self</i> | 62 |
| 3.2 | O <i>self</i> para Erving Goffman | 65 |
| 3.3 | O <i>self</i> desacreditado, a doença mental e o <i>self</i> a ser reconstruído | 66 |
| 3.4 | O conceito de instituições para o Interacionismo Simbólico e | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| para Erving Goffman | 68 |
| 3.5 A Instituição Total e a relação com os indivíduos | 68 |
| 3.6 Críticas às instituições totais e as instituições reinventivas | 75 |
| 3.7 As instituições reinterpretativas | 79 |
| 3.7.1 <u>As motivações de entrada</u> | 80 |
| 3.7.2 <u>Concepção de Dependência Química adotada nessas propostas de tratamento</u> | 82 |
| 3.7.3 <u>As relações de poder entre pacientes e staff</u> | 85 |
| 3.7.4 <u>A compulsão, a <i>carreira moral</i> e a construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação</u> | 88 |
| 3.7.5 <u>Resistências e conversões</u> | 90 |
| 3.8 Por uma teoria que considere o contexto e as relações de poder presentes no meio estudado | 93 |
| 4 OS DOZE PASSOS E AS DOZE TRADIÇÕES DE UM “ADICTO EM RECUPERAÇÃO” E A APLICAÇÃO DESSE MÉTODO NA CLÍNICA RENASCER | 95 |
| 4.1 A metodologia dos Doze Passos e das Doze Tradições - Uma brevíssima introdução | 96 |
| 4.2 Premissas do tratamento | 98 |
| 4.3 Percorrendo passo a passo os Doze Passos | 103 |
| 4.4 Porque aderir aos Doze Passos no Renascer? | 107 |
| 4.5 Semelhanças e diferenças com relação a outras formas de tratamento | 109 |
| 4.5.1 <u>Irmandades de Doze Passos</u> | 110 |
| 4.5.2 <u>Redução de Danos</u> | 112 |
| 4.5.3 <u>Comunidades Terapêuticas (CTs) e tratamentos religiosos</u> | 115 |
| 4.5.4 <u>Quadro de Psicologia da PMERJ</u> | 116 |
| 4.6 Só por hoje: o processo de recuperação do policial militar em passos | 117 |
| 4.7 Uma “doença democrática” dentro de uma polícia dividida | 120 |
| 5 A TRAJETÓRIA RECONSTRUÍDA DA ADICÇÃO E A SAÍDA PARA O “FUNDO DO POÇO” | 123 |
| 5.1 A infância, a adolescência e a família de um “adicto” | 125 |

| | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.2 | “E aí têm a pesquisa social e o toxicológico...” | 131 |
| 5.3 | “A época boa”: o uso de drogas enquanto policial | 136 |
| 5.4 | “Tornei-me incontrolável”: o agravamento dos problemas, as paranoias, o fundo do poço e a decisão de ingressar na clínica..... | 147 |
| 5.5 | “Os problemas” e às drogas | 157 |
| 6 | “DAR DE GRAÇA O QUE RECEBEU DE GRAÇA”: UM GANSO EM RECUPERAÇÃO | 160 |
| 6.1 | “A polícia militar tem um lugar” | 161 |
| 6.2 | O medo | 163 |
| 6.3 | Gansos ou gambás? | 165 |
| 6.4 | “Aqui eu fui conscientizado de que era uma doença” | 169 |
| 6.5 | A rotina da internação | 171 |
| 6.6 | As visitas | 174 |
| 6.7 | A masculinidade e o “Homossexualismo” | 177 |
| 6.8 | O abandono ou a conclusão do tratamento | 180 |
| 6.9 | A saída da clínica | 183 |
| 6.10 | Quando o policial é convidado “a subir”: tornando-se um conselheiro estagiário | 191 |
| 6.11 | As recaídas: “Você vai ser um fanático religioso pelo programa ou você vai ser um religioso pela droga” | 194 |
| | CONCLUSÃO: PARA UMA TEORIA DAS INSTITUIÇÕES REINVENTIVAS | 201 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 215 |
| | ANEXO A - Publicação em Bol PM n.º 056 - 21 Out 2004..... | 221 |
| | ANEXO B - Capa e nota do Tablóide “Segurança Humana” - Produzido pelo Viva Rio. Mar. 2013..... | 223 |
| | ANEXO C - “A reabilitação de policiais militares com o auxílio da própria corporação” - Jornal o Dia 15/01/2018..... | 224 |

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É possível imaginar que membros de uma das principais instituições de combate às drogas sejam, também, dependentes delas? A constatação da existência de usuários de drogas no interior das instituições policiais é um assunto que já causaria estranhamento para parte considerável da sociedade. Debruçando-se ainda mais sobre o tema, é possível imaginar a existência de um serviço voltado para o tratamento desses policiais no interior de uma dessas instituições?

No imaginário popular, quando falamos sobre violência, quase imediatamente aparece o tema das drogas. Muitos episódios violentos atuais são, de alguma forma, associados com o consumo e/ou o tráfico de drogas¹. Ainda que o trabalho majoritário da polícia seja o da administração de conflitos – como perturbação do sossego ou violência doméstica –, as operações policiais sob a justificativa de combate ao narcotráfico são frequentes, especialmente nas favelas e em áreas mais periféricas da cidade. São durante essas operações que ocorrem parte considerável dos homicídios, tanto de civis, quanto de policiais militares.

Mas, e quando os próprios policiais se tornam agentes no consumo ou tráfico de drogas? Um levantamento realizado por Minayo et al. (2008) apontou o uso de maconha em 2,3% do grupo composto por policiais oficiais, suboficiais e sargentos, e 1% entre cabos e soldados. Com relação ao consumo de crack e cocaína, 2,3% dos policiais oficiais, suboficiais e sargentos alegaram utilizar, e 1,1% entre os policiais cabos e soldados. Devido ao caráter ilícito do consumo dessas substâncias, estima-se que haja considerável subnotificação desses casos. A título de comparação, o consumo diário ou semanal de álcool atingia cerca de metade do universo de policiais entrevistados.

No ano de 2013, Souza et al. (2013) analisaram o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os policiais militares e civis do Estado do Rio de Janeiro. As autoras identificaram que, entre os policiais militares, 1,1% alegaram terem feito ao longo do último ano o uso de maconha, cocaína ou crack. Cabe ressaltar que o questionário

¹ Magaloni e Cano (2016), em um questionário aplicado para 5.133 policiais, destacaram que situações que envolviam posse e uso de drogas ou tráfico de drogas foram o segundo e terceiro incidentes mais frequentemente encontrados na rotina de trabalho dos policiais, com 60,4% e 52,8%, respectivamente.

foi anônimo e autopreenchido, e que as autoras também indicam uma possível subnotificação nos resultados encontrados.

Além desses estudos, Costa et al. (2015), em uma tentativa mensurar a prevalência do uso de drogas psicoativas entre os policiais militares de Goiás, realizaram um levantamento a partir de amostras extraídas do exame de urina dos policiais. O uso de substâncias psicoativas entre policiais também foi mencionado no trabalho de Oberling (2011), que discutiu os estigmas acerca dos usuários de drogas na PMERJ.

Considerando apenas o uso de álcool, Omena e Alves (2007) debateram a relação entre o alcoolismo e o sofrimento do trabalhador, a partir de uma revisão de literatura e da apresentação do alcance dos atendimentos registrados pela assistência social da Polícia Militar de Alagoas relacionados ao alcoolismo. Ferreira (2013) publicou um artigo sobre o tema, em uma tentativa de situar o debate a partir de uma revisão da literatura acerca da relação entre uso de álcool e trabalho.

Os estudos anteriormente citados partiram essencialmente de métodos quantitativos e se concentram, principalmente, na presença ou ausência do uso de drogas, ou realizaram uma revisão bibliográfica relacionando o uso de drogas ao contexto laboral. Entretanto, interessava-me aprofundar o uso de drogas lícitas ou ilícitas a fim de conhecer quem eram essas pessoas e as dinâmicas do uso dessas substâncias.

De modo geral, os estudos sobre o uso de drogas, e de forma mais ampla, sobre o adoecimento mental dos profissionais de segurança pública no Brasil, ainda são relativamente escassos. Para Minayo e Adorno (2013), a visão instrumental da sociedade do policial como um produtor de segurança pública seria uma explicação para a pouca atenção dispensada ao tema.

Identificando a escassez de estudos sobre o tema, decidi cursar o estágio de Doutorado Sanduíche no Reino Unido, na Universidade de Oxford, em busca de bibliografia sobre o tema. Apesar de encontrar mais estudos sobre o assunto, novamente, a maior parte dos trabalhos publicados possuíam abordagem semelhante às que encontrei no Brasil. Em meio a essas buscas, encontrei referências ao título *Police Drug Use: An Analysis of Critical Policy Issues* (1998), de

David Carter. Ao não encontrar o título em nenhuma biblioteca, escrevi para o autor que, prontamente, respondeu lamentando não ter mais cópias do livro.

Considerando que os rumos que tomaram esse trabalho se aproximam mais dos debates acerca dos tratamentos para o uso de drogas, a literatura que será apresentada ao longo dele dialogará diretamente com esse tema. Mas, apresentará ainda temas correlatos que ao longo do campo se apresentaram como relevantes para compreender o Renascer.

Pesquisar sobre policiais usuários de drogas implicava em encarar a dificuldade de abordar uma conduta desviante, o que já se configuraria como um desafio. Somava-se a esse, o fato de a polícia ser uma instituição hierarquizada e com dificuldades próprias de realização de pesquisa. Ao mesmo tempo, ao ter contato com outros policiais, identifiquei que falar sobre o uso de drogas entre eles não era um assunto surpreendente. Algumas manchetes de jornais também já narraram episódios em que os policiais estavam envolvidos no uso e/ou no tráfico de drogas.

Ao buscar informantes policiais militares usuários de drogas, lícitas e/ou ilícitas, Oberling (2011) indicou que, apesar de a grande maioria dos policiais afirmarem conhecerem policiais dependentes de álcool e outras drogas, foi impossível acessar a essas pessoas ao longo do trabalho de campo. Sobre a dificuldade em acessar a esse público, a autora questiona: “como abordar esse tema em um ambiente que valoriza a bravura e o destemor, enquanto características associadas ao verdadeiro policial?” (OBERLING, 2011, p.149)

Interessada por esse tema, identifiquei que havia dentro da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro uma clínica para policiais militares usuários de drogas lícitas ou ilícitas. O acesso a esse local me pareceu inicialmente uma tentativa de abordar o uso de drogas entre esse público. Ao adentrar ao local, pude ter contato com esses policiais e com os funcionários da clínica. No entanto, já de início, identifiquei que estava diante de um grupo específico de policiais usuários de drogas lícitas e ilícitas: os que haviam buscado aquela forma de tratamento na Corporação.

A partir disso, passei a fazer um esforço de não apenas entender as trajetórias desses policiais, mas de compreender o tratamento e como esse tratamento era

incorporado aos relatos das trajetórias desses policiais. Interessava-me compreender a recorrência de determinados temas e situações que encontrei naquelas trajetórias. O trabalho que se segue é fruto dessa tentativa.

No primeiro capítulo, apresento o objeto de estudo dessa tese, através da explicação da história e de cada um dos serviços oferecidos pela clínica. Apresento, ainda, uma tentativa de levantamento dos atendimentos oferecidos, visando contextualizar o leitor sobre o alcance do atendimento. Em resumo, o objetivo é situar o leitor para auxiliar na compreensão dos capítulos seguintes.

O segundo capítulo aborda o percurso e as escolhas metodológicas do trabalho. Além disso, o capítulo pretende situar minha trajetória frente ao tema, o que, invariavelmente, influencia a coleta e as análises de um trabalho científico. Ainda, apresento a estruturação do trabalho de campo e a escolha dos principais interlocutores.

No terceiro capítulo, realizo uma revisão de uma literatura acerca dos processos de reconstrução do *self*. Parto dos estudos sobre o *self* segundo a perspectiva do Interacionismo Simbólico, passando pelo *estigma* (GOFFMAN, 1980), até chegar ao conceito de *instituição total* (GOFFMAN, 1971). A seguir, apresento as críticas às instituições totais e o conceito de *instituições reinventivas* (SCOTT, 2011). Por fim, a partir dos debates possíveis entre esses textos, proponho o conceito *instituições reinterpretativas*, visando avançar no debate sobre o tema e dar conta do material empírico coletado nesse trabalho. Cinco apontamentos principais estão relacionados à proposição deste conceito: (a) as motivações de entrada no tratamento; (b) a concepção de Dependência Química adotada nessas propostas de tratamento; (c) as relações de poder entre pacientes e *staff*; (d) a *carreira moral* do paciente: a compulsão e a (re)construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação; e (e) as resistências e conversões dos indivíduos envolvidos no tratamento.

No quarto capítulo, aprofundo o tratamento dos Doze Passos, que é adotado na clínica. A partir de uma breve introdução histórica, apresento a criação do tratamento e suas principais premissas. Em seguida, realizo um percurso sobre cada um dos Doze Passos, buscando situar o leitor acerca do funcionamento do tratamento a que os policiais são submetidos. Nesse capítulo, demonstro ainda

como o tratamento é incorporado ao cotidiano da clínica, e como outras formas de tratamento são interpretadas no local.

No quinto capítulo, inicio o trajeto de construção da trajetória dos policiais adictos a partir do caso dos conselheiros estagiários. O capítulo é fruto, sobretudo, das entrevistas realizadas com os conselheiros, funcionários e ex-funcionários da clínica. Proponho também uma leitura da trajetória dos policiais “adictos”, considerando demarcadores comuns que identifiquei nos relatos: (a) memórias reconstruídas de autopercepção enquanto um indivíduo adicto e compulsivo; (b) a carreira de uso efetivo da substância; (c) a exposição do estigma e a transição para um indivíduo desacreditado; e (d) as soluções adotadas para enfrentar o estigma. Reivindico, ainda, a importância não apenas de cada um desses demarcadores, mas também a transição entre eles. Ao longo desse capítulo, abordo a infância, adolescência, o início do uso da substância, a decisão de entrar para a polícia, as formas de uso e acesso à droga, as facilidades e dificuldades de ser um policial usuário e os motivos que levaram esses policiais a buscarem o tratamento na corporação.

O sexto capítulo aborda a trajetória desses policiais a partir do tratamento e depois dele. Com base nos relatos de campo e nas entrevistas e em diálogo com as *instituições reinterpretativas*, o objetivo é demonstrar como as premissas do tratamento vão sendo incorporadas aos relatos desses policiais. O capítulo trata ainda dos impactos do tratamento na vida profissional desses policiais e sobre as formas que eles desenvolvem para lidar com o *estigma* de ser um “adicto em recuperação”.

Em conclusão, tentarei propor a gênese do conceito *instituições reinterpretativas*, a partir da constatação de que os elementos empíricos mais marcantes da minha apresentação podem ser organizados de forma mais abstrata, a ponto de produzirem um conceito capaz de entender instituições análogas ou mesmo, se mitigado, entender toda uma gama de instituições que não são *totais*, nem *reinventivas*.

1. CONSTRUINDO O OBJETO: UMA VERSÃO PARA A HISTÓRIA E O FUNCIONAMENTO DA CLÍNICA RENASCER

Neste capítulo, pretendo apresentar o objeto sob o qual essa tese se estrutura. Inicialmente, será retratada uma versão para a história do Renascer, composta de relatos de funcionários e ex-funcionários da clínica. Considerando que não tive acesso a registros formais sobre a história do local, com exceção das publicações nos Boletins da Polícia Militar sobre o serviço – que também integram este capítulo – a narrativa aqui exposta representa a memória e o ponto de vista daqueles que atuaram e ainda atuam no Renascer.

Em seguida, será apresentado o modo de funcionamento atual da clínica, composto, principalmente, a partir das entrevistas e experiências de campo. Serão expostos, ainda, os dados descritivos relativos ao atendimento a fim de demonstrar o alcance do serviço na corporação. Esses dados partem de um livro de presenças da clínica e foram compilados para este trabalho. No segundo capítulo, o percurso metodológico de construção deste material será aprofundado.

Os objetivos desse capítulo são contextualizar a clínica e o atendimento e apresentar uma explicação inicial para temas que serão aprofundados ao longo da tese. Especialmente, será dada ênfase ao discurso institucional, e algumas das questões relatadas serão trabalhadas analiticamente ao longo da tese.

1.1. Uma versão para a história da Clínica Renascer

Leonel Brizola (1922-2004) foi o primeiro governador democraticamente eleito no Rio de Janeiro durante o Regime Militar, surgindo comprometido com o processo de redemocratização do estado. Uma das medidas desse processo foi a escolha do Cel. Carlos Magno Nazareth Cerqueira para comandante geral da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ). É preciso contextualizar o comando do Cel. Nazareth Cerqueira como precursor em um projeto de polícia cidadã. Ao longo de suas gestões, foram implementadas medidas comprometidas com a democratização da Polícia Militar e com uma tentativa de aproximação da

polícia com a sociedade². Os reflexos dessas medidas na corporação são experienciados até os dias atuais (LEAL, C; PEREIRA, I; MUNTEAL, 2010).

É nesse contexto que tem, início em 1987, o primeiro programa de tratamento para dependência química desenvolvido pela PMERJ. A motivação de criação do programa estaria ligada a uma experiência vivenciada pelo próprio comandante:

Era a gestão do governador Leonel Brizola e o comandante geral da polícia era um psicólogo, o Coronel Carlos Magno [Nazareth] Cerqueira. Ele contava que tinha sido abordado na emergência do hospital pela esposa de um cabo alcoolista que estava sendo excluído [da Corporação] pelo alcoolismo. E, ela teria questionado ao comandante como é que ela, que era uma pessoa assim do lar, sem muita instrução, já tinha percebido que o que o marido tinha era uma doença, e ele, como Comandante Geral ainda não tinha percebido isso, já que existia um processo de exclusão. Então, ele contava que levou o puxão de orelha e que suspendeu a exclusão do senhor. Foi pra casa, pediu à uns amigos médicos uma literatura sobre alcoolismo, e começou a pensar em criar um espaço para atender essas pessoas. Porque mesmo sem saber do dia a dia desse cabo, ele disse que percebeu que era uma boa pessoa, que não existia uma relação de maucaratismo com a doença, como o preconceito fala, né? Como o preconceito acaba criando isso na cabeça das pessoas. E aí ele determinou a criação do CRAQ (Centro de Reabilitação de Adictos Químicos). (Entrevista com ex-Funcionário José)

O CRAQ funcionava em uma enfermaria do Hospital Central da Polícia Militar³ (HCPM), onde era realizada uma internação de 15 dias para desintoxicação. Apesar de contar com visitas esporádicas de grupos de ajuda mútua, como Alcoólicos Anônimos, o tratamento se estruturava basicamente sob o processo de desintoxicação. O programa visava atender aos policiais militares e seus dependentes. A criação do serviço, como é de praxe em todos os procedimentos realizados na instituição, foi publicada no Boletim Oficial da Polícia Militar.

² Uma dessas iniciativas foi o primeiro Programa de Erradicação das Drogas (PROERD), inspirado em um programa americano, policiais uniformizados atuavam como instrutores nas escolas na prevenção ao uso de drogas entre crianças e adolescentes. Atualmente o programa existe em todas as Unidades Federativas do país conduzido pelas Polícias Militares. Ver mais em LEAL, PEREIRA e MUNTEAL (2010).

³ No caso da PMERJ todos os policiais e seus dependentes têm atendimento de saúde próprio. Parte considerável do quadro de saúde da instituição está lotada nos dois hospitais mantidos pela instituição.

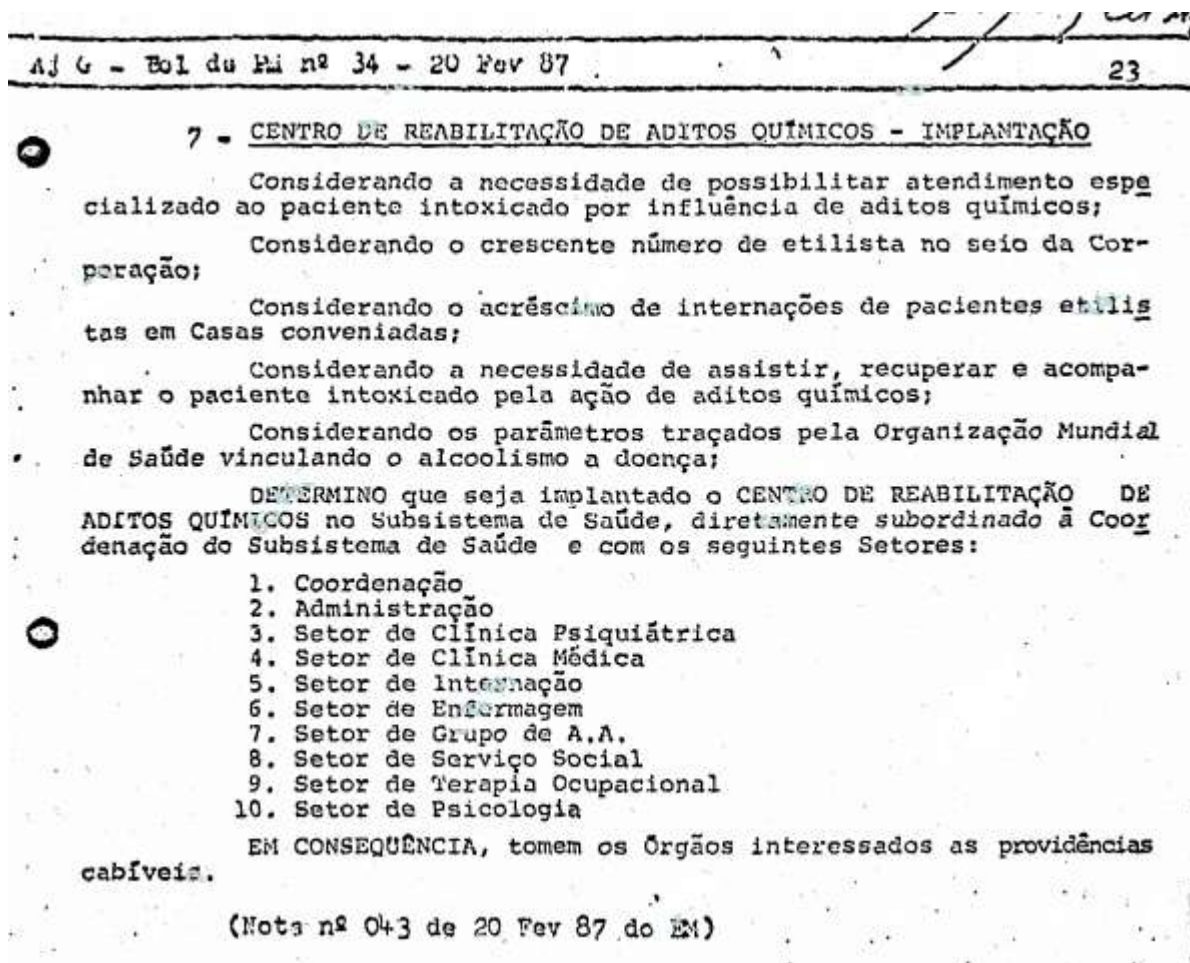


Figura 1- Fragmento do Boletim da Polícia Militar sobre a criação do CRAQ.

Fonte: Bol. PM nº34, 20 fev. 1987.

De acordo com os funcionários da época, essa publicação contribuiu para que os comandantes encaminhassem os policiais que apresentassem problemas com álcool. É preciso destacar que a publicação tratava apenas do problema do alcoolismo e não mencionava drogas ilícitas.

Nos comandos seguintes ao do Cel. Nazareth Cerqueira, a estrutura física da enfermaria se manteve. No entanto, devido à falta de interesse dos comandantes seguintes com o projeto, o espaço foi sendo progressivamente esvaziado até parar de receber pacientes. Quando Leonel Brizola assume seu segundo mandato como governador, o Cel. Nazareth Cerqueira é novamente indicado para o comando da PMERJ e propõe uma grande reformulação no CRAQ.

(...) ele determinou a criação em fevereiro de 1992, e aí a coisa foi tramitando em termos burocráticos e, em julho, a turma tava basicamente criada. Algumas pessoas foram para o CREDEQ [Centro de Recuperação para Dependentes Químicos] fazer um curso. (...). E aí a previsão era que no final do ano se inaugurasse porque tinha que ter os leitos de novo, a gente queria pintar o espaço, tínhamos trocado o nome, tínhamos pensado num novo nome, chegou-se a Renascer, que a gente acreditava que seria mesmo um renascimento. Criamos uma programação de 35 dias de internação no mínimo, porque o tempo de desintoxicação não contaria. Seria basicamente 35 dias de programação psicopedagógica. (Entrevista com ex-funcionário José)

O novo programa passaria a contar com uma equipe maior e interdisciplinar, visando que, além da desintoxicação, fosse oferecido o que eles chamaram de “programação psicopedagógica”. Para dar conta dessa perspectiva, foi adotado o método Minesotta (também conhecido como Doze Passos), que, oriundo de grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, deveria passar a nortear o tratamento junto com o processo de desintoxicação que era realizado anteriormente. O método e sua aplicação serão abordados no terceiro capítulo.

A primeira leva de policiais atendidos na clínica foi de policiais que trabalhavam no presídio da Ilha Grande⁴. Todos os 13 leitos masculinos disponíveis na época foram ocupados. O encaminhamento desses policiais teria se dado através do comandante da unidade, que, ao ter contato com a publicação da criação do serviço, identificou o uso excessivo de álcool como um problema no local e resolveu encaminhar alguns policiais.

Houve uma publicação em boletim que o hospital estava criando uma enfermaria para alcoolismo, para o tratamento de alcoolismo. E todos que vieram eram pessoas que realmente estavam no “fundo do poço”, dando muito problema, o próprio comandante encaminhou. Foi uma coisa assim, ele chegou, conversou com os policiais lá do comando dele e ofereceu a chance, a oportunidade. Porque antigamente ainda existia a exclusão pela doença. Hoje ainda existe, mas não se alega a doença em si, se alega a conduta, a indisciplina. Naquela época, a própria doença alegava. (Entrevista com ex-funcionário José)

Naquele momento, a clínica oferecia apenas o serviço de internação voluntária e realizava palestras nos batalhões a fim de orientar sobre a dependência química e divulgar o serviço oferecido. Um dos projetos realizados nas palestras em

⁴ O presídio da Ilha Grande (ou colônia penal Cândido Mendes) funcionou entre 1903 e 1994. Durante o Regime Militar, por conta da Lei de Segurança Nacional (LSN), o presídio abrigou presos políticos. Algumas correntes teóricas apontam que a facção Comando Vermelho teria nascido através do contato dos presos políticos com os presos comuns no presídio. Ver mais em Misse (2011).

batalhões consistia na formação “terapeuta leigo”, isto é, um policial que deveria ser treinado para atuar nas unidades identificando e encaminhando o policial dependente químico. De acordo com um dos funcionários, o projeto:

Chegou a funcionar em alguns batalhões, né? Mas não foi muito bem recebido, houve uma publicação no Boletim Interno da Polícia, solicitando que os comandantes encaminhassem pessoas para um curso de capacitação de conselheiros em dependência química, então a grande maioria de encaminhados foi de dependentes químicos, que não estavam em recuperação. Quer dizer, o entendimento é “ah, é para dependência química, então manda o fulano, já que o fulano bebe todas pra ver se lá ele se apruma”. Então, na realidade, aquela pessoa era para ser encaminhada para a internação, para o tratamento, e não para uma capacitação, né? Então tivemos muita dificuldade nas formações que a gente fez, alguns pastores, que também não era a nossa proposta, então algumas dificuldades aconteceram. (Entrevista com ex-funcionário José)

O fragmento aponta para uma resistência institucional ao serviço desde o início do trabalho, por parte dos comandantes gerais (posteriores ao Cel. Nazareth Cerqueira) e pelos comandantes dos batalhões. Adianto que tal resistência também foi identificada ao longo do trabalho de campo, apesar de a dependência química não prever mais a expulsão da Corporação como antigamente.

Na medida em que os profissionais que estavam envolvidos na proposta inicial do projeto se aposentaram, muitos deles não foram substituídos. Isso culminou em reduções significativas no quadro inicial de profissionais, o que, para os funcionários, influenciou o tratamento oferecido.

1.2 O funcionamento atual do serviço

Atualmente, além da internação⁵ de 45 dias, a Clínica Renascer passou a oferecer atendimento para os familiares dos pacientes, o Grupo de Prevenção à Recaída e o curso de formação para o Conselheiro Estagiário.

De acordo com uma publicação em Boletim Oficial de 2004, que apresenta o funcionamento atual do programa⁶, “O Centro de Reabilitação Renascer existe para atender a população policial militar da ativa ou reformados e a seus dependentes que sejam portadores da Doença Dependência Química (reconhecida pelo O.M.S desde 1952).” Nesse momento, amplia-se o escopo do atendimento, antes definido apenas como alcoolismo; em outro momento do texto, citam-se os termos

⁵ Entretanto, devido ao restrito quadro de profissionais, a clínica não atende mais os dependentes do policial como pacientes.

⁶ Ver publicação na íntegra no anexo A.

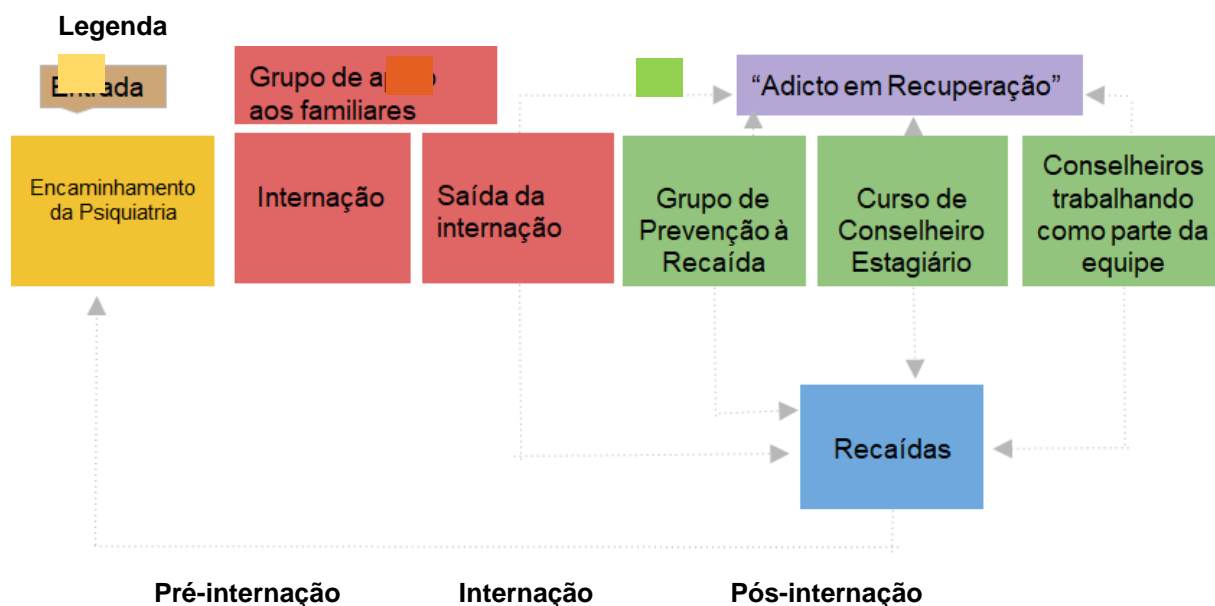
“alcoolismo e toxicomania”. Chama a atenção, ainda na publicação, a menção ao reconhecimento da Dependência Química como doença pela Organização Mundial da Saúde, uma tentativa de trazer cientificidade para o argumento que associa o uso abusivo de drogas a uma patologia. Ao final da nota, é apresentado o crescimento mundial da doença e a relação com prejuízos empresariais:

O alcoolismo e toxicomania são hoje doenças, reconhecidas de saúde pública mundial e atingem indiscriminadamente grande parte da população economicamente ativa, implicando, com suas características particulares de cronicidade e alta morbidade, em vultosos prejuízos para qualquer instituição empresarial. Diante deste quadro vemos como necessidade urgente medidas controladoras para evitar o crescimento do problema. (NOTA nº 2862 – 21 Out 2004 – CIntPM)

Os boletins diários são as principais fontes oficiais de comunicação da PMERJ, através dos quais policiais de todo o estado podem ter conhecimento das ações da corporação. A publicação, portanto, pode ter relevância tanto para aqueles que buscam o tratamento, quanto para apresentar aos comandantes o serviço, que poderá ser aconselhado para um policial quando ele julgar necessário. Neste trecho, reforça-se ainda o prejuízo que a ausência do tratamento para a doença pode trazer para a corporação, em uma tentativa de reforçar a importância do tratamento institucionalizado.

O fluxograma abaixo, elaborado a partir das experiências no campo, representa o modo de funcionamento convencional do Renascer na ocasião da pesquisa.

Figura 2: Fluxograma dos serviços oferecidos no Renascer



Fonte: Elaboração da autora

A porta de entrada para os serviços da clínica é o encaminhamento da psiquiatria. Mesmo nos casos em que o paciente chega diretamente à clínica, ele precisa ser avaliado por um médico oficial psiquiatra antes de ingressar na internação. Além de autorizar o ingresso na internação, o psiquiatra é responsável por fornecer o afastamento desse policial do serviço através de uma Licença para Tratamento de Saúde (LTS), bem como restringir seu porte de arma.

Uma vez autorizada a internação pelo psiquiatra, o policial pode dar entrada na clínica. Alguns dias após a internação, passada a fase inicial – considerada de desintoxicação –, ele precisa assinar um contrato concordando com as regras estabelecidas. Durante a internação, os familiares do paciente devem frequentar o Grupo de Apoio aos Familiares, em que serão orientados sobre como proceder com os pacientes durante as visitas e após o período de internação, além de conceitos básicos sobre a dependência química e seu impacto nas famílias.

Após os 35 dias de internação, o policial recebe alta, no entanto, continua de LTS. A partir desse momento, ele passa a ser considerado um “adicto em recuperação”. É aconselhável que ele frequente as reuniões do Grupo de Prevenção à Recaída que ocorrem três vezes na semana na ala da Psiquiatria do Hospital e seguem moldes de reuniões como as de Alcoólicos Anônimos. Embora o caminho convencional seja o comparecimento ao grupo após a internação, o policial

pode optar por frequentar o Grupo de Prevenção à Recaída sem que tenha passado pela internação.

O policial que permanece no Grupo de Prevenção à Recaída por cerca de seis meses e apresenta um comportamento considerado adequado pode ser convidado a participar do curso de Conselheiro Estagiário. No curso, ele será capacitado para atuar como conselheiro, ou seja, auxiliar no tratamento de outros pacientes que estejam passando pela internação, bem como conduzir os Grupos de Prevenção à Recaída.

A clínica adota a perspectiva da dependência química como uma doença sem cura. Sendo assim, o “adicto em recuperação” está o tempo inteiro sujeito a recair. As recaídas são consideradas comuns dentro do universo da dependência química. Um sujeito pode recair em qualquer uma das etapas do tratamento e para alcançar novamente a recuperação precisará refazer o tratamento desde o início. Portanto, não é rara a reincidência na internação.

1.2.1 Internação

O principal e mais antigo serviço oferecido pela clínica é a internação. Cada internação tem duração de cerca de 35 dias, podendo aumentar de acordo com a situação, o desenvolvimento e a participação nas atividades propostas por parte dos pacientes. A internação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, se o paciente assim desejar. Para ter acesso à internação, além de passar por uma triagem na psiquiatria da PMERJ, o policial precisa cumprir os seguintes requisitos: ser policial militar (da ativa ou reformado), estar em plenas condições clínicas e psíquicas, e concordar com as normas previstas no regulamento interno da instituição. A publicação em Boletim oficial apresenta os critérios de internação:

A internação é voluntária. O paciente poderá se apresentar espontaneamente para consulta ou com papeleta da P-1 ou com ofício de sua Unidade no ambulatório de Psiquiatria de segunda as sextas feiras de 8:00 às 12:00h. A internação só se processará quando o paciente apresentar condições clínicas e psíquicas para acompanhar a programação psicopedagógica oferecida. Pacientes com outras patologias psiquiátricas, que não sejam a Dependência Química, não poderão internar-se no Renascer. Não será permitida a internação de menores de 18 anos. Quando solicitado, os pacientes internados em outras clínicas do HCPM, receberão a visita de um membro da equipe do Renascer para avaliação

quanto à motivação para participação no programa de reabilitação. Os casos atendidos fora do horário de internação serão avaliados pelo médico do S.P.A, e quando internados em outras clínicas do HCPM aguardarão avaliação, após comunicação. (NOTA nº 2862 – 21 Out 2004 – CIntPM).

A “papeleta da P-1” e o ofício são instrumentos de encaminhamento da unidade de trabalho do policial para qualquer atendimento de saúde. Além dessa forma, o policial pode espontaneamente buscar a internação. O fragmento alerta ainda como o atendimento é exclusivo para a dependência química.

De acordo com o regulamento da clínica, as visitas são permitidas somente a partir de 7 dias de internação. Estão previstas visitas apenas de familiares de primeiro grau, maiores de 12 anos, e em dias e horários previamente estabelecidos. Em alguns casos, os comandantes dos batalhões também são autorizados a fazer visitas aos pacientes. Além do controle sobre as visitas, há controle sobre o acesso a materiais, como aparelhos celulares, livros, entre outros. A entrada do cigarro é permitida, entretanto, o consumo é controlado pelos funcionários da clínica.

Ao longo da internação, são administrados remédios controlados e prescritos pelo psiquiatra. Como programação psicopedagógica, é desenvolvido o programa dos Doze Passos, método conhecido entre eles como “programação”. Em sua gênese, o programa não prevê internação. Assim, a metodologia de tratamento utilizada seria inspirada nos Doze Passos, apesar de não os seguir rigorosamente.

Ao longo das semanas de internação, os pacientes participam de palestras sobre cada um dos passos. No início do trabalho de campo, era realizada uma oficina de jardinagem pela esposa de um ex-paciente, que foi gradativamente descontinuada. Esporadicamente, também ocorrem visitas de membros de grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

1.2.2 Grupo de apoio aos familiares

De acordo com o método dos Doze Passos, a dependência química não acomete apenas o dependente químico, mas se estende a todos os que convivem com o indivíduo, chamados de codependentes. Um dos materiais entregues aos familiares no Grupo de apoio define o codependente como:

É o familiar, o colega de trabalho, o chefe, o amigo, é o vizinho e todos que procuram remover as consequências dolorosas do abuso de drogas do dependente, com a intenção de minimizar ou de esconder o ocorrido,

facilitando a vida do dependente químico”. (Material do Grupo de apoio aos familiares)

A metodologia define a relação entre o dependente e os codependentes como o “carrossel da dependência química”. O dependente químico está no centro das atenções, e os codependentes vivem em função dele. O discurso do adoecimento e dependência do indivíduo recai também sobre a família. Por conta disso, o processo de recuperação do indivíduo envolve a família, sendo bastante valorizado o acompanhamento familiar ao longo do tratamento.

Semanalmente, acontece dentro da estrutura do Renascer o Grupo de apoio aos familiares. O grupo, coordenado por um dos funcionários da clínica, visa atender não apenas, mas majoritariamente os familiares dos pacientes internados. O objetivo é fornecer apoio aos familiares e orientar sobre como lidar com o paciente durante e após o período de internação. Espera-se que, ao entrar em recuperação, o paciente passe a adotar comportamento e conduta diferentes em todos os aspectos de sua vida, o que pode gerar conflitos familiares, distintos dos existentes durante a vida do policial “na ativa”⁷.

Apesar do estímulo, nos grupos familiares que acompanhei, não havia representantes de todos os internados, o que indica uma flexibilidade na exigência do acompanhamento familiar. Nas discussões que vivenciei no campo, sempre que essa temática apareceu, era criticado o engajamento da família. Por vezes, ouvi que, desde o início do grupo de apoio aos familiares, apenas duas famílias tinham se engajado realmente no processo de tratamento dos pacientes. Em um dos casos, conforme mencionei acima, a esposa do policial passou a oferecer oficinas de jardinagem para os pacientes, mesmo depois da alta do seu marido, passando a frequentar também o curso de conselheiro estagiário.

A todo momento, o comportamento do policial é associado ao de sua família. Ao mesmo tempo em que a família pode cumprir papel fundamental para a recuperação de um paciente, ela também pode ser corresponsabilizada por sua recaída. No cotidiano da clínica, é comum a reprodução de relatos nos quais as esposas dizem “agora ele está muito chato, quer controlar tudo, quando ele vivia no vício ele não interferia” em assuntos da casa como criação dos filhos, questões financeiras, entre outros. Também escutei entre os conselheiros relatos sobre uma

⁷ Termo nativo utilizado para se referir ao período da vida no qual o policial fazia uso da substância a que ele apresenta dependência.

esposa que queria que o policial parasse de usar a substância, mas que continuasse “nos esquemas do batalhão”⁸, uma vez que a família investia os recursos oriundos das atividades ilegais do policial no comércio familiar. Por conta dessas relações, os funcionários apontam que não são raras mudanças na estrutura familiar, como separações, casamentos e reaproximações após o período que o policial sai da internação.

1.2.3 Pós-internação

A decisão de ingresso na clínica pressupõe algumas mudanças na vida profissional do policial. Ao término do período de internação, ele continuará fazendo uso de medicamentos controlados, e, por conseguinte, terá sua posse e/ou porte de arma de fogo restrito⁹. Após o tratamento, o policial pode escolher entre ter período de afastamento remunerado por questões médicas até retornar ao serviço, ou fazer serviços internos no batalhão, conforme aponta a fala a seguir:

Alguns preferem ficar de LTS [Licença para Tratamento de Saúde] por 60 dias, e outros preferem ficar de apto C, porque ele fica só na parte interna, né, do batalhão, não vai pra rua. (...) eles podem escolher. Agora, no Apto A, a gente não coloca ninguém, porque a gente sabe que eles não estão prontos para isso ainda, né? Normalmente, eles ficam prontos em 2 anos. (...) Depois a gente fica com eles mais ou menos seis meses no Grupo de Prevenção até que alguns podem ser convidados para o curso de Conselheiro Estagiário”. (Entrevista com funcionário do Renascer)

Um policial militar da ativa tem seu nível de aptidão para o serviço em três categorias. Na categoria “Apto A”, ele está completamente apto a desempenhar qualquer função policial, especialmente serviço de rua e portar arma. No “Apto B”, não pode realizar trabalho de rua, deve estar lotado em serviço interno, mas pode portar arma. Já no “Apto C”, ele é impedido de trabalhar na rua e de portar armas. Caso opte pelo apto C, o policial permanecerá nessa condição pelo período mínimo de 1 ano.

Tornar-se um “Apto C” pode significar alguns dilemas para um policial. O primeiro deles é de ordem financeira. Atualmente, parte considerável do salário de um policial militar é composta de gratificações recebidas pelo desempenho de

⁸ Expressão utilizada para se referir a práticas de obtenção de dinheiro de forma ilícita.

⁹ Essa restrição regula apenas sobre a posse ou porte de armas relacionados a Corporação, não abrange o porte ou posse de armas pessoais.

determinadas atividades, muitas das quais apenas podem ser desempenhadas por um policial com “apto A”.

Alguns policiais entendem a arma como extensão do seu próprio corpo. Ela se constitui como um símbolo da virilidade e força, fazendo com que abdicar da arma e de trabalhar na rua seja uma causa de sofrimento. A mudança na aptidão para o serviço pode ser um motivo importante no que tange à resistência dos policiais ao tratamento no Renascer.

Geralmente, os trabalhos internos realizados pelos policiais “apto B” e “apto C”, especialmente o último deles, são desprestigiados no batalhão, como de “faxina”¹⁰, cozinha e demais serviços gerais. Apesar de a restrição ao porte de armas não regular sobre as armas pessoais, ao longo do tratamento, esses policiais são desestimulados a exercer trabalhos extras de segurança privada (conhecidos como “bico”), o que também pode significar uma redução significativa na renda daquela família.

1.2.4 Grupo de prevenção a “recaída”

No início do ano de 2016 foi fundado o Grupo de Prevenção à Recaída. Ao término do período de internação, os policiais são convidados a se integrarem ao Grupo de Prevenção à Recaída que tem encontros três vezes na semana com duração de cerca de duas horas. Os encontros desse grupo acontecem na seção de atendimento psiquiátrico, em horários de expediente. Os policiais que não estão de LTS após a internação podem obter autorização para participar da atividade a partir de uma solicitação do psiquiatra. Nesses casos, é necessária uma negociação com os comandantes, que nem sempre é exitosa.

Ao longo dos encontros, novamente inspirados na metodologia Minesotta¹¹ são trabalhados os Doze Passos. O Grupo de Prevenção à Recaída aceita ainda policiais que não passaram pela internação, mas optaram por comparecer apenas ao grupo. Foram relatados casos em que o comparecimento ao grupo culminou no pedido de internação por parte do policial.

¹⁰ Termo nativo para os policiais que desempenham funções de limpeza na unidade.

¹¹ Nesses grupos, trabalha-se com a ideia de “90 dias, 90 reuniões”. A proposta é incentivar o “adicto em recuperação” a frequentar ao máximo o espaço compartilhado com os demais “adictos em recuperação”, especialmente no início do tratamento.

A justificativa para a criação do grupo foi o receio dos policiais em comparecer aos grupos convencionais e lá encontrarem com ex-trafficantes ou demais pessoas com as quais que ele poderia ter tido desavenças. Além disso, partilhar da profissão policial militar contribuiria para que o policial se sentisse mais acolhido nesse espaço. Por outro lado, no cotidiano da clínica, alguns policiais mencionaram frequentar também os grupos convencionais de Alcoolicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

O método Minesotta defende a necessidade de evitar pessoas, situações e locais que remetam ao uso da substância. Por conta disso, são desenvolvidas formas de sociabilidade entre esses policiais, para que eles evitem transitar nos locais que, de alguma forma, despertem o interesse dele pela substância. Nesse bojo, inclui mudanças no círculo de amizade, nas atividades de lazer e até transferência para outro batalhão, unidade ou função.

Com relação ao gênero, apesar de não haver restrição formal para tal, esses grupos são frequentados apenas por homens. Um dos funcionários da clínica apontou que as mulheres não se sentiam à vontade para compartilhar esse espaço com os homens, uma vez que as questões dos adictos variam de acordo com o sexo.

Para atender as mulheres foi criado inicialmente um grupo de *WhatsApp*. Fui informada que, no final de 2016, teria sido realizado o primeiro encontro do grupo de mulheres, mas não tive a oportunidade de acompanhar, como também não tive acesso à lista de presença.

O Grupo de Prevenção à Recaída a gente viu que as mulheres não conseguem se adaptar junto com os homens, então nós temos o grupo de prevenção das mulheres. Até pra internar é mais difícil, tudo é mais difícil. Então elas vêm muito na dificuldade. (...) Eu acho que não só pelas questões hormonais, mas pela vergonha. Pela questão cultural mesmo, a gente [mulheres] tem uma responsabilidade muito grande, então ser uma mulher dependente química... até porque assim são marginalizadas na história delas de família, sempre! (...) Tem a questão da vergonha perante o hospital, os meninos nem tanto, engraçado! Mas as meninas são até mais resistentes ao tratamento. (Funcionário do Renascer)

Para os funcionários, somam-se a essas dificuldades a dupla jornada das mulheres. Muitas vezes, elas são responsáveis pelo cuidado dos filhos além das tarefas domésticas, o que faz com que não busquem atendimento. Com relação a

ser policial FEM¹², Mourão (2016) destaca que a mulher policial é associada a representações sobre um “lado não policial da polícia”, ligado a sentimentos maternos ou “tipicamente femininos” em contraposição ao *ethos* guerreiro masculino.

Para as mulheres, entretanto, ter atravessado as mesmas etapas probatórias que os homens não solidifica seu lugar no meio policial. Sua condição feminina, pelo que contém de falta ou excesso, permanece carregada de ambiguidade, funcionando ao mesmo tempo, como ameaça a ser expurgada e como elemento que confirma o pertencimento dos homens ao mundo viril. (MOURÃO, 2016, p.146)

Sendo assim, além do estigma de dependente, recai sobre elas uma falência do seu papel de cuidado, “tipicamente feminino”, seja no cuidado sobre sua própria família ou enquanto policial. Em suma, identifiquei que o trabalho ainda não consegue contemplar as demandas das mulheres como as dos homens.

1.2.5 O curso de conselheiro estagiário

A justificativa da criação do curso de conselheiro estagiário foi a necessidade de suprir a carência de mão de obra e engajar os policiais que já haviam passado pela internação. Entretanto, conforme será aprofundado ao longo do trabalho, a recuperação entre pares é uma das premissas do tratamento de Doze Passos.

O objetivo do curso é formar ex-pacientes para que realizem tarefas auxiliares no tratamento, além da realização de palestras, conversas com os pacientes e participação de plantões na clínica em dias intercalados. Para tal, esses conselheiros estagiários recebem uma licença médica (LTS) por 1 ano, período em que participam do curso de formação através de reuniões semanais.

Participar do curso de conselheiro é uma posição de prestígio almejada por muitos dos policiais que dão prosseguimento ao tratamento pós-internação. O convite para integrar o grupo é feito após cerca de seis meses frequentando o Grupo de Prevenção à Recaída, se os demais conselheiros e funcionários julgarem que o indivíduo participa adequadamente de todas as atividades propostas, e apresenta um perfil compatível com um conselheiro.

¹² Termo institucional utilizado para se referir às policiais militares femininas.

Primeiro, é a gente perceber que ele tem uma personalidade mesmo de altruísta, de ajuda. Eles conseguem ter escuta, eles conseguem dividir o que é ter uma caridade de um atendimento profissional. Lá embaixo, eles conseguem já observar isso... Paciente muito agressivo a gente não chama, paciente com muita intolerância a ouvir a gente não chama, os pacientes que têm problema com responsabilidade a gente não chama. Então tem que ter responsabilidade e, principalmente, um comprometimento com o tratamento. (Funcionário Fábio)

Quando é convidado a “subir”, o policial passará a participar das atividades de formação e, posteriormente, de orientação de outros pacientes. “Subir” significa voltar a frequentar a clínica, localizada no último andar do hospital, agora na condição de aluno do curso de Conselheiro Estagiário. Além dessa perspectiva, dentro da ideia de carreira defendida nesse trabalho, “subir” representa um momento de ascensão na trajetória de um policial “adicto em recuperação”.

Tornar-se um conselheiro pode ampliar a chance de o policial ser transferido para o Renascer, o que é um desejo da maior parte dos policiais que participam do curso. Especialmente, porque estar na clínica significa evitar os hábitos, os locais e as pessoas da “ativa”.

Na Polícia Militar, a transferência de policiais se dá através de permutas, ou seja, uma unidade troca um policial com outra. Como a clínica tem escassez de mão de obra, eles não possuem policiais para realizar a troca. Nesses casos, será então necessária a cessão do policial para a unidade, ficando a cargo do comandante da unidade de origem do policial aceitar cedê-lo ou não. Como o público da clínica, muitas vezes, é de policiais que vinham apresentando problemas em suas unidades, alguns comandantes concordam, especialmente quando eles estão mais velhos. A cessão do policial abre precedente para que ele solicite outro policial mais novo junto aos espaços de formação policial. Por outro lado, os policiais mais novos e com o perfil considerado apto para o serviço geralmente não são liberados pelos comandantes.

No curso, os futuros conselheiros discutem e devem apresentar trabalhos sobre temas previamente definidos. Os trabalhos pressupõem pesquisas na internet e na bibliografia relacionada aos Doze Passos e são preparados ao longo das semanas, devendo ser lidos em voz alta nos encontros do curso. Em seguida, são entregues à coordenação do curso, realizada pelos funcionários do local. Alguns trabalhos são entregues manuscritos e outros digitados. A cada encontro, dois ou três deles são lidos e, em seguida, discutidos pelo grupo.

Alguns dos temas trabalhados no curso são: o efeito das drogas no indivíduo; o abuso de drogas; a ética do profissional de saúde; o abuso de drogas e a PMERJ; as diferentes abordagens de tratamento da dependência química, entre outros. Além da apresentação dos trabalhos, ao longo das reuniões dos grupos, são discutidos episódios referentes à trajetória de cada um dos estagiários, os casos dos pacientes internados ou os que deixaram a internação, especialmente quando a prática da clínica se relaciona com o tema estudado.

Enquanto a rotatividade é alta nas internações e nos grupos de prevenção, no curso de Conselheiros Estagiários ela é menor. Apesar disso, os policiais que chegam ao curso não estão imunes de recair. Essa premissa é invocada a todo momento para que o conselheiro não se considere curado. Ao longo da minha estadia na clínica, presenciei dois conselheiros que retornaram para a clínica na condição de paciente. Também presenciei o movimento contrário, dos pacientes que chegaram até o estado de conselheiro estagiário.

Como o conselheiro estagiário partilha da doença da adicção com os pacientes, isso confere a ele uma posição privilegiada, já que ambos pertencem a uma mesma carreira desviante. Cardoso (2006), ao realizar um trabalho sobre o Narcóticos Anônimos (NA), apontou a importância da adicção como elemento de pertencimento à “irmandade”. O autor aponta situações em que ele não foi aceito no grupo, não por estar na posição de pesquisador, mas por não partilhar do elemento fundamental que une aquele grupo, a adicção.

Ao mesmo tempo, enquanto conselheiro estagiário, o policial opera em uma posição de *empreendedor moral* (BECKER, 2008) com relação aos demais pacientes. Para Becker, os empreendedores morais se dividem em criadores e impositores de regras. Sobre os primeiros, ele afirma que “o cruzado [moral] não está interessado apenas em levar as pessoas a fazerem o que ele julga certo. Ele acredita que se fizerem o que é certo será bom para elas” (BECKER, 2008, p.153). Com relação à imposição de regras, o impositor:

(...) deve demonstrar para os outros que o problema existe; as regras que supostamente deve impor têm algum sentido, porque as infrações ocorrem. Por outro lado, deve demonstrar que suas tentativas de imposição são eficazes e valem a pena, que o mal com que ele supostamente deve lidar está de fato sendo enfrentado adequadamente. (BECKER, 2008, p. 161-162)

Muitas vezes, o policial que chegou ao status de conselheiro estagiário já passou por diversas internações e ocupou posições desprestigiadas em sua

unidade de trabalho. A posição de conselheiro, por sua vez, confere a ele um papel de legitimidade e credibilidade que dificilmente lhe seria atribuído ao retornar ao seu antigo local de trabalho, onde continuaria sofrendo os efeitos do estigma de dependente químico, ou da desconfiança dos demais policiais de que ele tornaria a recair. É a partir da sua trajetória individual de superação que esses conselheiros demonstrarão aos novos pacientes que esse caminho de tratamento é exitoso.

1.3. Estar “em recuperação” ou “recaído”

Quando um policial recai, ou seja, retorna a utilizar a droga, é comum a narrativa de que “ele estava se afastando da programação”. O comparecimento às atividades realizadas pelo Renascer é muito bem visto pelos demais policiais, ao passo que a ausência nas atividades gera desconfiança e preocupação por parte dos coordenadores e demais frequentadores da clínica.

A premissa de que a dependência química é uma doença sem cura é a todo tempo trabalhada nos discursos dos profissionais da clínica, bem como nos cartazes e livros disponíveis para a leitura. Entender essa premissa é de fundamental importância para analisar o tratamento, uma vez que as “recaídas” são consideradas normais ao longo da vida do dependente químico. Em cerca de seis meses de acompanhamento das atividades, pude encontrar internados que já desempenhavam o papel de conselheiro estagiário, bem como estagiários conselheiros que recaíram e voltaram ao estado de internação.

As definições de “recaída” e “em recuperação” estão muito relacionadas ao engajamento do indivíduo na “programação”. Um indivíduo que deixa de frequentar as atividades propostas, ou se afasta do convívio com os colegas, já levanta a suspeita de recaída. Essa ideia reforça a necessidade de analisarmos o tratamento partindo dos significados atribuídos pelo grupo, não necessariamente atrelado ao uso das substâncias.

Apesar da gestão da clínica considerar a reincidência parte constituinte do tratamento, conseguir uma nova internação pode não ser um processo simples. A dificuldade pode estar associada a alguma conduta inadequada do paciente durante o período de internação. Ao longo das atividades em campo, presenciei uma ocasião em que três pacientes haviam sido expulsos da internação e suspensos por um ano por terem infringido o regulamento da internação.

Outro dificultador pode ser buscar uma nova internação pouco tempo após sair. Isso não é bem visto internamente, uma vez que é disseminada a ideia de que o paciente precisa ter dificuldade para acessar a internação. É esperado que ele dê o valor necessário para oportunidade que a clínica e a corporação estão oferecendo. Entretanto, os próprios funcionários da clínica apontam que essas regras podem ser revistas, dependendo do caso em questão.

1.4 A estrutura física e profissional dos serviços oferecidos

As instalações da clínica estão localizadas no último andar de um dos prédios do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM). O espaço, semelhante às demais enfermarias do hospital, conta com um alojamento masculino, um pequeno alojamento feminino, uma cozinha, um dormitório para o(s) conselheiro(s), uma sala de coordenação, um terraço, uma sala onde se concentram todas as atividades realizadas em grupo com os pacientes, e uma área de serviço, único local no qual pacientes e conselheiros são autorizados a fumar cigarros.

As instalações possuem infraestrutura e mobiliário antigo, semelhantes às demais áreas do hospital. As reformas, quando acontecem, são majoritariamente pagas pela “caixinha”¹³ mantida pelos funcionários do local, bem como os ex-pacientes que ainda acompanham o trabalho. Algumas atividades externas à internação, como as reuniões do Grupo de Prevenção à Recaída acontecem na ala da Psiquiatria do HCPM em um prédio anexo.

A Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro possui um quadro de saúde próprio, composto por oficiais militares de carreira. Diferentemente de outros estados, no Rio de Janeiro, o profissional já faz o concurso para policial formado na área da saúde em que ele irá atuar. Todos profissionais de saúde são subordinados à Divisão Geral de Saúde (DGS) e respondem aos Regulamentos Disciplinares, tal como todos os demais profissionais da Corporação.

Atualmente, a equipe de funcionários é composta por dois policiais praças com formação na área de saúde e especialização na área de Dependência Química, praças do quadro de auxiliares de enfermagem que se dividem em plantões de 24 horas, e é coordenada por um psiquiatra do quadro de oficiais. De acordo com os

¹³ Captação informal de dinheiro entre os conselheiros estagiários e demais funcionários da clínica.

funcionários, a redução no quadro inviabilizou atividades como as palestras de sensibilização e divulgação do trabalho nas unidades em que eram realizadas anteriormente, fazendo com que as demandas atuais cheguem majoritariamente via encaminhamento da psiquiatria ou através de policiais ou comandantes que já conheciam o serviço.

Foi unanimidade entre os informantes a necessidade de aumento da equipe para que a clínica possa operar de forma mais confortável, e que a escassez de mão de obra tem reduzido o quantitativo de policiais internados. Ao mesmo tempo, foi informado que não há rejeição de demanda, que todos os policiais que buscavam internação e cumpriam os pré-requisitos necessários eram assistidos.

Apesar de a clínica funcionar dentro de um ambiente militar, nenhum dos funcionários trabalha fardado. De acordo com um dos funcionários, tirar a farda melhorou a confiança dos pacientes no tratamento. Alguns dos pacientes utilizam um uniforme azul com a inscrição “HCPM”, que é o mesmo uniforme utilizado por pacientes em outras enfermarias do hospital. A justificativa seria que a presença desses símbolos poderia reforçar o caráter militar da instituição e inibir os pacientes, ao passo que a ausência deles poderia contribuir para o engajamento com o tratamento.

Apesar de os profissionais do quadro de saúde terem direito ao porte de arma de fogo (e terem tido cursos de formação para tal), os funcionários não portam armas nas dependências da clínica.

As atividades acontecem principalmente na sala de reuniões. A sala é cercada por pôsteres nos moldes dos utilizados em congressos científicos, com informações sobre temas como dependência química, esquizofrenia, e o funcionamento das drogas no organismo do indivíduo. O espaço é dividido ainda com quadros informativos sobre os Doze Passos e as Doze Tradições. São também disponibilizados alguns livros, todos sobre a temática da dependência química, sob a perspectiva dos Doze Passos.

A limitação espacial do local inviabiliza a prática de atividade física. Apesar disso, informaram-me que os pacientes são estimulados a fazer caminhada pela manhã dentro das dependências da clínica. Ao longo do campo, não presenciei tais práticas. Além de realizar as atividades terapêuticas propostas, cabe aos pacientes a limpeza do espaço, encarada como parte integrante do tratamento.

1.5 Uma tentativa de levantamento do alcance do atendimento

O Renascer não possui um método de registro institucional para contabilizar os atendimentos. Uma das justificativas para tal seria a manutenção do anonimato dos policiais que buscam o atendimento¹⁴. Em outro momento, informaram-me que os prontuários oficiais dos pacientes haviam sido destruídos por engano em dezembro de 2016. De acordo com um dos gestores do projeto, desde a inauguração do Renascer até meados de 2016, o número estimado de atendimentos era 1275 internações e cerca de 1.500 prontuários.

Atualmente, a frequência dos pacientes na clínica¹⁵ é registrada apenas através de um livro de assinaturas, a partir do qual realizei um levantamento do quantitativo de atendimentos realizados entre janeiro de 2016 e março de 2017. Por se tratar de um livro de assinaturas, o nome dos presentes e a data eram as únicas informações disponíveis. Além da escassez de variáveis, existe ainda a fragilidade da qualidade do preenchimento, uma vez que não é possível afirmar que todos os policiais que buscaram atendimento assinaram o livro. As demais informações que coletei na tentativa de elaborar um banco de dados, tais como patente ou graduação, número de internações e situação no momento da criação do banco de dados (“em recuperação” ou “recaído”), são registros da memória coletiva do grupo.

De acordo com o levantamento entre janeiro de 2016 e março de 2017, a clínica atendeu 69 policiais pelo menos uma vez. Entre esses, 46 ficaram internados pelo menos uma vez ao longo desse período, sendo que 20 deles estavam em sua primeira internação. Todos os 69 policiais frequentaram o Grupo de Prevenção à Recaída por pelo menos uma vez, embora não tenham dado prosseguimento ao tratamento.

Entre os 69 casos, apenas 1 deles se referia a uma mulher que participou apenas uma vez no grupo de prevenção à recaída e chegou a iniciar a internação, porém não concluiu. A tabela abaixo mostra a distribuição de atendimentos de acordo com as patentes ou graduação dos policiais para os 54 casos nos quais essas informações eram conhecidas.

¹⁴ Na ficha dos policiais que passaram pela internação consta apenas afastamento por motivos psiquiátricos.

¹⁵ Considera-se aqui não apenas a internação, mas também o comparecimento aos demais serviços como o Grupo de Prevenção à recaída.

Tabela 1: Frequência no grupo de acordo com a patente ou graduação¹⁶.

| | | Renascer | |
|----------|------------------------|----------|------|
| | | N | % |
| PRAÇAS | Soldado | 11 | 20% |
| | Cabo | 12 | 22% |
| | Sargento (I, II e III) | 27 | 50% |
| | Sub-Tenente | 2 | 4% |
| OFICIAIS | Tenente (I e II) | 1 | 2% |
| | Capitão | 1 | 2% |
| | Major | 0 | 0% |
| | Tenente Coronel | 0 | 0% |
| | Coronel | 0 | 0% |
| | TOTAL | 54 | 100% |

Fonte: Dados Renascer. Elaboração da autora

Os dados indicam uma baixa participação dos oficiais no serviço. Em uma tentativa de mensurar o uso de drogas na PMERJ, Constantino, Souza e Minayo (2008) apontaram que, entre oficiais, tanto o uso de substâncias ilícitas quanto o consumo mais frequente de álcool era maior do que entre os praças. A contradição entre os resultados pode apontar para uma maior resistência dos oficiais em buscar esse tipo de tratamento no interior da Corporação ou para uma maior resistência dos policiais praças em afirmar a frequência de uso de álcool e/ou a utilização de substâncias psicoativas.

Dentre o grupo de praças, destaca-se uma maior participação dos sargentos nos atendimentos da clínica. Um sargento possui entre 12 e 25 anos de serviço. Ao apresentar a compilação desses dados para os funcionários e conselheiros da clínica, duas explicações foram dadas para justificar esse resultado. Em uma perspectiva institucional, o tempo de serviço necessário para se chegar a sargento coincide com o fim do estágio probatório na polícia, ou seja, o fim do período que o policial pode ser mais facilmente excluído da corporação por sua conduta. Já em uma perspectiva alinhada com o tratamento para a dependência química, a explicação estaria ligada à ideia do tempo de “borracha pra gastar”, que seria o tempo que o indivíduo leva para começar a experimentar as perdas que a substância pode trazer para sua vida e, conseqüentemente, buscar tratamento.

¹⁶ Foram excluídas dessa análise 14 casos do Renascer de patente ou graduação desconhecida e 1 caso em que o paciente já havia sido excluído da PMERJ quando ingressou no tratamento.

Chama a atenção também o número de soldados – policiais com no máximo seis anos de serviço – que buscaram atendimento, uma vez que se tratam de policiais com pouco tempo na corporação. Cabe destacar que o quadro de saúde da polícia tem destacado uma grande procura nos serviços de assistência mental por soldados e cabos, em especial aqueles lotados nas Unidades de Polícia Pacificadora (UPP)¹⁷.

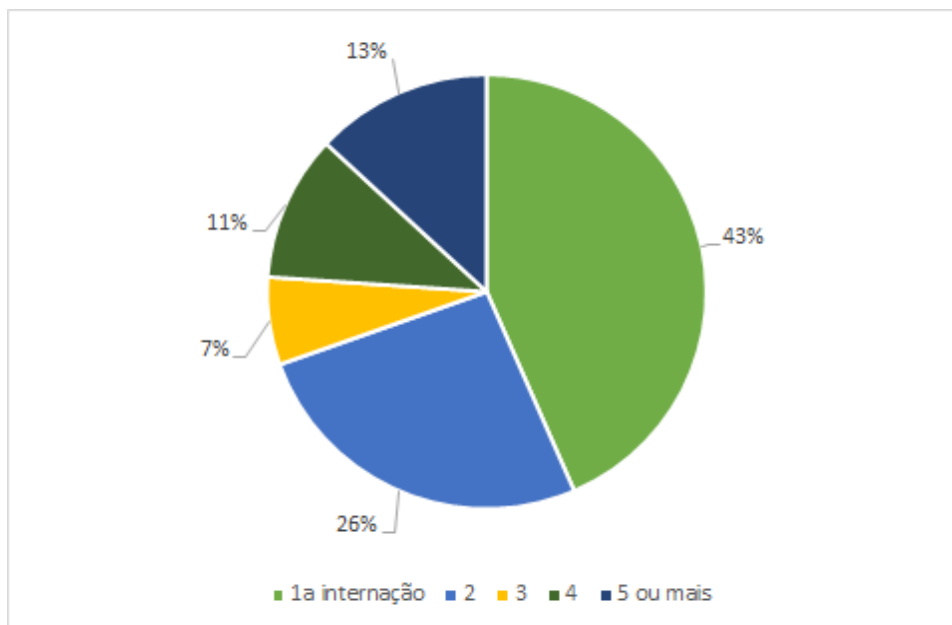
As licenças psiquiátricas concedidas para policiais com pouco tempo de serviço costumam acender a discussão sobre os processos seletivos da Polícia Militar. Antigamente, no processo seletivo para ingresso na PMERJ, era realizada uma pesquisa social que consistia em visitas ao local de residência, trabalho e/ou estudo do candidato a fim de verificar sua idoneidade. O acirramento na violência no Rio de Janeiro, somado ao fato de que muitos candidatos são oriundos de área de risco, fez com que a pesquisa social fosse descontinuada.

Atualmente no processo de admissão do policial militar, são realizados testes de consumo de substâncias ilícitas, além de testes psicológicos e psiquiátricos. Apesar disso, alguns candidatos reprovados nesses testes conseguem judicialmente o direito de ingressar nos cursos de formação da corporação. Considerando a leitura da dependência química como uma doença hereditária, a narrativa da responsabilização no ingresso na corporação ganha ainda mais força.

Com relação ao número de internações, entre janeiro de 2016 e março de 2017 foram realizadas 46 internações, das quais 20 eram de policiais internados pela primeira vez. Além dessas, outros 26 policiais que já haviam utilizado os serviços anteriormente estiveram internados no Renascer ao longo desse período. O gráfico abaixo mostra o percentual do número de internações no período analisado:

¹⁷ Ver mais em: <https://oglobo.globo.com/rio/em-apenas-um-ano-pm-concedeu-1398-licencas-psiQuiatricas-20847028>. Acessado em 01/05/2018.

Gráfico 1: Frequência de internação dos pacientes que passaram ao menos uma vez pelo Renascer entre janeiro de 2016 e março de 2017.



Fonte: Dados Renascer. Elaboração da autora

Os dados desse gráfico consideram quantas vezes os pacientes internados no Renascer entre janeiro de 2016 e março de 2017 ficaram internados na clínica. Em casos extremos, o policial já passou por mais de 5 internações apenas na clínica. A reincidência na internação pode ter acontecido antes ou durante o período analisado.

No gráfico a seguir, apresento a situação de cada um dos policiais no momento em que o banco de dados foi consolidado, considerando os 69 casos que foram atendidos pelo Renascer entre janeiro de 2016 e março de 2017. As categorias e a categorização de cada caso foram elaboradas pelos funcionários e conselheiros da clínica.

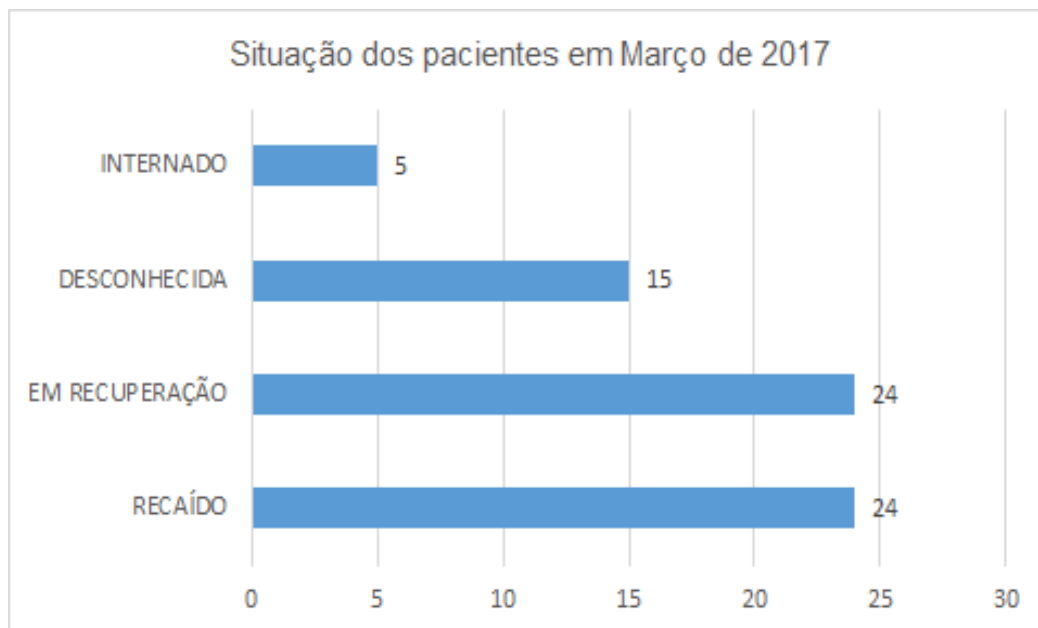


Gráfico 2: Situação dos pacientes em março de 2017

Fonte: Dados Renascer. Elaboração da autora

A categoria “internado” foi utilizada para os pacientes que estavam internados no momento de realização do levantamento. A categoria “desconhecida” é composta pelos casos em que a equipe não teve mais informações sobre o paciente, e se aplica especialmente aos pacientes que compareceram apenas uma vez ao Grupo de Prevenção à Recaída e que, em via de regra, não foram internados. Cabe destacar que grupos de *WhatsApp* são amplamente utilizados entre os pacientes e a equipe da clínica; é através deles que se têm notícias de parte considerável dos casos analisados.

A maior parte dos pacientes “em recuperação” ainda participa de algumas atividades do Renascer – o Grupo de Prevenção, o Curso de Conselheiro Estagiário ou “a última quarta-feira do mês” –, fazem acompanhamento com o psiquiatra responsável pela clínica ou possuem alguma forma de contato com algum funcionário ou conselheiro.

Evidentemente que há uma série de fragilidades nos dados apresentados, tanto no sentido da sub-representação dos casos, quanto na categorização das informações. O último gráfico parte ainda da percepção dos interlocutores de recaída ou recuperação, o que está mais ligado à presença no local do que ao uso

da substância. Apesar das limitações, o banco de dados é um esforço inédito de mensurar o alcance que o serviço possui na corporação. Além disso, reflete as percepções dos interlocutores acerca de estar “em recuperação” ou “recaído”, o que foi de extrema validade para as análises que serão apresentadas ao longo deste trabalho.

2. UMA “DOUTORA” NA POLÍCIA MILITAR – A APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS

A aproximação com o campo de pesquisa se iniciou em outubro de 2011, quando, ainda como aluna de graduação em Ciências Sociais, passei a integrar um projeto de pesquisa que trabalhava a questão do suicídio policial na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ). Na ocasião, eu fui incumbida da tarefa de analisar as transcrições das entrevistas sobre o tema, que haviam sido realizadas no ano anterior com policiais militares. Alguns dos policiais que participaram da pesquisa, especialmente os que haviam tentado ou pensado em suicídio¹⁸, relataram que tiveram experiências no Renascer. Entretanto, o meu interesse de pesquisa sobre o local ocorreu apenas alguns anos mais tarde.

No mestrado, já interessada pelo tema da política de drogas, estudei as abordagens policiais sofridas pelos jovens cariocas, especialmente as motivadas pela busca e apreensão de drogas ilícitas. Naquele momento, eu estava interessada nas percepções que os jovens tinham dessas experiências e dos contatos com a Polícia Militar. Uma das conclusões da pesquisa realizada à época foi a necessidade de que um trabalho futuro abordasse o tema a partir da perspectiva dos policiais. Esse era o projeto que, naquele momento, eu almejava seguir durante o doutorado.

No ano de 2015, mesmo ano de ingresso no doutorado, atuei como tutora presencial do CEDERJ (Centro de Educação a Distância do Estado do Rio de Janeiro), no curso Tecnólogo em Segurança Pública e Social. Apenas no primeiro dia de trabalho vim a saber que o curso se destinava exclusivamente para profissionais da área de Segurança Pública, oriundos de instituições como Polícia Civil, Polícia Militar, Guarda Municipal, Forças Armadas e Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SEAP). O surgimento do curso foi justificado por uma tentativa de reforma no meio de acesso dos policiais praças ao oficialato na Polícia Militar carioca. Por conta disso, sobretudo nas primeiras turmas, os alunos eram majoritariamente policiais militares praças interessados na progressão de carreira.

O contato semanal com esses profissionais teve contribuição fundamental para os rumos que a tese tomou. Conhecer as vivências e experiências desse grupo

¹⁸ Na ocasião, foram entrevistados policiais classificados em três categorias: policiais que declararam ter tentado suicídio; policiais que declararam terem pensado em suicídio; e o grupo controle, composto por policiais que não haviam pensado, nem tentado suicídio. Ver mais em Miranda (2016).

foi de extrema importância no sentido de desmistificar algumas percepções sobre a Polícia Militar, próprias de uma jovem branca de classe média. Através dos debates em sala de aula, pude ter contato com algumas visões e vivências dos alunos. O tema das drogas era recorrentemente apresentado pelos alunos. Isso despertou em mim o desejo de conhecer mais sobre a Polícia Militar, e especialmente, o papel que ela vinha cumprindo na política de drogas, assunto que já me interessava anteriormente.

Foi através desses contatos que eu tomei conhecimento do termo “ganso”. Na linguagem policial, “ganso” é o indivíduo que tem alguma ligação com drogas ilícitas, podendo ser um usuário ou traficante. Policiais usuários ou traficantes de drogas ilícitas também são conhecidos como “ganso”. Um aluno mais velho justificou o termo afirmando que, antigamente, nos cursos de formação, o alvo das aulas de tiro era um ganso: “ele ficava se movimentando e você precisava acertar o tiro no ganso”. Ainda na mesma discussão, um outro aluno relatou uma situação jocosa em torno do ganso, que reconstruo em minhas próprias palavras a seguir:

Eu tava em um churrasco na favela com uns colegas, e só um deles sabia que eu era policial. Em determinado momento, alguém na laje disse “Olha, o ganso!” eu me abaixei quase que imediatamente para me proteger [*temendo ser atingido por um tiro ou reconhecido*] e quando me dei conta eles estavam falando do ganso mesmo, o animal [sic].

Em outros espaços, foram sugeridas outras explicações para o termo “ganso”, sendo uma delas a associação com a forma de andar do animal e do usuário de drogas. Independentemente da explicação, o termo tem um conteúdo pejorativo. Ele representa mais do que uma pessoa com algum tipo de envolvimento com drogas; relaciona-se também com um conjunto de características moralmente reprováveis e estigmatizantes (GOFFMAN, 1980) que vão repercutir na construção da imagem desse indivíduo perante os demais policiais. Naquele momento, identifiquei que estava diante de um termo-chave para a tese que pretendia desenvolver.

Convém, aqui, fazer uma ressalva. No trabalho de Mingardi (1992), que estudou a Polícia Civil do Estado de São Paulo, o termo “ganso” possui significado completamente distinto do atribuído pelas forças de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. De acordo com o autor, “ganso” é o “elemento que obtém sua renda da venda de informações à polícia. Alguns possuem carteirinha fornecida pela

polícia que os identifica como inspetores de quarteirão, auxiliares leigo da polícia” (MINGARDI, 1992, p. 22).

Na reta final desse trabalho, foi publicada a dissertação de mestrado de Costa (2018) intitulada “Quando a *gansóloga* sou eu: Uma etnografia sobre as práticas dos policiais militares no Rio de Janeiro”. A autora, policial militar e ex-aluna do curso do Tecnólogo em Segurança Pública e Social do CEDERJ, explica o significado da expressão e como seu estudo sobre as práticas dos policiais foi associado ao termo:

Por vezes me intitulam “gansóloga *stricto sensu*” numa tentativa de associar meu estudo à defesa dos “gansos”. Na linguagem policial, em conformidade com um subtenente com 17 anos de serviço prestados a polícia, “**ganso é o usuário de drogas que, por andarem em grupo, e realizarem movimentos dos braços e do pescoço, assemelha-se a um bando de ganso**”. E, por vezes, seja nas conversas ou através de grupos de aplicativos de celular, quando o assunto é algum fato envolvendo policiais militares e criminosos, sempre pontuam pedindo minha opinião e me atribuindo o título de “gansóloga”. (COSTA, 2018, p.52, grifo da autora)

A definição de Costa (2018) reforçou o estigma associado ao termo apresentado por meus alunos, além de expandi-lo para aqueles que se interessavam por compreender as práticas policiais associadas ao contato com os criminosos, reforçando o julgamento moral negativo associado ao termo.

Quando iniciei a estruturação da tese, inicialmente, pretendia abordar a formação policial sobre a questão das drogas, utilizando os conteúdos programáticos adotados na Academia de Formação de Oficiais (Academia D. João VI) e no Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças (CFAP); a atuação policial no combate às drogas a partir de dados quantitativos oriundos do Instituto de Segurança Pública (ISP- RJ); a história de vida dos policiais usuários de drogas e o trabalho realizado pela PMERJ com os policiais com o Renascer; e, finalmente, o trabalho de prevenção às drogas realizado pela PMERJ em escolas públicas de educação básica, o Programa de Erradicação às Drogas (PROERD). Naquele momento, já apresentando maior interesse pelo Renascer, optei por começar o trabalho de campo nesse local.

Durante a preparação para o início do trabalho de campo no Renascer, realizei na internet buscas prévias para conhecer o que havia disponível sobre o local. Ao longo da busca, só encontrei o telefone da clínica em uma lista de telefones disponível no site do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) e duas

citações em artigos acadêmicos (MIRANDA,2016; CONSTANTINO; SOUZA; MINAYO, 2008). Nenhuma das referências aprofundava o trabalho realizado no local, e a última dessas alegava que o serviço estaria desativado. Em uma nova busca alguns meses depois, encontrei um tabloide produzido pelo Viva Rio, de 2013, que apresentava brevemente o trabalho realizado no Renascer¹⁹. Posteriormente, também tive contato com uma dissertação de mestrado que citava o Renascer, embora informasse que o trabalho era realizado no Hospital da Polícia Militar de Niterói (HPM-Nit) (OBERLING, 2011). Em 2017, foi publicada no jornal O Dia²⁰ uma reportagem sobre o serviço.

Pessoas que trabalham com a temática da Segurança Pública sabem o quanto é difícil ter acesso às instituições policiais, penais, entre outras. A burocracia de realizar um pedido oficial para pesquisar nessas instituições envolve, geralmente, infindáveis documentos. Muitas vezes, os pedidos de autorização, que podem levar meses ou anos, recebem a devolução negativa. Dessa forma, optei por abrir meu trabalho de campo indo diretamente ao Renascer ao invés de fazer o trajeto oficial, segundo o qual eu deveria recorrer primeiramente a um departamento superior, respeitando a hierarquia e disciplina da Corporação. Evidentemente, isso só foi possível porque tive acesso a pessoas e situações que me facilitaram a entrada nesse campo.

Estudar o desvio a partir de procedimentos formais pode implicar uma “montagem de cenário” ou limitação da investigação a áreas específicas, resultando em um acesso aos dados recortados pelo interesse das pessoas que concederam a licença (BECKER, 2008, p. 172). É notório que, ao me reportar aos responsáveis pelo Renascer, estou sujeita à mesma limitação. Entretanto, ao longo do campo, pude ter acesso a todas as pessoas, sem restrições. A seleção dos entrevistados também partiu dos meus interesses, sem qualquer mediação por parte dos funcionários. Tampouco foram pré-estabelecidos dias e/ou horários para que eu frequentasse o local. Em nenhum momento tentei entrevistar os pacientes, portanto, não sei se seria autorizado por parte da clínica.

¹⁹ Ver Anexo B. Tabloide na íntegra disponível em:http://vivario.org.br/wp-content/uploads/2012/04/Tabloide_Policia_Viva-Rio_Baixa.pdf

²⁰ Ver Anexo C. “A reabilitação de policiais militares com o auxílio da própria corporação”. Disponível em: https://odia.ig.com.br/_conteudo/2018/01/rio-de-janeiro/5504843-a-reabilitacao-de-policiais-militares-com-o-auxilio-da-propria-corporacao.html#foto=1

Retomando o parágrafo inicial dessa seção, a minha participação na pesquisa sobre o suicídio policial foi fundamental para a abertura do campo. Apesar de não ter participado da etapa de entrevistas da pesquisa, minha equipe e o trabalho que havíamos realizado já eram conhecidos no local, o que contribuiu para que eu conquistasse rápido acesso à clínica e às atividades realizadas, além de confiança por parte dos funcionários. Evidentemente, isso também contribuiu para que, sobretudo, no início do trabalho, muitas das explicações dirigidas a mim estivessem perpassadas por questões relacionadas ao suicídio e ao adoecimento mental.

O Renascer está localizado no sexto andar de um dos prédios que integram o HCPM; no local, só há acesso através das escadas. Em minha primeira visita, quando perguntei no hospital sobre onde ficava o Renascer, a pessoa demonstrou surpresa ao me ver procurando o local. Identifiquei que no hospital, assim como na Internet, não havia muitas informações sobre o local, bem como sobre o trabalho realizado. Isso, já naquele momento, reforçava a hipótese que vim a confirmar ao longo do trabalho: de que a dependência química era um assunto que a Polícia Militar queria esconder. Acredito que esse motivo também tenha contribuído para o meu relativo fácil acesso ao campo. Por várias vezes, meus informantes afirmaram que era bom que o meu trabalho pudesse dar visibilidade para o trabalho realizado no local.

Desde o primeiro dia do trabalho de campo, pude ter acesso aos pacientes, seus familiares e aos funcionários da clínica. Inicialmente, minha expectativa era realizar entrevistas semiestruturadas com os funcionários e policiais que haviam passado pela internação no local. Porém, com poucas visitas, vi que um acompanhamento mais próximo das atividades poderia ser mais proveitoso. Além disso, identifiquei que as questões lá encontradas davam conta de uma tese, não apenas de um capítulo. O que me levou a reestruturar a tese focada no trabalho da clínica, na trajetória das pessoas que passavam por ali e na relação do serviço com a Polícia Militar.

A autorização da equipe de funcionários para que eu realizasse a pesquisa foi fundamental para que eu pudesse reestruturar o trabalho. Fui autorizada a acompanhar todas as atividades realizadas no local, bem como realizar oficinas de fotografia com os pacientes, forma que encontrei para poder acompanhar mais de

perto o trabalho realizado no local, oferecer uma contrapartida para meus interlocutores e garantir uma frequência semanal.

Ao longo do trabalho de campo, que durou cerca de dez meses, participei ao menos uma vez de cada uma das atividades oferecidas pela clínica. Nunca precisei me retirar de nenhuma das atividades, independentemente do assunto que fosse discutido.

Ao mesmo tempo, por mais de uma vez, fui questionada a emitir minha opinião como “doutora” sobre alguns assuntos. Nessas ocasiões, eu costumava explicar que estava ali para tentar entender o processo, logo, ainda não tinha respostas para os questionamentos. Por algumas vezes, também fui instada a explicar o que era o trabalho que eu estava fazendo. Questionaram-me, ainda, sobre os motivos pelos quais eu havia me interessado em estudar esse tema, se eu tinha policiais na família ou algo em minha trajetória pessoal que me ligasse à Polícia Militar. Depois de explicar algumas vezes o meu trabalho e minha trajetória, alguns dos policiais passaram a me chamar de “doutora”. Minha sensação durante essas explicações, e que se reforçou quando realizei as entrevistas individuais, é que os interlocutores me interpretavam como uma psicóloga. E admiravam o fato de eu ter eleito a polícia como objeto de estudo, mesmo sem ter convivido com policiais em minha trajetória pessoal.

2.1 Escolhas e aprendizados metodológicos

Todo trabalho de campo esbarra em momentos em que o pesquisador precisa fazer escolhas. Nesse bojo, incluem-se também o teste de formas de aproximação, que podem ser exitosas ou não, e a construção que os interlocutores fazem do pesquisador. Campos que envolvem grupos desviantes podem acirrar ainda mais a importância de cuidados como esses.

Ao longo das idas ao trabalho de campo, esbarrei em alguns percalços, uns já previamente imaginados e outros não, que definiram alguns rumos para o trabalho desempenhado. Nessa seção, apresento e discuto os principais deles.

Apesar de essa tese, além do tratamento oferecido no Renascer, discutir ainda o uso de drogas por policiais cariocas, é preciso ter em mente que as narrativas desses policiais são permeadas pelas experiências e vivências que eles tiveram até então, tanto no que tange aos hábitos “da ativa” quanto às justificativas

do tratamento. Portanto, é preciso ter cautela e evitar possíveis generalizações no comportamento de policiais militares usuários de drogas. Ainda, destaco que nem todos os policiais que usam drogas demandaram atendimento clínico, e que os policiais que buscaram uma forma de tratamento não necessariamente o fizeram através do Renascer. Sendo assim, o material apresentado nessa tese não representa, tampouco pretende representar, todo o universo de policiais militares usuários de drogas.

Essa tese situa diálogos entre as tensões entre o indivíduo e as instituições, tanto o Renascer quanto a PMERJ. Parte da premissa de um entrelaçamento entre os três a partir da *carreira moral* dos pacientes. O método de pesquisa adotado não busca reconstruir a história de vida desses pacientes, mas, sim, a forma que a trajetória é reportada a partir do tratamento.

2.2 A escolha dos conselheiros estagiários como principais interlocutores

Ao estudar o comportamento desviante em *Outsiders* (2008), Howard Becker afirma que como em geral existem diversas categorias de participantes em qualquer organização ou processo social, precisamos optar em adotar um ponto de vista dentro desses grupos. A seguir, apoia-se em Herbert Blumer para afirmar que devemos adotar o ponto de vista das pessoas cujo comportamento estamos interessados. Blumer atenta para a necessidade de apreendermos o processo de interpretação pelo qual as pessoas constroem suas ações (BECKER, 2008, p.174)

A escolha dos interlocutores é um momento importante da pesquisa, visto que influencia a perspectiva que será adotada e, conseqüentemente, os dados sob os quais a pesquisa se estruturará. Após ter contato com todas as atividades realizadas pelo Renascer e identificar elementos que me chamavam a atenção em todas elas, optei por continuar acompanhando os encontros do curso de formação dos conselheiros estagiários. Naquele espaço, os casos dos conselheiros e dos pacientes eram discutidos. Além disso, através dessas reuniões, eu poderia saber tudo que havia se passado naquela semana na clínica.

Outras razões também reforçavam meu interesse por esse grupo. Enquanto os pacientes ficavam no local por cerca de 45 dias, os conselheiros frequentam a clínica por mais tempo, o que contribuiu para prolongar minhas vivências com esse grupo e fortalecer o vínculo de confiança com eles.

Sob a perspectiva da análise do tratamento, os conselheiros simbolizam o maior engajamento à proposta apresentada, engajamento este que depositou sobre eles a confiança para “ser convidado a subir”. Por frequentarem o curso de formação, estão ainda mais expostos ao conteúdo proposto. Também experienciam a responsabilidade de orientarem o tratamento de outras pessoas, inspirar e utilizar o sucesso do próprio tratamento como ferramenta de convencimento no tratamento daqueles que ainda estão ingressando. A trajetória reportada pelos conselheiros precisa estar ainda mais convincente e adequada aos valores propagados pelo tratamento.

As entrevistas também foram realizadas quase que exclusivamente com os conselheiros estagiários, por serem as pessoas com as quais estabeleci maiores vínculos de confiança. Além destes, entrevistei alguns dos funcionários da clínica. Por nenhum momento cogitei entrevistar os pacientes ao longo do período da internação.

Apenas uma entrevista foi realizada com um policial que não era conselheiro. Um ex-aluno se surpreendeu ao me encontrar numa ida a campo no HCPM e me perguntou o que eu estava fazendo no hospital. Quando expliquei para ele sobre minha pesquisa, ele me contou que havia sido internado no Renascer. Em seguida, convidei-o a conceder uma entrevista, a que ele aceitou. Essa entrevista me permitiu um contato com um ex-paciente que não estava mais vinculado ao tratamento no momento da entrevista. Sendo o único caso nessa condição.

Ao longo do campo, tive acesso a informações sobre a recaída de alguns dos Conselheiros Estagiários; dos quais, dois deles tive a oportunidade de reencontrar como paciente. Um terceiro, que me concedeu a entrevista e foi um dos primeiros de quem tive a informação de que havia recaído, não voltou para a clínica até o momento do final do trabalho de campo.

Erving Goffman, ao tratar da imagem que as pessoas pretendem construir em público, propõe a metáfora do jogo, “em que o essencial reside no controle da informação, com todas as escamoteações, os falsos semblantes e das diversas manobras a que essa metáfora remete” (NIZET e RIGAUX, 2016, p. 34). Em diferentes contextos, o indivíduo é capaz de tomar distância de um determinado papel, para demonstrar fidelidade a outro papel. Essa constatação aponta para a multiplicidade de papéis ocupados por cada indivíduo no mundo social. Ao cientista social cabe, portanto, analisar o material oriundo desses múltiplos papéis,

entendendo que expressamos de nós aquilo que desejamos que as pessoas interpretem sobre nós. Uma vez que não teremos acesso aos pensamentos de cada pessoa, a imagem que cada um constrói de si é um rico elemento de interpretação social. Mais do que isso, as impressões contam mais do que a “realidade” dessa moralidade (GOFFMAN, 1956).

Tal constatação também é identificada por Becker (1999), quando discute as formas e conteúdo das representações sociais:

A forma e o conteúdo de representações variam porque a organização social molda não somente o que é feito, mas também o que as pessoas querem que as representações façam, que tarefa precisam que seja realizada (como, por exemplo, encontrar o caminho ou saber quais são as últimas descobertas em seu campo), e que padrões usarão para julgá-las (BECKER, 1999, p. 139).

Em consonância com as observações de Goffman e Becker, pude perceber diferenças significativas no comportamento dos conselheiros ao longo das reuniões e nas entrevistas. Os encontros me permitiam acessar alguns dilemas que, por vezes, não apareciam nas entrevistas. Nestas, os entrevistados focavam em sua trajetória pessoal e na importância do trabalho do Renascer em seus processos de recuperação. Já nas reuniões pude conhecer melhor o trabalho realizado no local, bem como participar de discussões que me fizeram ter acesso a dilemas e críticas, que eu dificilmente teria contato apenas realizando as entrevistas. Portanto, a junção das duas técnicas de pesquisa foi fundamental para o desenvolvimento do trabalho.

2.3 Anonimato e Confidencialidade

Pesquisadores engajados em um trabalho de campo intensivo tem obrigação de proteger os sujeitos e a comunidade envolvida das possíveis repercussões de uma pesquisa (PARKINSON e WOOD, 2015). Quando a pesquisa envolve grupos estigmatizados ou em temáticas relacionadas à violência, é necessário um cuidado ainda maior. Por conta disso, ao longo de todo processo de elaboração da tese, adotei cuidados visando preservar a identidade e a confidencialidade de minhas fontes.

Alguns cuidados adotados nesse sentido foram o pedido de autorização para as fontes antes de gravar o áudio das entrevistas semiestruturadas e utilização de

siglas ou nomes fictícios que me referir a pessoas, locais ou situações que pudessem ser identificadas.

O trabalho realizado no Renascer, conforme já foi apontado, é sustentado sobre duas bases. A primeira delas é o tratamento médico de desintoxicação, com a utilização de medicação para auxílio nos processos de abstinência, conduzido pelo médico psiquiatra responsável pela clínica. E a segunda, em uma perspectiva biopsicossocial, é a aplicação da metodologia Minesotta²¹, mundialmente utilizada em grupos como Alcolicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. A décima primeira tradição destes grupos aborda a necessidade de manter o anonimato de seus participantes.

Na clínica, o anonimato completo não é possível por conta da perspectiva institucional das licenças. Ao mesmo tempo, considerando a importância do compartilhamento das experiências pessoais, o anonimato é estimulado. Uma placa afixada no corredor da clínica reforça tal premissa.

Figura 3: Placa afixada no corredor principal



Fonte: Autora, 2016.

Soma-se à necessidade do cuidado com o anonimato dos informantes as questões relacionadas à carreira do policial militar. Além da hierarquia e disciplina

²¹ É importante ressaltar que os trabalhos no Renascer se definem como inspirados na metodologia dos grupos de AA e NA, porém há significativas diferenças entre a clínica e a metodologia. Essas questões serão abordadas no quarto capítulo da tese.

característica de uma organização militar, os policiais militares do Rio de Janeiro devem ter conduta condizente com o que está previsto no Regulamento Disciplinar da instituição. Além das normas de condutas, o documento mapeia 125 transgressões, definidas como “qualquer violação dos princípios da ética, dos deveres e das obrigações Policiais Militares” (Regulamento Disciplinar PMERJ, p. 4). Algumas das transgressões previstas poderiam entrar em conflito com a publicação do trabalho. Conforme a seguinte transgressão, considerada leve:

Publicar ou contribuir para que sejam publicados fatos, documentos ou assuntos Policiais Militares que possam concorrer para desprestígio da Corporação ou firam a disciplina ou a segurança; (Regulamento Disciplinar PMERJ, p.16)

Ao longo do trabalho de campo, busquei ter cautela com os impactos que meu trabalho poderia trazer para a clínica, os funcionários, os pacientes, e, sobretudo, os meus informantes.

Por outro lado, a exposição pública dos fatos que marcaram a trajetória dessas pessoas, acompanhada do processo de reinterpretação delas, é parte constitutiva do tratamento. Os Conselheiros Estagiários, principais interlocutores desse trabalho, veem a sua própria história como superação e exemplo para os demais dependentes químicos. Para eles, participar da pesquisa significava uma possibilidade de dar visibilidade para a clínica, bem como para sua trajetória de vida, marcada pela superação da dependência química. Dessa forma, todos os interlocutores que eu convidei para participar da pesquisa aceitaram prontamente. Ao contrário da minha expectativa inicial, nenhum deles apresentou objeção ao pedido de gravação da entrevista.

Um dos entrevistados, alguns dias após a entrevista, solicitou-me o áudio da entrevista, alegando que gostaria de compartilhar o conteúdo com algumas pessoas. O pedido me intrigou e preocupou, visto que, no áudio, ele identificava pessoas e situações que eu temia que pudessem gerar problemas posteriores para ele, terceiros ou até mesmo para a clínica. Na ocasião, conversei sobre o pedido com meu orientador e com uma das dirigentes da clínica. Por fim, avaliamos que não era prudente disponibilizar a gravação, ao menos na íntegra, naquele momento²².

²² Agradeço também a minha turma de doutorandos pela vasta discussão da situação em uma disciplina de Seminário de Tese. Uma das soluções propostas na ocasião foi que, ao término da tese, eu disponibilizasse a transcrição da entrevista, excluindo as partes que identificassem pessoas,

Embora a confidencialidade das entrevistas não fosse um desejo de todos interlocutores, entendi que ela era um quesito fundamental nesse trabalho, visto que a publicidade das informações poderia colocar os entrevistados, terceiros e o serviço em risco.

Ao longo da escrita do trabalho, optei por adotar duas outras medidas visando preservar o anonimato dos entrevistados. Considerando a disparidade de gênero entre os funcionários e os conselheiros e a maciça presença masculina, para assegurar o anonimato dos interlocutores, utilizarei apenas o gênero masculino para me referir aos interlocutores. De forma distinta de trabalhos semelhantes com grupos desviantes, não apresentarei uma breve descrição de cada um dos interlocutores. Considerando que tal decisão poderia contribuir na identificação dessas pessoas, optei por trabalhar apenas com os relatos. Tal decisão está apoiada ainda na defesa da tese da homogeneização das histórias²³, que será defendida ao longo desse trabalho.

2.4 A escolha por um roteiro semiestruturado nas entrevistas

No desenho inicial dessa pesquisa, elaborei dois roteiros que seriam aplicados respeitando a ordem e os temas das perguntas, um para os funcionários da clínica e o outro para os conselheiros estagiários. O objetivo da utilização dessa técnica de pesquisa é a tentativa de controlar eventuais vieses, tanto na ordem das perguntas quanto nas palavras utilizadas pelo entrevistador. Entretanto, já nas primeiras entrevistas, identifiquei a dificuldade de adotar essa técnica para a temática e o público que eu pretendia abordar.

Primeira ressalva importante a se fazer nesse contexto diz respeito ao papel do sociólogo e da pesquisa em Ciências Sociais. Muitos dos interlocutores não conheciam o escopo de atuação de um sociólogo. Por diversas vezes, os interlocutores entenderam o espaço de uma entrevista como semelhante ao de um espaço de escuta, e o papel do sociólogo como semelhante ao de um psicólogo e ou assistente social. Evidentemente, em alguns casos, intervi a fim de redirecionar a entrevista para o tema da pesquisa. Mas, ao longo do processo de pesquisa,

situações e locais. E que, nesse momento, alertasse o entrevistado sobre os possíveis riscos da divulgação da entrevista na íntegra. E somente a partir dessas precauções entregasse a transcrição.

²³ Rui (2010), ao estudar as Comunidades Terapêuticas, também afirmou que as histórias apresentadas são todas iguais, reforçando a influência do tratamento sobre elas.

entendi que a aplicação de um roteiro rigorosamente estruturado não seria proveitoso para o público-alvo. O sociólogo Howard Becker, ao analisar a importância da metodologia para as Ciências Sociais, aponta que:

(...) a atividade da ciência como máquina tem muito a recomendá-la, eliminando todo tipo de tendências incontroladas. Mas, como se sabe muito bem, é difícil reduzir a ciência a tais procedimentos estritos e a algoritmos plenamente detalhados. Diante desta dificuldade, podemos optar entre dois caminhos pelo menos. Ao invés de insistir em procedimentos mecânicos que minimizam o julgamento humano, podemos tentar tornar as bases destes julgamentos tão explícitas quanto possível, de modo que outros possam chegar a suas próprias conclusões. (BECKER, 1999, p. 20).

Acreditando no segundo caminho sugerido por Becker, optei por uma aplicação flexível do roteiro de entrevista, em que os temas de todas as perguntas seriam abordados, porém não necessariamente conforme a ordem pré-estabelecida pelo roteiro.

2.5 As contrapartidas: As oficinas de fotografia e organização do banco de dados

Conforme apontei anteriormente, a realização das oficinas de fotografia com os pacientes foi a forma que encontrei de criar um vínculo cotidiano com o espaço, os funcionários e os pacientes. Devido ao curto período de internação, as recaídas e as desistências do tratamento, o fluxo de pessoas dentro da clínica é grande, o que fazia com que, semanalmente, eu tivesse acesso a pessoas novas, e pessoas que estavam internadas tinham alta. Também pude experienciar, ao longo desse período, pacientes que tinham participado das oficinas e depois se tornaram Conselheiros.

Nas oficinas, de forma lúdica, eu buscava explorar os temas abordados no tratamento, através de dinâmicas de trabalho em grupo. Em uma das oficinas mais marcantes, foi realizada a brincadeira “amigo secreto” entre os pacientes. Nela, eles deveriam oferecer ao colega sorteado uma fotografia e uma mensagem. Os pacientes se engajaram muito nessa atividade e muitos se emocionaram ao desempenhá-la. De modo geral, as oficinas foram bem recebidas entre os pacientes. Ao término das atividades, eles costumavam agradecer pelo trabalho e, nas ocasiões que eu estava na clínica para realizar entrevistas, questionavam-me

quando o trabalho seria realizado novamente. Durante todo o período em campo, apenas um paciente se recusou participar da dinâmica.

Além da aproximação com os pacientes, as oficinas me aproximaram dos conselheiros estagiários e dos demais funcionários. Passei a ser convidada a participar de momentos como confraternizações de aniversário dos conselheiros. Também passei a ser informada dos eventos que aconteciam durante a semana, e, por algumas vezes, recebi fotos em meu celular de alguns eventos nos quais não pude estar presente. No final do ano, elaboramos um painel com algumas das fotografias realizadas pelos pacientes, que foi exposto na sala principal da clínica.

Além das oficinas, ao longo do trabalho, diversas vezes questionei sobre os números de atendimento realizados. A partir da informação de que só havia o livro de presença que era assinado pelos policiais que frequentavam o Grupo de Prevenção à Recaída, elaborei, com o auxílio de alguns Conselheiros Estagiários, um banco de dados a partir das informações do livro. O banco de dados, além de integrar essa tese, foi disponibilizado para os gestores.

Além da aproximação com o campo que as contrapartidas me proporcionaram, acredito que elas foram igualmente importantes para fortalecer um vínculo de confiança com os interlocutores. Enquanto pesquisadora, por diversas vezes, não apenas na clínica, ouvi relatos ou reclamações de que os pesquisadores iam até a corporação, colhiam as informações e depois não forneciam retorno aos policiais. Tanto a oficina quanto a elaboração do banco de dados, além dos interesses já apresentados, foram tentativas de fornecer um retorno que interessasse tanto à clínica, quanto à pesquisa.

2.6 A saída do campo e elaboração das análises

O campo na clínica aconteceu entre outubro de 2016 e junho de 2017. Ao longo desse período, foram realizadas nove entrevistas. Além dessas, foram coletadas conversas informais, dados e informações sobre a clínica produzidos pela instituição e o diário de campo. Todo material coletado foi categorizado e analisado com auxílio do *software NVivo 11*.

No processo de análise, busquei preservar e valorizar as categorias e o vocabulário nativo, tanto oriundo da Polícia Militar quanto dos Doze Passos. Tal escolha se baseia na compreensão de que as palavras utilizadas podem carregar

simbolismos úteis para a compreensão de um fenômeno social. Grande parte dos títulos adotados nesse trabalho rememoram esses termos. Houve, ainda, uma tentativa de preservação da linguagem nativa, especialmente nos trechos reproduzidos das entrevistas. Além disso, em uma tentativa de transmitir com a maior fidelidade possível a forma com que os interlocutores trouxeram seus relatos, busquei preservar as narrativas, o que se traduziu em extensas citações das entrevistas, especialmente no quinto e no sexto capítulos. Em alguns momentos, os diários de campo também foram apresentados na forma de citação direta, de modo a demonstrar e preservar a temporalidade em que foram escritos aqueles relatos, buscando transmitir as primeiras impressões e estranhamentos que identifiquei ao longo do campo.

Tão importante quanto a descrição do processo de entrada no campo é a descrição do processo de saída do campo. A realização de um estágio de Doutorado Sanduíche no *Latin American Centre* da Universidade de Oxford, no Reino Unido, previsto para o segundo semestre de 2017, consolidou a necessidade de saída do campo.

No retorno ao Brasil, em janeiro de 2018, já encerrada a fase de coleta dos dados, fui convidada para trabalhar como assistente na extinta Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, na Subsecretaria de Educação, Valorização e Prevenção. No local, integrei o Núcleo de Valorização Profissional. A equipe com que trabalhei era composta de policiais civis, policiais militares e cargos comissionados (ocupados por pedagogos, psicólogos, cientistas sociais, entre outros). Apesar de o trabalho não possuir relação com o Renascer, no local, tive contato próximo com um projeto que consistia em visitas dos Narcóticos Anônimos nas Unidades Policiais, batalhões e delegacias.

Parte substancial da escrita dessa tese ocorreu durante a estadia em Oxford e a experiência de trabalho na Secretaria de Estado de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. Apesar de não fazer parte do material coletado, ainda que de formas abstratas, essas vivências influenciaram o processo de análise deste material.

3. A RECONSTRUÇÃO DO SELF²⁴ E AS INSTITUIÇÕES REINTERPRETATIVAS

Um primeiro passo para compreender o tratamento desenvolvido na clínica é discutir as bases sob as quais esse tratamento é construído. O objetivo deste capítulo é situar essa discussão dentro do campo da Sociologia, atentando-se, sobretudo, às relações entre o indivíduo e o mundo social a sua volta. Partindo da perspectiva do Interacionismo Simbólico, será realizada a discussão do *self* que, em suma, concebe os indivíduos como fruto das interações que eles estabelecem com o meio social.

Em seguida, será discutido o *estigma* (GOFFMAN, 1980), aqui definido como uma apresentação do *self* não aceita socialmente e, subsequentemente, o seu processo de reconstrução conduzido por instituições, uma das formas adotadas para contornar esses estigmas. Para tal, serão apresentados e analisados estudos anteriores, dando enfoque às teorias de Erving Goffman (1971) e Susie Scott (2011).

Ao final do capítulo, a partir do debate teórico apresentado e dos resultados empíricos encontrados, proponho a formulação do conceito *instituições reinterpretativas*. O conceito se constitui a partir de uma leitura híbrida dos processos de reconstrução do *self* conduzidos por *instituições totais*, ou seus novos arranjos (como grupos de autoajuda, comunidades terapêuticas, etc.). O objetivo da proposição do conceito é contribuir para a análise dos dados que serão apresentados ao longo da tese, bem como avançar teoricamente nas discussões sobre processos de reconstrução do *self*.

Nos capítulos subsequentes, será analisado o tratamento tal como é defendido pela instituição e observado empiricamente. Essas análises serão realizadas a partir do debate teórico apresentado e, sobretudo, a partir da perspectiva das *instituições reinterpretativas*.

3.1 O Interacionismo Simbólico e apontamentos sobre o *self*

²⁴ Apesar de algumas traduções utilizarem o termo “eu”, tal como Goffman (1980), neste trabalho, será conservado o termo na sua língua original, considerando que o “eu” pode não expressar os significados que compõem o termo *self*.

Desde Aristóteles, o ser humano já havia sido apresentado como um ser social. Entretanto, as fronteiras entre o indivíduo e a sociedade ainda permanecem em debate em campos como o da Psicologia e das Ciências Sociais. Nesse bojo, constam correntes teóricas distintas, ora complementares, ora conflitantes. Essa discussão se centrará especialmente na teoria do Interacionismo Simbólico²⁵, por acreditar que essa teoria representa avanços importantes na relação entre a perspectiva individual e social.

O Interacionismo Simbólico, como pressupõe o nome, enfatiza a interação entre o indivíduo e o meio social como forma de conceber o mundo, e a relação entre essas duas estruturas. Oriundo da sociologia norte americana, o Interacionismo Simbólico se baseia basicamente em três premissas: o ser humano age perante as coisas com base nos significados que as coisas têm para ele; esses significados são construídos com base nas interações sociais; e os significados são constantemente modificados pelo indivíduo através de um processo interpretativo criado por cada indivíduo a partir das situações que ele encontra (BLUMER, 1984).

George Herbert Mead, um dos principais expoentes dessa corrente teórica, foi responsável por uma mudança radical na definição dominante de homem nas Ciências Sociais e na Psicologia. Ele entendeu o ser humano como um organismo portador de um *self*. Para Mead, o *self* é o que converte o ser humano em um tipo especial de ator, transforma sua relação com o mundo e atribui um caráter único às ações cada indivíduo. O *self* coloca o ser humano como um objeto dele mesmo, logo, o ser humano percebe a si mesmo, tem concepções sobre si mesmo, e age em direção a si mesmo. Como agente responsável por suas ações, o indivíduo age de acordo com seus objetivos em cada um dos contextos sociais em que se encontra (CHARON, 2007). Em suma, o *self* é o ambiente interno sob o qual o sujeito planeja, constrói, define e assiste a suas ações (BLUMER, 1984).

Quando consideramos o *self* como um objeto social, estamos sugerindo que como nos demais objetos sociais, ele surge a partir de nossa interação social (CHARON, 2007). Ao nascermos, não temos um *self*, uma vez que é o processo de socialização que torna possível fazermos a diferenciação entre nós mesmos e o resto do mundo. A partir do processo de socialização, passamos a ser capazes de

²⁵ Conceito criado por Blumer (1984) em "Symbolic Interactionism: Perspective and Method".

olharmos objetivamente para nosso *self*, como qualquer outro objeto fruto da interação social.

O processo de desenvolvimento do *self* é gradual e foi definido por Mead em três estágios: o estágio preparatório, quando a criança apenas imita os comportamentos aos quais ela é exposta; o estágio da brincadeira, em que a criança se torna capaz de assumir outra identidade, como a do pai ou da mãe – considerado pelo autor o momento em que de início do *self* como um objeto social – ; e o estágio do jogo, no qual a pessoa passa a aprender como os outros a forma mais adequada de agir em cada situação.

Tamotsu Shibutani (1955 apud CHARON, 2007) define um quarto estágio intitulado Grupo de Referência, característico de uma sociedade industrial urbana, segundo o qual somos constituídos por uma rede complexa que contém um *self* geral e *selves* segmentados e sobrepostos. Dessa forma, escolhemos qual perspectiva adotar a partir da situação que estamos enfrentando.

A identidade não é o sinônimo de *self*, mas é parte importante da composição dele. Ela pode ser definida pelo “nome que chamamos a nós mesmo, é socialmente reconhecida e validada. Geralmente, é o nome que anunciamos para os outros, que lhes diz sobre quem somos e como estamos agindo²⁶” (CHARON, 2007, p.84). A partir do contexto em que estamos, podemos preferir destacar determinadas identidades, e esconder outras. A identidade que queremos mostrar em um espaço profissional possivelmente não será a mesma que mostramos em nossas vidas pessoais.

Embora o *self* precise ser entendido como socialmente criado e ancorado, é igualmente importante reconhecer que, uma vez desenvolvido, o ator passa a ter capacidade de agir em seu favor. O ator se torna capaz de exercer o autocontrole. Possuir um *self* permite que o ator seja capaz de dirigir a si mesmo em situações, e, se liberdade significa algo, é isso que parece significar. *Nós podemos ou não sermos livres, mas sem o self, a liberdade é impensável*²⁷. (CHARON, 2007, p.88, tradução e grifo da autora)

²⁶ “(...) the name we call ourselves. It is socially recognized and validated. It is usually the name we announce to others that tells them who we are as we are acting”. (CHARON, 2007, p.84)

²⁷ Although the self must be understood as socially created and socially anchored, it is equally important to recognize that once the self is developed, the actor has the ability to act on his or her own to a great extent. The power “out there” is tempered by the fact that the actor comes to exercise self-control. To possess a self makes possible that the actor is able to direct self in situations, and if freedom means anything, this is what it seems to mean. We may or not be free, but without self, freedom is unthinkable. (CHARON, 2007, p.88)

A perspectiva da existência do *self* avança na discussão entre indivíduo e sociedade ao ampliar o papel de agenciamento do indivíduo perante sua conduta, sem desintegrá-lo, contudo, do meio social a qual foi socializado e está inserido.

O conceito de Mead foi alvo de diversas interpretações, além de servir como base para a escola de pensamento americana. Uma dessas releituras foi realizada por Erving Goffman, cujo pensamento é de importância fundamental para as análises realizadas ao longo do presente trabalho.

3.2 O *self* para Erving Goffman

Erving Goffman é considerado um dos principais expoentes do Interacionismo Simbólico, apesar de não se reconhecer²⁸ como tal. Ele desenvolveu diversos estudos comprometidos em entender os processos de interação dos indivíduos com o meio social. Os esforços de Goffman foram no sentido de desenvolver uma teoria geral²⁹ para compreender uma interação face a face que fosse aplicável a todos os tipos de trocas sociais (MANNING, 1998).

Goffman defende que a visão do *self* como aquilo que o indivíduo concebe além de si mesmo, proposta por Mead, é simplista. Compreende, então, o *self* como algo construído cooperativamente a partir de cada interação social que, por sua vez, é muito influenciada pelo meio social. Goffman define a vida como um teatro. Tentativas de compreensão da interação, do *self* ou da sociedade devem considerar essa premissa. A interação do *self* permeada pela dramatização tem uma característica moral distintiva que aproxima os indivíduos uns dos outros e mantém a sociedade unida (CHARON, 2007).

Ainda segundo o autor, nas interações, os indivíduos estão sempre performando. Essa performance é definida por um padrão de atos verbais e não verbais, pelos quais o indivíduo expressa sua visão da situação e, através desta,

²⁸ No final de sua vida, quando questionado se ele se considerava parte do Interacionismo Simbólico, Goffman respondeu que o rótulo era “muito vago para muito trabalho”. A definição de Blumer sobre o Interacionismo Simbólico distingue sociólogos que tomam a ação social como constitutiva da sociedade daqueles que não o fazem. Goffman considera esse pensamento muito geral e, com exceção da importância da teoria dos papéis sociais, não se identifica como parte dessa escola. Para ele, a forma de incluí-lo dentro do Interacionismo Simbólico seria incluir Georg Simmel e suas ideias teóricas e metodológicas como um dos pais fundadores do Interacionismo Simbólico. (MANNING, 1998, p. 23)

²⁹ Esse é um ponto ambíguo na teoria de Goffman, porque, apesar das tentativas de desenvolvimento de uma teoria geral, Goffman também se apresentou cético quanto à existência de uma teoria geral para entender o mundo social. Ver mais sobre esse debate em Manning (1998).

sua avaliação dos participantes e, especialmente, dele mesmo (GOFFMAN, 1956). Goffman concebe o *self* como o resultado das interações a que estamos submetidos com os demais, somado a imagem que fazemos de nós mesmos. Dessa forma, o *self* só existe dentro da interação social. Se abdicarmos de todos os papéis que assumimos no mundo social, abdicamos também do nosso *self*.

3.3 O *self* desacreditado, a doença mental e o *self* a ser reconstruído

Entendendo o *self* como resultado das interações sociais, identificamos que a maneira como somos vistos em um contexto social contribui significativamente para construção de nós mesmos. Essa ideia ajuda a entender por que agimos de formas distintas em contextos sociais distintos. Nosso comportamento em ambientes de trabalho é consideravelmente distinto do comportamento entre familiares ou amigos. Isso acontece especialmente porque existem expectativas de comportamento para cada um dos contextos sociais nos quais estamos inseridos. Mas, e quando os indivíduos não performam esse comportamento esperado? Goffman desenvolve em um dos seus principais trabalhos, a noção de *estigma* para dar conta dos indivíduos que não atendem aos comportamentos esperados ou considerados normais por cada sociedade.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável- num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo uma criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande (...) e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 1980, p.12)

Inicialmente, o *estigma* foi pensado dentro de uma perspectiva de anomalias físicas. Porém, para Goffman, essa é apenas uma das perspectivas possíveis para um comportamento estigmatizado, que pode abarcar todo aquele comportamento não aceito pelo meio social em que o indivíduo está inserido. O objetivo do *estigma* é, portanto, fazer uma distinção clara entre o que está “dentro” ou “fora” da sociedade a fim de reforçar o comportamento apropriado e reconhecido como moral (SANDERS, 2014, p.29).

Para Goffman, os indivíduos possuem dois tipos de identidade: a identidade social virtual, que é a imagem que construímos de nós mesmos; e a identidade social atual, aquela que demonstramos e provamos em nossas relações sociais. O *estigma* pode ameaçar nossa identidade virtual, ainda que esses pensamentos não sejam observáveis (MANNING, 1998).

A exposição do portador de um *estigma* a uma situação de descrédito representa a transição do indivíduo desacreditável para um indivíduo desacreditado. Essa transição ameaça sua apresentação de si mesmo nas interações sociais, o que pode ter reflexo não apenas na forma que esse indivíduo é visto pelos demais, mas também pela forma que ele enxerga a si mesmo.

Evidentemente, o grau de estigmatização sobre cada indivíduo não é o mesmo, visto que é permeado pela avaliação da sociedade a respeito do quanto o comportamento em questão é considerado condenável. De acordo com Goffman, a forma como esses indivíduos vão manejar o estigma também pode variar a partir de situações como: a tentativa de esconder o atributo estigmatizante, disfarçá-lo ou divulgá-lo para agir segundo a forma estigmatizada que a sociedade espera. O autor destaca ainda a possibilidade de o grupo estigmatizado encarar os estigmatizadores como inferiores a eles: “os desviantes sociais sentem amiúde que não são simplesmente iguais a, mas melhores do que os normais, e que a vida que levam é a melhor do que a vivida pelas outras pessoas que, de outra forma, eles seriam”. (GOFFMAN, 1980, p.156)

A doença mental foi um dos assuntos de interesse de Goffman ao longo de sua trajetória, analisando-a dentro da perspectiva do estigma. Para ele, o que é definido pela Psiquiatria como doença mental se refere ao comportamento dos indivíduos, e não a deficiências no funcionamento dos corpos (MANNING, 1998). A doença mental seria, então, um conjunto de sintomas não relacionados a anormalidades físicas ou neurológicas, mas a quebras no comportamento esperado em espaços públicos.

Uma das formas consideradas por Goffman para manejar o estigma consiste em uma tentativa (voluntária ou involuntária) de alterar o comportamento rumo ao que é concebido como normal. Esses processos serão conhecidos pelo autor como processos de reconstrução do *self*. Tendo em vista que o *self* é resultado das nossas interações sociais, podemos conceber processos de reconstrução do *self* a todo momento em nossas vidas.

Através de um trabalho etnográfico em um hospital psiquiátrico nos Estados Unidos, Goffman analisa processos de reconstrução do *self* em instituições com regime de internação que objetivam operar mudanças nos indivíduos. Nesse bojo, situam-se instituições que se propõem ser ressocializadoras, como manicômios, prisões e conventos (GOFFMAN, 1974). Goffman nomeia esses espaços como *instituições totais*, um dos conceitos fundamentais de sua obra.

3.4 O conceito de instituições para o Interacionismo Simbólico e para Erving Goffman

Antes de adentrar a discussão das instituições totais, convém situar o conceito de instituição dentro da perspectiva do Interacionismo Simbólico e do pensamento de Erving Goffman.

Para Herbert Mead, as instituições podem ser concebidas como um sistema de crenças e práticas segundo as quais cada participante incorpora não apenas sua atitude ou papel, mas também os papéis e atitudes de todos os demais participantes. Dentro das instituições, os indivíduos sabem o que esperar do comportamento dos demais envolvidos (SCHEEF, 2006).

Para Goffman, as instituições também são socialmente construídas com base em atitudes e comportamentos aceitos como normais para a sociedade. As instituições, ou estabelecimentos sociais, são espaços em que acontecem atividades regulares de determinados tipos (GOFFMAN, 1974). O autor argumenta que as instituições podem cumprir distintas finalidades. Entretanto, ele aponta que, no campo da Sociologia, não temos uma forma adequada de classificar as instituições. Todas elas capturam algo do tempo e do interesse dos membros e também oferecem algo, rumo a uma tendência de “fechamento” dos membros. O grau de “fechamento” de cada uma dessas instituições é simbolizado pelas barreiras entre o mundo interno e externo. As instituições totais, conforme será analisado a seguir, são aquelas que apresentam graus extremamente elevados de “fechamento”, com rígidas barreiras entre o mundo interior e o mundo exterior.

3.5 A Instituição Total e a relação com os indivíduos

Publicado em 1961, o livro *Asylums*³⁰, fruto de uma etnografia realizada em um hospital para doentes mentais, é considerado um dos principais trabalhos da carreira de Erving Goffman. Em *Asylums*, o autor desenvolveu o conceito instituição total³¹, em uma tentativa de entender o comportamento aparentemente irracional que ele encontrou nos pacientes do hospital. De acordo com Philip Manning (1998), o resultado desse trabalho, mais do que entender o funcionamento da instituição, elabora uma etnografia do conceito *instituição total*. Apesar de a etnografia ter sido realizada apenas no hospital, Goffman utiliza outras fontes de dados - como experiências pessoais, material jornalístico e estudos anteriores - em uma tentativa de ampliar as *instituições totais* para contextos além do hospital psiquiátrico.

As *instituições totais* são um híbrido social entre uma comunidade residencial e uma organização formal caracterizada por um grupo de pessoas engajadas em torno de tarefas específicas e organizadas para atingir determinados fins (BURNS, 1992). Um dos principais fins está comprometido com a reconstrução do *self* dos indivíduos que ali residem. Quatro elementos essenciais definem as *instituições totais*³²: (a) a ruptura brusca com o mundo exterior³³; (b) o fato de que todas as atividades as quais se dedicam os internos estarem sob os cuidados da instituição; (c) o modo de funcionamento burocrático que implica a existência de regras e vigilância regular; e (d) os contatos limitados entre os internos e o *staff* (GOFFMAN, 1974).

Goffman se inspira na ideia weberiana de tipos ideais para desenvolver as características das instituições totais. Dessa forma, entende-se que tais características representam uma radicalização do conceito, e que, no mundo social, as instituições podem ser definidas em graus maiores ou menores de totalização (ou “fechamento”). O público-alvo das instituições totais seria: pessoas que oferecem

³⁰ Traduzido para o português como “Manicômios, prisões e conventos”. O livro foi publicado no Brasil em 1974.

³¹ Termo cunhado por Everett Hughes. Goffman teve contato com o termo pela primeira vez em 1952, em um seminário sobre instituições a que ele assistiu com o professor Hughes. Para este, a partir do trabalho com freiras, instituições totais são definidas como instituições que são muito mais do que desligadas do mundo externo. Ver mais em Burns (1992, p.142).

³² Cabe destacar que Goffman exclui espaços como orfanatos da definição de instituições totais, uma vez que esses espaços participam do processo de socialização das crianças, portanto, seriam definidos mais como espaços de criação do que reconstrução do *self*.

³³ A noção de “fechamento” (ou *closure*) é considerada a primeira grande característica das instituições totais, embora também possa ser encontrada em outras instituições. Entretanto, para Goffman, a noção de “fechamento” nas instituições totais diz respeito à ideia de um “fechamento” moral. (BURNS, 1992, p.144).

risco a si mesmas e ou aos demais membros da sociedade, e pessoas que estão isoladas para fazer a imersão em algum trabalho importante ou como um retiro do mundo para fins religiosos ou similares. É preciso ainda diferenciar instituições pela sua função e a motivação de entrada: voluntária, semivoluntária ou involuntária. Há diferenças simbólicas entre os indivíduos que optam por entrar em uma instituição total voluntariamente, podendo optar por deixá-la, daqueles que são levados de forma involuntária por familiares ou vias institucionais. Ao comentar o trabalho de Goffman, Giddens (1997) aponta que:

Instituições totais são circunscritas como barreiras físicas com o mundo exterior. Essas barreiras não apenas aprisionam indivíduos, por vezes à força, dentro de um ambiente restrito e comunitário; o que contrasta com a relativa liberdade de mobilidade que existe fora da instituição no resto da sociedade. Erigindo barreiras contra o resto do mundo, as instituições totais dissolvem ainda as divisões que normalmente separam as diferentes esferas da vida. Todos os aspectos do dia-a-dia passam a estar sujeitos à uma única autoridade³⁴. (GIDDENS, 1997, p.129, tradução da autora)

Nas *instituições totais*, por meio dessas restrições, os internos experimentam a destruição ou a reconstrução da sua identidade anterior, seguida de um processo de “ressocialização” do *self*. O processo de despersonalização dos indivíduos tem início já com os rituais de entrada, seja através da adoção de uniformes ou cortes de cabelo, no controle das atitudes e na retirada de objetos e características que remetem ao antigo *self*, agora incompatível com *self* que será construído/reconstruído. Todas essas regras ligadas à despersonalização dos indivíduos aparecem como de importância fundamental para o tratamento a que serão submetidos. As justificativas para a despersonalização são camufladas em regras de higiene, convivência, etc. Esse processo culmina na formação de uma nova identidade que equaliza todos os internos em torno de um rótulo composto por um conjunto de sintomas associados a um diagnóstico (GOFFMAN, 1974).

As tentativas de homogeneização dos internos são acompanhadas por um processo de “morte civil”, que nega aos internos autonomia no gerenciamento de suas próprias vidas. Nesse bojo, situam-se decisões caras para Goffman, como o planejamento e a organização do tempo. Em síntese, dentro de uma instituição total,

³⁴ “Total institutions are physically circumscribed as by barriers directed ‘at the outside’. It is not just that they enclose individuals, often forcibly within a restricted and communal milieu; is that this specifically contrasts with the relative freedom of mobility that exists externally to the institution in the rest of society. By erecting barriers against the rest of the world, total institutions also dissolve the divisions usually separating different spheres of life. All aspects of day-to-day life are subject to a single authority”. (GIDDENS, 1997, p.129)

decisões importantes ou triviais na vida dos internos deixam de ser decisões dos próprios indivíduos e passam a ser submetidas a um corpo de regras formais ou informais dirigidos pelo *staff*. Evidentemente, processos como esse existem no mundo social para além das instituições totais, mas é preciso demarcar as distinções entre ambos:

Quase tudo o que acontece nas instituições totais também acontece do lado de fora. A forma e intensidade podem diferir, mas a substância é a mesma. As interações sociais ocorrem, as regras são promulgadas e executadas, existe uma hierarquia estabelecida que funciona e as pessoas se ajustam a ela. A influência é vendida, os subornos são oferecidos e aceitos. (...) A principal diferença é que, nas *instituições totais*, as vidas são mais facilmente controladas por aqueles que estão no poder, por causa da rigidez da vida lá, tal controle é experienciado mais intensamente por aqueles sujeitos a esse poder. Lá, as habilidades dos indivíduos podem significar a diferença entre a vida e a morte³⁵. (GOFFMAN, 1968, p.11, tradução da autora)

O processo de reconstrução é marcado por “uma sequência regular de mudanças que produzem efeitos no *self* e na maneira de conceber os julgamentos sobre aos outros e a si mesmo” (GOFFMAN, 1968, p.119). Goffman nomeia esse processo de *carreira moral*. Antes de adentrar nesse conceito, é preciso definir a ideia de carreira a ser adotada nesse trabalho. De acordo com o *Oxford Dictionary of Sociology* (1998), “carreira” é definido como:

Uma sequência padronizada de papéis ocupacionais que os indivíduos assumem ao longo de sua vida profissional, implicando no aumento do prestígio e outras recompensas, entretanto sem excluir decadência ocupacional e mobilidade social. (SCOTT e MARSHALL, 1998, p.55)

Para Avery³⁶ (2012), apesar de a palavra geralmente ser associada a questões profissionais ou a vida pública, seu conceito também pode ser compreendido como o curso completo da vida e que conecta uma série de questões da vida pública e privada.

³⁵ Almost everything that goes on in total institutions happens on the outside too. The form and intensity may differ but the substance is the same. Social interactions occur, rules are promulgated and enforced, a hierarchy is established and functions, and people adjust to it. Influence is peddled, bribes are offered and accepted.(...) The key difference is that in life total institutions is more easily controlled by those in charge and, because of the rigidity of life there, such control is felt more intensely by those in them. Here the skills of individuals can mean the difference between life and death. (GOFFMAN, 1968, p.xi)

³⁶ A partir de um estudo de caso, o autor discute a carreira moral em indivíduos que optam por não permanecer nas instituições em uma tentativa de abordar a carreira mental em ex-pacientes. Essa discussão conscientemente não foi realizada por Goffman em *Asylums*. Ver mais em Avery (2012) .

Para Goffman (1971), um aspecto importante de qualquer carreira é a construção que a pessoa faz quando olha retrospectivamente para o seu progresso. Ao se referir aos aspectos morais da carreira, o autor estava interessado na sequência regular de mudanças que a carreira provoca no *self* das pessoas e em seu esquema de imagens para julgar aos outros e a si mesmo (GOFFMAN, 1980, p.112). O conceito de carreira é, portanto, composto por duas partes: uma interna, ligada ao *self* e a identidade, e outra externa, “a posição oficial” parte de um complexo institucional acessível ao público.

No contexto das *instituições totais*, a *carreira moral* tem como objetivo que os indivíduos estigmatizados aprendam e incorporem o ponto de vista dos “normais” (PICCOLO e MENDES, 2012). O verbete a seguir apresenta o conceito de *carreira moral* em *Asylums*:

Erving Goffman, em *Asylums* (1961), discutiu a "carreira moral" do paciente mental, novamente, em três fases: pré-paciente, paciente e pós-paciente. O trabalho de Goffman, entretanto, estava mais preocupado com as mudanças nas imagens subjetivas do *self* experimentadas pelos pacientes, por exemplo: como eles foram despojados de um senso anterior de identidade quando outros ("o circuito dos agentes") começaram a defini-los como loucos; como o *self* foi mortificado ao chegar em um hospital psiquiátrico; e como os pacientes foram convencidos a construir uma nova imagem do *self* e uma nova identidade.³⁷ (SCOTT e MARSHALL, 1998, p.50, tradução da autora)

Na fase de institucionalização, é difícil o indivíduo manter seu *self* anterior, porque todos os suportes usuais desse *self*, atributos pessoais, interações com o meio exterior, etc., foram removidos. Portanto, esse indivíduo se encontra mais exposto a um processo de reconstrução do *self* do que em situações externas às instituições totais (AVERY, 2012).

Enquanto paciente, a *carreira moral* é marcada por, basicamente, quatro táticas de adaptação³⁸. A primeira delas é a *situational withdraw* (“afastamento da situação”), que é quando o indivíduo deixa de dar atenção para tudo que ocorre ao

³⁷ Erving Goffman in *Asylums* (1961) discussed the 'moral career' of the mental patient, again in three phases: pre patient, patient, and post-patient. Goffman's work, however, was much more concerned with the shifts in subjective images of the sense of self experienced by patients: how, for example, they were stripped of an earlier sense of identity when other ('the circuit of agents') started to define them as mad; how this self became mortified on arrival in a mental hospital; and how patients became charged with building a new imagery of the self and a new identity.(MARSHALL, 1998, p.50)

³⁸ Apesar de Goffman apontar uma ideia de progressão entre elas, a transição entre elas deve ser pensada segundo um tipo ideal, ou seja, cada indivíduo pode passar por todas elas progressivamente, ou apenas por algumas delas.

redor dele mesmo, exceto seu próprio corpo; essa fase seria uma espécie de “desligamento” com o mundo externo. A segunda é a *intransigent line* (“tática de intransigência”), na qual o indivíduo intencionalmente se recusa a cooperar com o *staff*; fase tipicamente inicial do processo, quando o indivíduo começa a sair do estado inicial rumo a uma outra linha de adaptação. A terceira é a *colonization* (“colonização”), fase na qual a experiência do mundo no exterior é utilizada para demarcar o desejo de permanecer na vida interior. Por fim, ocorre a *conversion* (“conversão”), em que o indivíduo parece ser um dos membros oficiais do *staff*; ele se torna o interno mais disciplinado, com um marcante entusiasmo com a instituição e está sempre à disposição do *staff* (GOFFMAN, 1968).

O processo de *carreira moral* dentro de uma *instituição total* culmina na formação de um *self* que “não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apoia, mas constitui o *self*”. (GOFFMAN, 1968, p. 155). Verifica-se, então, um certo tipo de homogeneização do *self* entre os indivíduos convertidos, permeado pelas crenças e valores propagados pela instituição.

O *staff* e as relações que estabelece com o mundo dos internos também possuem papel central na construção do “novo *self*”. Para Goffman, a separação existente entre *staff* e pacientes é uma das principais características de uma *instituição total*. A relação entre eles é marcada por desentendimentos e desconfiança, um grupo vê ao outro em uma visão estigmatizada (SHILOH apud WALLACE, 2017). Apesar de ser uma relação marcada pela vigilância, Goffman apresenta possibilidades de negociação entre os dois atores. Ele demarca ainda a importância de cerimônias institucionais para promover aproximação entre o *staff* e os internos, seguindo a ideia de Durkheim da importância da manutenção dos laços de solidariedade para manter a coesão social, dentro das instituições totais (DURKHEIM, 1983).

Goffman também trata da obediência às regras, admitindo a possibilidade de que elas não sejam seguidas em sua totalidade, seja por resistência dos internos ou por algum tipo de beneficiamento fornecido pelo *staff*, quando o interno apresenta alguma conduta admirada por eles. O autor utiliza o termo *ajustamentos primários* para conduta oficial que coloca o interno como parte do grupo, isto é, quando o interno se transforma em um colaborador e seguidor das condutas formais. Os

ajustamentos secundários seriam as condutas ilícitas ou informais praticadas pelos internos, condutas que visam ou alterar a estrutura da instituição ou contribuir para a saída do interno. Os *ajustamentos secundários* representam a resistência do *self* anterior perante a instituição, como uma preocupação de “repelir aqueles que repelem”. No entanto, os ajustamentos variam de acordo com o tempo e sociedade e podem chegar a promover mudanças na estrutura e nas regras das instituições totais. As organizações tendem a se adaptar aos ajustes secundários aumentando a disciplina ou legitimando seletivamente essas práticas, na busca de recuperar o controle e a soberania. (GOFFMAN, 1968, p.178)

As reflexões acerca das *instituições totais* e seus conceitos correlatos inspiraram e ainda inspiram uma série de pesquisas em instituições de caráter similar ao da instituição analisada por Goffman (ALZUGUIR, 2014; SHILOH apud WALLACE, 2017; SCOTT, 2011). Ailon Shiloh (apud WALLACE, 2017) desenvolveu uma pesquisa no maior hospital psiquiátrico administrado por *Veterans Administration* em *Illinois*. A partir de um questionário fechado aplicado em uma fase preliminar, o autor separou os pacientes em três grupos: o primeiro, composto por 40% dos entrevistados não queriam deixar o hospital. Para o autor, esses haviam passado pelo processo de colonização, e foram categorizados como “institucionalizados”. Os 25% que tinham a expectativa de serem liberados do tratamento, Shiloh categorizou como “não institucionalizados”. O terceiro grupo era composto por pacientes que não se encaixavam adequadamente nas categorias anteriores. As análises se concentraram nas diferenças entre os dois primeiros grupos.

A partir das duas categorias, o autor identificou diferenças marcantes no comportamento dos grupos, entre elas: os institucionalizados eram mais temerosos do impacto em participar da pesquisa, bem como de serem punidos; eles também apresentavam mais a referência do hospital como suas casas, e viam suas famílias e amigos como pessoas distantes de suas vidas; em contrapartida, para os não institucionalizados, o hospital representava apenas uma parte de suas vidas que seria superada ao término da internação.

Para os institucionalizados, o hospital representava um lar para ex-soldados, com o constante perigo de punição para quem andasse fora da linha. Para o autor, muitos desses não eram pacientes mentais e necessitavam apenas de um lugar para poder viver; e aqueles mentalmente doentes não estavam buscando uma cura

que exigisse deles saírem do hospital. Já para os não-institucionalizados, eles não conseguem encontrar a terapia que procuram porque o hospital é conduzido para a massa institucionalizada de pacientes; ao contrário dos institucionalizados que não têm um local para viver, eles encontram abrigo em outros espaços fora do hospital, porém, dificilmente voltarão para eles. O autor conclui afirmando que o trabalho conduzido no hospital com os pacientes não institucionalizados é um desperdício de tempo, energia e verbas públicas.

Natalino (2018) a partir do caso das Comunidades Terapêuticas³⁹ analisa se as CTs (Comunidades Terapêuticas) equivalem a instituições totais (GOFFMAN, 1968). Para tal, o autor considera as cinco características fundamentais das instituições totais: indistinção entre o público e o privado no interior dos muros; o bloqueio a individuação, a partir de uma semelhança situacional de entrada; a existência de um Regime Disciplinar; o modo de recrutamento dos internos, e o destino social dos egressos. O autor conclui que as CTs podem ser consideradas uma forma de instituição total por apresentar quase todas as características analisadas. Entretanto, o voluntarismo na decisão de entrada e a possibilidade mais concreta de abandono do tratamento, traça distinções importantes quando comparadas a espaços como os manicômios ou as prisões.

Observar esses processos de institucionalização avança em demonstrar como o *self* não se trata de uma categoria fixa. Nas palavras de Goffman, “o *self* não é uma fortaleza, mas uma pequena cidade aberta e fácil de invadir” (GOFFMAN, 1974). O *self* somente pode ser sustentado por arranjos institucionais confirmatórios. Sem eles, todos nós começamos a nos questionar sobre quem somos (MANNING, 1998).

3.6 Críticas às *instituições totais* e as *instituições reinventivas*

Asylums e o conceito de *instituição total* se inserem em um contexto de luta antimanicomial, responsável por alterar as noções do Ocidente acerca da doença mental como uma patologia individual, rumo à ideia de que a rotulação dessas pessoas como pacientes cumpria função de controle social (AVERY, 2012; SCOTT,

³⁹ Forma de tratamento que apresenta semelhanças consideráveis com o caso apresentado neste trabalho. Este debate será aprofundado adiante.

2011; MANNING, 1998). Ainda hoje, o conceito e a obra de Goffman contribuem para pensar as relações entre os indivíduos e as instituições. Os conceitos de Goffman foram e ainda são amplamente revisitados e criticados por diversas linhas teóricas.

Algumas das críticas, dentre elas as de Howard Becker (2003), apontam que Goffman não teria problematizado suficientemente as relações de poder que ultrapassam os muros das *instituições totais*⁴⁰. Para ele, há uma tentativa de neutralidade moral na obra. Para Becker, a adoção de palavras e termos desconectados de um julgamento moral representa a tentativa de Goffman de se manter o mais neutro possível perante a situação do hospital psiquiátrico analisado. Becker critica ainda que, apesar de Goffman marcar as diferenças entre as motivações de entrada e as funções das instituições totais, as análises tendem a generalizar espaços consideravelmente distintos, como campos de concentração e acampamentos das Forças Armadas. Em seguida, o autor aponta como as generalizações de Goffman tornaram possível uma compreensão mais profunda e uma avaliação moral mais séria das práticas das instituições do que a denúncia ou a defesa (BECKER, 2003, p. 668). Esse julgamento leva, inevitavelmente, a culpar as instituições, e não os indivíduos. Ainda, permite entender que as instituições fazem o que fazem devido às condições sob as quais elas se estruturam.

Susie Scott (2011) parte das críticas de Becker somado a um diagnóstico da fluidez do *self* na modernidade, e a sensação de ansiedade por estarmos sempre em uma sociedade de risco. A autora considera ainda questões existenciais levantadas por Giddens (1991), que passaram a ser relevantes para os indivíduos: a finitude da vida humana, as experiências com as outras pessoas, e a continuação da identidade pessoal (GIDDENS apud SCOTT, 2011). A resposta de Giddens para essas questões é passar a considerar o *self* como um projeto reflexivo: algo que precisa ser designado e planejado, continuamente trabalhado, revisado e monitorado. Paradoxalmente, esses objetivos altamente individualistas são cada vez

⁴⁰ Crítica semelhante também pode ser encontrada no trabalho de Piccolo e Mendes (2012). Ao traçar uma comparação com os campos de concentração os autores sugerem que Goffman não problematizou o contexto e as desiguais relações de poder existentes para além dos muros das instituições. Para Scheff (2006), essas críticas não compreenderam que o trabalho de Goffman está mais interessado em uma revolução na cultura do que na estrutura política ou de poder dessas instituições.

mais buscados nos meios sociais, através de novas formas e sistemas criados com a finalidade de orientar a implementação de uma mudança (SCOTT, 2011, p. 36).

Partindo da teoria do quadro analítico apresentado, Scott (2011) destaca a ânsia dos indivíduos por transformação e reconstrução permanente, para questionar a premissa da autonomia dos indivíduos ao longo dos processos de reconstrução do *self* proposta por Goffman (1971). Scott está interessada no desejo pessoal de busca por aprimoramento e reconstrução do *self*. Para dar conta desse novo paradigma, a autora cunha o conceito *instituições reinventivas*, definido por:

uma estrutura material, discursiva ou simbólica a qual os membros voluntariamente buscam ativamente para cultivar uma nova identidade social, papel ou status. A busca é interpretada de forma positiva, como um processo de reinvenção, autoaperfeiçoamento ou transformação. Isso é alcançado não apenas através da instituição formal em uma retórica institucional, mas também através dos mecanismos de regulação performática no contexto de interação de uma cultura "interna"⁴¹. (SCOTT, 2011, p.3, tradução da autora)

Para Scott, o crescimento das *instituições reinventivas* pode ser visto como parte da cultura de insatisfação com o *self*. Essas instituições se oferecem para processar, reformular e reformar, eliminando experiências emocionais negativas, substituindo-as por uma identidade institucional discursivamente constituída.

De acordo com Scott (2011), como contraponto às *instituições totais* (Goffman, 1968), não apenas o contexto físico mudou, de instituições enclausuradas para "instituições sem muros", mas também o significado simbólico da ressocialização, de uma forma coercitiva de mortificação para um voluntário aprimoramento do *self*. Nas *instituições reinventivas*, os indivíduos não apenas se veem como objetos a serem reconstruídos, como passam a se ver como sujeitos que dirigem o processo de reconstrução.

Entretanto, o maior anseio do indivíduo por seu aprimoramento não exclui desses espaços as relações de poder. O modelo de poder que opera nas *instituições reinventivas* pode ser entendido através da *regulação performática*:

O que chamo de "regulação performática" é mais do que apenas poder disciplinar imposto a corpos dóceis (Foucault, 1975; Rose, 1990), pois ela exige o envolvimento ativo dos indivíduos na criação e adesão aos seus

⁴¹ "a material, discursive or symbolic structure in which voluntary members actively seek to cultivate a new social identity, role or status. This is interpreted positively as a process of reinvention, self-improvement or transformation. It is achieved not only through formal institution in an institutional rhetoric, but also through the mechanisms of performative regulation in the interaction context of an inmate culture." (SCOTT, 2011, p.3).

próprios regime, assim como a vigilância dos membros entre seus pares. No entanto, também é mais do que uma ordem de interação democrática (Goffman, 1983) ou ordem negociada (Strauss, 1978), pois as relações hierárquicas afetam o modo como as regras institucionais são projetadas e implementadas. A regulação performática, portanto, descreve um fluxo multidirecional de energia, simultaneamente, de cima para baixo, de baixo para cima, horizontal e circulatório. Como nas instituições totais, há uma tensão entre as construções ativa e passiva do *self* na autoria de sua nova identidade, mas o equilíbrio entre as duas mudou de uma agência de coerção/latência manifesta para uma de coerção manifesta / latente⁴². (SCOTT, 2011, p.30, tradução da autora)

Scott (2011) afirma que a *regulação performática* também opera no cerceamento do *self* dos indivíduos, podendo ser até mais coercitiva do que as relações de poder nas *instituições totais*. Porém, elas não são experienciadas como tal pelos indivíduos. São, ao contrário, percebidas como um processo de agenciamento dirigido pelos próprios indivíduos rumo a uma direção que ele considera melhor do que a que ele ocupava antes.

A nova identidade é experienciada não como algo externamente imposto, mas como uma imagem ideal, que os “adeptos” ativamente incorporam em uma narrativa de autenticidade, na qual a reinvenção significa a realização de seus verdadeiros interesses⁴³. (SCOTT, 2011, p.243, tradução da autora).

Um último ponto de inflexão entre Scott e Goffman diz respeito à vida anterior à entrada na instituição. Enquanto Goffman sugere que, após o processo de conversão, os pacientes tendem a descartar suas identidades anteriores, Scott (2011) aponta que elas são mantidas e revividas como um orgulho, pois representam a trajetória do indivíduo até chegar ao ponto em que ele está agora.

Para Scott, a transição entre as *instituições totais* e as *instituições reinventivas* não é somente uma substituição de coerção por voluntarismo, mas uma mudança no relativo equilíbrio entre as duas formas. Continua a existir uma tensão entre as construções ativas e passivas do *self* na autoria de sua nova identidade,

⁴² (...) which I call ‘performative regulation’ is more than just disciplinary power imposed on docile bodies (Foucault 1975; Rose 1990), for it demands the active involvement of individuals in the creation of their own regimes and adherence to them, as well as the mutual surveillance of members by their peers. Yet it is also more than a democratic interaction order (Goffman 1983) or negotiated order (Strauss 1978), for hierarchical relations affect the way that institutional rules are designed and implemented. Performative regulation therefore describes a multidirectional flow of power as simultaneously top-down, bottom-up, horizontal and circulatory. As in the TI, there is a tension between active and passive constructions of the self in authoring its new identity, but the balance between the two has shifted from one of manifest coercion/latent agency to one of manifest agency/latent coercion. (SCOTT, 2011, p.30)

⁴³ “The new identity is experienced not as an externally imposed, alien from but rather as an ideal image, which inmates actively incorporate into a narrative of authenticity, where in reinvention signifies the realisation of their true interests.” (SCOTT, 2011, p.243).

mas o equilíbrio passa de uma coerção manifesta/agência latente para uma agência manifesta/coerção latente (SCOTT, 2011, p. 50).

3.7 As instituições reinterpretativas⁴⁴

Partindo do quadro teórico apresentado, somado às experiências etnográficas na clínica, proponho uma leitura híbrida entre as *instituições totais* e as *instituições reinventivas*, a qual chamarei de *instituições reinterpretativas*. O conceito proposto contempla perspectivas do *self*, da instituição e dos efeitos da interação entre esses dois autores.

A motivação da proposição das *instituições reinterpretativas* é a constatação de que os modelos apresentados pelos autores previamente apresentados não dão conta da realidade encontrada ao longo do trabalho de campo. Enquanto a proposta de Goffman, conforme as críticas a ele apresentadas, ofusca o papel de agenciamento dos indivíduos, o projeto de Scott pressupõe uma motivação individual de aprimoramento que nem sempre é observável nos processos de reconstrução do *self*.

Assim, o conceito se estrutura a partir de uma releitura dos conceitos de Goffman e Scott, somados a tentativas de desnaturalização de categorias amplamente conhecidas no tratamento que será apresentado, como “compulsão”, “dependência química”, entre outros. As *instituições reinterpretativas* dizem respeito a espaços em que o processo de reconstrução do *self* propõe uma reinterpretação da carreira dos seus adeptos a partir de momentos e explicações comuns. Trata-se

⁴⁴ O verbo reinterpretar também é adotado por SOUZA e NUNES (2018) ao referirem-se ao trabalho de Nunes (2016). Para o autor, no contexto das Comunidades Terapêuticas “o passado do interno será reinterpretado. Os momentos de prazer e sociabilidades desenvolvidos durante o período da adicção ativa serão negativados. Espera-se que o acolhido absorva o discurso institucional, a transformação do modo de falar evidencia o início desse processo que passa também pela transformação da corporalidade. (SOUZA e NUNES, 2018, p.24). Frois (2007) também utiliza o verbo reinterpretar em referências as instituições de Doze Passos. Para a autora, “é através do discurso, da memória e da aprendizagem da filosofia das associações, que o sujeito se reinterpreta e dá corpo a uma nova personagem que passa a encarnar e através da qual doravante se autodefine num processo contínuo, processo este reafirmado de cada vez que participa numa reunião.” (FROIS, 2007, p.132) Apesar de ter tido contato estes trabalhos após a escrita deste capítulo e do debate acerca das *instituições reinterpretativas*, algumas inspirações para proposição do conceito são semelhantes ao argumento levantado pelos autores em ambas passagens.

de uma tentativa de homogeneização em torno de um diagnóstico, mas que tem como método uma maneira específica de reportar a trajetória.

Parte ainda do pressuposto de que o voluntarismo – ou involuntarismo – na adesão ao tratamento é insuficiente para compreender as razões para o engajamento em uma forma de tratamento. Policarpo (2016) apresenta a política judicial de tratamento de usuários de drogas em São Francisco, nos Estados Unidos, em comparação com o caso do Rio de Janeiro, Brasil. O autor destaca como, especialmente no caso norte americano, o engajamento ao tratamento médico para usuários de droga é encarado como uma forma de evitar o encarceramento. Para o autor, “a mera repressão jurídica, baseada na simples oposição binária entre o permitido e o proibido, legal e ilegal, vai dando espaço a outras formas de controle, baseada nas normas que atravessam essas “instituições anexas” (POLICARPO, 2016, p.31).

Considerando as multiplicidades de formas de controle no que tange ao tratamento para às drogas e a insuficiência dos conceitos apresentados para analisar o caso em questão, a construção do conceito considera as experiências empíricas, em diálogo com os debates apresentados para propor uma possibilidade de compreensão do tratamento adotado na clínica.

Portanto, podemos compreender as *instituições reinterpretativas* a partir da análise de cinco apontamentos principais: (a) as motivações de entrada; (b) a concepção de Dependência Química adotada nessas propostas de tratamento; (c) as relações de poder entre pacientes e *staff*; (d) a *carreira moral* do paciente: a compulsão e a (re)construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação; e, finalmente, (e) as resistências e conversões dos indivíduos envolvidos no tratamento.

3.7.1 As motivações de entrada

De acordo com as *instituições totais*, diferentes motivações de entrada podem estar relacionadas ao o grau de totalização de cada instituição, visto que há diferenças quando o indivíduo opta por ingressar na instituição de quando ele é enviado para o local sem seu consentimento. Apesar de a motivação de entrada contribuir com a aceitação e o engajamento, não é ela o que definirá se o indivíduo se engajará ou não ao tratamento proposto.

As *instituições reinventivas* são definidas por uma estrutura simbólica em que os indivíduos adentram voluntariamente buscando um novo papel, identidade ou status social. (SCOTT, 2011) O que não admite, portanto, um ingresso que não esteja relacionado a esses anseios dos indivíduos.

É preciso traçar uma distinção entre motivação de entrada e as intenções ao buscar o tratamento. O fato de a entrada ser voluntária, não significa um engajamento do indivíduo à proposta apresentada. A decisão de entrada pode ser encarada como resultado de uma escolha racional, visando oferecer uma resposta para os conflitos em que o indivíduo se vê envolvido, sem que ele esteja interessado em uma reconstrução de si mesmo, ou, ainda, de parar de utilizar a substância, no caso da Dependência Química.

Ao acompanhar integrantes do grupo Narcóticos Anônimos (NA), Cardoso (2006) define o sentimento de chegada ao “fundo do poço” como o momento em que os indivíduos decidem buscar ajuda. Para o autor, o fundo do poço pode ser definido como:

(...) aquele momento estratégico no qual, para determinado indivíduo, o estigma se tornou tão doloroso, que o deslocamento de trajetória converteu-se numa necessidade vital. Para Nancy, por exemplo, passar uma noite na cadeia foi seu “fundo de poço”. Para Sidney e Brian, ser “esculachado” (ser humilhado) pela polícia e por traficantes, respectivamente, foi o bastante para procurar o NA. Mas, além da repressão policial e da atuação de traficantes, pressões econômicas e familiares tiveram grande ingerência no “fundo do poço” de outros membros da entidade. (CARDOSO, 2006, p. 61)

A noção de “fundo do poço” é interessante para pensar a trajetória de uma pessoa que busca o tratamento dos Doze Passos. Apesar de essa noção estar presente entre os indivíduos que ingressam no tratamento, dentro da perspectiva da metodologia, a recaída ou o não engajamento do indivíduo no tratamento são interpretados como se o indivíduo ainda não tivesse chegado realmente ao “fundo do poço”. Nos termos nativos, seria o entendimento de que as perdas para o vício ainda não foram suficientes para que o indivíduo decidisse se engajar realmente na proposta de tratamento. De acordo com essa perspectiva, o indivíduo precisa recair e retornar diversas vezes ao tratamento até chegar ao “fundo do poço”, quando ele realmente estará pronto para adentrar a proposta de tratamento.

A motivação voluntária de entrada, especialmente comparada a um contexto de internação compulsória, principal contexto de observação de Goffman, é importante para pensar o processo de reconstrução do *self*. Entretanto, essa

perspectiva precisa ser ampliada, considerando a intenção de entrada e entendendo que, sob a perspectiva do tratamento, o engajamento pode ocorrer ainda que a decisão de entrada não tenha sido permeada da intenção de autoaprimoramento apresentada por Scott (2011).

Nesse sentido, é possível encontrar agenciamento do indivíduo no engajamento ao tratamento (voluntário). Tanto no sentido de busca da recuperação através do tratamento proposto, quanto no sentido de utilização do tratamento como forma de responder a problemas pessoais, sem que haja desejo ou perspectiva de mudança ou aprimoramento individual.

No caso analisado neste trabalho, apesar do caráter voluntário de entrada na clínica, o desejo de busca por aprimoramento de Scott (2011) é insuficiente para entender às razões que levam os policiais a ingressarem no tratamento. No local, a busca pelo tratamento pode estar relacionada a um último esforço para evitar a expulsão da Corporação. As causas para as ameaças de expulsão estão relacionadas principalmente ao desempenho de condutas inapropriadas, como faltas ou atrasos recorrentes, asseio insuficiente para o desempenho do trabalho policial, entre outros. Se tratando de “indivíduos compulsivos”, no cotidiano da clínica esses comportamentos sempre aparecem associados ao comportamento incontrolável característico da doença. Dependentes Químicos. Cabe ressaltar que atualmente a Dependência Química não pode ser utilizada como justificativa para a exclusão.

Em suma, a decisão voluntária de entrada pode estar relacionada ao desejo de parar com o consumo da substância, ou apenas como resultado de uma escolha racional visando oferecer uma resposta para os conflitos que o indivíduo se vê envolvido, sem que ele esteja interessado em uma reconstrução de si mesmo, ou ainda de parar de utilizar a substância. Em ambas opções existe agenciamento do indivíduo.

3.7.2 Concepção de Dependência Química adotada nessas propostas de tratamento

O segundo apontamento diz respeito ao conceito de Dependência Química e a relação com saúde mental. Desde 1955, de acordo com a Sociedade Americana de Medicina, o alcoolismo é considerado uma doença física e mental (DENZIN,

1997). Para a irmandade Alcoólatras Anônimos, uma das principais formas de tratamento da dependência química pós-processos de desinternação, o alcoolismo é considerado uma doença mental, física e espiritual⁴⁵.

Assistimos hoje, especialmente com o advento da luta antimanicomial, a formas de tratamento para a Dependência Química que ultrapassam a perspectiva médico-psiquiátrica representada pela administração de medicamentos, internações e demais formas de tratamento médico, passando a considerar também uma perspectiva de mudança comportamental do paciente.

Goffman precisa ser lido como um autor que acompanhou a rotina de um hospital psiquiátrico, dentro de uma perspectiva de atuação contra o processo de internação. Ele destaca que os tratamentos com internação:

Eles serviram para remover o paciente do local de seu comportamento sintomático, o que pode ser construtivo. Mas essa função foi realizada por cercas, não por médicos. E o preço que o paciente teve que pagar por este serviço foi considerável: deslocamento da vida civil, alienação dos entes queridos que participaram desse processo, mortificação devido à dominação e vigilância hospitalar, e estigmatização pós-internação permanente. Isso não foi apenas um mau negócio; tem sido um péssimo negócio⁴⁶. (GOFFMAN, 1971, p. 336, tradução da autora).

Antes de prosseguir nessa análise, é preciso fazer a ressalva de que a extensa duração da internação foi definida por ele como uma das características de uma *instituição total*, por contribuir para o “fechamento” dos indivíduos em relação ao mundo exterior. O impacto de *Asylums* influenciou políticas e práticas para a doença mental a partir da década de 1960. As mudanças mais significativas foram a transferência de atendimento de hospitais estatais para clínicas centradas na comunidade, e mudanças legais na redução de práticas de internação involuntárias involuntário. (AVERY, 2012, p. 150)

Desde então, ao redor do mundo, temos assistido a processos de desinternação para alguns distúrbios de ordem psiquiátrica, entre eles, a Dependência Química. Nesse contexto, são desenvolvidas formas alternativas de tratamento, como a Redução de Danos ou irmandades de autoajuda, como os

⁴⁵ Definição semelhante é encontrada entre os Narcóticos Anônimos. A questão principal em torno desse diagnóstico é a compulsão que será aprofundada nas próximas seções desse capítulo.

⁴⁶ “They have served to remove the patient from the scene of his symptomatic behavior, which in itself can be constructive, but this function has been performed by fences, not doctors. And the price that the patient has had to pay for this service has been considerable: dislocation from civil life, alienation from loved ones who arranged the commitment, mortification due to hospital regimentation and surveillance, permanent posthospital stigmatization. This has been not merely a bad deal; it has been a grotesque one”. (GOFFMAN, 1971, p.336).

Alcoólicos Anônimos (AA). É dentro dessas novas formas que o trabalho de Scott se situa. A autora está atenta a instituições sem muros, ou seja, sem a ruptura brusca com o mundo externo, mas que, para ela, também operam processos de reconstrução do *self*.

Entretanto, entre os novos arranjos de tratamento, é possível encontrar espaços que ainda mantêm a internação⁴⁷ e/ou administração de medicamentos, mas adotam também perspectivas de mudança de comportamento oriundas de formas de tratamentos sem internação. A clínica analisada nesse trabalho, por exemplo, adota, junto com a rotina da internação psiquiátrica, o Programa dos Doze Passos e Doze Tradições.

As Comunidades Terapêuticas, em avanço no Brasil sobretudo a partir da década de 1990 (IPEA, 2017), são outro exemplo. Nick Manning (1989), ao se debruçar sobre o estudo das Comunidades Terapêuticas, destacou a importância da rotina nesses espaços. Segundo o autor, a rotina é crucial para entender a relação entre a existência contínua de uma personalidade segura e a reprodução das instituições estruturadas na sociedade" (MANNING, 1989, p.73). A rotina, assim como para Goffman, é extremamente importante para os novos arranjos de tratamento.

Entre essas novas formas de tratamento, vemos instituições, com ou sem muros físicos, comprometidas com a mudança de comportamento desenvolverem atividades para aumentar cada vez mais a rotina e, conseqüentemente, o contato dos adeptos com o tratamento.

A partir dessa constatação, proponho uma flexibilização do conceito de *instituição total* em termos distintos do proposto inicialmente por Goffman, entendendo que podem ser encontrados diferentes graus de totalização entre as instituições. Inclusive, com internações mais curtas e que congreguem formas de reconstrução do *self* oriundas de estruturas sem internação.

Apesar de os processos de reforma psiquiátrica terem logrado êxito nos processos antimanicomiais, especialmente no que tange à internação compulsória, ainda é possível encontrar tratamentos para a Dependência Química com internação, ainda que em períodos mais curtos do que os analisados por Goffman.

⁴⁷ É preciso fazer a ressalva de que as internações compulsórias são menos presentes do que no período analisado por Goffman (1971).

Geralmente, nesses tratamentos, é possível encontrar uma abordagem médica, representada pela administração medicamentosa, abstinência e o papel de controle de um psiquiatra. E outra, de cunho pedagógico, considerada igual ou de superior importância que a médica, conduzida por pares ou por parte do *staff*, que consiste em adequar o comportamento dos internos ao comportamento esperado deles nas interações sociais. Sendo esta dupla abordagem a forma de tratamento adotada na clínica analisada neste trabalho que congrega simultaneamente as premissas de uma instituição com muros e controle médico com o desejo voluntarista de autoaprimoramento de Scott (2011).

3.7.3 As relações de poder entre pacientes e *staff*

O terceiro apontamento diz respeito às relações de poder. Para Goffman, nas *instituições totais*, as relações de poder entre os indivíduos e o *staff* possuem um papel fundamental no processo de reconstrução do *self*. De acordo com o autor, a relação entre esses dois grupos é marcada por hostilidade e desconfiança. Mas, ao mesmo tempo, Goffman aponta algumas possibilidades de negociação entre esses grupos, especialmente quando o paciente se encontra em um estágio avançado da conversão.

Por sua vez, os processos de reconstrução do *self* que encaixam na perspectiva das *instituições reinventivas* (Scott, 2011) são definidos geralmente por formas de tratamentos “sem muros”. Entre eles, estão comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e grupos conduzidos por pares. Nesse último, as relações de poder são concebidas em um fluxo multidirecional, segundo o qual os próprios pacientes também vigiam uns aos outros. O modelo de poder vigente nesse contexto foi conceituado por Scott (2011) como *regulação performática*.

Uma das principais premissas dos grupos conduzidos por pares reside em utilizar a experiência de pessoas que compartilham (ou compartilharam) do mesmo estigma como processo de recuperação⁴⁸. Além do trabalho de Scott (2011), outros autores analisaram esses grupos a fim de entender os processos de recuperação em tais contextos (DENZIN, 1997; SANDERS, 2014; MYERS, 2015).

⁴⁸ Uma das metodologias mais famosas nesse sentido é conhecida por Doze Passos e é adotada em grupos como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Jogadores Anônimos, entre outros.

Um estudo etnográfico conduzido por Myers (2015) nos EUA demonstra uma experiência de incorporar ex-pacientes como parte do *staff*⁴⁹ em espaços de acolhimento de saúde mental. A iniciativa aparece em um contexto de minimizar os efeitos tóxicos do sistema de saúde tradicional. De acordo com a autora, as pessoas que defendem essa iniciativa argumentam que ela oferece aos ex-pacientes uma nova oportunidade e, ao mesmo tempo, mostra aos atuais pacientes que eles também podem ter uma. Segundo os defensores do trabalho, isso atenderia às pessoas que mais precisam entrar em recuperação. O conceito-chave da recuperação, de acordo com Myers (2015), é a ideia de *agente moral*, definido por:

Quando eu digo "moral", não estou me referindo a um código ético mais amplo, mas, sim, às formas locais pelas quais as pessoas passam a ser reconhecidas como "boas" em suas vidas cotidianas (Luhmann, 2001, Ware et al., 2007). O trabalho do psiquiatra e do antropólogo Arthur Kleinman (1999a, 1999b) apontou **a importância de ser reconhecido como "moral" ou "bom" em um "mundo moral local" para a saúde mental e a cura.**⁵⁰ (MYERS, 2015, p. 13, grifos e tradução da autora).

Dessa forma, a utilização dos pares no processo de reabilitação cumpre papel importante não apenas para os "pacientes" que chegam ao tratamento, ao apresentar exemplos de carreiras morais antes estigmatizadas que se tornaram bem-sucedidas, mas também para os que passam a fazer parte do *staff*, que podem desfrutar de uma recolocação no mercado de trabalho e resgatar sua agência moral. A autora afirma que essas pessoas geralmente são absorvidas para desenvolver trabalhos dentro dos próprios espaços em que elas fazem o tratamento, já que a superação do estigma da carreira moral desses pacientes geralmente não ultrapassa os muros da instituição. Há uma perspectiva crítica da autora no que tange à ideia vigente nos EUA, do trabalho como a principal função do contrato social e, conseqüentemente, o principal objetivo dos tratamentos de reabilitação pós-processos antimanicomiais.

Sanders (2014) trata de mulheres no Narcóticos Anônimos. A autora aponta como a metodologia dos Doze Passos e o envolvimento com pares, especialmente

⁴⁹ Geralmente, esse *staff* é assalariado. A autora destaca ainda a importância do recebimento do salário para o processo de recuperação desses pacientes.

⁵⁰ "When I say "moral" I am not referring to a broader ethical code, but rather, the local ways that people come to be recognized as "good" in their everyday lives (Luhmann, 2001; Ware et al., 2007). Psychiatrist and anthropologist Arthur Kleinman's (1999a, 1999b) work has long indicated the importance of being recognized as "moral" or "good" in a "local moral world" as important for mental health and healing." (MYERS, 2015, p.13).

em grupos compostos apenas por mulheres, contribuem para confrontar o estigma e a vergonha entre as mulheres usuárias de drogas ilícitas. Destaca, ainda, o potencial de empoderamento dessas mulheres dentro desses contextos, como uma conquista a ser celebrada pelas pautas feministas.

A ideia de recuperação entre pares apresenta mudanças importantes nas relações de poder estabelecidas nesses espaços, quando comparada ao modelo analisado por Goffman. Scott, ao analisar as relações de poder dentro de grupos de autoajuda, apresenta a ideia de Bauman (2000), de que as figuras mais poderosas no contexto da modernidade líquida não são líderes autoritários, mas os pares: “Pois, encontramos inspiração nas histórias de “pessoas como eu” que recontam a superação dos mesmos problemas que nós” (SCOTT, 2011, p. 50, tradução da autora).

Em contexto de recuperação entre pares, a hostilidade e o estigma entre os dois grupos são substituídos por um sentimento de reconhecimento e admiração por parte dos pacientes com relação aos membros do *staff* que partilham do mesmo estigma (MYERS, 2015; DENZIN, 1987). Evidentemente, isso não implica dizer que não há controle e vigilância por parte desse *staff* e os pacientes. As relações entre pares não anulam as relações de poder hierárquicas nos moldes pensados por Goffman.

No caso analisado nesse trabalho, as condutas dos pares precisam passar por aprovação e consentimento do *staff* da clínica, e eles estão sujeitos a sanções, uma vez que não apresentem o comportamento esperado. Os pares monitoram também o compromisso e avaliam o progresso uns dos outros”. (SCOTT, 2011, p. 237).

O poder exercido pelos pares sobre esses indivíduos é interpretado por eles como benigno e essencial para o aprimoramento individual. Portanto, é aceito, legitimado e reproduzido nas práticas. Evidentemente, isso não exclui conflitos, resistências e discordâncias entre pacientes e *staff*, e, ainda, entre membros do *staff* que são pares com os que não são. Essas situações serão abordadas no último apontamento.

Ainda, o tratamento entre pares pode ser pensado sob a perspectiva dos empreendedores morais de Becker (2008), indivíduos dispostos a criar e impor regras baseadas no que julgam ser o certo e cuja motivação vai além de induzir outras pessoas ao que elas julgam correto. Mas elas, de fato, acreditam que suas

escolhas são as melhores opções para a vida de qualquer um. Dessa forma, os indivíduos que já passaram pelo tratamento se sentem cumprindo um papel importante não apenas para eles próprios, mas também para os pacientes que eles estão ajudando no processo de recuperação.

Na clínica, além da relação convencional entre pacientes e *staff* e da relação entre pares dos conselheiros estagiários com os pacientes, o tratamento está subordinado e entrecruza com as relações de poder da Polícia Militar indicando uma coexistência entre as estruturas de poder propostas por Goffman (1968) e Scott (2011).

3.7.4 A compulsão, a *carreira moral* e a construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação

O quarto apontamento diz respeito ao processo de reconstrução do *self* que ocorre a partir da entrada na instituição, desde os rituais de entrada até a etapa da conversão, que muito se aproximam do conceito de *carreira moral* (GOFFMAN, 1971). O autor aponta como a despersonalização do indivíduo é acompanhada de um processo de associação de sintomas a um diagnóstico, o que contribui para criar um sentimento de semelhança entre os pacientes. Na clínica, inspirados, sobretudo, pela metodologia dos Doze Passos, esses sintomas são identificados como compulsão. A compulsão é o que une todos os comportamentos dos pacientes, além de distingui-los dos demais indivíduos que ingerem álcool ou drogas, mas não são dependentes químicos.

A incorporação da ideia de compulsão é uma categoria importante para compreender o processo de tentativa de reconstrução do *self* dentro da clínica. Ela é que vai reconstruir toda a *carreira moral*⁵¹ dos pacientes. Analisando um grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), que também adota a Metodologia dos Doze Passos, Antunes de Campos (2009) identificou que o alcoolismo é definido como:

(...) o resultado de uma articulação entre uma “sensibilidade física ao álcool” e “uma obsessão mental” em ingerir bebida alcoólica, que impede o alcoólico de parar de beber. Para AA, é possível ser um alcoólico sem jamais ter bebido, bastando, para isso, não ter tido contato com a bebida alcoólica. Foi o que me disse um membro de AA, quando afirmou: “existem

⁵¹ Considerando aqui a *carreira moral* composta por pré-internação, internado e pós-internação. Ver mais em Goffman (1971).

peças aí que nasceu, viveu aí 80 anos, ele é um alcoólatra só que ele nunca ficou bêbado. Por quê? Porque ele nunca entrou em contato com bebida alcoólica, é essa predisposição orgânica. (ANTUNES DE CAMPOS, 2009, p.112).

As narrativas dos “adictos em recuperação” geralmente são permeadas pela ideia de compulsão. De acordo com a metodologia dos Doze Passos, a compulsão é o traço definidor do dependente químico. A compulsão é o que faz com que o indivíduo não seja capaz de ter autocontrole sobre sua relação com a droga ou com a bebida. E é ela que será responsável por inviabilizar outras formas de tratamento que não defendam a abstinência, tal como a Redução de Danos.

A partir de uma pesquisa com pacientes do Serviço de Alcoolismo, Alzuguir (2011) identificou que, no Serviço de Alcoolismo e em grupos de ajuda como o Alcoólicos Anônimos, a “conscientização” do alcoolismo como doença, a vergonha com relação ao passado alcoólico, a responsabilidade atribuída ao indivíduo durante o tratamento e a “desculpabilização” pela doença, seriam repercussões da carreira moral alcoólica. Para autora, a vergonha opera como mecanismo moral de controle do alcoolismo, “o despertar da vergonha no cenário de tratamento comprova o entrelaçamento deste sentimento com o dispositivo terapêutico e, por sua vez, a dimensão moral da medicalização do alcoolismo” (ALZUGUIR, 2011, p. 18).

O primeiro passo da metodologia dos Doze Passos simboliza a importância da aceitação do rótulo de dependente químico para o processo de recuperação: “admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas”. O indivíduo que se reconhece como compulsivo admite de suas fraquezas e atribui a elas a doença. Uma vez ressignificada a carreira moral do indivíduo, até os episódios passados, marcados pela vergonha, passam a ser encarados como resultantes da compulsividade.

Goffman acredita que, após a passagem pelo processo de reconstrução do *self*, os indivíduos tendem a negar suas histórias passadas. Para Susie Scott, no contexto das *instituições reinventivas*, especialmente entre os grupos de autoajuda, o passado tem um papel importante no presente do indivíduo. Para a autora, nesses espaços:

Eles [indivíduos] não simplesmente perdem ou descartam completamente suas identidades anteriores, ainda que essa seja a história que dizem a si próprios para explicar o que aconteceu - o fato de que eles são capazes de

contar a história é uma evidência de que o autor da narrativa sobrevive⁵². (SCOTT, 2011, p. 244, tradução da autora).

Para um seguidor dos Doze Passos, uma vez que um alcoólico em recuperação se concebe como um bebedor desviante, carrega a história desse *self* dentro de uma nova personalidade que permite a aparência de "ser normal" dentro de uma sociedade de "normais" (DENZIN, 1997, p.13).

Dessa forma, a relação com o passado e o medo do retorno à situação do “fundo do poço” cumprem papel fundamental para a *carreira moral* de um dependente químico em recuperação. O medo da recaída, somado à ideia de doença incurável, ajudam o indivíduo a reconstruir não apenas o seu passado, mas também seu futuro como um “adicto em recuperação”, o que inclui evitar os espaços, hábitos e pessoas que ele relacionou com o uso da substância. A compulsividade contribui também para que o indivíduo aceite as possíveis recaídas, uma vez que a compulsão está fora de seu controle, como relembra o primeiro passo.

Portanto, ao assumir-se como um portador da doença e engajar-se ao tratamento é fornecida ao indivíduo a possibilidade de reinterpretar suas experiências passadas, relacionando-as a atributos deteriorados dos portadores da doença. Além disso, projeta-se as experiências futuras, que passam a ser pautadas pelo desejo em manter-se em recuperação. Nesse bojo, incluem-se algumas funções ou práticas relacionadas ao trabalho policial que devem passar a ser evitadas para àqueles que desejam manter em recuperação.

3.7.5 Resistências e conversões

O quinto e último apontamento diz respeito às resistências e conversões. Para Goffman, os *ajustamentos secundários* seriam a forma de resistência do *self* anterior perante o projeto de destruição/reconstrução. Esse ponto representa uma das principais críticas de Scott a Goffman, uma vez que a autora considera que os *ajustamentos secundários* subestimam o agenciamento dos indivíduos.

⁵² “They do not simply lose themselves or discard their previous identities completely, even if this is the story that they tell themselves to account for what happened- the fact that they are capable of telling the story is itself evidence that the narrative author-self survives.” (SCOTT, 2011, p.244).

Em instituições com graus de “fechamento” menores dos que os discutidos por Goffman, os indivíduos podem escolher por deixar o tratamento, ou ainda levar o tratamento até o final, porém mantendo seu antigo *self*, a fim de se assegurar dos benefícios que a internação pode trazer para ele⁵³. A resistência ao projeto de reconstrução do *self* não precisa se dar apenas nas tentativas de deixar o local, como considerado por Goffman, mas também na falsa adaptação a uma conduta, visando os benefícios que ela pode trazer.

Seguindo a ideia de Scott, os indivíduos se veem dirigindo o processo de reconstrução quando optam por segui-lo ou abandoná-lo. Essa premissa é um contraponto importante com Goffman, que enxerga o indivíduo como vítima de um processo, segurando-se na sua própria autenticidade. Aqui, cabe retomar a ideia da recaída como parte da trajetória de recuperação de um dependente químico:

Para que o alcoólatra se recupere, ele deve ir além de si mesmo. Deve encontrar um lugar para si mesmo em uma rede de outros indivíduos que estejam passando pelo mesmo processo. Se o alcoólatra se recusar a se render a esse processo, sua recuperação será transitória, e uma identidade alcoólica “fugaz” ou “não comprometida” será formada⁵⁴. (DENZIN, 1997, p. 22, tradução da autora).

Dessa forma, o agenciamento do indivíduo está presente nas decisões de entrar, sair ou retornar ao tratamento. Evidente que esse agenciamento precisa ser pensado dentro do *estigma* da dependência química, incurável e limitadora, que é atribuído a esses indivíduos. Entretanto, o poder de decisão sobre recair ou se manter em recuperação está dentro do indivíduo, não exterior ao indivíduo, ao contrário dos casos em que terceiros definem a trajetória desses pacientes (Goffman, 1967).

Também é possível falar em agenciamento durante o processo de reconstrução do *self*. Scott destaca uma maior possibilidade de negociação entre os pacientes e o *staff* do que foi identificado por Goffman. Um contexto de adesão voluntária a um tratamento pode significar uma estrutura de poder menos hierarquizada, ou, pelo menos, apresentada como tal.

⁵³ Um exemplo disso é a manutenção do emprego, considerando o caso analisado nesse trabalho.

⁵⁴ “In order for the alcoholic self to recover it must come out of itself. It must find a place for itself in a network of selves who are undergoing the same process. If the alcoholic refuses to surrender to this process his or her recovery will be transitory, and a “fleeting”, or “uncommitted” alcoholic identity will be formed.” (DENZIN, 1987, p.22).

Para pensar sobre resistências e conversões, é preciso retornar ao primeiro apontamento, a fim de considerar as motivações e intenções dos indivíduos ao buscar espaços comprometidos com a reconstrução do *self*. Entendendo que a definição de “lavagem cerebral” é muito rasa para explicar as relações entre o indivíduo e a instituição em espaços como esses (BARKER, 1989).

O debate entre coerção ou escolha para seguir grupos considerados “totalizadores” foi explorado por Barker (1989) para pensar se os indivíduos inseridos entre os *Moonies* participavam do grupo por escolha própria ou devido a uma “lavagem cerebral”. Para a autora, a partir do momento em que definimos o homem como um ser social, formado a partir das interações com o meio, como podemos diferenciar o que é orientado por pressões externas e o que é de fruto da escolha do indivíduo? Ela propõe, então, um modelo para avaliar a escolha a partir de quatro variáveis: (1) individual, composta por nossas predisposições de mundo; (2) suas experiências e expectativas sociais anteriores, (3) o entendimento da doutrina a que o indivíduo será exposto; e (4) o contexto imediato em que o indivíduo se encontra.

Esse modelo avança no sentido de complexificar os fatores que ajudam a compreender o engajamento dos indivíduos a um determinado grupo. No caso de espaços como as clínicas de reabilitação para usuários de drogas, soma-se a esses fatores uma motivação relacionada à visão que a sociedade possui do desvio em questão. Portanto, o *estigma* se configura também como um fator importante para compreensão da decisão pelo engajamento. Além desta decisão, a agência do indivíduo portador de um *estigma* é diferente do agenciamento de um indivíduo sadio, especialmente quando se concebe a dependência química como uma doença incurável e que afeta o indivíduo fisicamente, moralmente e psicologicamente. Nunes (2016) fez semelhante observação ao analisar residentes em Comunidades Terapêuticas:

A condição de adicto em recuperação faz do residente um ser híbrido. Eles vivem em uma situação liminar. Deixaram de ser nórias – período do passado no qual habitavam em um mundo de sofrimento, danação, descontrole, abjeção – porém são incapazes de ingressar no mundo da chamada normalidade. Para sempre carregarão consigo o estigma da dependência química”. (NUNES, 2016, p..40).

No caso analisado neste trabalho, identifico o agenciamento do indivíduo não apenas na resistência ou aceitação do tratamento, mas ainda na assimilação que

esses indivíduos escolhem fazer, que nem sempre se traduz completamente no projeto institucional esperado para a nova identidade desses sujeitos. Ao mesmo tempo, como o indivíduo em questão partilha um rótulo estigmatizado irreversível, esse agenciamento estará sempre sujeito ao julgamento e descrédito dos indivíduos considerado normais e dos pares. Esse julgamento pode operar tanto no sentido de considerar o indivíduo convertido como vítima de uma “lavagem cerebral”, quanto no de atribuir a doença a incapacidade do indivíduo de aderir ao tratamento.

3.8. Por uma teoria que considere o contexto e as relações de poder presentes no meio estudado

“Uma teoria capaz de dar conta da multiplicidade dos discursos sobre as drogas nos ensina que é preciso considerar além da substância e do indivíduo, o contexto em que é realizado o consumo” (POLICARPO, 2016, p. 44). Tal premissa se faz necessária também para compreender as estratégias de tratamento para usuários de drogas que vêm sendo desenvolvidas.

Embora o método dos Doze Passos já tenha sido explorado por diversos trabalhos acadêmicos, alguns deles citados nessa tese, o caso que analiso é consideravelmente distinto de todos aqueles apresentados ao longo desse capítulo. O entrelaçamento com a dimensão laboral da clínica, somado ao papel de profissional de Segurança Pública como elemento chave na perpetuação da aplicação da lei que criminaliza as drogas, e os contextos de acesso à droga por esses indivíduos contribui para pensar a especificidade e a relevância do caso.

Em uma perspectiva mais ampla, busquei ainda realizar uma tentativa de construção de um arcabouço teórico para análise do processo de reconstrução do *self* manejado na clínica. O material empírico coletado foi fundamental para o desenho da proposição teórica da *instituição reinterpretativa*, que considera: (a) as motivações de entrada na clínica; (b) a concepção de Dependência Química adotada; (c) as relações de poder entre pacientes e *staff*; (d) a *carreira moral* do paciente: a compulsão e a (re)construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação; e (e) as resistências e conversões dos indivíduos envolvidos no tratamento.

Dentro da perspectiva da *instituição reinterpretativa*, o processo de reconstrução do *self* não está comprometido em apagar ou reescrever um novo

processo a partir da trajetória dos indivíduos. Através de um processo de assepsia moral, ele visa fornecer uma nova maneira comum de reportar a trajetória individual, a partir de novas interpretações e justificativas, com base em um discurso apresentado como científico e através um tratamento composto simultaneamente de práticas médicas e religiosas.

O processo de reinterpretação opera mediante as vivências e os interesses dos indivíduos. No caso específico, as vivências e interesses de policiais militares usuários de drogas que buscam um tratamento no interior de sua corporação. Esse será o material a ser reinterpretado ao longo do tratamento, e o desafio será o de estabelecer uma história comum que reforce os laços entre os pacientes e estimule o convencimento de que aquele tratamento propõe uma melhor maneira de viver do que a que esses indivíduos possuíam antes.

Evidentemente, essa perspectiva nos permite conceber diversos graus de conversão ao tratamento, graus estes mediados pelas vivências e, sobretudo, pelos interesses individuais. O que permite conceber diversas categorias de adeptos ao tratamento, conforme foi discutido no capítulo anterior.

Os apontamentos realizados no presente capítulo representam uma tentativa de compreensão do tratamento oferecido para os policiais militares a partir do diálogo inicial com uma literatura sociológica do caso em questão. Nos capítulos a seguir, pretendo, à luz dessas discussões teóricas, aprofundar a análise da relação entre ser policial, tornar-se um policial “adicto em recuperação” e buscar um tratamento para sua doença dentro do seu local de trabalho.

4. OS DOZE PASSOS E AS DOZE TRADIÇÕES DE UM “ADICTO EM RECUPERAÇÃO” E A APLICAÇÃO DESSE MÉTODO NO RENASCER

Policarpo (2016) enquadra a abordagem dada às drogas em nossa sociedade dentro de um modelo médico-jurídico. De acordo com o autor, essa perspectiva contribui para atribuir uma agência intrínseca às drogas, responsável por provocar efeitos previsíveis e semelhantes em seus consumidores. É sobre esse modelo que se constrói o conhecimento e, conseqüentemente, as políticas públicas sobre drogas.

Os detentores do conhecimento científico sobre as drogas também demandam a participação e chamam para si a responsabilidade em decidir se o consumidor é um doente ou não, se o que consome é uma droga ou não, se deve ser preso ou não, se tem recuperação ou não. E, claro, também desenvolvem as especializações e as técnicas de tratamento. Ao poder de criminalização do consumo de drogas, anexa-se o saber normalizador da medicalização. (POLICARPO, 2016, p.30)

Um exemplo claro disso é que, desde 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a dependência química como doença. Por outro lado, a concepção da dependência química como uma doença ligada ao cérebro não é consenso entre a comunidade científica. Destaca-se, nesse sentido, a *Addiction Theory Network*, uma rede composta por cientistas comprometidos em discutir os critérios que foram utilizados para relacionar a compulsão a uma doença do cérebro. Para esses cientistas, outros fatores, tais como os sociais, precisam fazer parte da problematização do conceito de dependência (FRASER, 2017).

Apesar dessas críticas, a categorização da dependência química como doença pela OMS é recorrentemente utilizada como justificativa para diversas formas de tratamento disponíveis, em uma tentativa de legitimar os tratamentos oferecidos. A dependência química ainda fornece respaldo para políticas de drogas que diferenciam o usuário do traficante e sugerem a medicalização do primeiro e a punição do segundo (SILVA, 2014).

Na perspectiva da medicalização do usuário, encontra-se uma gama de tratamentos que defendem medidas radicalmente distintas, tais como: a abstinência completa, a internação e/ou administração de medicamentos, processos de mudança no indivíduo para além do consumo das substâncias, até a metodologia comprometida com a minimização dos impactos negativos que as drogas (ou as

condições nas quais são administradas) exercem sobre os indivíduos, conhecida como Redução de Danos.

A seguir, aprofundarei uma dessas formas de tratamento, a metodologia dos *Doze Passos e das Doze Tradições*, também conhecida como *Método Minesotta*, o método adotado na clínica, e discutirei outras formas de tratamento, sob a perspectiva dos interlocutores deste trabalho.

4.1 A metodologia dos Doze Passos e das Doze Tradições - Uma brevíssima introdução

Amplamente difundida ao redor do mundo, a metodologia dos *Doze Passos e Doze Tradições* é adotada em grupos como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Jogadores Anônimos, entre outros. O método foi criado como uma alternativa a métodos de tratamento com internação para o tratamento da Dependência Química, do vício por jogos ou demais comportamentos considerados “compulsivos”.

O nascimento da metodologia é creditado a William Wilson e Robert Smith⁵⁵. Ambos, alcoolistas que almejavam parar de beber, eram seguidores do chamado “Grupo de Oxford”⁵⁶, uma associação americana de raiz cristã que acreditava na conversão espiritual como forma de transformar gradualmente indivíduos livres de pecados e vícios como o alcoolismo, o tabagismo ou a luxúria. A associação, cujo público-alvo eram homens de classe média alta, realizava encontros que se traduziam na troca de experiências dessa conversão espiritual e no apoio entre os seus membros.

Em busca de uma separação entre a ideia religiosa de Deus e a criação um programa específico para os alcoolistas, a partir de 1935, William e Robert passaram a realizar reuniões para outros alcoolistas focados na ideia de uma mudança do indivíduo com base em um poder superior, não mais limitado a figura

⁵⁵ Convém ressaltar que outros autores atribuem a criação do método a Maxwell Jones, que, em 1950, teria criado um modelo de atenção à saúde mental dos soldados que participaram da Segunda Guerra Mundial. O tratamento de Jones se apresentava como uma alternativa aos demais tratamentos psiquiátricos por propor mudanças como: relações de poder horizontais entre pacientes e staff, participação mais ativa dos pacientes no processo terapêutico, realização de atividades laborativas e educativas e convivência entre pares. (DAMAS apud IPEA, 2018, p.9).

⁵⁶ O grupo de Oxford foi um grupo religioso criado por estudantes da Universidade de Oxford, comprometidos em adotar padrões absolutos de pureza, amor, honestidade e altruísmo. Em cerca de 20 anos, o grupo se espalhou por diversos países. Nos EUA, um desses grupos assumiu a função de converter alcoólatras ao grupo. Ver mais em Cardoso (2006).

de Deus. Esse, conforme Frois (2007), é considerado o ano de fundação da Irmandade Alcoólicos Anônimos (AA).

Embora a gênese do tratamento aponte um entrelaçamento com a religião, percebe-se uma tentativa de eufemização ao substituir “Deus” e outros termos religiosos por um “poder superior”. Por outro lado, o método mantém práticas, valores e rituais semelhantes aos religiosos, que podem ser identificados ao analisar cada um dos Doze Passos⁵⁷. Farei esse percurso a seguir.

Em 1939, William Wilson publica o livro *Alcoholics Anonymous*, em que apresenta os doze passos que devem ser seguidos por um indivíduo que busca a recuperação. Os Doze Passos podem ser entendidos como um manual para a reconstrução do *self*, uma vez que sugerem um afastamento do *self* antigo para que o programa de recuperação possa funcionar completamente (DENZIN, 1997).

Em pouco tempo, o número de seguidores dos Alcoólicos Anônimos aumentou vertiginosamente. Para garantir que os grupos seguissem a mesma doutrina de tratamento, foram lançadas as Doze Tradições⁵⁸. Até hoje, elas devem

⁵⁷ Os doze passos que deve percorrer um adicto em recuperação são definidos por:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas. 2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. 3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos. 4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos. 5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas. 6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. 7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições. 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados. 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem. 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente. 11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade. 12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

⁵⁸ As doze tradições dos Alcoólicos Anônimos são: 1. Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de A.A. 2. Para nosso propósito de grupo, há somente uma autoridade suprema, um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa consciência de grupo. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não governam. 3. O único requisito para ser membro de A.A é o desejo de parar de beber. 4. Cada Grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros Grupos ou a A.A. em seu conjunto. 5. Cada Grupo é animado por um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre. 6. Nenhum Grupo de A.A. deverá jamais emprestar o nome de A.A., endossar ou financiar qualquer sociedade ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial. 7. Todos os Grupos de A.A. deverão ser totalmente autossuficientes, rejeitando quaisquer doações de fora. 8. Alcoólicos Anônimos deverá se manter sempre não profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados. 9. A.A. como tal jamais deverá ser organizado; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços. 10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões que lhe são alheias; portanto, A.A.

guiar os meios pelos quais os grupos mantêm sua unidade e se relacionam com o meio exterior, sua forma de viver e se desenvolver (JUNAAB, 2005).

Apesar de inicialmente ter sido pensado para os alcoolistas, atualmente, os Doze Passos são utilizados em grupos de narcóticos, de jogadores de azar e mulheres com relacionamentos afetivos problemáticos, por exemplo. A justificativa para a extrapolação do método para outros grupos reside na ideia da “compulsividade”. Dentro da perspectiva dos Doze Passos, o comportamento compulsivo faz com que as pessoas compulsivas desenvolvam comportamentos semelhantes com o álcool, com os jogos de azar, nas relações afetivas, entre outros. Dessa forma, as premissas do programa anteriormente apresentadas em referência ao alcoolista são igualmente úteis para o tratamento de outras formas de adicção.

Apesar de serem considerados igualmente “adictos” ou “compulsivos”, há diferenças importantes entre esses grupos, o que, inclusive, justifica a criação de distintas irmandades em detrimento de uma única. No decorrer da tese, apresentarei algumas diferenças identificadas no campo entre membros do AA e do NA.

Conforme preveem as tradições da irmandade, os grupos de mútua ajuda devem ser autônomos, autossuficientes e não profissionais. Entretanto, o método também é adotado em formas de tratamento consideravelmente distintas do que propõe a irmandade. Comunidades Terapêuticas e clínicas de reabilitação ligadas a igrejas evangélicas são alguns exemplos nesse sentido. Há diferenças no trabalho realizado nesses locais, especialmente no que tange às tradições.

4.2 Premissas do tratamento

Algumas ideias fundamentais orientam o tratamento adotado pelos Doze Passos. Em síntese, a teoria do Alcoólicos Anônimos congrega as seguintes premissas:

jamais deverá aparecer em controvérsias públicas. 11. Nossa política de relações públicas se baseia na atração em vez da promoção; precisamos sempre manter o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

- a) O alcoolismo é uma doença tríplice que envolve doença emocional, deterioração física, adicção física e um vazio moral ou espiritual;
 - b) Os alcoólicos possuem uma ânsia obsessiva por álcool que produz uma reação alérgica em seus corpos;
 - c) Alcoólicos perdem a capacidade de controlar seu consumo de bebida, ou de parar de beber por eles próprios;
 - d) Orgulho próprio, autoilusão, e negação são centrais para o adicto, e essas emoções se escondem por trás dos sintomas públicos do alcoolismo;
 - e) Alcoolismo é uma doença hereditária;
 - f) A recuperação para o alcoolismo requer abstinência. Nenhum alcoólico poderá retornar ao consumo controlado ou social de álcool.
 - g) A recuperação requer uma admissão de impotência perante ao álcool e um desejo de admitir um poder superior a nós mesmos;
 - h) A destruição do “eu alcóolico” (entrega) é necessária, se para a recuperação acontecer;
 - i) A entrega, eventualmente, será acompanhada por uma conversão a um modo de vida “espiritual”.
- (DENZIN, 1997, p.61, tradução da autora)

Acrescento às premissas de Denzin (1997) o argumento e que o alcoolismo é concebido como uma doença sem cura. Para o AA, o alcoolismo é considerado uma “doença incurável, progressiva e fatal”, de base “física e espiritual”, caracterizada pela perda de controle perante o álcool (ANTUNES DE CAMPOS, 2009). Sob a perspectiva da extrapolação do tratamento para outros públicos, da mesma forma que no alcoolismo, a adicção é concebida como uma doença hereditária e sem cura que acompanhará aqueles pacientes por toda sua vida.

Isso implica dizer que não existe um ex-adicto. Independentemente do período sem o consumo da substância, esses indivíduos serão sempre “adictos em recuperação”. A recuperação deve ser buscada e mensurada dia a dia, o que justifica o jargão de apresentação presente nesses grupos: “Olá, meu nome é X, estou há y dias limpo”. Um “adicto em recuperação” sempre sabe exatamente a quantidade de anos, meses, dias e, por vezes, horas desde o momento que se considera “limpo”.

A recuperação é vista como uma sentença de vida e um estado de constante de busca: nunca se pode reivindicar estar completamente recuperado. E, ao mesmo tempo, deve-se permanecer consciente do potencial de recaída (SCOTT, 2011). Essa é uma noção extremamente importante dentro da metodologia, uma vez que é sobre ela que se constrói a necessidade da abstinência total, ao longo de toda a vida do sujeito, como forma de evitar as recaídas.

A metodologia congrega elementos da Religião, Psiquiatria, Medicina, Filosofia Existencial, Sociologia e Psicologia Social (DENZIN, 1997). De acordo com um dos principais livros oficiais sobre o assunto:

Os princípios básicos de AA, na forma em que se conhecem hoje, foram tomados emprestados principalmente das áreas da religião e da medicina, embora algumas das ideias as quais eventualmente levaram ao êxito, resultaram da observação do comportamento e das necessidades da própria Irmandade. (JUNAAB, 2005, p.12)

Aqui, identifica-se, mesmo na literatura oficial do tratamento, a reivindicação de um sincretismo entre práticas religiosas e médicas como base do tratamento. Recorre-se ainda à experiência adquirida ao longo do tempo como parte constitutiva do êxito na proposta de tratamento oferecida.

Ao estudar grupos de Narcóticos Anônimos, Cardoso (2009) destacou como é vigente nos grupos a ideia de que a droga provoca uma perda da identidade individual, levando o indivíduo a fazer coisas nas quais ele não se reconhece. Portanto, o tratamento implicaria também um resgate da identidade individual. O processo de medicalização do alcoolismo, e da adicção de forma geral, está inscrito em um campo moral englobante, produtor de moralidades e formas particulares de percepção e atuação (ALZUGUIR, 2014). Em uma perspectiva sociológica, Denzin (1997) destaca que:

Nos termos de G. H. Mead, Alcoólicos Anônimos é uma sociedade emergente de indivíduos ex-alcoólicos auto-organizados em torno dos princípios de recuperação contidos nos textos de A.A. A recuperação envolve aprender a assumir a atitude dos ex-alcoólicos nessa estrutura, de modo que essas atitudes possam ser aplicadas às próprias experiências individuais com o alcoolismo⁵⁹.” (DENZIN, 1997, p.49, tradução da autora)

O AA se autodenomina uma irmandade de homens e mulheres, cujo o único pré-requisito para ingressar em um desses grupos é o desejo de parar com o uso da substância. O desejo é uma categoria que precisa ser desnaturalizada através da compreensão da correlação de forças que aparece associada a esse desejo. Trata-se de entender os aspectos que aparecem relacionados ao desejo de parar de usar a substância. Por que a droga que era concebida como uma fonte de prazer passa a ser um problema?

⁵⁹ In G.H. Mead's terms, Alcoholics Anonymous is an emergent society of pre-existing alcoholic selves organized around the principles of recovery contained in the texts of A.A. Recovery involves learning how to take the attitude of the selves in this pre-existing structure so that their attitudes can be applied to the individuals own experiences with alcoholism. (DENZIN, 1997, p.49)

As experiências em campo apontaram que, em um determinado momento, o indivíduo se vê como incapaz de gerir sua tensão biográfica com o uso da substância. O custo de manutenção do vício se torna insuportável. Esse é o momento em que o indivíduo decide pedir ajuda. Para a metodologia, esse é o momento em que ele enxerga a si mesmo no “fundo do poço”.

A consciência de “fundo do poço” varia de acordo com o comportamento considerado aceitável ou inaceitável para cada um. Podemos pensar os limites do aceitável para cada indivíduo dentro de uma perspectiva do Interacionismo Simbólico e das confirmações que buscamos na sociedade discutidas por Goffman (1980). Uma das leituras possíveis para o “fundo do poço”, segundo a perspectiva do estigma, relaciona-se à passagem do indivíduo desacreditável para um indivíduo desacreditado, situação em que aparecem questões relacionadas à visibilidade pública. Uma agressão física, um vexame em um contexto público, um comportamento agressivo em frente aos filhos, o medo de falhar perante um acontecimento importante na trajetória do indivíduo, entre outros, podem ser alguns dos motivos acionados para definir o “fundo do poço”.

A consciência do “fundo do poço” é fundamental porque contribui para tornar possível a ideia de impotência perante a substância, que constitui o primeiro dos doze passos. Essa discussão também é relevante quando o indivíduo recai. A recaída retoma esse momento de escolha em romper com o uso para dizer que aquele indivíduo ainda não havia realmente atingido o “fundo do poço”.

Uma das ideias centrais dessa metodologia é a ideia de recuperação entre pares. Nesses grupos, os indivíduos compartilham suas experiências, forças e esperanças, buscando a recuperação do alcoolismo (JUNAAB, 2006). A ideia é que as pessoas que compartilham do mesmo estigma têm mais chances de se compreenderem e se ajudarem mutuamente.

Quando um indivíduo ingressa na irmandade, ele recebe um padrinho. O padrinho é um agente socializador dos ingressantes na cultura do AA (DENZIN, 1997). Ele é o “adicto em recuperação” mais experiente, que deve orientar todo o tratamento do afilhado. Suas funções são, entre outras, oferecer formas de comunicação e uma rede de apoio (além das reuniões oficiais) para assegurar a continuidade do tratamento do ingressante, ajudar na prevenção as recaídas e explicar a metodologia. Essa é a figura principal a qual o adicto deve se inspirar e recorrer ao longo do tratamento.

O processo terapêutico em grupos dessa natureza acontece através de reuniões de caráter anônimo e que seguem repetidamente rituais específicos. Nelas, são explicadas as premissas do tratamento, sobretudo, através das leituras programadas, e os participantes compartilham histórias pessoais ligadas ao tema em discussão. Estudos sobre esse tipo de grupo destacam o seu potencial de empoderamento dos participantes, especialmente por utilizarem a expressão pessoal (ao narrarem suas próprias experiências) como forma de contornar a vergonha e o estigma (SANDERS, 2014; MYERS, 2015). Ao estudar as mulheres em grupo de Narcóticos Anônimos, Sanders (2014) aponta que:

A vergonha é internalizada e, se ela não tiver uma saída para se livrar desse sentimento, estará mais propensa a procurar fuga nas drogas. É por isso que a relação entre estigma e vergonha é tão importante para as mulheres em recuperação. Elas têm que aprender a se libertar da vergonha trabalhando com os sentimentos originais de transgressão e vendo-se como vítima ou participante de um ato socialmente estigmatizado que deu origem ou resultou de seu uso de drogas⁶⁰. (SANDERS, 2014, p.48, tradução da autora)

Para a autora, os Doze Passos trabalhados em conjunto contribuem para aliviar a culpa e a vergonha, e, com isso, possibilitar a entrada em um processo de recuperação. Outros estudos também apontaram a questão da vergonha como um elemento importante para o tratamento do alcoolismo. O trabalho de Alzuguir (2014) aponta como os efeitos morais da vergonha podem se aliar ao tratamento e assumir uma função terapêutica, de manter o indivíduo afastado da bebida para impedir a desmoralização do alcoólatra. Por outro lado, entender o alcoolismo como doença contribui para desresponsabilizar o indivíduo do consumo, ao atribuir o hábito à enfermidade. A autora afirma que:

Argumentamos que o tratamento não neutraliza a vergonha, mas a reinscreve sob o crivo da doença. O que parece ser problemático é menos a vergonha do que sua ausência ou perda, ou então, considerando seu substituto médico-moral, a falta de responsabilidade do alcoólatra em relação ao gerenciamento da sua doença após admitido no tratamento. (ALZUGUIR, 2014, p.24)

Ao se debruçar sobre a identidade, transformação e anonimato nas Associações de Doze Passos, Frois (2007) destacou que a forma com que os

⁶⁰ The shame is internalized and, if she does not have an outlet to rid herself of this feeling, she will be more likely to seek escape in drugs. This is why the relationship between stigma and shame is so important to women in recovery. They have to learn to let go of the shame by working through the original feelings of wrongdoing as a victim or participant in a socially stigmatized act that either gave rise to or resulted from their drug use. (SANDERS, 2014, p.48)

membros dessas associações falam sobre sentimentos de culpa e vergonha resultante do seu comportamento anterior é influenciada, em grande medida, pela frequência nas associações.

No tratamento, é disseminada a ideia de que somente através da abstinência completa é possível superar o uso problemático da substância. A forma de romper com o uso ultrapassa o consumo da substância e deve passar por um processo de reconstrução completa dos sentimentos, da rotina e do comportamento daquele indivíduo. Em outras palavras, é preciso evitar os lugares, as pessoas e os hábitos que, em algum momento, estiveram associados ao uso das drogas. Por conta disso, grupos que seguem os Doze Passos costumam oferecer uma gama de atividades além das reuniões terapêuticas, como futebol, churrasco e demais atividades socializantes, de forma a afastar o indivíduo dos contextos que ele associou ao uso da substância.

4.3 Percorrendo passo a passo os Doze Passos

Os Doze Passos são constituídos basicamente por quatro etapas: a primeira delas é admitir impotência perante a adicção e entregar a recuperação a um poder superior; em seguida, examinar criticamente os erros e os desvios de conduta passados e fazer reparações; aprender a viver sem a adicção; e, finalmente, ser capaz de ajudar na recuperação de outros, como um líder ou padrinho (SCOTT, 2011). Para melhor ilustrar essas etapas, nesta seção será realizada uma breve explanação sobre cada um dos passos.

O primeiro passo afirma que “admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas”, cumprindo papel fundamental em um processo de desvalorização do antigo *self*. Para Sanders (2014), esse é o passo mais importante para reduzir a vergonha e a culpa. O primeiro passo retira o agenciamento do indivíduo perante a substância, destacando a impossibilidade de ele enfrentar a doença sem auxílio externo. A metodologia aponta ainda que o “indivíduo não é o responsável pela aquisição de sua doença, mas, ao contrário, remete ao terreno da fatalidade e da aleatoriedade” (CAMPOS, 2009, p.112). Nas reuniões da irmandade, a doença é percebida como um “outro” residindo no próprio corpo do alcoólico (CAMPOS, 2009, p.114).

Ao acompanhar o cotidiano de uma Comunidade Terapêutica que adotava os Doze Passos, Taniele Rui (2012) destacou que esse é o passo mais importante do processo e que é retomado frequentemente ao longo do tratamento. De acordo com a autora,

Por isso, rememorar as experiências dolorosas é tão importante, uma vez que há bastante resistência em aceitar a perda de controle e o fato de que têm que viver absolutamente sem drogas, no caminho da sanidade. Segundo os trabalhadores do local, é por ser tão difícil admitir a perda de controle que é grande o número de desistências, de recaídas, de infração às regras institucionais, e de confusões internas. (RUI, 2012, p.83)

O segundo passo da metodologia diz respeito à existência de um poder superior, “viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade”. Pressupõe que todo seguidor deve acreditar em um poder superior, ainda que não seja o poder de Deus. A Oração da Serenidade, amplamente repetida ao longo do tratamento, clama a esse poder superior ajuda para permanecer no tratamento: *“Concedei-me, Senhor a serenidade necessária. Para aceitar as coisas que não posso modificar. Coragem para modificar aquelas que posso e Sabedoria para conhecer a diferença entre elas.”* A oração reforça três ideias fundamentais do tratamento: a necessidade do poder superior para o êxito do tratamento, a impossibilidade de modificar o fato de portar a dependência química e necessidade de coragem para modificar tudo que pode incentivar o uso da substância (ou comportamento) a que o indivíduo é dependente.

O terceiro passo afirma que “decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos”. Ele reforça ainda a dissociação da metodologia de uma perspectiva puramente religiosa, ao apresentar que Deus não precisa ser a figura comumente associada à religião. Esse passo atribui ao poder superior o agenciamento sobre a vontade e a vida dos seguidores. Ao mesmo tempo, é ressaltado o agenciamento do indivíduo no que tange à vontade de entrega. De acordo com o livro base de Narcóticos Anônimos:

O Terceiro Passo não diz que “Entregamos nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus”. Ele diz que “Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos. Nós decidimos; não foram as drogas, nossas famílias, uma autoridade, um juiz, um terapeuta ou um médico. Fomos nós que decidimos!”. (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015, p.30)

A seguir, o livro informa que a decisão implica ação, e que essa rendição vai se tornando mais fácil com o passar dos dias. Aqui, é solicitado que o indivíduo – que, inicialmente, havia sido desresponsabilizado do comportamento sob a prerrogativa de uma doença – passe a se responsabilizar por se manter em recuperação. Ainda que sob a tutela de um poder imanente, superior a ele e capaz de promover a “redenção” de uma vida sem drogas.

O quarto passo, “fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos”, representa o início da retomada da *carreira moral* do indivíduo. O objetivo desse passo é identificar os erros cometidos ao longo da trajetória de adicção e “olhar de frente a infelicidade que isto causou aos outros e a nós mesmos” (JUNAAB, 2005, p.37). Semelhantemente ao processo de reconstrução do *self* que Goffman (1971) identifica nas *instituições totais*, esse passo consiste em reconstruir a história do indivíduo, desvalorizando sua antiga personalidade estigmatizada em detrimento de uma nova, mais aceita socialmente. Em uma etnografia realizada em grupos de Narcóticos Anônimos, Cardoso (2006) aponta que:

Em relação aos depoimentos colhidos ao longo da pesquisa, foi perceptível uma forte tendência a uma reconstrução biográfica onde a “recuperação da adicção” assume posição estratégica de sentido da vida. As biografias têm em comum o ingresso no NA [Narcóticos Anônimos] como um momento divisor de águas. Consequentemente, percebe-se tudo depois do ingresso na “irmandade” como límpido e cristalino; ao passo que as experiências anteriores são consideradas turvas e lamacentas. (CARDOSO, 2006, p. 55)

O quinto passo sugere que “Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata de nossas falhas”. Para Denzin (1997), o quinto passo devolve a responsabilidade sobre a “adicção” para o “adicto”. Fazendo isso, ele força o “adicto” a revisitar sua vida “da ativa” para analisar suas ações e comportamentos.

No sexto passo, “prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter”. Aqui, novamente, identificamos uma simbiose entre a vontade de Deus e o comportamento do indivíduo, colocando sobre o indivíduo a responsabilidade de permitir a vontade de Deus.

O sétimo passo opera de forma semelhante, “Humildemente pedimos a Ele que removesse os nossos defeitos”. Percebe-se, então, um adjetivo importante no contexto dos Doze Passos, a humildade. Como os “adictos” são considerados pessoas narcisistas, o exercício da humildade é comumente estimulado.

No oitavo e nono passos, os indivíduos se preparam para reparar os erros que cometeram com as outras pessoas. São eles, respectivamente: “fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causado” e “fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem”. É a partir desses passos que o indivíduo passa a lidar socialmente com os impactos de sua *carreira moral* adicta.

No décimo passo, “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente”. Esse passo reforça a necessidade de continuidade da postura reflexiva perante às ações do passado e do presente. A reflexão é considerada uma defesa contra a insanidade do passado.

Precisamos deste passo, mesmo quando nos sentimos bem e quando as coisas estão dando certo. Os sentimentos bons são novidade para nós e precisamos nutri-los. (...) Os bons momentos também podem ser uma armadilha; corremos o perigo de esquecer que a nossa prioridade é nos mantermos limpos. Para nós, a recuperação não é só prazer. (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2015, p.49)

Ao abordar o décimo passo, o livro principal de NA alerta sobre a necessidade de aprender a lidar com bons sentimentos e momentos. Relembrando que, apesar deles, manter-se limpo precisa ser sempre a prioridade, e experienciar bons momentos pode distrair os “adictos” da recuperação. Nota-se, ainda nesse passo, o que Cardoso (2006) identificou como a transição entre águas sujas e águas límpidas a partir da entrada do tratamento, quando o livro afirma que “os sentimentos bons são novidade para nós”, ou seja, incompatíveis com uma vida “na ativa”.

No décimo primeiro passo, “Procuramos, através de prece e meditação, melhorar o nosso contato 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 atividade”. Aqui, novamente, recorre-se ao poder superior como instrumento de manutenção do processo que vem sendo conduzido.

Por fim, o décimo segundo passo diz respeito ao papel de transmitir o conhecimento e os ganhos adquiridos para outras pessoas: “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas

atividades”. O décimo segundo passo é fundamental para garantir a existência da continuidade da irmandade. O sentimento de gratidão dos adictos que chegam a esse passo garante que eles continuem na irmandade, mas, para além disso, faz com que eles percebam o acolhimento aos demais como parte importante do seu próprio tratamento.

É preciso considerar que o processo de tratamento através dos passos pode não se dar de forma linear. Ou seja, muitas vezes, uma recaída pode ser atribuída ao não aprendizado adequado de um determinado passo. Denzin (1997) recorre ao conceito de Howard Becker de *ajustes situacionais* a situações problemáticas para afirmar que as recaídas ocorrem quando a transformação do *self*, que acontece nos estágios iniciais da reabilitação, não foi completa. A incompletude do tratamento gera apenas algumas alterações, mas não uma transformação na identidade.

4.4 Por que aderir aos Doze Passos no Renascer?

Conforme apresentado no capítulo inicial desta tese, o Renascer é uma reformulação do primeiro programa da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro para dependentes químicos que teve origem na década de 1980. Durante uma entrevista com uma das funcionárias envolvidas no processo de criação do Renascer, a entrevistada apontou alguns detalhes sobre a reformulação:

(...) sei que o CRAQ [*programa anterior*] funcionava num esquema de 15 dias de internação. Existiam visitas semanais do Alcoólicos Anônimos, existia uma preocupação com a desintoxicação, mas não existia uma preocupação com a mudança do cognitivo, com a mudança das ideias, com informação sobre a doença, não existia essa parte vamos dizer assim mais pedagógica mesmo, né? que a programação de hoje tem. Então o paciente ficava lá internado, saía prometendo a Deus e o mundo que não ia mais beber, mas vinha a vontade de usar e ele acabava recaído e aí dava problema no batalhão de novo, voltava de novo... (Entrevista com funcionária do Renascer)

É possível identificar uma aproximação com a ideologia presente em grupos como Comunidades Terapêuticas e Grupos de Auto Ajuda. Para Scott (2011):

Nessas instituições, a recuperação é encarada como uma jornada de autodescobrimento, a ser experienciada tanto como um triunfo pessoal, pelo trabalho identitário, e como uma trajetória de carreira pública e socialmente negociada. O paciente é redefinido como um cliente, que faz uma escolha ativa para se submeter ao escrutínio de colegas e profissionais. Sua conduta é avaliada e julgada não apenas em si mesma, como psiquiatricamente sintomática, mas também como um índice de seu

status social e moral em relação aos outros membros do grupo⁶¹. (SCOTT, 2011, p.142, tradução da autora)

Em estudo sobre as Comunidades Terapêuticas, Nick Manning (1989), destaca a importância da rotina nesses espaços. Segundo o autor, a rotina é crucial para entender a relação entre existência contínua de uma personalidade segura e a reprodução das instituições estruturadas na sociedade" (MANNING, 1989, p.73).

A fala da funcionária destaca como o objetivo da reformulação do tratamento já em sua concepção estava comprometido com um processo de mudança do indivíduo para além de uma abordagem clínica de abstinência. Em suma, a reformulação estava calcada, basicamente, no aumento do período de internação⁶² e, conseqüentemente, na ampliação do controle da rotina dos pacientes, visando, sobretudo, incluir no tratamento o que a interlocutora chama de "mudança no cognitivo". Os Doze Passos foi o método escolhido para operar tal mudança.

É preciso fazer a ressalva de que a duração da internação nos trabalhos observados por Goffman (1971), que o levaram ao desenvolvimento do conceito de *instituição total*, é consideravelmente superior ao tempo de internação na clínica analisada. Inclusive, a duração do tratamento foi definida pelo autor como uma das características de uma *instituição total*. Entretanto, considero que o conceito pode ser utilizado para analisar a clínica, uma vez que a proposta e o processo de reconstrução do *self* têm início durante o período de internação, porém ultrapassa os muros da clínica. Isso pode ser observado tanto pelas atividades oferecidas após o período de internação, bem como nos valores que devem passar a orientar a conduta dos pacientes na vida como um "adicto em recuperação".

O tratamento oferecido atualmente na clínica se situa entre essas duas perspectivas, a de hospitalização e a dos Doze Passos. Por contar com uma

⁶¹ In these institutions, recovery is framed as a journey of self-discovery, to be experienced both as a personal triumph of identity work and as a public, socially negotiated career trajectory. The patient is redefined as a client, who makes an active choice to subject themselves to scrutiny from peers as well as professionals. Their conduct is evaluated and judged not only in itself, as psychiatrically symptomatic, but also as an index of their social and moral status relative to other members in the group. (SCOTT, 2011, p.142)

⁶² É importante considerar que esse aumento no período de internação acontece em paralelo com a implementação de políticas antimanicomiais no Brasil, representada, sobretudo, pela implementação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em 1992, e os CAPS/AD (Centro de Atenção Psicossocial para Adicção), em 2002. O fato de o Renascer manter um regime de internação enquanto a política de saúde mental brasileira se encontra focada em um processo de desencarceramento é um dos grandes pontos de conflito do Renascer com outras iniciativas de saúde mental na Corporação. Esse assunto será aprofundado posteriormente.

perspectiva “pedagógica”, mas não abandonar a internação, ainda que voluntária. Ou seja, os pacientes são submetidos a desintoxicação através da internação e administração de medicamentos conduzido por um psiquiatra e por uma equipe de enfermeiros. Ao mesmo tempo, parte do *staff* da clínica e os Conselheiros Estagiários realizam um segundo trabalho. Este, de perfil pedagógico, é inspirado na Metodologia dos Doze Passos que, geralmente, utiliza a estrutura de grupos de autoajuda e não costuma trabalhar com internação nem administração de medicamentos.

A nova abordagem de tratamento a partir da reformulação passou a considerar a dependência química também dentro de uma perspectiva comportamental. Porém, ao contrário das diretrizes da luta antimanicomial vigente no sistema de saúde brasileiro, não excluiu a internação do seu tratamento.

Hoje, o tratamento se situa em uma fronteira borrada entre os processos de mudança do indivíduo, agenciados por ele mesmo, e a perspectiva médica de internação. Uma teoria para dar conta da abordagem de Dependência Química adotada no Renascer precisa dar conta dessa especificidade. Além disso, deve considerar os impactos que essa perspectiva dupla, e por vezes contraditória, pode gerar ou não no tratamento. Também é preciso considerar a perspectiva institucional, uma vez que se trata de uma clínica específica para policiais militares, financiada e dirigida pela Corporação.

4.5 Semelhanças e diferenças com relação a outras formas de tratamento

O trabalho realizado no Renascer apresenta semelhanças com outras formas de tratamento, sobretudo, as práticas adotadas pelas Irmandades de Doze Passos e práticas adotadas em Comunidades Terapêuticas. Em contrapartida, parte de premissas bem distintas das adotadas por perspectivas como a Redução de Danos. O objetivo desta seção é apontar algumas dessas semelhanças e diferenças e, principalmente, de que forma essas discussões são realizadas no cotidiano da clínica.

Muitos dos policiais que chegam ao local já buscaram outras formas de tratamento previamente, como tratamentos religiosos, Redução de Danos e até mesmo outras associações de Doze Passos. Da mesma forma, muitos deles também já buscaram o Renascer em diferentes momentos.

4.5.1 Irmandades de Doze Passos

Apesar de tradicionalmente o AA e o NA não realizarem internação, o trabalho de grupos como NA e AA em hospitais e instituições (H&I) é previsto pelas Doze Tradições que regem essas irmandades. De acordo com a literatura do NA: “sabemos que a adicção leva a ‘prisões, hospitais e morte’, e que o objectivo primordial de NA é o de transmitir a mensagem de recuperação ao adicto que ainda sofre” (NARCOTICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, 1994).

No trabalho de H&I levamos a mensagem de recuperação de Narcóticos Anônimos a diferentes tipos de instituições que têm diferentes métodos e objetivos. Não tentamos decidir quais são os mais ou os menos apropriados. Por princípio não desafiamos esta prática. Por outro lado, se surgir algum problema específico com relação a algum participante que perturbe constantemente a reunião, pode ser oportuno discutir o problema com a instituição. (Manual de Hospitais & Instituições apud CARDOSO, 2006, p.63)

Como parte do trabalho de H&I, essas irmandades realizam palestras no Renascer para os pacientes internados, de forma voluntária, seguindo a perspectiva das tradições da irmandade.

Para alguns policiais, a internação ou o Grupo de Prevenção à Recaída foram o primeiro contato com os Doze Passos. Outros, já haviam tentado frequentar os grupos externos. Uma das possíveis explicações para os que frequentaram grupos internos era a busca por um anonimato maior do que o oferecido na clínica.

Em minha primeira visita ao local, foi sinalizado pelos funcionários que alguns policiais preferiam frequentar os grupos no Renascer, pois preferiam estar entre pares (policiais) a compartilhar suas histórias externamente. Contudo, em meio aos entrevistados (conselheiros que haviam passado pela internação), todos frequentavam ou haviam frequentado grupos como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos; a maior parte deles passou a frequentar após a internação. Tal constatação pode estar relacionada especialmente ao décimo segundo passo, em que o membro precisa ofertar de graça tudo que recebeu para outras pessoas. Pergunto para um dos conselheiros que atua no Renascer e em uma dessas irmandades sobre as diferenças entre os grupos:

Entrevistado: o grupo de NA é um grupo totalmente autossustentável, né? E todo o dinheiro arrecadado era para o que a gente fazia, era para a gente mesmo. É um grupo de homens e mulheres que têm problema com droga. Lá fora, a gente tem total liberdade, ninguém fica preso, ninguém fica confinado. Não temos médicos e nem psiquiatras. Nós trabalhamos através dos 12 passos, 12 conceitos e 12 tradições. E a gente nosso remédio é a gente mesmo, partilhando todo dia. E nenhum médico, nenhum juiz, nenhum médico entende como conseguimos se recuperar sem tomar nenhuma medicação.

Pesquisadora: (...) Você disse que “aqui as pessoas têm dificuldade de dizer que elas usam outras drogas além do álcool”. Isso também acontece no NA?

Entrevistado: No NA, quando a pessoa chega, geralmente quando é visitante, recém-chegado, ele já chega no “fundo do poço”. Ele já chega abrindo que não tem mais jeito, que a vida dele se tornou incontrollável. No NA é assim. Quando entra já é pra... porque ele já está mesmo no ponto que perdeu tudo. Aí vem pedir ajuda.

Pesquisadora: E você acha que aqui no Renascer é assim também?

Entrevistado: Não. Não é assim.

Pesquisadora: O que você acha que tem de diferente?

Entrevistado: Aqui muitos, acho que, acredito eu que muitos não vêm pra cá porque ainda têm medo de perder a farda. E geralmente quando vêm pra cá é porque têm problemas, problemas dentro do quartel. Problemas de falta de serviço, irresponsabilidade. E outros vêm para se recuperar. Eu não posso julgar todos. Mas tem muitos que vêm com problemas, que tão passando... que tem mesmo, cheio de problemas lá fora e vem pra cá para tentar se esconder e às vezes entra em recuperação. (Entrevista com Tadeu)

Na perspectiva do tratamento, Tadeu aponta a ausência de enclausuramento e de um corpo médico como diferenças entre o NA e o Renascer. Ele acredita que o indivíduo que chega ao NA já alcançou o “fundo do poço”, enquanto que, no Renascer, eles buscam o tratamento para aliviar os problemas no trabalho e “às vezes” podem entrar em recuperação. Outros conselheiros afirmaram já terem tentado tratamento em irmandades anteriormente, mas que ainda não haviam “chegado ao fundo do poço” e não conseguiram se manter em recuperação.

Novamente, reforço como optar por realizar o tratamento no Renascer implica trazer a gestão do problema com a substância para uma perspectiva institucional. Escolha que gerará impactos positivos ou negativos na vida dessas pessoas.

Membros dessas irmandades apontam que existe uma presença marcante de policiais nesses locais, indicando algo não captado por essa pesquisa: que muitos policiais preferem tratar do problema através de formas que não esbarrem na instituição. Nesses casos, caberá aos próprios policiais a gestão dos dilemas entre o trabalho policial e o tratamento. Por exemplo, os policiais precisarão buscar formas de evitar situações associadas ao uso da substância sem o respaldo da Psiquiatria, setor responsável por fornecer as licenças para o tratamento de saúde.

Os termos adotados dentro do Renascer, salvo algumas especificidades daqueles trazidos da Polícia Militar, como “bico” (transferência por punição), “gansos” (usuários de drogas ilícitas) e “gambás” (alcoolistas), por exemplo, são oriundos dessas irmandades. Portanto, assim como nesses locais, os Doze Passos são conhecidos internamente como “programação”, os pacientes como “adictos”, os familiares dos pacientes como “codependentes”, entre outros.

4.5.2 Redução de Danos

A partir do processo de luta antimanicomial na década de 1970, as ações do Ministério da Saúde em torno da Dependência Química passaram a ser orientadas pela política de Redução de Danos⁶³ para os usuários de drogas em detrimento de políticas de internação, ou políticas que defendam a abstinência completa, tal como os Doze Passos.

Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, a redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, intervindo com pessoas que seguem usando drogas. São práticas em saúde que consideram a singularidade dos sujeitos, que valorizam sua autonomia e que constroem com o usuário projetos de vida que priorizem sua qualidade de vida. Manter as pessoas que usam drogas vivas e protegidas de danos irreparáveis são consideradas prioridades. (NUTE apud IPEA, 2018, p.10).

Na cidade do Rio de Janeiro, Policarpo (2016) aponta a existência de disputas políticas entre a Secretaria Municipal de Assistência Social, que apoia e promove iniciativas aproximadas da metodologia dos Doze Passos, e as políticas da Secretaria Municipal de Saúde, que promove iniciativas de Redução de Danos através dos CAPS/AD.

Ao longo do campo, presenciei recorrentes críticas à Redução de Danos, sendo uma das principais relacionada à compulsão. A Redução de Danos não funcionaria para o policial, porque ele não seria capaz de, estando tão próximo da droga, consumir uma quantidade “segura”, tal como sugere a Redução de Danos. Os conselheiros se baseiam nas suas experiências pessoais para reforçar a impossibilidade de uso de uma “dose segura”. Uma vez que o “adicto em

⁶³ Ver mais em Portaria 816/GM-30/04/2002 do Ministério da Saúde.

recuperação” é impotente perante a droga, torna-se impossível para ele conceber a ideia de quantidades ou formas controladas de uso da substância.

Uma segunda crítica diz respeito à incompatibilidade do consumo das drogas com o trabalho policial. Argumenta-se que a Redução de Danos pode ser eficaz para a sociedade, mas não se pode conceber um policial usuário de drogas:

Redução de Danos... é um negócio muito legal, muito bom, em termos ambulatoriais, eu acho que ajuda muito o paciente, até ele perceber que ele está se afundando. Ele consegue perceber que está se afundando. Então, em termos ambulatoriais, é muito bom, em termos de Saúde Pública é muito bom... Mas, você manter um policial ali 30 e poucos dias, e ele voltar para o trabalho na sociedade e continuar usando, né? Mesmo que trocando drogas, mesmo que ele tenha diminuído doses... Você gostaria de ter um policial alcoolista na porta da escola do seu filho? “ah, mas ele já melhorou muito, ele já evoluiu muito”, “Sim, mas por ser um policial militar, sendo um risco, então tem coisas que são muito legais, muito importantes, mas não para um policial militar, pelo exercício da profissão dele. (...) Então no Renascer não é o foco, porque aquele indivíduo vai voltar para o batalhão, aquele indivíduo vai ter uma função lá, tem um trabalho a desenvolver no retorno dele. (Ex-funcionário José)

O objetivo dessa crítica esbarra na questão institucional, ao tentar limitar a escolha do tratamento pelo qual o policial pode optar, considerando sua profissão. De acordo com esse ponto de vista, espera-se desse indivíduo uma conduta condizente com o que é considerado adequado a um policial. Ainda, que o policial precisa abdicar de seu desejo de usar drogas em detrimento do papel que ele está cumprindo na sociedade.

A terceira e mais recorrente crítica é que a Redução de Danos só funcionaria para os ricos⁶⁴, um ponto sempre polêmico no curso de formação dos conselheiros estagiários. Em uma dessas conversas, um conselheiro me contou alguns relatos do livro do ex-atleta Carlos Casagrande. De acordo com o relato, Casagrande⁶⁵ frequentava os bares com sua psicóloga, que deveria controlar a quantidade de álcool e cigarro ingerida por ele ao longo da noite. Para o conselheiro, esse episódio justificaria a razão de a Redução de Danos ser considerada um tratamento para ricos, visto que pessoas pobres não poderiam contratar esse tipo de serviço. Em outro momento, relataram-me que:

⁶⁴ Ao longo do trabalho de campo, ouvi apenas o relato de um policial que já havia tentado tratamento no Caps/AD.

⁶⁵ Em um outro momento, também me foi apresentado que, enquanto o Carlos Casagrande escrevia um livro sobre o uso de drogas e era ovacionado por tal feito, os policiais dependentes químicos eram constantemente estigmatizados dentro e fora da instituição.

Redução de danos é pra rico porque é um discurso que é conivente com o desejo de não parar de usar droga. Entende assim, já por eles não entenderem que é uma doença, que é uma forma do indivíduo ser e de estar no mundo, o indivíduo pode usar droga de uma forma controlada, né? (...) A política de RD ela tem um olhar muito ideológico, muito de que o indivíduo usa droga porque ele é pobre, ele usa droga porque mora em comunidade, ele usa porque não teve uma condição de vida, tudo bem... isso pode ser um fator, mas como é que explica que os moradores da Zona Sul que bancam o tráfico? Eles têm condição social, né? Classe média, classe média alta... eu mesmo era de classe média alta e usava droga e comprava... então será que realmente é a pobreza que é determinante para o uso de drogas? É uma política que funciona, que trata e devolve a dignidade para os sujeitos, mas eu não sou muito... como tratamento... eu não iria trabalhar nunca. (Entrevista com o Conselheiro Márcio)

Ao mesmo tempo em que aponta que a Redução de Danos só funciona para pobre, o depoimento destaca um viés ideológico, por partir da ideia de que o uso de drogas estaria ligado a variáveis socioeconômicas. Essa premissa contrasta com o princípio de que a doença da dependência química é democrática e qualquer um poderia estar sujeito a ela.

Os argumentos e justificativas para as críticas à Redução de Danos apontam que o processo de socialização simbolizado no discurso do tratamento já está bastante introjetado na fala dos estagiários. Eles utilizam críticas para o tratamento semelhantes às fornecidas pelo quadro de funcionários. Apesar de variarem os argumentos, todas elas tentam desvalorizar essa forma terapêutica em detrimento dos Doze Passos. Ao mesmo tempo, na clínica, os pacientes são autorizados a consumir cigarros, o que me foi apresentado como uma prática possível de Redução de Danos: autorizar o cigarro em detrimento das demais drogas.

Conflitos existentes entre a polícia e a Redução de Danos já foram abordados por Rui (2012), ao apontar que os cachimbos individuais distribuídos pela Secretaria de Saúde para o consumo (seguro) de crack na cidade de São Paulo eram destruídos ou apreendidos nas abordagens policiais. A intolerância com a Redução de Danos pode prescindir da internação, por entrar em contradição com a ideia de combate ao tráfico de drogas, tão disseminado entre os policiais.

Principalmente no que tange às drogas ilícitas, estudos como os de Taniele Rui (2012) e Policarpo (2016) já apontaram algumas problemáticas enfrentadas pelo tratamento da Redução de Danos. A criminalização dos usuários de drogas faz com que esses tratamentos enfrentem resistências de alguns profissionais de saúde (POLICARPO, 2016) e das forças de Segurança Pública (RUI, 2012). Defensores da

política apontam, ainda, uma incompreensão por parte desses atores e da sociedade da proposta de tratamento da Redução de Danos.

Em umas das minhas últimas visitas ao Renascer, fui informada que estaria sendo conduzida na PMERJ uma iniciativa de tratamento para a Dependência Química utilizando a Redução de Danos. Entretanto, não tive a oportunidade de conhecer, tampouco tive acesso a mais informações sobre o tratamento.

4.5.3 Comunidades Terapêuticas (CTs) e tratamentos religiosos

O tratamento realizado no Renascer, em tese, muito se assemelha ao praticado em Comunidades Terapêuticas. Em muitos desses locais, também são praticados os Doze Passos, a recuperação através do trabalho entre pares e em conjunto com a internação. As CTs também não costumam praticar internação compulsória, podendo seus pacientes deixarem o tratamento, se assim desejarem. Além disso, o momento de reformulação do Renascer coincide com o início da disseminação das Comunidades Terapêuticas no Brasil (IPEA, 2018).

Entretanto, esses locais possuem algumas diferenças importantes com relação à clínica. A primeira delas tem a ver com o período de internação. O tratamento nesses locais tem duração mínima de seis meses (RUI, 2010). A segunda diferença diz respeito à afiliação religiosa. O levantamento do IPEA (2018) apontou que apenas 17,8% das Comunidades Terapêuticas analisadas declararam não possuir orientação religiosa. Apesar de os Doze Passos trabalharem sob uma perspectiva “espiritual” que concebe um poder superior, comumente chamado de Deus, a clínica não possui afiliação religiosa. Tampouco práticas ou rituais religiosos, como ler a bíblia ou comparecer a cultos.

Os funcionários relatam, ainda, dificuldades de lidar com pacientes religiosos ou que haviam passado por tratamentos em locais religiosos. A presença de um psiquiatra também marca uma diferença com relação às CTs. Por fim, há diferenças na perspectiva laboral, visto que, no Renascer, a recuperação é praticada a partir da perspectiva de indivíduos que já têm um emprego e precisam apresentar comportamento condizente com o que é esperado para um policial militar.

4.5.4 Quadro de Psicologia da PMERJ

As disputas entre formas de tratamentos também geram alguns conflitos institucionais no Renascer. Apesar de, atualmente, a Corporação contar com um quadro de cerca de cem psicólogos oficiais, não existem psicólogos oficiais no efetivo da clínica. A carência de acompanhamento de profissionais psicólogos chama a atenção, uma vez que é comum a presença do quadro oficial da psicologia nos batalhões e unidades de polícia, especialmente na região metropolitana.

A existência de internação, a associação dos Doze Passos a uma perspectiva religiosa e a disseminação da Redução de Danos como forma oficial de tratamento para dependência química adotada no país são consideradas pelos funcionários do Renascer os fatores que afastam os psicólogos da corporação do trabalho realizado na clínica. Quando questionei a ausência do profissional de psicologia para os meus informantes, além dos fatores previamente apresentados, explicaram-me que havia uma incompatibilidade teórica entre esses profissionais. Primeiramente, pelo fato de a metodologia adotada no Renascer ser da corrente teórica da Teoria Cognitiva Comportamental, e o setor da psicologia seguir majoritariamente a Psicanálise. E, em segundo lugar, por conta da Reforma Psiquiátrica, já que algumas correntes da psicologia não acreditam mais na internação como forma de tratamento para a Dependência Química. Sobre o preconceito e resistência dos psicólogos, um dos funcionários da clínica apontou que

(...) Eu acho que é um pouco da questão do intelectualismo, um pouco da questão dos profissionais serem muito reduzidos em suas linhas teóricas, defendem suas linhas teóricas como o religioso defende se vai pro céu ou não, se é reencarnação ou não... E vejo também esse discurso antimanicomial como se aqui fosse a colônia Juliano Moreira⁶⁶, como se a gente tivesse aqui na década de 50 dando choque em paciente, né? Intoxicando o paciente com remédio... aliás, eu trabalho, nosso trabalho é com um psiquiatra que não gosta de remédio, Dr. X é um psiquiatra que não gosta de remédio, dá uma dosagem mínima para o indivíduo passar por um processo de desintoxicação de 15 dias e o paciente entra em um processo de “grupo cooperativo”, grupo cooperativo que trabalha a maior força que existe dentro dele, que é a empatia, ali se trabalha a empatia o tempo todo, “eu me preocupo com você”, “eu sou igual a você”. Cara, aí eu fico assim impressionado como os profissionais, que são algumas linhas

⁶⁶ Uma das maiores colônias psiquiátricas durante o século XX localizada na cidade do Rio de Janeiro. Ver mais em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/prbsmu.php>. Acessado em 04/01/2018.

dentro da Psicologia, não são todas as linhas têm esse preconceito com o Renascer. Não são todos os psicólogos, não, a maioria. (Entrevista com o funcionário Márcio)

Para os funcionários, o trabalho realizado dentro do Renascer não é um trabalho de internação semelhante aos manicômios, mas uma oportunidade voluntária de os indivíduos realizarem o processo de abstinência e trabalharem, entre pares, características que contribuam para que esse indivíduo seja uma pessoa melhor.

4.6 Só por hoje: o processo de recuperação do policial militar em passos

Conforme já foi amplamente discutido nas seções anteriores, a metodologia dos Doze Passos acredita em um processo de recuperação que envolve não apenas a abstinência, mas uma mudança completa do indivíduo. Uma das frases recorrentes no cotidiano da clínica é: “o problema não é a droga, o problema sou eu, eu que preciso mudar”.

É frisada o tempo todo a necessidade de se evitar todos os hábitos da “ativa”, ou seja, todos os hábitos que possam ter alguma relação com o consumo da substância. O que pode se converter em um problema relevante, quando estamos falando de policiais militares, conforme apresentarei mais adiante. A imagem a seguir mostra um pôster presente na sala da clínica.

Figura 4: Pôster afixado na sala de reuniões do Renascer e na recepção da Psiquiatria do HCPM



Fonte: Autora, 2016

Outra premissa importante sobre os Doze Passos é a ideia de que o progresso na recuperação acontece gradativamente. Sendo assim, “só por hoje” relembra aos pacientes a necessidade de seguir diariamente a “programação” para se manter em recuperação. Em uma das visitas ao Renascer, deparei-me com essa placa no ar condicionado. A placa propõe uma brincadeira com a ideia de que o funcionamento do ar condicionado também segue a premissa do “só por hoje”.

Figura 5: Ar condicionado do Renascer com placa de “só por hoje”



Fonte: Autora, 2016

Desde a primeira semana de internação, o paciente começa a acompanhar as atividades do método dos Doze Passos. No início, esse engajamento pode ser prejudicado pelos efeitos da medicação para a abstinência. Os funcionários da clínica me descreveram esse início do tratamento como uma fase muito difícil, em que os pacientes se sentem com muita raiva do tratamento e, ao mesmo tempo, temerosos do impacto de estar na clínica para o seu emprego como policial militar.

Reproduzo com minhas palavras uma fala que escutei de um dos funcionários da clínica: “No começo, eles mentem. Na verdade, estão com medo de tudo, de todas as consequências que estar no Renascer pode trazer para eles, eles não aceitam o tratamento e estão ali apenas para evitar a expulsão”. Esse é um ponto fundamental para discussão do agenciamento desses indivíduos, quando eles aceitam ingressar na clínica, buscando, muitas vezes, utilizar o espaço como forma de evitar sua expulsão da corporação.

Somam-se a essas preocupações questões de ordem financeira. Por exemplo, o impacto da perda dos empregos informais fundamentais para o sustento das famílias. Essas e outras questões ligadas a ser policial são trabalhadas em conjunto com os Doze Passos, ou seja, no Renascer, existem palestras específicas sobre ser um policial usuário de drogas.

Além do acompanhamento dessas atividades, a limpeza do espaço também é de incumbência dos pacientes. De acordo com os funcionários do local, a limpeza é encarada como parte do tratamento, para trabalhar com a ideia de responsabilidade que está muito prejudicada pela adicção do policial. Nesse sentido, cada um dos aposentos da clínica diria respeito a um sentimento que deve ser trabalhado pelo paciente naquela semana. A ideia é que, ao longo de cada semana, o paciente trabalhe na limpeza de um dos espaços.

O banheiro seria o orgulho, então a gente trabalha com a ideia de que todos nós somos iguais, as necessidades fisiológicas. E depois, quando eles começam a ficar furiosos, porque eles passam sete dias no banheiro, aí eles ficam furiosos, porque tem gente que tem diarreia, tem gente que pinga... aí a gente fala “quantas vezes a sua esposa já falou isso para você?” (Entrevista com funcionário Cláudio)

Em uma análise da necessidade das regras e do controle da rotina dos pacientes, um ex-funcionário comenta as críticas que geralmente são feitas ao trabalho realizado no Renascer:

(...). Porque o paciente tem horários para fazer as coisas, se aquilo ali era um campo de concentração... não era campo de concentração, não, mas se era como se fosse uma cadeia... horário do sol, banho de sol... E aí, a gente tinha que dizer que o paciente vem de uma vida desorganizada, que o paciente vem de uma rotina sem o mínimo de organização, ele dorme a hora que ele chega, ele almoça na hora que ele acorda, e a única coisa que prende ele ainda dentro de um limite é a profissão, o trabalho... se ele tira licença prêmio, aí danou-se, aí que ele se desorganiza mesmo, ele chega em casa às 4 da manhã, vai dormir às 4h da manhã, vai almoçar às 3h da tarde um pouquinho de comida só, porque aí já vai beber, já vai fazer o uso da substância que chega, sai de novo, só vai chegar às 4h da manhã de novo. Então, se ele não tiver uma organização de acordar às 7h, tomar um banho, fazer uma caminhada... é importante, pra ele voltar a pensar, para ele entender a doença dele... não vai valer de nada a internação, porque o modelo é psicopedagógico, é cognitivo comportamental, não se muda o comportamento se não se mudar o cognitivo, não é isso? Então a gente tinha que explicar, explicar e explicar... e a gente achava, assim, que de uma certa forma magoava, porque as perguntas [críticas] vinham de pessoas do hospital, que nunca subiram [conheceram]! (Entrevista com ex-funcionário José)

Vemos, aqui, o processo de institucionalização, tal como pensado por Goffman (1971). Contudo, em sua aplicação, há uma grande preocupação em gerar nos indivíduos a ideia de que ele está na condução do seu processo de recuperação, tal como proposto por Scott (2011). Somente através do engajamento do paciente às atividades ele alcançará a reconstrução de si mesmo e, conseqüentemente, entrará em um processo de recuperação.

4.7 Uma “doença democrática” dentro de uma polícia dividida

Como que o semideus vai parar em uma clínica de dependência química? É a “lavagem cerebral” que eles são doutrinados lá na escola, na academia... eles são oficiais. Oficial não fica doente, oficial não cheira cocaína, oficial não bebe até cair...oficial é oficial... não é igual praça, é uma polícia dividida, por isso que é um modelo arcaico de instituição, por isso que ela está fracassada, porque ela é arcaica, não funciona... não tem valorização do pessoal, acho que a palavra é essa. (Entrevista com o Conselheiro Márcio)

Uma das premissas das irmandades de Doze Passos é que a dependência química é uma doença democrática que pode acometer a qualquer um, independentemente de classe social, gênero ou demais características.

No momento em que realizei o levantamento dos atendimentos, já apresentado no primeiro capítulo deste trabalho, dos 54 policiais que haviam passado pelo Renascer no período analisado, apenas 2 deles eram oficiais. Ao

estudar os usuários de crack, Rui (2012) aponta como a desigualdade presente na sociedade se reflete na relação com as drogas:

(...) a desigualdade presente na sociedade brasileira é fator constitutivo e de suma relevância para apreender distintas possibilidades de concepção das substâncias, do seu consumo, do seu tráfico, bem como do rótulo impenetrado a seus participantes (inclusive antes e após qualquer tipificação penal). Mais que isso, ela implica e resulta em modos variados de aproximação com os diversos níveis de violência aí envolvidos. (RUI, 2012, p. 41)

Diversos estudos abordaram a reprodução de desigualdades no tráfico, consumo e nas formas de punição relacionadas às drogas (BATISTA, 2009; BOITEUX, 2010; CRUZ, 2015; CAMPOS e ALVAREZ, 2017) . Esses estudos destacaram formas de atuação com viés de raça e classe por parte dos órgãos de controle, como as instituições policiais e o Judiciário.

Da mesma forma, na clínica, é possível encontrar ainda reprodução de desigualdade no acesso ao tratamento. Dentro da Polícia Militar existem diferenças substanciais entre os policiais oficiais e praças. As diferenças que se iniciam no concurso público para ingresso na Corporação se perpetuam na diferença salarial, no plano de carreira, nos direitos e deveres estabelecidos pelo Regulamento Disciplinar. E também em práticas simbólicas, como comida de qualidade superior para os oficiais, punições direcionadas a praças por motivos questionáveis, entre outros. O cotidiano da Corporação reforça a ideia de uma polícia bipartida entre policiais oficiais e praças.

Dentro da perspectiva do militarismo, Muniz (1999, p.104) aponta que recai, sobretudo aos oficiais, o papel de serem os maiores representantes da cultura institucional e de reproduzir a desejada personalidade policial militar.

As desigualdades se reforçam no cotidiano do militarismo, o que contribui para que os praças vejam os oficiais como os “semideuses”. Minayo et al. (2008, p.148) apontaram que existe uma polaridade estabelecida entre eles: enquanto os oficiais têm prazer em mandar e emitir ordens, os praças não gostam de obedecer e de cumpri-las.

No fragmento que abre essa seção, o entrevistado aponta que a “lavagem cerebral” a que esses oficiais são submetidos na Academia os colocaria em uma posição inabalável. A formação mais prolongada teria como objetivo reforçar entre

esse grupo os valores militares. Assim sendo, o estereótipo inabalável do policial militar é ainda mais estimulado entre os oficiais.

Um levantamento realizado por Minayo et al. (2008) na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro apontou o uso de maconha em 2,3% do grupo composto por policiais oficiais, suboficiais e sargentos, e 1,0% entre cabos e soldados. Com relação ao consumo de crack e cocaína, 2,3% dos policiais oficiais, suboficiais e sargentos alegaram utilizar, e 1,1% entre os policiais cabos e soldados. Devido ao caráter ilícito do consumo dessas substâncias, estima-se que haja considerável subnotificação desses casos. A título de comparação, o consumo diário/semanal de álcool atinge cerca de metade do universo de policiais entrevistados. Se os oficiais declararam consumir mais substâncias ilícitas, por que a busca por atendimento estaria mais concentrada entre os praças?

Apesar de os dados coletados nessa tese serem insuficientes para responder a tal questão, podemos explorar algumas possibilidades. Considerando que, na Polícia Militar, as atividades de gestão e comando são exercidas majoritariamente por oficiais, a descredibilidade do *estigma* de “dependente químico” pode recair de forma ainda maior sobre estes, visto que são tidos como exemplo e imagem da Corporação, o que levaria esse grupo a buscar outras formas de tratamento fora da Polícia. Essa diferença pode estar relacionada também à percepção do uso de drogas – e, conseqüentemente, a busca por tratamento - como problemático ser mais recorrente entre os praças.

5. A TRAJETÓRIA RECONSTRUÍDA DA ADICÇÃO E A SAÍDA PARA O “FUNDO DO POÇO”

As discussões que compõem esse capítulo são oriundas das entrevistas com policiais e os funcionários da clínica. As entrevistas realizadas com os primeiros pretendiam abordar a sua história de vida, passando pela infância, a escolha por ser policial, o trabalho policial, o uso das drogas, a internação, até o momento presente. Já as entrevistas com os funcionários focaram no trabalho realizado pela clínica. Entretanto, especialmente no caso dos conselheiros estagiários, é evidente que ambas perspectivas se sobrepõem.

As narrativas que serão apresentadas neste e no próximo capítulo foram fundamentais para ajudar a compreender a reconstrução da *carreira moral* que abordei ao longo do quarto capítulo. O conteúdo das entrevistas, bem como as categorias acionadas nos discursos retratam a forma em que o discurso do tratamento foi incorporado à trajetória desses policiais. Becker (2009) afirma que “quando optamos por nomear o que estudamos com palavras que as pessoas envolvidas empregam, adquirimos, com as palavras, as atitudes e perspectivas que elas implicam.” (BECKER, 2009, p.219). Assumindo que os termos e discursos não são neutros, e refletem as relações de poder e os arranjos sociais que os integram, pretendo discutir a maneira que eles são acionados quando os policiais são instigados a contar a história de suas vidas.

Consciente ou inconscientemente, por vezes, fui tentada a fazer um juízo de valor sobre o caráter médico, social, legal ou moral das práticas adotadas e experiências relatadas. Entretanto, enquanto objeto sociológico, identifiquei que me interessava mais compreender as categorias e o tratamento do que testar sua validade enquanto prática médica.

Na tentativa de elaborar um modelo analítico para a explicação dos motivos e baseado em uma teoria sociológica da linguagem e em uma sociologia psicológica, Wright Mills (2016) afirmou que:

(...) os motivos podem ser considerados como típicos vocabulários com funções verificáveis em situações sociais delimitadas. Atores humanos vocalizam e imputam motivos para si mesmos e para outros. (...) Ao invés de elementos fixos ‘em’ um indivíduo, os motivos são termos com os quais procede a interpretação de condutas por parte dos atores sociais. Está imputação e revelação dos motivos por atores são fenômenos sociais a serem explicados. **As diferentes razões que os homens dão para suas ações, não são elas mesmas sem razões.** (WRIGHT MILLS, 2016, p. 10-11, grifo da autora)

Mais do que atestar a consistência das narrativas apresentadas, interessava-me compreender os motivos e as formas pelas quais cada interlocutor reconstruiu sua trajetória ao longo das entrevistas. O esforço de compreensão desses motivos passa ainda por considerar os contextos particulares e gerais nos quais esses indivíduos estão inseridos. Proponho uma leitura das trajetórias e dos temas dentro da perspectiva de busca de compreensão não apenas dos motivos, mas ainda das razões e contextos que contribuíram para a construção desses motivos.

O processo de reconstrução dos indivíduos passa por uma reinterpretação das experiências, das crenças, e da visão dos outros e de si mesmos nos espaços que interagimos. Nesse bojo, encontram-se reinterpretações da infância ou até mesmo de familiares das gerações anteriores até projeções para o futuro.

As narrativas apresentadas contemplam, basicamente, quatro momentos da *carreira moral* desses policiais: (a) memórias reconstruídas de autopercepção enquanto um indivíduo adicto e compulsivo; (b) a carreira de uso efetivo da substância; (c) a exposição do estigma e a transição para um indivíduo desacreditado; e (d) as soluções adotadas para enfrentar o estigma. Além da compreensão de cada um desses momentos, é preciso compreender as transições entre eles. Não há uma transição linear entre cada um desses momentos, eles podem se entrecruzar nas trajetórias, bem como alguns momentos podem se sobressair mais do que outros. O estabelecimento de uma linearidade entre esses momentos é uma criação analítica a partir das entrevistas e experiências em campo, nem sempre sendo apresentada dessa forma nas narrativas.

No primeiro momento, refiro-me à construção da autopercepção enquanto um indivíduo adicto e compulsivo. Ele é composto, basicamente, pela identificação de traços da personalidade que fazem parte do diagnóstico de dependência química. Tratam-se de atributos de personalidade independentes do consumo da substância, e que podem ser identificados mesmo antes do início do uso da substância.

O segundo momento representa o início do consumo da substância à qual o indivíduo sofre dependência. Aqui, trata-se de uma carreira marcada por episódios bons e ruins com a substância. A sentença do diagnóstico da adicção promoverá a inevitável progressão do consumo, passando a gerar problemas e constrangimentos para esses indivíduos.

O terceiro momento diz respeito à transição desse indivíduo perante o meio social em que ele se encontra. Trata-se do momento em que há - ou existe uma

expectativa de haver - a publicização desse atributo *estigmatizante* a ponto de torná-lo insustentável para o indivíduo que o carrega. É especialmente esse momento que está relacionado à entrada na clínica.

No quarto momento, o indivíduo, já consciente do seu diagnóstico, e conseqüentemente de seu *estigma* e sentença de vida, reinterpreta sua trajetória buscando encontrar os indícios que corroborem com o rótulo de dependente químico. Aqui, ele passará a adotar soluções para administrar esse estigma. Todos os interlocutores desse trabalho estão situados nesse momento.

No presente capítulo, proponho uma construção da trajetória a partir dos motivos e interpretações do primeiro ao terceiro momentos. O quarto momento, que tem início com o desenrolar do tratamento, será objeto do capítulo seguinte.

5.1 A infância, a adolescência e a família de um “adicto”

Hoje eu tenho uma percepção que já era um adicto, desde criança. Pelo fato de descer pra jogar bola, todas as crianças jogavam bola e subiam de novo pra suas casas, e eu ficava até... Minha mãe tinha que descer pra vir me buscar, não tinha limites pras coisas. (Entrevista com Igor)

Para Igor, a relação estabelecida com a brincadeira durante a infância marca um reflexo da adicção que já se fazia presente naquela época. A adicção, tal como um *estigma*, precisa ser entendida não apenas pelo uso da substância, mas como um conjunto de características deterioradas que compõem a personalidade daquele indivíduo. Entre essas características estão aquelas que colocam os estigmatizados na condição de outro, quando comparados aos normais. Ao lembrar de sua infância, Igor já elegeu traços de distinção entre ele e os demais colegas. Outras características da personalidade como egoísmo, narcisismo, contar mentiras, manipular pessoas e praticar condutas ilícitas também são associadas com características da doença da adicção.

Nas narrativas dos interlocutores, a “compulsividade” e a “adicção” estão entrelaçadas com momentos da vida desde a infância, passando pela adolescência e a fase adulta. Diversos fatores ao longo dessa trajetória podem contribuir para o acentuamento ou a atenuação do consumo de álcool e drogas e dos traços de personalidade. Porém, o caráter hereditário e incurável faz com essas noções estejam sempre presentes.

Becker (2008) aponta a importância da descrição detalhada das nossas inserções no campo como forma de evitar reproduzir nossas expectativas. Minha expectativa anterior à entrada em campo, sustentada por estudos que relacionam o estresse e/ou uso de drogas a questões ocupacionais (MINAYO, SOUZA e CONSTANTINO, 2008; CARDOSO e NUMMER, 2018), era encontrar a disseminação do uso de álcool e drogas associada à rotina e ao estresse do trabalho policial, ou seja, a construção da carreira adicta relacionada ao trabalho policial. Entretanto, os interlocutores relataram o início da carreira de uso da substância, e, sobretudo, a identificação de vestígios da compulsividade, desde a infância e, principalmente, durante a adolescência. Após identificar a compulsividade desde a infância, Igor introduz sua carreira alcóolica, ou seja, o momento em que ele passou a efetivamente consumir a substância:

A partir dos 11 anos, eu já me pegava pegando cerveja na geladeira, naquele ambiente de bebedeira lá de casa ou na casa da minha vó, onde quer que fosse tinha muita bebida, muita gente alcoólatra. Bastante gente da família da minha mãe bebe muito até hoje, muito mesmo. Tenho um tio que está em fase final, alcoólatra, mas não quer recuperação, continua bebendo. (Entrevista com Igor).

O início da carreira de uso da substância é atribuído à infância ou à adolescência e, geralmente, envolve comportamentos familiares, como no caso de Igor. Para Márcio, a “trajetória de bêbado” tem início quando ele toma o primeiro gole, ainda durante a adolescência.

(...) aos 13 anos eu tinha muita vergonha de chegar em menina, assim eu tinha uma dificuldade muito grande (...) e aí eu achava que todas mulheres iam me rejeitar. E aí, uma certa vez eu tava na casa de um amigo meu e meu tio tinha falado alguma coisa, tipo “ah, esse garoto vai ser um imbecil quando crescer” porque eu acho que eu não tinha... eu nem lembro o que eu fiz, eu era tão criança, né? Não tinha necessidade de o cara falar aquilo pra mim, mas falou, né? E aí eu tomei a minha primeira dose, foi uma sangria numa festa Hi-Fi, todo mundo da minha faixa etária, eu tinha 13 e ali eu descobri a felicidade, descobri a alegria que faltava na minha vida... **já nesse primeiro dia eu lembro que eu roubei a garrafa de vinho e eu bebi de forma compulsiva, eu já bebi diante dos outros, talvez por uma linha de estudo vai falar que eu bebia porque eu tinha depressão, bebia porque eu era muito tímido, mas eu acho que eu bebi porque talvez eu acionei uma predisposição orgânica que eu tinha, né?** E eu bebi muito, eu bebi muito aquele dia, as pessoas até falavam... no primeiro dia já eu abracei o vaso, eu vomitei bastante e **minha trajetória começou de bêbado a partir daí...** (Entrevista com Márcio, grifos da autora).

Dentro da perspectiva da dependência química, a família cumpre um papel relevante na trajetória “adicta”. A família de origem e/ou a constituída por um dependente químico são usualmente consideradas “famílias disfuncionais”. Nunes

(2016), ao estudar as Comunidades Terapêuticas, também destacou como o tratamento dos Doze Passos costuma atribuir a culpa pelo envolvimento com as drogas às famílias desestruturadas. Para Nunes (2016),

Essa chave produz alguns efeitos: i) faz crer que as pessoas que não usam drogas possuem famílias estruturadas (entre outras coisas na perspectiva institucional significa, pai e mãe casados, prática de religiosidade, emprego formal); ii) faz crer que as drogas e a família, ambas idealizadas, estão em pólos opostos; iii) faz crer que um sujeito inscrito nesse ambiente é essencialmente culpado pelos próprios atos, embora acione uma justificação extra individual para o próprio sujeito e os demais que o escutam.(NUNES, 2016, p. 43).

Histórico de alcoolismo, separação conjugal, violência doméstica, são alguns dos motivos acionados para justificar a disfuncionalidade ou desestruturação da família. Para Manguiera e Lopes (2014), a disfuncionalidade não está associada à presença de problemas na família, mas, sim, à sua capacidade de enfrentamento e resolução dos mesmos. Para os autores, alguns contextos como separações sucessivas, doenças prolongadas na família, mudanças geográficas, entre outros, podem contribuir para a disfuncionalidade:

(...) destaca-se o alcoolismo como um dos fatores associados à disfunção na família, gerando uma “família alcoolista”, em que a imprevisibilidade do beber domina e perturba o seu cotidiano. Isto difere da “família com alcoolista”, em que o consumo de álcool por um de seus membros é, até certo ponto, periférico e menos perturbador à vida familiar. **O alcoolismo é uma doença da família, pois todos são afetados e sofrem descargas destrutivas.** Isto resulta em uma vida tumultuada, entre discussões, mentiras, negações, vergonha e insegurança, que contribuem para a desestabilização familiar. (MANGUEIRA e LOPES, 2014, p. 149, grifos da autora).

O termo *codependência* é utilizado para se referir às pessoas que se envolvem direta ou indiretamente com o dependente químico. Usualmente, o codependente é quem assume a gestão dos problemas do dependente químico. Essa gestão envolve desde dar dinheiro para comprar a substância, assumir as dívidas, despesas e/ou o sustento dessas pessoas, até acobertar práticas relacionadas ao uso. Por exemplo, quando o policial não consegue ir trabalhar por estar sob o efeito das drogas, e a esposa telefona para o batalhão informando que ele está doente. Durante a reunião com os familiares dos policiais internados, eles recebem uma folha de orientação sobre a codependência,

Todo aquele que está emocionalmente ligado e oferece seus sentimentos e sua vida para “proteger seu dependente”, visando impedir que comportamentos anti-sociais se tornem transparentes, é um co-dependente. (...) É o famoso “CARROSSEL DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA”: no centro, o dependente químico agindo e ao redor... os co-dependentes estão reagindo, todos estão vivendo em função do dependente químico.” (FOLHETO DE INFORMAÇÃO ENTREGUE DURANTE A REUNIÃO DOS FAMILIARES DOS POLICIAIS INTERNADOS).

A visibilidade do estigma é uma questão fundamental sobre a identidade de quem o possui. A gestão sobre os *estigmas* pode contribuir para evitar constrangimentos aos quais esses indivíduos estariam expostos caso seu *estigma* tornasse visível (GOFFMAN, 1980). Os codependentes seriam os responsáveis por criar uma cápsula protetora, através do controle da informação entre o indivíduo estigmatizado e aqueles que desconhecem o estigma em questão. Eles fazem isso visando, sobretudo, proteger o indivíduo da “transparência” dos seus comportamentos antissociais. Ao longo do tratamento, a exposição do *estigma* e das condutas reprováveis desse indivíduo é estimulada para que ela possa gerar responsabilização perante suas condutas, o que é considerado fundamental para que esse indivíduo busque sua recuperação.

Dessa premissa decorre a necessidade de que a mudança do indivíduo se estenda para as relações que ele mantém com a família. É estimulado que esses familiares também passem por um processo de reconstrução, que envolverá a conscientização da doença não apenas de seu familiar, mas também deles mesmos, enquanto codependentes. Essa conscientização deve implicar uma reconfiguração na forma de relacionamento com esses dependentes.

A disfuncionalidade da família também é um tema recorrente nas reuniões do curso de Conselheiros Estagiários. Durante uma discussão, ao descrever a mãe de um policial internado, foi dito que a voz rouca da mulher indicava que fazia consumo excessivo de cigarros, o que já seria um indício da disfuncionalidade da família daquele policial. As práticas dos codependentes e os exemplos de disfuncionalidade familiar próprio ou de terceiros são amplamente apresentados e debatidos nas atividades da clínica.

Ao relembrar sua infância, Luis afirma que “hoje eu entendo que de uma família disfuncional, mas uma infância normal”. Pergunto o porquê da disfuncionalidade e ele responde:

Meu pai era alcohólatra. Eu tinha meu pai... aqui dentro hoje eu falo já com um pouco mais de propriedade. Eu não sabia disso. Eu achava meu pai o

máximo, era meu herói. Mas as coisas... e eu criticava muitas coisas que ele fazia... criticava muitas coisas que ele fazia... é... eu nunca vi violência física. Que é uma coisa que até hoje eu sou muito contra... sou muito contra. Minha mãe, nesse... no início de adolescência faleceu, aí ficou eu, meu pai e meu irmão. (Entrevista com Luis).

A figura paterna cumpre um papel importante na história de Luis. Apesar dos episódios de alcoolismo, o pai aparece como o responsável pelos valores que ele carrega até hoje: “eu ainda tinha alguns princípios que eu trouxe dele. Ah... são coisas de gente velha, são coisas de outra época. Porque não tinha muito esse negócio de liberdade, libertinagem... essas coisas”. A figura paterna de Luis se assemelha com a de Gabriel:

Uma família religiosa a minha, evangélica, aí muita obrigação que eu tinha, né? Muita obrigação com igreja, com estudo. Aos 8 anos, já tocava bateria, já cantava, desde pequeno. Aí fui sendo criado dessa forma, muito arteiro também, muito levado, né? Mas eu tinha muito medo do meu pai, porque meu pai era muito rígido, ele foi criado muito rígido. Então ele... tudo para o meu pai era uma coça, um castigo. Tudo para o meu pai era sempre assim. Aí na adolescência muito tranquilo, na escola terminei o segundo grau com 16 anos. Mas também muito curioso, né? Era proibido de tudo, não podia fazer nada, tudo meu pai: não e não, e fui crescendo. Na minha adolescência, assim, pode-se dizer, namorada não tive, tive um complexo de inferioridade bem grande, né? Eu achava muito interessante o outro, quem tinha uma condição financeira, meu pai não tinha. Eu tinha até vergonha da minha casa e tudo mais, muito vaidoso, né? Fugia da minha realidade. Aí, com 18 anos, fui para o quartel, fui para o Exército, aí lá eu comecei já a botar as asas de fora, né? Meu pai não tinha controle... eu falava que estava de serviço em final de semana e não estava, aí foi onde eu comecei a sair, comecei a beber com os amigos, não ia para casa. Ainda assim eu ia para casa com meu pai, ia dar um pulo ali fora e ele: dez horas em casa, normal. Eu ficava p da vida, né? Porra, meu coroa é um filho da puta. Aí foi passando, eu fiquei 5 anos no Exército. (...) Sempre muito álcool, aí meu pai morreu com 44 anos, acho que eu tinha 21 anos. **Quando meu pai morreu, aí acabou meu limite, né, aquele limite da boa vontade, aí eu comecei a beber em casa, bebia no bairro onde eu morava.** (Entrevista com Gabriel).

A figura paterna ocupa um lugar importante na narrativa dos policiais. Tratam-se de relações marcadas por pouco diálogo e regras rígidas. Essas relações aparecem em diversas narrativas como um atenuante do comportamento compulsivo, ao passo que a ausência dela cumpre papel inverso. A influência do pai na vida desses policiais foi tão marcante que, não raro, a decisão de se tornar policial militar também é influenciada pela figura paterna ou alguma figura masculina próxima, como tios ou avós. Tadeu conta que:

Eu me espelhei no meu pai, que eu achava legal. Pequeno eu já brincava com arma de brinquedo. Meu pai, não... nunca gostou de dar. Ele não

deixava a gente brincar com armas de brinquedo, essas de plástico, mas ele... escondido dele, a gente fazia de madeira. Eu e os garotos, a gente brincava de polícia e ladrão. A minha infância foi assim. Eu me espelhava no meu pai. Queria ser polícia de qualquer jeito. (Entrevista com Tadeu).

Márcio, que diz ter tido uma relação mais afastada do pai, afirma ter buscado nas Forças Armadas o limite que ele esperava encontrar em casa: “Eu acho que eu coloquei muito a instituição como meu pai, a instituição tinha uma função de lei pra mim... já que eu não recebi isso muito em casa eu acho que eu busquei a lei na figura da instituição...”.

A Polícia e o emprego público aparecem ainda nas narrativas como uma possibilidade de um emprego estável. E um local que exigiria responsabilidades e condutas que novamente poderiam contribuir para colocar limites à compulsividade. Igor conta que:

(...) em 2010, fiz a prova da Polícia, passei. Porque era complicado, eu não conseguia parar em trabalho nenhum, não tinha estabilidade nenhuma porque faltava, muita irresponsabilidade. Em 2010, eu passei pra Polícia, o que eu tinha maior desejo de fazer, visando também uma estabilidade. (Entrevista com Igor).

Essa ideia da instituição como “produtora de limites” também é acionada pelos funcionários do local:

Porque eu acho que eles querem frear algumas coisas, essa coisa meio de disciplina, eles precisam desses limites que eles, às vezes, nunca tiveram. Esses limites que a vida mesmo impõe, e, na Polícia, eles estão achando que vai segurar esses limites, só que não é assim. Eles têm um equívoco, não acontece isso. Aí, na Polícia, aquilo que eles tentaram a vida inteira ali na questão da disciplina, isso acaba, né? Esse sonho... Mas vê meio que não é bem isso. Até pelas pressões mesmo, muita pressão, a educação do praça, é diferente da educação do oficial. Então, o policial de rua, apesar de gostar muito, eles são muito mais exigidos do que os próprios oficiais. Os oficiais têm mais pressão de gente, de sociedade, de não sei o quê, e eles não, é uma coisa da vida, do estresse mesmo, que é muito difícil pra eles”. (Entrevista com funcionário Cláudio).

A fala institucional que concorda com os motivos acionados pelos policiais sugere que a justificativa da produção de limites como motivação de entrada na polícia pode estar relacionada aos princípios do tratamento oferecido. Jacqueline Muniz (1999), ao realizar um estudo sobre a cultura institucional na PMERJ, identificou que:

Muitos policiais militares quando se reportam à sua vocação, à sua escolha profissional - em verdade, uma escolha de vida - e às suas atribuições como servidores que receberam a missão de “proteger e servir”, fazem uso de uma estrutura de narrativa muito próxima dos testemunhos de vida que informam as conversões religiosas e demais processos profundos de reconstrução biográfica. (MUNIZ, 1999, p. 103).

Ao longo do campo, tampouco nas entrevistas, encontrei a narrativa de “proteger e servir” para a escolha da carreira policial. Para os meus interlocutores, a presença ou ausência da influência da figura paterna apareceu como o principal fator de explicação para a entrada na PMERJ. Nas ocasiões em que a motivação se relacionava ao trabalho policial, estava ligada à ideia bélica de armas e/ou combate. Igor afirma que “(...) eu sempre gostei muito de combate, sempre fui muito vibrador com relação à Polícia. Nunca servi o Exército, mas eu gostava. E já visando uma estabilidade também. Mas não pelo lado bom, já entrando pensando em crescer usando meios ilícitos também.”

Para os policiais “adictos”, a estrutura narrativa a que Muniz se refere – de “servir e proteger” – se dá apenas a partir do processo de recuperação. Identifico ainda nesses policiais, desde a escolha pela profissão, um distanciamento da figura convencional, ou ao menos esperada, do policial militar. Reivindico a ideia do policial militar “adicto”⁶⁷ não apenas como uma figura desviante, mas, ainda, como um “não-policial”, desde a escolha pela carreira policial. Em outras palavras, aquele sujeito que reúne as características não desejáveis para um policial militar.

Tanto no sentido da produção de limites como na possibilidade de crescimento através de meios ilícitos, a entrada na Corporação gera uma grande expectativa na trajetória desses policiais. Tornar-se um policial militar é um divisor de águas na vida de qualquer indivíduo. A partir desse momento, acontece uma série de reconfigurações na vida dessas pessoas: passar a portar armas, experienciar e mediar situações mais diversas imagináveis, estar mais exposto a situações de violência, entre outros. Para os policiais dependentes químicos, também é um ponto de inflexão na trajetória “adicta”, por questões que serão exploradas adiante.

5.2 “E aí têm a pesquisa social e o toxicológico...”

⁶⁷ Refiro-me ao policial “adicto” ao invés do policial militar usuário de drogas lícitas ou ilícitas, por entender que o comportamento não desejado está mais associado à conduta do que ao uso ou não da substância.

Para os policiais que iniciaram sua trajetória no uso de substâncias ilícitas anteriormente à entrada na corporação, os exames e/ou procedimentos exigidos para o ingresso na Corporação significam a necessidade um momento de ruptura com o consumo.

Quando eu fiz prova para polícia. Isso eu já tava com uns 17 anos, 18 anos. Quando fiz... eu sobrei pelo excesso de contingente no exército. Aí fiz prova para a Polícia Militar. Eu consegui ingressar na Polícia Militar, mas tem uma pesquisa que é feita que você dá o número de pesquisa social. Essa pesquisa social, eu fui reprovado nela. Porque tinha um policial que trabalhava na seção do CFAP que ele me conhecia, ele já tinha me visto eu usando droga. Aí eu entrei com... meu pai entrou com recurso, eu consegui voltar. Eu voltei, me formei, parei um pouco de usar. Me casei. Fiquei 18 anos casado. Mas devido aquela primeira vez daquela primeira dose, quando eu parei esse período de entrar na polícia, eu não tive mais contato com droga. (Entrevista com Tadeu).

A pesquisa social foi um critério de seleção adotado durante muitos anos pela PMERJ. Ela consistia em visitar ambientes de convívio do policial, a fim de averiguar a conduta do mesmo. Um funcionário me explicou que um indício negativo na pesquisa não poderia impedir a entrada do policial da Corporação, no entanto, “ele ia para o curso de formação já com uma observação a fazer”. Por outro lado, outros policiais afirmaram terem sido reprovados na pesquisa social mais de uma vez, sendo necessário realizar o concurso novamente. Narraram, ainda, que em algumas das reprovações na pesquisa social, resoluções formais e/ou informais contribuíram para permitir o ingresso na Corporação, narrativa que se fez presente nos relatos dos policiais mais antigos:

É, houve uma época em que praticamente não se fazia por causa do risco, né? Uma equipe da polícia ir buscar a vizinhança de um rapaz que morava próximo de uma comunidade ou na comunidade e dizendo que ele estava se candidatando a uma vaga na corporação. Quer dizer, o sujeito que estava ali fazendo a pesquisa também se apresentando como policial. Então houve uma época que ficou muito complicado, isso não era feito. (Entrevista com ex-funcionário José).

O agravamento da violência no Rio de Janeiro e a consequente exposição dos realizadores da pesquisa e dos candidatos foram as justificativas apresentadas para a descontinuidade da pesquisa social. Atualmente, são realizados exames toxicológicos e testes de personalidade no momento de entrada para a corporação.

Por conta dessas questões, os policiais retratam o momento de entrada na corporação como um momento de pausa no uso.

Eu bebia, mas não gostava de ficar bêbado, aí a cocaína equilibrava essa minha onda do álcool. Aí eu fui usando mais. Todo final de semana eu usava. Bem pouco, mas usava. Aí tentei prova para a Polícia umas três vezes, nas duas primeiras eu não passei, mas na terceira eu passei. Aí eu passei e falei: Pô, tem toxicológico, né? Vou parar de usar. Aí parei um ano e um pouco de usar, mas já com a ideia de quando eu voltasse... eu falei até para os amigos: Quando eu entrar, eu vou fazer uma festa né? Pra gente comemorar, né? E aquela coisa toda. E aconteceu. Eu fiz a festa. (Entrevista com Gabriel).

O neurocientista Carl Hart (2014) afirma que “a decisão de usar depende muito mais do contexto e da disponibilidade de alternativas do que nos levaram a crer” (HART, 2014, p. 99). Entendo que a pausa no uso para a entrada na corporação, corroborando com a ideia de Hart, marca um agenciamento do indivíduo perante a substância, tendo em vista a oportunidade de ingressar na população. Isso representa um contraponto à premissa da impotência do indivíduo perante a substância. Apesar da proposição de contraponto, sinalizo que em nenhum momento tal percepção foi apresentada pelos interlocutores.

Após os exames, a pausa no uso da substância não durou muito tempo:

(...) fiquei quase um ano limpo, que foi o tempo que eu fiz o primeiro concurso, em 2010, para Polícia. Aí eu consegui passar no exame toxicológico, pelo fato de estar limpo. Não estava em recuperação, estava apenas limpo, porque continuava manipulando, continuava enganando, continuava na mesma esfera de caráter. (Entrevista com Igor).

Igor lembra que a pausa no consumo da substância é diferente do estado de recuperação, porque não representa a ruptura com o modo de vida “adicto”. “Limpo” é o termo utilizado para se referir ao momento em que o indivíduo deixou de consumir a substância. Entretanto, para os Doze Passos, estar em recuperação significa deixar de consumir a substância, mas, sobretudo, estar em busca de uma mudança na personalidade adicta. Por não se considerar “em recuperação”, a volta ao consumo aconteceu rapidamente. Quando o indivíduo não se mantém buscando a recuperação, acontecimentos simples podem ser o gatilho para o retorno a vida “da ativa”.

Nas narrativas de tentativa de entrada na Corporação, também são presentes histórico de reprovação no exame psicotécnico, como é o caso de Luis: “Aí, uns dois

anos antes, eu tinha feito a prova e passei até com uma das melhores notas, mas fiquei no psicotécnico. Hoje eu entendo porque que eu fiquei [risos], tá entendendo” Para ele, a dependência química seria a responsável pela reprovação.

Enquanto antigamente os contatos internos com pessoas influentes na corporação poderiam garantir a entrada apesar da reprovação nos exames, atualmente, as liminares judiciais cumprem esse papel.

Uma vez resolvida a burocracia para a entrada na Corporação, o policial ingressa no curso de formação. Para os policiais praças, o curso tem duração entre 6 e 8 meses e é realizado no Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças (CFAP); para os policiais oficiais, tem duração de 3 anos e é realizado na Academia D. João VI. O tempo de curso das duas carreiras tem impactos não apenas na formação e na atividade desempenhada, mas ainda no modo de construção do *ethos* policial militar. Para Muniz (1999),

(...) aqueles profissionais que realizam atividades majoritariamente aquarteladas, em particular o oficialato, tendem a reproduzir com maior fidelidade os princípios e os valores do mundo policial militar. Já os profissionais que estão voltados para as atividades-fim da organização, para o policiamento nas ruas, tendem a ser mais devotos a uma espécie de “cultura policial das ruas”. (MUNIZ, 1999, p. 112).

Para os policiais que alegaram dar uma pausa no uso da substância por conta dos exames toxicológicos, o ingresso na formação representa também o retorno da vida da “ativa”⁶⁸.

(...) bom...fiz a prova e passei, **o problema foi a conquista das coisas**, porque eu sou funcionário público, sou policial, vou voltar a fazer o que eu sempre gostei, de ser militar... e mesmo dentro, antes do recrutamento, eu acabei brigando com ela [a companheira na época] e fui beber. E aí, passei o recrutamento quase todo bebendo e quase não me formei porque eu bebia muito, mas eu consegui esconder, eu ainda conseguia não mostrar que eu tinha problema com o alcoolismo. Chegava cedo, mas virado... eu tomava guaraná em pó... tudo para não dormir, mas eu corria bem, eu estudava bem e aí eu me formei na Polícia. (Entrevista com Márcio, grifo da autora).

No caso de Márcio, a conquista da vaga na Polícia Militar e o término de um relacionamento foram os motivos que ele encontrou para justificar o rápido retorno aos hábitos da “ativa”. Para Igor, foi a morte do pai:

⁶⁸ Termo utilizado para se referir à vida com o uso da substância.

(...) Muita revolta da minha parte, eu já tinha feito o exame toxicológico, já tinha feito tudo na Polícia. Aí eu falei “Pô, agora vou voltar e tal, né?” Enfim, quando ele faleceu, triplicou o uso, a bebedeira, todos os tipos de insanidade já pioraram bastante, tava num nível já alto minhas insanidades e aí depois, nesses altos e baixos de tentar parar, eu procurei a Igreja e tudo, mas tava bem complicado e aí fiquei tempinho, consegui segurar um tempinho, incorporei na Polícia em 2013 ou 2014, aí fiquei um tempo focado lá no curso de Polícia, mas foi questão de tempo também pra voltar a recair. (...) só que eu começava tentando não chegar atrasado, não faltar, mas era inevitável. Voltei de novo pra cocaína e comecei a dar alteração no curso (...), comecei a chegar atrasado, comecei a faltar, teve uma vez que eu faltei uns 2 ou 3 dias seguidos, aí foram lá me procurar. (...) Não chegaram a me encontrar, porque me avisaram e tal aí eu nem apareci. Aí eu cheguei lá e menti, falei que tinha um problema com a minha mãe que era deficiente visual e tal, aí o cara falou que realmente sabia que minha mãe era deficiente visual e tal. Menti e colou, mas eu sabia que a corda já estava pra roer, que se eu continuasse ia ser desligado. Aí aos trancos e barrancos, usando bastante, mais aos finais de semana que eu estava de folga. E era um movimento muito doente pra eu conseguir ir trabalhar na segunda-feira, mas eu ia. E já bem complicado. Aí quando eu me formei acho que eu me entreguei literalmente... (Entrevista com Igor).

Ambos os relatos apontam que o período de formação já estava permeado pelo uso de drogas. Evidentemente, durante esse período, o cuidado em ocultar os problemas com o álcool e outras drogas é maior, visto que o policial está mais sujeito à expulsão da Corporação. Além disso, nesse momento, esses policiais ainda não conhecem bem o funcionamento, as regras e, sobretudo, as práticas do trabalho policial. Nos três anos iniciais, o policial é considerado em “estágio probatório”; somente após dez anos de serviço o policial adquire estabilidade, e, entre esses dois períodos, os procedimentos de exclusão são mais rápidos. Antes de adquirir a estabilidade, o policial não goza dos direitos previdenciários diferenciados da profissão⁶⁹.

Em síntese, os critérios de seleção adotados pela PMERJ sofrem críticas dos funcionários da clínica. Segundo eles, não são capazes de captar o dependente químico no momento da seleção:

(...) eu não sei se é seleção, uma seleção ruim, não consegue focar isso, foca em outras situações, mas não consegue focar na questão da compulsão, eu entendo mais ou menos isso, sabe? Que eles estão na seleção, que não foca nesse... Apesar de ter... Porque eles contam toda a situação antes de entrar pra Polícia, como eles manipulam essa situação pra não descobrir que eles são dependentes, né? (Entrevista com o funcionário Cláudio).

⁶⁹ De acordo com o art. 44 da Constituição de 1988, o funcionário público pode ser licenciado a bem da disciplina.

Associar a dependência química a elementos ou episódios anteriores à entrada na Corporação contribui no processo de dissociação entre o uso dessas substâncias e a profissão policial militar. Ao invés de o estresse do trabalho policial desencadear o uso de drogas, é o dependente químico que apresenta interesse pela carreira policial. A expectativa de que a corporação possa trazer limites a um comportamento desregrado seduziria esses indivíduos para a corporação, ainda que, desde o início, eles soubessem que não possuíam os atributos esperados para um policial. Por não possuírem esses atributos, utilizaram de sua personalidade manipuladora como forma de contornar os mecanismos institucionais de seleção que poderiam identificá-los como indivíduos inadequados para o trabalho policial.

Ao longo do trabalho de campo, identifiquei associação entre o uso de drogas e a profissão, em momentos que serão apresentados ao longo desse capítulo. No entanto, a narrativa hereditária e individual parece ter mais força como motivo para o uso de drogas do que a exposição aos riscos inerentes à profissão.

5.3 “A época boa”: o uso de drogas enquanto policial

(...) Como é uma doença [*a dependência química*], já tem um histórico na adolescência, muito pouco conhece a droga na Polícia, muito pouco! A maioria são os amigos que oferecem, né? porque é uma coisa sedutora. A escolha do químico, da droga é realmente de acordo com a personalidade de cada um (...). Mas tem uma questão com estima muito difícil, foi uma criança muito quieta, uma criança com problemas... E aí, quando adolescente, começou a ter músculo, e **aí o sonho era: “Vou fazer acontecer, vou pegar geral! Agora eu vou...” E aí isso acontece na Polícia: “Agora eu tenho um kit policial, um relógio⁷⁰, tenho um carro maneiro, a mulherada tá tudo em cima de mim, eu tenho poder!** Então tudo aquilo que eu... eu vou me vingar de tudo aquelas coisas que fizeram comigo, agora eu tenho poder”. Eles bebem, e aí chega um amigo e fala: “Olha aqui, eu tenho um pozinho mágico aqui! Agora você vai pro Batalhão tranquilo!”, “Pô, cara, isso aí, é cocaína!”, “Pô, cara, tudo que eles falam é mentira!”, aí tem a coisa da sedução mesmo, é um momento de... não é a pressão de “subi e vou usar cocaína”, mas é um momento de “Eu tô bem, tô com meus amigos, de folga, tô... confraternização”, e é isso. (Entrevista com o funcionário Cláudio, grifo da autora).

Ao término do período de formação, os policiais são transferidos para as unidades em que vão trabalhar, e é a partir desse momento que o policial vai ter acesso ao “trabalho de rua”. É principalmente aí que o policial passa a ter contato mais próximo com o “currículo oculto”, ou seja, com as práticas do cotidiano do

⁷⁰ O relógio Invicta é considerado um item característico do policial militar.

policiais militares, que não são ensinadas ao longo do processo de formação. Entre essas práticas, podem estar o acesso às drogas e as condutas ilícitas. Especialmente, as condutas inadequadas que serão agregadas à identidade deteriorada desses “adictos”, transformando-os em “policiais adictos”. Inicia-se, nesse momento, um novo capítulo na trajetória desses indivíduos.

Policiais mais antigos mencionaram que, em dias especiais, era servida cachaça no rancho⁷¹. De acordo com os interlocutores, apesar de tal prática não ser mais realizada atualmente, o consumo de álcool nas unidades policiais é recorrente. As atividades de socialização realizadas pelos policiais também envolvem o consumo massivo de álcool. Durante um Carnaval, observei um policial militar fardado entregando uma lata de Coca-Cola para que o atendente enchesse com cerveja. Quando compartilhei esse episódio com outros policiais, nenhum deles demonstrou surpresa e me responderam jocosamente que isso era normal. Ainda que de forma menos visível que o álcool, o consumo de cocaína também é considerado comum entre os policiais, especialmente entre os que desempenham o “serviço de rua”.

Durante os estágios iniciais de uso das drogas, que chamaremos de momento de “sedução”, o uso da droga pode não estar diretamente relacionado a condutas ilícitas e nem gerar problemas no trabalho. Na perspectiva dos Doze Passos, a dependência química é vista como um gradual, com início na “época boa” em que a droga traz poder, mulheres, amigos e dinheiro. Até o “fundo do poço”, quando o uso da substância se torna incontrolável e inúmeros problemas passam a acontecer. A forma de acesso à substância é um elemento interessante para pensar esse gradual.

A partir da narrativa de Cézár, percorrerei algumas das formas de acesso, que são comuns aos policiais usuários de substâncias ilícitas. Cézár começou a beber aos treze anos; experimentou a cocaína e a maconha aos dezessete. Contou não ter se identificado com a maconha e ter se apegado mais à cocaína. Ele conta que, a princípio, eram apenas experimentos da adolescência. Quando entrou na Polícia, disse que já tinha parado com o uso:

(...) aí, com o tempo, eu não me lembro assim, já com uns 3 anos de Polícia, aí eu fui conhecer outros colegas também que faziam uso e por ter

⁷¹ Refeitório.

facilidade... trabalhava na rua, eu comecei a usar, mas era esporadicamente, mais por curtição. Como se fosse uma pessoa que bebia de final de semana, de quinze em quinze dias. Eu conseguia levar uma vida normal (...) mais ou menos com uns 25, 26 anos de idade, aí eu comecei a usar um pouco mais, aí eu vim trabalhar no batalhão do Rio. (Entrevista com César).

Enquanto policial, César começou a usar cocaína com outros colegas de trabalho. Pergunto se ele costumava utilizar a cocaína no batalhão, ele responde que sim e que utilizava na rua também, “(...) mas nunca na frente do público... geralmente sempre no banheiro, ainda mais porque a viatura ficava parada perto de um posto, aí eu ia no posto, no banheiro... parava em qualquer lugar pra ir no banheiro...” Inicialmente, seu acesso à substância era intermediado por colegas policiais:

(...) no início, eu ainda fazia contato com eles para conseguir comprar coisa para mim, porque eu nunca gostei de entrar dentro de favela para comprar a droga por causa da minha profissão. Talvez era o fato de que, na época, eu dependia de, no início, alguém para ir pra mim que me freava um pouco (...) Um colega policial militar também fazia uso me apresentou esse cara que já tinha sido excluído da corporação há muito tempo... no caso, assim, gente boa, mas o fato de eu pedir isso era um problema meu, ele também gostava, né? Então aí facilitou um pouco, né? (Entrevista com César).

O passo seguinte foi o contato de um policial militar que havia sido excluído da corporação e repassava a droga. O contato direto com um vendedor tornou seu uso mais autônomo. Por conta do risco de ser reconhecido como policial, principalmente nos estágios iniciais de uso, eles evitam ir até a boca de fumo⁷². O mais comum é comprar com motoboy ou um “estica”, um intermediário entre o usuário e o traficante:

Aí, com o tempo, eu fui conhecendo o caminho, vamos dizer, um caminho fácil para mim adquirir, porque eu trabalhava ali...aí eu não sei se alguma pessoa falou, eu fui descobrir... né, não me recordo “não, você dá uns 5 reais para o moto táxi e ele traz para você, aí você não precisa entrar”. Aí facilitou bastante, né? (Entrevista com César)

A seguir, desaparece a figura com que o policial mantinha um vínculo social, em detrimento da compra com o moto-táxi que transita próximo ao seu local de trabalho. Nesse momento, já aumenta o risco no acesso à substância, bem como a frequência do uso.

⁷² Apesar das especificidades da profissão policial militar, cabe destacar que, na pesquisa que realizei com jovens de classe média (CRUZ, 2015), eles também apontaram preferir comprar drogas através de intermediários, evitando, assim, exposição aos riscos de frequentar bocas de fumo.

Na medida em que o consumo se intensifica, ampliam-se também as formas de acesso à droga. Apesar de o consumo de drogas ilícitas já ser considerado uma contravenção dentro do Regulamento Disciplinar, o próximo passo da trajetória de uso de Cézar marca a transição entre a legalidade e a ilegalidade nas condutas do policial. Cézar conta que passou a utilizar para consumo próprio as drogas apreendidas⁷³, sendo esta outra prática apontada como recorrente nos batalhões. Costa (2018) aponta que parte das drogas apreendidas também é utilizada para conseguir informações valiosas sobre o tráfico de drogas com os usuários, também conhecidos como X-9s.

Cézar conta que passou a ir até o bairro em que trabalhava, mesmo em dias de folga, para conseguir comprar mais cocaína. O consumo, que era realizado apenas durante os dias de trabalho, passou a ocorrer também durante as folgas. A trajetória de uso de Cézar é marcada por transferências de unidade ou de escala de trabalho, um traço comum entre policiais que apresentam alguma conduta indesejada. Por morar em um município distante, as mudanças de escala e para locais mais distantes geraram impactos significativos em sua rotina. Em todas essas mudanças, Cézar conseguiu encontrar formas de intensificação do uso, novamente, reforçando a ideia dos gatilhos que acentuam ou inibem o uso. Devido aos constantes atrasos, em uma das transferências, ele conta que passou a ter apenas uma folga por semana:

(...) eu fiquei puto pra caramba, mas eu adaptei essa escala ruim, nesse modo ruim, no caso, pra mim era bom porque eu tava... todo dia eu usava droga, por causa do vício, eu usava a droga todo dia. Porque a gente trabalhava na rua, aí eu prendia coisa de viciado, de vez em quando, até roubava algum dinheiro na rua... para pagar a minha passagem, porque no caso não daria... metade do meu pagamento ficava na passagem e pra usar. Então, nessa época, foi uma época de todo dia eu usar. Todo dia, chegava... eu já vinha trabalhar antes de (inaudível) com o dinheiro eu comprava, antes de assumir o serviço... aí ia para o BPM, pegava o armamento e coisa... Mas eu sempre fui um cara que nunca fiz coisas anormais na cocaína, então não percebiam... a não ser chegar atrasado ou faltar, o meu trabalho eu conduzia normal (...) os outros nem percebiam, só quem trabalhava mais perto ou não percebia ou não falava, mas eu conduzia o serviço normal. Para alguns, a cocaína deixa alterado, no meu

⁷³ Tal prática também foi identificada por Grobler (2013). Ao estudar condutas criminosas entre policiais da África do Sul, a autora dedica um capítulo do livro para tratar dos policiais usuários de drogas. De acordo ela, alguns policiais corruptos conduziam operações de busca e apreensão não para prender pessoas, mas para utilizar a substância apreendida ou vender para outros traficantes.

caso, acalmava, talvez fazia o efeito até como dizem da maconha em mim. Só quando acabava que eu ficava meio nervoso. (Entrevista com César).

Alguns pontos chamam a atenção no relato de César. Em primeiro lugar, César aponta uma reclamação recorrente dos policiais, a escala. Alguns regimes de trabalho dentro da Polícia Militar possuem escalas consideradas inadequadas ou desumanas. Essas escalas, especialmente quando combinadas de serviços extras internos ou externos (como segurança privada), fazem com que os policiais desfrutem de escasso tempo de descanso ou lazer com suas famílias. Escalas apertadas e os compulsórios serviços extras que os policiais podem ser convocados a prestar são umas das principais reclamações dos policiais militares no que tange às condições de trabalho.

Em seguida, ele se refere aos indivíduos de quem ele havia apreendido as drogas como “viciados”. Entretanto, ele não utiliza o mesmo termo para referir a si próprio. Isso sugere a existência de uma distinção entre ele e os demais usuários de drogas. É interessante demarcar que, para os policiais que não são dependentes químicos, o termo “ganso” pode ser utilizado para se referir a qualquer indivíduo, sendo policial ou não.

César alega, ainda, que os demais não percebiam que ele estaria sob o efeito de cocaína. O desempenho “normal” das atividades de trabalho é um dos principais sinais de sucesso na ocultação do *estigma* para esses policiais. Ao longo do tratamento, essa questão também é amplamente discutida. Por vezes, esses policiais passam a identificar que não eram capazes de ocultar o uso de drogas, apenas achavam que estariam escondendo.

Retomando a discussão das formas de acesso à droga, ser um policial militar na região metropolitana do Rio de Janeiro implica estar atento aos locais em que circula, a utilização do fardamento ou demais elementos que possam identificá-lo e vitimá-lo em razão de ser policial. Por conta disso, policiais militares adotam, ou são aconselhados a adotar, uma série de medidas de segurança. Entre elas: ocultam sua identidade profissional e ou símbolos que remetam a ela, estimulam os familiares a não revelarem sua profissão na vizinhança e evitam circular por determinados locais e horários, especialmente em favelas comandadas por facções

criminosas que estimulam a morte de policiais⁷⁴. Na busca de César pela cocaína, por vezes, esses riscos foram relativizados:

(...) quando saia de serviço pegava uma carona, porque no BPM lá não para [ônibus], quem não tem carro tem que pegar uma carona para vir até a Brasil, pegava a carona com um cara que trabalhava comigo (...) Aí eu pedia para me deixar próximo ao Parque União, a Nova Holanda, ali comprar mais, geralmente, eu tinha arrumado um dinheiro, aí comprava mais... ou, de vez em quando, quando tava com mais dinheiro, eu ainda jogava na maquininha... ou, de vez em quando, eu esquecia, e ficar jogando coisas, e ficava até sem passagem pra ir embora... aí eu dava um jeito, aí eu ia chegar em casa só de manhã, ou eu chegava em casa 3h da manhã e ficava usando até 6h, 7h da manhã, dormia...(Entrevista com César)

Nesse momento da trajetória de acesso à droga, César, de acordo com ele mesmo, já estaria próximo ao “fundo do poço”. A partir de então, os atrasos e faltas começam a ser cada vez mais constantes, e a “época boa” de uso das drogas começa a chegar ao fim.

A trajetória de uso de César envolveu distintos momentos até a busca pelo tratamento. Muitos desses momentos foram experienciados por outros policiais. Entretanto, não existe uma trajetória única na progressão do uso, nem nas possíveis formas de acesso às drogas. Tadeu conta que:

Depois eu... quando eu entrei pra polícia, que eu tive um tempo, um período que eu parei. A facilidade que eu tinha na mão. Todo dia tinha apreensão. Muita apreensão. Todos os dias. Meu plantão era de 24 horas. Todos os dias eu entrava na favela e prendia droga. (...) **sempre tem uma desculpa do companheiro que leva. O colega de trabalho que leva para dar pro pedreiro. Outro leva pra dar pro pintor, pro mecânico... a desculpa, mas a desculpa era pra mim usar.** (Entrevista com Tadeu, grifo da autora).

Pegar parte da droga apreendida para consumo já representa uma interlocução do consumo com práticas de corrupção, mas não é a única forma que envolve o acesso permeado por práticas ilegais. Inicialmente, Gabriel tinha acesso às drogas através dos “esticas”, de forma semelhante à de César. Por considerar não possuir o estereótipo de policial, Gabriel conta que nunca teve medo de ir até a comunidade para comprar. Rapidamente, ele passou a ir comprar diretamente na favela por ser mais vantajoso economicamente. Entretanto, a falta de dinheiro para

⁷⁴ Uma investigação da Polícia Civil identificou que o tráfico ‘promove’ criminosos que matam policiais em favela da Zona Norte do Rio. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/trafico-promove-criminosos-que-matam-policiais-em-favela-na-zona-norte-do-rio-23264850>. Acessado em 01/12/2018.

sustentar seu uso fez com ele encontrasse outra forma de ter acesso fácil à droga quando o dinheiro acabava: “(...) Eu ia numa “comunidadezinha” lá perto de casa, eu ia lá, pegava meu carro e ficava esperando os outros sair, aí abordava, tomava droga, tomava dinheiro”. Pergunto se ele ia fardado fazer a abordagem, ele responde: “Não, civil. Só armado. Na condição de policial, abordar, falava que era P2⁷⁵, aí tomava a droga e ia embora. Fazia isso também nem era com frequência, quando o dinheiro acabava.” Pergunto se em alguma dessas idas à comunidade, ele teria sido abordado pela Polícia:

Várias vezes, saindo do Acari, por exemplo, que é na Av. Brasil. Frequentemente. E eu até gostava, que eu ia muito com mulher, às vezes, à comunidade, que usava droga. “Tá com o soldado aqui, tá tranquilo”. Ficava rezando pra tomar uma dura, pra dar uma carteirada, né? Pra meter o pé, e eu me achar o cara, né? Isso acontecia. Mas nunca sofri reflexo ou retaliação da Polícia Militar em si, não, só sacanagem mesmo, de às vezes o cara ficar falando: Porra, meu irmão, tá de sacanagem? Vem aí, compra droga, toma tiro e não sei o que. Contava uma história e ia embora (...) (Entrevista com Gabriel).

Ser policial e poder “dar uma carteirada”, no caso narrado por Gabriel, representou um elemento positivo em sua construção identitária como um policial usuário de drogas. naquele momento, poder usufruir dos benefícios que o status lhe concedia se sobressaiu à reprovação dos seus pares por estar utilizando drogas.

Aqui, cabe destacar outro elemento marcante entre os policiais, que é a exaltação da masculinidade. O culto à masculinidade é um elemento constitutivo da cultura policial (PONCIONI, 2014). Apesar de estar exposto a uma situação de risco, o poder associado a ser policial e, sobretudo, a demonstração de poder perante às mulheres fazia com que as situações de abordagem fossem desejadas por Gabriel. Muniz (1999), ao acompanhar o cotidiano de policiais militares, identificou que os policiais se gabam do fascínio sexual que exercem sobre as mulheres, sendo considerados “homens de verdade”. Gabriel se sentia orgulhoso em se exibir enquanto policial militar na frente das mulheres.

A exibição do *estigma* de Gabriel não se configurou como um problema, diante dos ganhos que a identificação enquanto policial militar poderia trazer naquele contexto. Gabriel conta ainda que, nas situações de abordagem, nunca chegou a ser levado para a delegacia, que sempre resolveu “ali mesmo”. César também relatou ter sido abordado por policiais em uma das tentativas de comprar droga:

⁷⁵ Policial que trabalha à paisana, vestido com trajes civis.

(...) só uma vez, eu fui parado, mas eu nem estava com droga, eu tinha mandado um garoto ir comprar pra mim. Isso foi lá em Acari, uma vez... Aí me pararam, me perguntaram o que eu tava fazendo, eu me identifiquei... eles não deixaram nem eu me identificar muito porque era local de risco, né? Para me resguardar “não, tá tranquilo...valeu!”. E nas outras vezes... na época que eu ficava na área do BPM ali, geralmente, eu não era abordado por ninguém porque eu era da guarda do BPM, então eu conhecia todos os policiais, então eles me viam e nem me paravam. (Entrevista com César).

Os relatos de César e Gabriel apontam duas especificidades da relação entre drogas e policiais usuários. Em primeiro lugar, há uma complacência dos pares ao uso de drogas. Ao contrário dos desfechos usuais de abordagens com flagrantes aos cidadãos, que incluem o encaminhamento para delegacia ou resoluções informais, como “subornos” e/ou agressões físicas ou verbais (CRUZ, 2015), os relatos dos policiais apontam uma complacência entre os policiais, quando o abordado é um membro da corporação. Para Becker (2005), os impositores, respondendo às pressões da sua situação de trabalho, aplicam as regras e criam *outsiders* de forma seletiva. A rotulação do desviante não depende apenas do comportamento efetivo, mas também da necessidade de o agente da lei justificar sua posição, de o infrator demonstrar a devida referência ao impositor, de o “intermediário” entrar em ação e de o tipo de ato cometido estar incluído na lista de prioridades do impositor (BECKER, 2005, p.166). Esses pontos relacionais podem nos ajudar a compreender por que os desfechos dos flagrantes de drogas com policiais foram distintos do que costuma ocorrer na população em geral.

Em segundo lugar, os relatos retratam uma espécie de “lua de mel” entre ser policial e o consumo de drogas. Ainda que as narrativas - possivelmente influenciadas pelo tratamento a que esses policiais se submeteram - tentem dissociar o uso de drogas e, sobretudo, a dependência química da profissão, as formas de acesso demonstram essa relação. Os dois pontos apresentados apontam as possibilidades, peculiaridades e facilidades que um policial usuário de drogas pode encontrar.

Por outro lado, a forma de acesso às drogas pode acentuar alguns riscos para a vida desses policiais, visto que os cuidados para ter acesso à droga diminuem na medida em que o indivíduo intensifica o uso. Igor conta que frequentava locais de uso fardado:

Eu comecei a largar de mão literalmente, de vontade de viver, uma depressão profunda, nem eu acreditava mais em mim. Falei “Pô, eu vou morrer usando drogas e bebendo”. Aí eu já estava no sofrimento, aí meu vizinho me chamou pra ir no NA. Eu pensava que estava passando despercebido, mas estava todo mundo vendo ali, né? Tamanha era minha desmoralização. Vivia fardado. Quanto mais pé sujo fosse, eu estava dentro. Prostíbulo fardado eu entrei. Total degradação, literalmente! Tinha virado um monstro mesmo, um lixo humano. (Entrevista com Igor).

As palavras que Igor utiliza para referir a si próprio e aos locais que ele costumava frequentar, carregadas de adjetivos pejorativos, retratam a forma que ele vê as situações a que se expôs ao longo de sua vida “na ativa”. Ao estudar a PMERJ, Muniz (1999) destaca o asseio pessoal, o cuidado impecável com a aparência e a aversão ao desleixo, como uma característica do meio policial, especialmente entre os oficiais. A postura de Igor reforça a ideia do “ganso” como um não-policial, uma antítese aos valores praticados pela polícia militar. Para Igor, sua postura demonstra não apenas um indivíduo desleixado, mas um indivíduo agindo de forma inadequada carregando o símbolo da corporação. A oposição entre limpeza e sujeira, uso e não uso da substância, é outra característica marcante do tratamento. Ela será debatida no capítulo a seguir.

Igor conta ainda sobre seus hábitos de uso da cocaína: “vinha buscar no morro, rodando com carro, sozinho, na maior insanidade. E só pegava alguém quando ia pra buscar mais, porque tinha medo de subir a favela sozinho. Aí a pessoa pegava, [eu] dava um pouco e usava minha droga sozinho”.

Ao estudar o uso de tóxicos em grupos de classe média, Velho (2008) apontou diferenças importantes no que tange ao consumo de maconha e cocaína. Enquanto a primeira era utilizada de forma altamente “comunitária”, através de uma circulação generosa, a cocaína possui um consumo mais restrito e controlado. “Oferecer uma fileira de pó” era uma manifestação de extremo apreço e generosidade. Só em ocasiões especiais, podia-se ver a cocaína circulando em rodas maiores (VELHO, 2008, p. 73). Entre os policiais observados nessa tese, o uso de cocaína foi mais disseminado do que o uso de maconha e outras drogas ilícitas. Para César,

(...) independentemente de cocaína, quando ele chega na fase mesmo avançada, ele não gosta mesmo... geralmente, eu acho que talvez a maioria não gosta de ficar com ninguém, porque não gosta de dividir, né? Quer aquilo só para você, entendeu? Até na época eu mandava alguns meu colegas comprar, eu falava “ô, toma isso aí, compra e fica pra você”... Ele ficava no mesmo espaço físico do que eu, mas ele ficava com a dele

separada, a minha eu não gostava de dividir não, então era um fato mesmo do usuário. (Entrevista com César).

Ao mesmo tempo, policiais costumam manter hábitos solitários e não confiar nas pessoas (MIRANDA, 2016), o que pode agravar ainda mais o uso individual das substâncias. Monjardet (2012) apresenta a onipresença da suspeita na relação com o outro, o sentimento de isolamento social por conta da incompreensão da sociedade e a valorização de um pragmatismo de princípios conservadores como traços comuns de uma *personalidade de trabalho* policial. A existência de uma solidariedade interna muito forte vai tentar compensar esses traços. Diante desse paradigma, vêm sendo propostas tipologias variáveis a partir da acentuação diferencial desses traços comuns. No entanto, apesar de hegemônico no campo, ele afirma que o paradigma tem sofrido diversas críticas. Para o autor, ao contrário da noção de traços comuns, existem diversas culturas⁷⁶ dentro da Polícia em detrimento de uma única, como defende o modelo hegemônico. Ao mesmo tempo, ele admite a existência de uma consciência coletiva entre os policiais centrada em três aspectos: “a incompreensão (recíproca) da mídia e do público, a preocupação relativa a uma eficácia dificilmente mensurável e a demonstração de uma exigência mínima de honestidade (MONJARDET, 2012, p. 168-169).

Nesse momento, mais do que adentrar nesses paradigmas, interessa-me identificar que: considerando o modelo hegemônico, os relatos dos policiais adictos reforçam o isolamento social e sugerem que a solidariedade interna não foi capaz de compensar esse traço para esses policiais; considerando a consciência coletiva, pode ser questionada a exigência mínima de honestidade. Em suma, ainda que seja impossível conceber uma ideia única de policial, nos relatos dos meus interlocutores, eles colocam sua própria atuação policial sempre como o “outro” – *desviante* –, distanciando-se do comportamento que eles consideram como adequado para um policial. Essa é uma noção constitutiva das trajetórias, os comportamentos são sempre demarcados por um distanciamento em relação a um comportamento esperado, seja na esfera pessoal ou na profissional.

A interface do uso com a profissão aparece também entre os usuários de substâncias lícitas. Luis explica como conseguiu utilizar do seu posto no serviço reservado da unidade que trabalhava, em favor do seu consumo de álcool:

⁷⁶ Elementos como tipo de policiamento desempenhado ou posição hierárquica podem criar culturas distintas dentro de uma única instituição.

(...) No grupo onde eu andava dentro da polícia, o legal era beber. A gente trabalhava bêbado... a gente bebia toda hora. A gente saía para beber. A gente tinha ocorrência bêbado... a gente parava em lugar bêbado. (...) Nós tínhamos nossos locais de beber fardado. E aquilo ali era o... eu achava aquilo muito legal. Eu achava que não interferia em nada na minha vida. E... por último, agora. Nesse... eu sem saber de doença. Eu usava bebida no meu trabalho. Porque, para fazer o serviço de inteligência, eu tinha que estar naquele local como uma pessoa comum. Como uma pessoa moradora daquele local. E eu entrava naqueles locais e tomava minha bebida. E ficava lá naquele meio. E achava aquilo normal, eu falava: - Caramba, bebi pra caramba e resolvi o problema. - Bebi pra caramba e pô, deu tudo certo. E... onde eu falo, né... Eu já falei pra chefe (...) que eu não soube lidar com as coisas que deram certo na minha vida e eu sempre estraguei tudo. Então... esse negócio de notoriedade, de status. Pô... trabalhar à paisana, não precisar fazer barba, entrar num ambiente onde as pessoas não podiam ir. Eu entrava como se fosse uma pessoa comum, com a arma na cintura, para fotografar as pessoas, para identificar quem é que vendia, para identificar onde é que estavam os pontos. E aquilo ali para mim era uma onda máxima, olha só, para um alcoólatra, para um adicto como eu, né? Usar a bebida autorizado. Era tudo o que eu queria. Aí você vai perguntar - Ah, mas tem alguma coisa, lei para isso? Não. O comandante sabia que eu fazia aquilo e nunca tinha interferido no meu lado profissional. Mas eu também não fui entendendo que, aos poucos, eu fui perdendo o controle das coisas, eu não tava conseguindo viver isso. Eu não conseguia ver que perdia o controle das minhas coisas. Eu não parava, eu não conseguia parar. (Entrevista com Luis).

Também entre os usuários das substâncias lícitas, as narrativas sugerem uma aproximação entre o uso e a profissão. Novamente, é possível identificar uma complacência com relação ao uso, especialmente quando o indivíduo ainda não apresenta problemas no local de trabalho. Essas relações aparecem de forma mais tímida em alguns relatos, e de formas mais diretas em outros. Entre as formas mais diretas, estão aquelas que associam o uso das drogas como válvula de escape para as tensões vivenciadas no cotidiano do trabalho:

E aí, depois eu vim pro BPM, quando eu vim para o BPM eu comecei a adoecer... porque a gente começou a ser jogado para uma ocupação ali no Fallet-Fogueteiro⁷⁷. (...) E toda hora a gente recebia muita ameaça de morte por telefone, era uma quadra, que a gente ficava junto com o BOPE, e eles falavam "a gente vai invadir, a gente vai invadir... a gente vai entrar, vai cortar vocês". E eu pensava, né, falei "Porra, irmão, se eu sair vivo dessa porra eu vou encher a cara, vou me divertir, não sei se eu vou viver por mais tempo", Então... eu saía e eu ia beber, não era caro. (...) Eu não tinha filho, não tinha nada. Então eu vou beber, porra... eu não sei quanto tempo vai durar a minha vida. Eu acho que isso também tinha muito a ver com essa minha tendência de depressão, né? De não ter muita perspectiva... eu entrava na favela sem medo, eu achava que era herói... (Entrevista com Márcio).

⁷⁷ Favela com Unidade de Polícia Pacificadora (UPP).

O relato de Márcio é um dos únicos que associa o uso das drogas com as experiências do cotidiano policial. Ele aponta o uso como uma válvula de escape para as tensões do trabalho policial. Conforme já foi apontado, a dissociação da justificativa do uso de drogas com o trabalho policial, possivelmente, tem origem nas premissas do tratamento. Durante uma conversa com os conselheiros estagiários sobre as razões para o adoecimento mental dos policiais militares mais jovens, eles afirmaram que “os policiais mais jovens dizem que o problema é com a exposição à violência – especialmente, nos casos dos policiais lotados nas Unidades de Polícia Pacificadora –, quando, na verdade, estão muitas vezes relacionados com o abuso de drogas”. (DIÁRIO DE CAMPO, 08/05/2017).

A trajetória de uso representa uma tentativa de reconstrução de uma história linear, permeada por episódios impactantes e degradantes, até o encontro com o “renascimento”. A conscientização da doença e o processo de mudança tem início a partir da entrada no tratamento. Tadeu sintetiza a evolução do seu uso de drogas, “(...) no início era... foi muito bom. Foi uma paquera, um namoro, um noivado e eu casei com as drogas. Aí, mas acontece que quando eu cheguei a casar minha vida se tornou incontrolável.”

5.4 “Tornei-me incontrolável”: o agravamento dos problemas, as paranoias, o fundo do poço e a decisão de ingressar na clínica

Existe uma escadinha de perdas (...) Ele começa a dar problema no ambiente familiar, né? a gente costuma dizer que quem primeiro perde é o último a ganhar. Então, o primeiro degrau da evolução da doença são os conflitos familiares. Aí, subimos mais um degrau, vamos para as dificuldades sociais. É aquele vizinho que chamava para a festa e não está chamando mais, cumprimentava e não cumprimenta mais, que tá se afastando mesmo. E aí, subimos para o terceiro degrau, que é o ambiente profissional. Quando ele começa a dar problema grave no ambiente profissional, é porque a coisa.... porque ele tenta de alguma forma preservar o emprego, e nisso a família acha que tá ajudando e acaba cooperando nas mentiras... Chegou doidão às 5h30min da manhã, tinha que acordar às 6h pra ir pro batalhão. Aí, ela liga pro amigo, liga pro batalhão, diz que ele tá com febre de 42 graus, que ele tá muito gripado, que ele não vai conseguir ir... Porque ela também tem medo que ele perca o emprego, né? Então, quando essas coisas começam a se tornar rotina, começam a acontecer com frequência, ou ele começa a desenvolver as atividades dele de uma forma ruim, sem qualidade, quando o ambiente profissional começa a perceber que a aquele sujeito não tá bem. Aí tem sempre alguém que diz “não, mas ele não tá bem há algum tempo”, ele bebe no alojamento, às vezes já chega com aquela torpe, com o olho vermelho...**Então, quando ele perde o controle no ambiente profissional, é porque a coisa já está...** (Entrevista com ex-funcionário José, grifo da autora).

Progressivamente, a “época boa” e a “lua de mel” com o uso de drogas vão chegando ao fim. Surgem, nas narrativas, os atrasos, faltas no trabalho, problemas conjugais e as dificuldades financeiras. O agravamento dos problemas caminha em conjunto com a intensificação do uso. Tadeu conta sobre o processo de afastamento de sua família por conta de sua trajetória de uso:

Porque eu usava droga todos os dias. Eu vivia usando droga o dia todo. Tudo. Eu troquei o telefone. Vendi televisão. Eu vendi meu carro, vendi minha moto. Tudo por causa de droga. Cordão de ouro, pulseira de ouro, que eu tinha muito ouro, que minha família trabalha com joalheria. Eles são donos de joalheria. E eu perdi contato todo da minha família, eles me expulsaram de casa. Porque eu roubava tudo deles. Eu não tinha mais controle. Aí minha irmã passou a ser procuradora da família, aí ela mandou, falou que não ia me dar mais nada. Eu tive que viver, quando minha mãe tava viva, ela ainda me ajudava, era facilitadora. Mas, quando ela morreu, minha irmã não me deu mais nada. Aí eu tive que começar a conviver e viver com meu salário da Polícia, que não dava, que era tudo pra usar droga. (Entrevista com Tadeu).

Ressalto, novamente, a importância da família nessas trajetórias reconstruídas. Consideradas como elemento de importância fundamental na “vida da ativa”. Em todos os casos que analisei, bem como nos debates que vivenciei na clínica, existe uma figura disposta a contribuir no gerenciamento do *estigma* desses policiais. Geralmente, esse papel é ocupado pelos pais ou cônjuges, mas pode ser desempenhado ainda por irmãos, vizinhos ou amigos. A atuação dessas pessoas é fundamental na gestão dos problemas do “adicto”.

Especialmente entre os usuários de drogas ilícitas, começam a aparecer os relatos de paranoia, ou seja, momentos em que o policial passa a se sentir ameaçado por conta de sua conduta. Igor conta que,

(...) Nesses períodos que eu sumia, ou eu ficava rodando muito de carro ou eu ficava em um hotel trancafiado igual um monstro, numa alucinação, numa paranoia horrível, numa angústia, eu ouvia passos e dizia **“Pô, a viatura vai entrar agora e não sei o que”**. **Tinha a casa de um conhecido também que eu ia pra lá e usava, mas ficava numa paranoia “monstra” de entrarem ali pra me matar porque eu sou policial** e não sei o quê. E assim foi, até que chegou um ponto que estava totalmente incontrolável minha vida. Eu chorava, jurava que não ia usar, e de manhã já ia de novo bebendo e usando cocaína...” (Entrevista com Igor).

O conteúdo das paranoias, fortemente relacionado com o trabalho policial, reforça as peculiaridades da dimensão institucional entre esse grupo de usuários de drogas. A paranoia e os relatos relacionados ao medo de ser reconhecido como

policiais representam ainda um aprofundamento na dificuldade de ocultar o *estigma*. O medo de ter o uso publicizado passa a ganhar importância, ao passo que as vantagens da “época boa” começam a perder força. O medo de ser morto ou de ser descoberto por seus comandantes se torna uma constante na vida desses policiais:

E dentro de casa eu... minha esposa dormia na poltrona, eu dormia na cama. Ela dormia na cama, eu dormia na poltrona. Porque eu ficava cagado e mijado, eu não conseguia me levantar. Porque eu tinha medo de tudo, eu achava que iam invadir minha casa, e iam me matar. Isso aí foi muitos anos vivendo assim. (Entrevista com Tadeu).

O tema da paranoia também apareceu durante as reuniões dos Conselheiros Estagiários. A partir das situações debatidas, os conselheiros, traçavam paralelos com as suas experiências. Os relatos falavam sobre as sensações de perseguição e o medo constante de ser morto durante a vida na “ativa” ou de que a p2⁷⁸ estivesse atrás deles. Por vezes, esses relatos apareceram associados a ideias suicidas.

Márcio conta como perder um amigo em uma ocupação policial influenciou no uso de álcool, além de gerar medo de continuar desempenhando seu trabalho:

(...) logo depois, um amigo meu morreu numa ocupação, e eu comecei a beber mais ainda. Eu lembro que, quando eu dormia de dia, porque eu virava a noite, meu irmão entrava no quarto e eu acordava assim meio que “vocês não vão invadir não...”. Porque eu achava que eu ainda tava na favela e, assim, andava armado para tudo quanto é lado, eu ficava desconfiado se tinha bandido ou não... quer dizer, eu não deixava serviço... eu não tava de folga, eu tava 24h... esse discurso que polícia é 24h, isso aí é pra adoecer o cara, mas ninguém tá alerta 24h. (Entrevista com Márcio).

Punição por atrasos ou faltas, problemas em casa e dificuldades também foram presentes nas narrativas dos policiais. Nesse momento, os problemas no trabalho ainda não são necessariamente associados ao uso de drogas. Uma série de explicações para os problemas de conduta tentam mascarar a publicização do uso “incontrolável” de drogas.

É preciso ter em mente que estamos falando sobre a perspectiva do usuário. O que pode ser dito sobre a identidade social de um indivíduo em sua rotina diária e por todas as pessoas que ele encontra nela será de grande importância para ele (GOFFMAN, 1980, p.58). Portanto, mais importante do que saber se ele já era visto pelos demais como um “ganso” ou “cachaça” é ele se perceber visto como tal.

⁷⁸ Sigla utilizada para se referir ao Setor de Inteligência.

Nos relatos, existe uma valorização da capacidade de continuar desempenhando suas funções de trabalho⁷⁹. Em uma sociedade marcada por uma moral muito associada às práticas laborais, a capacidade de exercer seu trabalho apesar do consumo das substâncias é um marcador importante na vida desses policiais. A moral do trabalho representa um contraponto à identidade deteriorada do usuário de drogas. Através dela, o indivíduo se distancia da figura estigmatizada de um usuário de drogas, de alguém incapaz de conduzir suas atividades cotidianas.

Pergunto para Tadeu se ele chegou a ter problemas no trabalho por conta do uso da droga. Ele responde que nunca teve, em seguida, afirma que “todos sabiam que eu usava, mas eu conseguia trabalhar”. Tadeu, que já exercia serviço interno antes de se internar, conta que trabalhou diversas vezes completamente drogado. Ao mesmo tempo, ele conta que sempre foi elogiado no trabalho, apesar do uso de drogas. Diz que as pessoas sabiam do seu uso e que chegou a ser pego utilizando, mas não sabia dizer porque nunca foi punido, nem expulso.

A publicização do uso de drogas no contexto do trabalho pode se tornar um problema, ou o momento em que o *estigma* assume um significado tão autodestrutivo que passa a ser necessário tomar alguma providência em relação a ele. Essa é uma das leituras possíveis para o momento conhecido como “fundo do poço”.

O reconhecimento da situação de “fundo do poço”, é um processo individual que, pela teoria do tratamento, precisa ser alcançado individualmente. Evidentemente, quando os interlocutores se reconhecem como um “adicto em recuperação”, eles já elegeram um momento em sua trajetória que representasse o fundo do poço. É impossível avaliar se a construção da noção do fundo do poço é anterior à entrada na clínica, ou seja, se no momento de entrada de fato houve essa interpretação do episódio. Entretanto, o “fundo do poço” é um tema amplamente abordado pela clínica. Independente disso, é importante analisar quais foram os momentos experienciados por esses policiais que foram interpretados e ou reinterpretados como o “fundo do poço”:

(...) eu sabia que eu tava bebendo muito. Eu sabia, mas eu não conseguia parar e eu não sabia por quê. Tudo era motivo para eu beber... de manhã, de tarde... eu gostava de estar naqueles pé-sujo, naqueles bares pé-sujo.

⁷⁹ Tal constatação também foi observada por Cardoso e Nummer (2018), no estudo sobre o estigma do adoecimento na Polícia Militar do Pará.

Eu gostava de estar ali. É... e eu não sabia que eu era portador de uma doença. E tava ali porque eu também achava que eu era sem-vergonha. Eu sabia que eu tava ali fugindo, apagando as minhas dores. Eu tava ali apagando... fugindo do meu problema. E... um dia eu fui trabalhar com essa pessoa do meu lado. Ela foi me levar no quartel, eu continuei bebendo. E, eu dormi dentro do carro. Eu dormi dentro do carro! Eu já tinha me apresentado⁸⁰, mas eu dormi dentro do carro na porta do quartel, as pessoas sabiam que eu tava lá e tava meio chapado. Ela mexeu no meu telefone comigo dormindo... E... chamou alguém... chamou um policial que eu sei que é conhecido meu. E tava próximo... ele veio: - Porra... - me chamou pelo nome e tal... - Pô, tá dando mole aí, cara... não sei o que... eu tava... e ela com raiva de ter visto as fotos; foi embora. **E eu naquela situação... eu fiquei com vergonha de aparecer pra todo mundo, e no outro dia eu continuei bebendo e... isso foi um... uns... dez dias. Uns dez dias nesse processo. (...) Eu não tinha tido nenhum problema ainda de quartel. Não tinha tido, mas eu tava com vergonha de olhar pras pessoas, tava com vergonha de olhar.** Aí ele [o irmão de Luis] perguntou, ele tinha vindo aqui [na clínica]. Ele... sem conhecer. Ele foi lá em casa para me dar esporro. Eu xinguei ele, ele me xingou, aí ele arrancou com o carro. Aí... veio até aqui, procurou aqui. Eu tinha ido beber na rua, ele me ligou - Pô cara, olha só, tu quer parar? Tem um lugar assim, assim, assim, assim... - Aí eu falei - Porra eu quero. Mas eu não queria parar de beber, eu tava era com vergonha de olhar pras pessoas. De olhar, o que eu tinha feito. Porque, até então, minha condição de mais antigo dentro de uma UPP, as pessoas não falavam. As pessoas... por eu ser mais antigo, ter um certo grau de amizade com o comandante. De amizade, não, de profissionalismo com ele, ele sempre me dava algumas determinadas tarefas que ele não dava para outro. (Entrevista com Luis, grifo da autora).

A situação narrada por Luis sintetiza a passagem do indivíduo desacreditável para o indivíduo desacreditado, ou seja, a visibilidade pública do episódio protagonizado por Luis representou uma transição identitária. O seu problema com o álcool passou a compor sua identidade social real. A publicização desse atributo estigmatizante gerou em Luis uma intensa sensação de vergonha, e impossibilitou que ele voltasse ao trabalho nos dias seguintes. Goffman (1980) discute essa questão em *Estigma*:

Uma possibilidade fundamental na vida da pessoa estigmatizada é a colaboração que presta aos normais no sentido de atuar como se a sua qualidade diferencial manifesta não tivesse importância nem merecesse atenção especial. Entretanto, quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio (ou, pelo menos, ela não sabe que os outros a conhecem), quando, na verdade, ela é uma pessoa desacreditável, e não desacreditada, nesse momento é que aparece a segunda possibilidade fundamental em sua vida. A questão que se coloca não é a da manipulação da tensão gerada durante os contatos sociais e, sim, da manipulação de informação sobre o seu defeito. Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde. (GOFFMAN, 1980, p. 51)

⁸⁰ Termo nativo utilizado para afirmar que ele já havia registrado a presença no trabalho.

Portanto, mais importante do que as pessoas perceberem o *estigma*, é a sensação do indivíduo de ser visto enquanto um indivíduo estigmatizado. No cotidiano da clínica, esse é um tema comum nas discussões. Para os funcionários, “o policial adicto acha que está escondendo seu vício, mas todos já se deram conta dele”.

Voltando ao caso de Luis, ele afirma que “desde criança eu sempre tive isso contra as coisas erradas”. Recorrendo aos princípios que alega ter trazido da infância, ele diz sempre ter tido uma conduta de reprodução dos comportamentos corretos. Sendo usuário apenas de drogas lícitas, Luis conta que “eu vou falar a verdade, eu não suporto o usuário de drogas, eu não suporto o... o cara que a gente chama de viciado, cheirador, maconheiro (...) até entrar aqui eu me achava melhor que todos eles, esses que usam drogas ilícitas”. O episódio narrado por Luis como “fundo do poço” parece bem menos grave, quando comparado aos vivenciados por outros colegas do local. Entretanto, para os valores de Luis, tornou-se insustentável.

Luis foi incapaz de lidar com a publicização do seu comportamento com o álcool. Mais do que isso, surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que estão “realmente” pensando sobre ele (GOFFMAN, 1980). Embora ele tivesse mencionado que as pessoas soubessem do seu problema, chegar bêbado ao batalhão tirou dele a possibilidade de manipular a informação sobre o seu atributo estigmatizante. Buscar ajuda na clínica foi a forma que ele encontrou de resolver essa questão. Mais do que uma motivação individual, ingressar no tratamento era a forma de sair daquela situação que havia se tornado irreversível:

(...) eu entrei para tentar fugir daquela vergonha, daquela situação que tava me acontecendo. Porque hoje aqui eu vejo. Os caras estão respondendo, os caras tão cheios de coisas lá fora para fazer e eu não tinha isso. E eu me sentia diferente deles. Eu me sentia melhor do que eles. Isso eu falo para você. Eu me sentia melhor do que eles porque eu tô num comportamento. Ainda tô num comportamento excepcional. Eu nunca respondi nada. Eu nunca levei punição. Levei punições bobas, tipo assim.... Sem cobertura, chegou atrasado. Mas nada que vai desabonar minha conduta. Eu não tenho isso. Eu nunca tinha faltado, você tá entendendo? E naqueles últimos 10 dias eu tava com vergonha e... amanhã eu vou... amanhã eu vou e... eu não conseguia ir.” (Entrevista com Luis).

A vergonha ocasionada pela publicização do seu uso de álcool foi um elemento central para Luis decidir se internar. Para Tadeu, o medo de causar um vexame no casamento do filho foi o que ele elegeu como “fundo do poço” às vésperas de ser reformado:

(...) Quando eu fiz trinta anos de polícia, eu vim para me reformar. Eu tenho trinta e um anos... trinta e dois anos de polícia. Trinta e um... trinta e dois anos. Aí vim eu e minha esposa, quando chegou aqui na porta da P1... eu trabalhava aqui mesmo. Aí eu senti... eu parei e pensei. Eu tenho 24 horas por dia pra ficar em casa. (...) Eu estava trabalhando e estava com a vida descontrolada. Que eu ficava o dia todo aqui, mas quando chegava eu usava. Ou então faltava serviço, pegava dispensa. Imagine como é que eu vou ficar 24 horas em casa sem poder trabalhar, eu vou tá reformado, nesse comportamento totalmente descontrolado, sendo controlado pelas drogas. E eu sabia, já tinha ouvido falar da clínica. Eu cheguei, fui na Psiquiatria e pedi... minha esposa foi no banheiro, eu cheguei lá e pedi ajuda. Pedi ajuda para internar. Ao invés de eu dar entrada, na minha reforma, eu preferi me internar. Faltava 15 dias pro meu filho se casar. Eu ia entrar fardado com meu filho no casamento. Eu larguei tudo, preferi primeiro me internar, primeiro tratar. Porque eu pensei nisso? Eu pensei por mim, as pessoas que eu tava fazendo sofrer, e se no dia do casamento do meu filho eu fizesse uma vergonha pro meu filho ou nem fosse?... ele tinha que entender isso. (Entrevista com Tadeu).

Tadeu não precisou experienciar o episódio que considerou o “fundo do poço”. O medo de que o episódio pudesse ocorrer foi o que ele elegeu como esse momento. A internação descrita acima foi a segunda tentativa de Tadeu de dar início ao tratamento, a primeira havia ocorrido alguns anos antes. Na primeira, ele disse que “fui internado, fiquei aqui, mas eu só vim para dar um tempo, que já tava queimado”. Tadeu conta que, na primeira vez, não queria parar de usar, só queria lidar com a vergonha que estava sentindo no trabalho, chegou a ficar alguns meses limpo, mas ainda não estava disposto a parar de usar.

Para Altair, um dos policiais que conheci na internação, o “fundo do poço” foi ter agredido a esposa. Ao retomar a consciência, ele julgou que, naquele momento, sua conduta impulsionada pelo uso da droga havia se tornado inaceitável e decidiu se internar.

A postura do comandante pode ter influência significativa na trajetória desses policiais. No caso já mencionado de César, as transferências e mudanças de escala foram formas de punição aplicadas devido ao seu comportamento considerado inadequado. No caso de Igor, o comandante do batalhão, ao perceber seus problemas, sugeriu a busca por tratamento na clínica,

(...) até que chegou uma vez que eu tinha começado a dar alteração no Batalhão, e quase entrando em deserção já, o coronel lá de Itaboraí me

chamou e perguntou “O que está acontecendo com você e tal?” Eu menti. Mas, já estava muito magro, muito debilitado. Eu falei que tinha um problema com a minha mãe, sempre usando esse problema da minha mãe pra poder me isentar de algumas coisas, eu manipulei e tal, mas ele falou “Tá bom, vou te dar uma oportunidade. Você tem problema com álcool, com drogas?” Eu falei “Não, chefe, eu bebo umas cervejas, de vez em quando eu ultrapasso os limites”. Aí ele comentou comigo “Existe o Renascer, cara, lá vai ser bom pra você, mas quando você estiver a fim de ir eu vou te ajudar”. Aí eu falei “Beleza, então”, aí ele “Então, vai voltar pra onde você trabalhava, vou te dar dois dias de detenção, aí você vê se você se acerta”. Aí eu falei “Tá bom!” Aí fiquei uns dois dias detido, saí, aí fiquei acho que uma semana só na linha tranquilo, aí voltei a beber de novo. Comecei a fazer assim: pegava às 8h no serviço, saía de casa 3/4h da manhã, pegava 8h no DPO, aí era o tempo de passar em um bar 6h da manhã lá perto de onde eu trabalhava. Quando tava abrindo o bar eu entrava, tomava umas duas, três cervejas e ia trabalhar. Sempre que podia eu dava uma “escapolida” e ia beber, só não usava a cocaína porque a minha paranoia se tornou muito grande, eu ficava eu uma paranoia assim na obsessão de usar mais, mais e mais, não ter limite, e ficava numa paranoia de que iam me matar, de que a corregedoria ia me pegar, várias coisas pela minha cabeça. E chegou um dia que eu sumi de novo, aí ele falou “Agora não tem como eu te isentar de nada, senão fica feio perante a tropa. Eu vou te dar 10 dias de detenção”. (...) Aí cumpri os 10 dias e voltei tudo de novo. Eu jurando ali pra mim mesmo... Mas já sabia do Renascer e tal. Aí ele falou “Cara, você vai passar esses 10 dias aí e vai lá no Renascer, eu vou disponibilizar uma viatura e você vai pro Renascer”, aí falei “Tá bom, vou sim”, aí passou os dias e vim pro Renascer. Aí cheguei lá embaixo, já tinha um pessoal lá pra me receber, aí tinha um sargento lá sentado e eu perguntando “Pô, como é esse negócio do Renascer?” aí ele falou “Pô, tu vai ficar 35 dias internado lá, mermão”. Aí eu falei “O que? Ficar internado? Não, não vou ficar internado, não. Tá tranquilo, dá pra segurar pô”. Quer dizer... Total negação, né, achando que ainda podia lutar aí contra as drogas, que podia usar socialmente. E resolvi não ficar, cheguei no major [*médico psiquiatra*] e perguntei se não tinha como fazer um tratamento laboratorial, aí ele falou “Tem, pô. Você vai a grupos e tal”, aí eu falei “É, é que eu não queria me internar, não. Tenho um probleminha com cerveja”, aí ele falou “Não, tá ok! Aí marcou minha próxima volta aqui”, chegou a passar algum medicamento que eu não tomei e foi de praxe, né, voltei pro Batalhão mentindo, dizendo que estava fazendo tratamento laboratorial e não era verdade. (Entrevista com Igor).

Inicialmente, o convite de ir para a clínica foi uma iniciativa do comandante, ao perceber o comportamento problemático de Igor. Apesar de já estar enfrentando problemas no batalhão, Igor não quis se internar na ocasião. Para ele, o “fundo do poço” aconteceu um tempo depois:

(...) eu estava 4 dias virado, horrível, num sofrimento gigantesco, **já havia uma intenção, não um desejo, mas uma intenção de procurar ajuda realmente, que eu já comecei a ver que eu estava perdendo legal**. Eu só fazia esses balancetes da minha vida assim quando passava o efeito da droga, que vinha aquela ressaca moral. Durante o uso, na sacanagem, não estava nem aí, mas quando tinha esse período de fazer “Caramba...” então já havia essa intenção de procurar ajuda e me internar realmente. E eu sumi por 4 dias, rodando com o carro, parei em um posto de gasolina, de domingo pra segunda, todo sujo... isso aí começou a fazer parte da minha vida andar todo sujo, mendigo literalmente, ficava 4 dias sem tomar banho,

completamente sujo. Se tu parar pra comprar alguma coisa, o que fosse, a pessoa já fazia aquela cara, aquele cheiro já incomodava, o meu cheiro nem eu aguentava de vez em quando. Por mais que tomava banho, continuava sujo, me sentia sujo, sujo de estar nessa vida, muito sofrimento. Aí eu cheguei no posto de gasolina e decidi ali. Ali foi o momento crucial, já tinha passado o momento da droga, tinha usado muita coisa. Aí eu parei, peguei uma lata de cerveja, fiquei bebendo ali, chorando muito dentro do carro, chorando muito, num sofrimento danado, aí eu falei “Eu vou me internar”, parece que foi um despertar espiritual, o que for, literalmente, pra despertar na minha vida. Falei “Desse jeito não dá”. Todo sujo, me olhando, falei “Caramba, olha meu estado, como é que eu estou”, muito abatido. Aí eu falei “Não”, fui abri e joguei a lata de cerveja fora, aí falei “Eu vou me internar!”. (Entrevista com Igor, grifo da autora).

A ideia de estar “limpo” como estar sem o uso de drogas tem como contraponto a ideia do uso associado à sujeira. O “fundo do poço” de Igor veio acompanhado de uma sensação de sujeira que o banho não conseguia conter. Ela diz respeito à tomada de consciência da degradação moral do indivíduo. É na perspectiva de criação dessa consciência e de utilização dela que o tratamento se baseará.

Gabriel e Cézar também decidiram se internar por sugestão do comandante. Mas, diferentemente de Igor, para Gabriel e Cézar a ameaça de expulsão foi mais direta:

(...) Foi através do Comandante do Batalhão que eu trabalhava. Quando eu falei pra ele que tinha problema com álcool, ele falou: Pô, tem um lugar aí, vou te mandar. A Renascer lá da CPM que cuida dessa parada aí. Então, tu vai ou eu vou te punir, não tem jeito. Aí ele fez um ofício, e eu vim. Na época, eu nem sabia o que era, pensei que era um sítio. Aí foi onde eu conheci o Renascer, até então nunca tinha ouvido falar, não. (Entrevista com Gabriel).

(...) eu já tava fazendo, no caso, muita falta de serviços, chegando muito atrasado, um coronel da época lá me ajudou, o Cel., aí tipo me falou, é porque na Polícia Militar você vai ter muita falta e atraso, você pode ser excluído ao bem da disciplina, né? Pelo fato de ser militar... aí ele falou “ou você se interna hoje...”, no caso eu estava de serviço, “ou eu vou ter que mandar seus papéis para a corregedoria para você ser excluído”, aí assim...se eu ser excluído, aí que vai acabar com a minha vida mesmo, né? No momento eu não sabia fazer nada ainda, aí eu falei com o major... porque ele mandou recado pelo major pra mim... aí eu falei “não, tudo bem...teria só como o senhor me liberar do serviço, eu prometo que amanhã eu enquanto no caso... tinha que marcar com a psicóloga... pra mim pegar minhas roupas, me despedir da família e amanhã no outro dia eu venho, já vou direto lá para o HCPM”. (Entrevista com Cézar).

Cézar e Gabriel buscaram a clínica quando foram alertados sobre a expulsão da PMERJ por conta da conduta adotada de faltas e atrasos no trabalho. Cézar conta que não tinha vontade de parar de usar, buscava apenas dar um tempo para

que as coisas se acalmassem no batalhão⁸¹. O funcionário Marcos, quando questionado sobre os motivos que levam à internação, respondeu: “a grande maioria é quando eles são presos e quando são excluídos, a grande maioria. Assim, uma parte é a esposa que tá indo embora, mas a grande maioria é tá perdendo o emprego.”

Apesar do caráter voluntário de entrada na clínica e da ideia de fundo do poço, a busca pelo tratamento pode estar relacionada a esforços para evitar problemas com a PMERJ, como a expulsão da corporação. Nesses casos, ao contrário do que é sugerido por Scott (2011), a decisão de entrada não reside em um esforço de autoconhecimento ao menos em vontade de romper com o uso da substância. Trata-se apenas de uma estratégia de manutenção do trabalho comprometido por condutas inadequadas na instituição, muitas vezes relacionadas ao consumo da substância.

É evidente que a motivação voluntária de entrada, especialmente comparada a um contexto de internação compulsória (contexto em que é publicado o trabalho de Goffman), é importante para pensar o processo de reconstrução do *self*. Entretanto, essa perspectiva precisa ser ampliada, considerando a intenção de entrada, e entendendo que o engajamento do indivíduo ao tratamento pode ocorrer ainda que a entrada dele não tenha sido permeada da intenção de autoaprimoramento apresentada por Scott.

O fato de a entrada ser voluntária, não significa um engajamento do indivíduo à proposta apresentada. A decisão de entrada pode ser encarada como resultado de uma escolha racional, visando oferecer uma resposta para os conflitos em que o indivíduo se vê envolvido, sem que ele esteja interessado em uma reconstrução de si mesmo, ou, ainda, de parar de utilizar a substância, no caso da Dependência Química.

Portanto, no engajamento ao tratamento (voluntário), é possível encontrar agenciamento do indivíduo. Tanto no sentido de busca da recuperação através do tratamento proposto quanto no sentido de utilização do tratamento como forma de responder a problemas pessoais, sem que haja desejo de mudança ou uma busca de aprimoramento individual.

⁸¹ A ideia de busca do tratamento para “dar um tempo de rua” também foi identificada nos estudos de Rui (2010) e Nunes (2016) sobre Comunidades Terapêuticas.

5.5 “Os problemas” e às drogas

Existe uma clara relação entre os “problemas” e o uso de drogas. Entretanto, quais são os problemas acionados por esses policiais que se relacionam ao “fundo do poço” e quais não se relacionam?

Os “problemas” ou a possibilidade de eles ocorrerem aparecem como uma categoria importante em sua trajetória. Como já foi abordado no início desse capítulo, eles podem ter início ainda na infância. Abuso sexual, alcoolismo na família, perda de parente próximo, são alguns dos problemas acionados e relacionados ao uso de drogas, e, posteriormente, com o pedido de ajuda. Ao longo carreira policial, esses e outros problemas também estão presentes, embora nem sempre estejam diretamente relacionados ao uso de drogas. Entretanto, quando os problemas podem ser relacionados à identidade deteriorada de um “adicto”, eles são associados ao comportamento reprovável de um “adicto”.

Na PMERJ, a administração dos problemas que se relacionam ou interferem no trabalho pode se dar através de aconselhamento, como em alguns casos relatados na seção anterior. Mas, muitas vezes, passam por soluções punitivas, algumas institucionalizadas, outras não, mas amplamente praticadas.

Formalmente, os policiais militares devem obedecer ao Regulamento Disciplinar de 1983. Um policial que infringe o Regulamento Disciplinar e comete uma transgressão da disciplina pode sofrer como punição: advertência, repreensão, detenção, prisão e prisão em separado e licenciamento e exclusão a bem da disciplina. (REGULAMENTO DISCIPLINAR DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1983). Para responder a uma participação, a notificação da transgressão, ele pode se defender através de um Documento de Razões de Defesa (DRD). Quando ele comete ou é acusado de um crime civil ou militar, ele responde a um Procedimento Administrativo Disciplinar (PAD), podendo ser detido, preso e até ser excluído.

Na perspectiva informal, os policiais podem sofrer um “bico”⁸², termo utilizado para se referir a uma transferência por punição. No universo policial militar, sobretudo pela rigidez do Regulamento Disciplinar, não é raro encontrar policiais que já tenham sofrido alguma dessas formas de punição.

⁸² A expressão bico também é utilizada para se referir a trabalhos informais realizados pelos policiais, especialmente segurança privada.

Infelizmente, não foi possível mensurar se os policiais que buscaram a clínica sofriam mais punições formais e ou informais do que os demais. Entretanto, cabe ressaltar que relatos de punições foram frequentes entre esses policiais. As punições foram consideradas um fator de risco para o adoecimento mental e, conseqüentemente, o suicídio policial em Miranda (2016).

Apenas um dos conselheiros estagiários entrevistados havia alcançado o ponto máximo da punição, a exclusão da corporação. Gabriel conta que foi expulso por ser condenado pelo crime de receptação. Ele teria sido pego em um carro roubado. Ele me explica que havia comprado o carro de uma pessoa e que não sabia que era roubado. Na delegacia, afirmou estar sob o efeito de álcool e drogas, o que teria prejudicado seu discernimento naquele momento. Sobre o processo de exclusão, pergunto se ele sofreu alguma forma de julgamento, ao que ele explica:

Fui, o colegiado administrativo. Foi só pegar os papéis, olhar, aleguei algumas coisas, e aí simplesmente me excluíram. (...) Me chamaram, só me ouviram, eu levei o cara que me vendeu o carro, contei a história e tal, e, de fato, eles queriam me botar na rua, disseram: Bota esse cara na rua porque é usuário de droga, aí esse cara não vai recorrer a nada, enfim, ele vai usar droga e vai passar batido. Mas graças a Deus eu consegui recorrer, não sei no que vai dar. (Entrevista com Gabriel).

No momento da entrevista, Gabriel recorria na justiça sobre a exclusão. Sua alegação é que, por ser portador da doença da dependência química, não poderia ter sido excluído. Até o final do campo, Gabriel não havia sido reincorporado à instituição. Até chegar à exclusão, Gabriel já havia respondido a dois PADs, ficando detido por dez dias e levado dois “bicos”. Sobre o motivo dos “bicos”, ele afirma que “Falta e atraso. Irresponsabilidade no serviço, né? Muito problema. O Gabriel é problemático, né? Ele é usuário de droga, isso é problema pro administrativo, então ninguém quer esses policiais por perto, né?”. O “bico” é uma das formas de punições mais comuns na PMERJ. Ele pode ser utilizado sempre que o policial tenha uma postura que vá de encontro ao esperado pelo comandante, não necessariamente uma conduta ilícita. Um desentendimento entre os dois pode ser uma explicação suficiente. Entre os meus entrevistados, histórias de corrupção e condutas consideradas inadequadas são as principais razões para os “bicos”. O “bico” de Tadeu aconteceu quando veio a público um escândalo de corrupção no batalhão, e ele estava envolvido. A denúncia era de que os policiais estariam envolvidos com tráfico de drogas e contravenção.

De forma geral, além de punir o policial, visto que o “bico” é, geralmente, para um local de trabalho mais afastado de casa, uma escala pior ou um local mais perigoso, o “bico” é, ainda, uma forma de os policiais transferirem a gestão dos problemas daquele policial para outro local. Não raro, o hospital é um local de destino para esses policiais que já vêm apresentando problemas, especialmente para os de cunho psiquiátrico. A proximidade com os médicos seria uma justificativa para tal.

O “bico” também pode ser para uma unidade mais operacional para os policiais que apresentam conduta de uso excessivo da força ou para unidades com maior exposição à violência, para um local mais longe de casa, especialmente quando se deseja punir o policial. As transferências de local e de escala vivenciadas por César, que foram narradas no início desse capítulo, são um exemplo de “bico”.

Apesar da gravidade do conteúdo dos episódios, os “bicos” de Tadeu, Márcio e César, e a prisão e expulsão da polícia de Gabriel não foram os componentes que definiram a decisão de engajamento ao tratamento. Portanto, aqui, reforça-se o questionamento sobre o que realmente define o engajamento dos indivíduos ao tratamento e o momento eleito como fundo do poço.

A compreensão do momento de fundo do poço, conforme proposto no terceiro capítulo dessa tese, precisa levar em conta os fatores contextuais de cada trajetória, que foram abordados ao longo desse capítulo, e os motivos e intenções acionadas no momento de adesão ao tratamento. Somente a partir dessas perspectivas poderemos mais do que entender o uso de drogas entre esses policiais, entender o que os leva a pedir ajuda dentro da corporação, mesmo consciente dos impactos que essa decisão trará na sua trajetória profissional e pessoal.

6. “DAR DE GRAÇA O QUE RECEBEU DE GRAÇA”: UM GANSO EM RECUPERAÇÃO

Aí eu pensando na minha mente, né? Vou ficar com telefone, no quarto, televisão... [risos] porque eu perguntava sempre e ninguém me falou, né? E eu pensando... “no final de semana logo já posso vim em casa, vai ser tranquilo... vou só ficar tomando uma parada pra limpar o sangue, né? Porque eu não sabia que era mais na mente.... a adicção é mais na sua mente do que no seu próprio corpo. O corpo depois de um tempo... ele não vai precisar mais, depois de limpo com um tempo, não sei certo... uns seis meses... uns quarenta e cinco dias, dois meses, não sei... quando limpa o sangue, o seu corpo mais não vai pedir. Mas, a sua mente pede. Mas aí né, eu pensei “vou poder ficar lá no soro, tranquilo, celular... vendo televisão” [risos]. Cheguei lá, já tomei um pêla corpo, me revistaram.... Aí eu falei “qual é?”, “não pode telefone, não pode isso, não pode aquilo...”, “eu não vou ficar dois dias aqui não”... não vou ficar não, cheguei lá...eu sempre gostei de praticar esportes na época, na época, não, na minha adolescência até uns 20 anos eu sempre tive uma estrutura física e coisa... na época, eu deveria estar com uns 80 quilos, hoje em dia eu tô com 105 quilos e eu não sou um cara obeso, sou forte... aí já me botaram lá pra tomar um soro, já me deram aquelas citonerim B12, no mesmo dia... eu acho que eu fui internado, ah... na mesma hora tava esperando lá para a internação também que era até um sargento do batalhão do Choque... (inaudível) assim, vamos ficar mais ou menos uns dois dias, um pouco mais, descansando, né? aí já no primeiro dia, eu já fui fazer já... isso foi na parte da tarde, fui fazer a refeição lá a noite, já tava meio cansado, naquela época, o corpo tava meio debilitado, né? aí dormi, acordei... no outro dia, eu também fiquei mais descansando... aí, no terceiro dia, já me falaram “quanto mais tempo você demorar para fazer as atividades, mais você demora para sair!”. Aí comecei, naquela que eu não queria ficar nem uns 15 dias lá... mas aí foi um pouco o que me segurou... os caras falavam “não, se você sair daqui você não vai ter o papel que você ficou internado”. Eu tava só me preocupando no caso em acertar a minha vida militarmente, eu não pensava nem no meio próprio do que é melhor, do que meu serviço, minha saúde, minha vida é bem melhor do que o meu emprego... Mas, na época, eu só pensava nisso “não, se eu sair daqui, não vai ter o laudo que você ficou internado, só vai ter que você evadiu, não concluiu o tratamento...”. Aí ,já no terceiro dia, me aceitaram para fazer as atividades. Eu sei que quando foi uns 15 dias lá, que abriu mais a minha mente que aquelas atividades, entendeu, porque lá era de 8h da manhã, 8h30min... parava para almoçar e descansar um pouquinho e voltava e ficava até 5h, 6h da tarde estudando, eu nunca estudei tanto. Escrevia... minha letra até melhorou de tanto escrever [risos] e fazia muita atividade e ainda deixava atividade para fazer. No outro dia, então, a gente jantava, aí como tinha dias que tinha esse cara que era do Choque gostava de fazer exercício, eles falavam que nem era tanto bom mas a gente fazia um pouco escondido lá, flexão, inventava algumas coisas pra fazer lá, aí tomava um banho voltava pra sala e começava a fazer a atividade, aí só liberavam a televisão à noite pra gente ver um pouco... às 22h, 22h 30min tinha a ceia e a gente ia dormir, às 6h, seis e pouco já acordava... Aí eu comecei a me sentir bem, comecei a porra... quando eu saí da internação, eu tava com 90 quilos, aí me senti bem em fazer as atividades, aquilo tava abrindo a minha mente, aí me conscientizando sobre a doença a qual eu tinha, né? a qual eu tenho, né... aí foi abrindo, abrindo... aí eu comecei a gostar, eu sei que depois que eu completei os 39 dias eu só não pedi pra ficar mais alguns dias porque no dia que eu ia sair é aniversário do meu filho, aí eu nem tava com tanta vontade de sair... Eu não sei se é um pouco do medo da vida aqui fora, ou se eu tava gostando de estar aqui dentro, eu tava me sentindo um pouco seguro. (Entrevista com César).

Apesar de longo, o relato de César é importante, pois sintetiza diversos momentos discutidos ao longo desse trabalho. Aborda desde as intenções e motivações de entrada, as expectativas frustradas com relação ao tratamento, a conscientização do diagnóstico de dependente químico e o processo de aceitação e conversão ao tratamento oferecido. Ele representa o resultado de um processo de conversão exitoso, indicando que é possível que a conversão aconteça ainda que ela não seja o objetivo inicial dos que ingressam na clínica. Retomando os demarcadores da *carreira moral* esperada desses policiais apresentados no capítulo anterior, o objetivo do presente capítulo é abordar o quarto momento, o processo de conscientização do diagnóstico e seus impactos sobre a vida desses indivíduos. A seguir, será aprofundada a internação e, por conseguinte, os períodos posteriores a ela.

6.1 “A polícia militar tem um lugar”

Uma porta de cor azul de madeira, cor padrão do hospital, com uma campainha ao lado e, pintada no muro, a palavra “Renascer”. Ao tocar a campainha, a porta geralmente é aberta pelos auxiliares de enfermagem, cujo consultório é localizado ao lado da recepção. Na recepção, algumas cadeiras com disposição semelhante à sala de espera de um hospital e alguns folhetos informativos sobre temas como adicção, Alcoolicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos. Do lado esquerdo da recepção, há um consultório onde está o auxiliar de enfermagem de plantão e uma espécie de quarto, onde seriam os leitos femininos e um banheiro.

Do lado direito, um corredor comprido, semelhante a um corredor de hospital. Seguindo por ele, ao lado direito, estão os leitos masculinos e uma cozinha. Ao lado esquerdo, a sala da coordenação, onde acontecem as reuniões dos Conselheiros Estagiários e as conversas particulares dos pacientes com a coordenação da clínica. Ao lado, a sala principal, onde acontecem todas as atividades previstas pela “programação”. No final do corredor, uma área de serviço, onde os fumantes podem desfrutar dos seus cigarros e um pequeno alojamento para o Conselheiro Estagiário que está de plantão.

Todas as janelas e acessos externos são gradeados ou trancados com cadeados. Ao longo do campo, em um dado momento, foi-me informado que os cadeados teriam sido reforçados devido à tentativa de saída de um paciente.

Uma das principais janelas tem vista para uma favela que, constantemente, atrai olhares dos pacientes. Durante as oficinas de fotografia, a vista foi fotografada por diversas vezes por pacientes distintos. Eles relatam, por vezes, escutarem tiros no local, e os relatos dessas ocorrências são geralmente acrescidos de experiências que eles vivenciaram em locais como aqueles enquanto policiais.

Apesar de haver uma cozinha no local, a alimentação é fornecida pelo hospital, como nas demais enfermarias. Mas as refeições são realizadas no espaço da cozinha.

A rotina da internação consiste basicamente em estudo e discussão acerca da “programação”, realização de atividades de limpeza do espaço e conversas individuais com os conselheiros ou funcionários do local. A limpeza é encarada como parte integrante do processo completo de desintoxicação que os indivíduos devem experienciar no local.

O banheiro seria o orgulho, então a gente trabalha com a ideia de que todos nós somos iguais, as necessidades fisiológicas. E depois, quando eles começam a ficar furiosos, porque eles passam sete dias no banheiro, aí eles ficam furiosos, porque tem gente que tem diarreia, tem gente que pinga... Aí a gente fala, “quantas vezes a sua esposa já falou isso para você?” (Entrevista com o funcionário Cláudio).

Eu sempre fui muito... muito fresco, tá... muito dentro das minhas limitações. A primeira coisa que me marcou muito aqui... foram os copos de plástico. Aquelas canecas de plástico. Aquilo me fez muito mal. Ter que dividir talher, isso me fez muito mal. Era uma dificuldade que eu tinha que lidar. Eu limpava minha casa, minhas coisas. Eu nunca tive faxineira. Eu limpava, mas eu já não tava limpando mais. Ter que limpar as coisas aqui. Isso me fez muito mal. Esse... isso foi a pior a fase pra mim... essa foi a pior fase pra mim. (Entrevista com Luis).

Novamente, a limpeza que a recuperação pode trazer aparece como contraponto à vida suja de antes do ingresso no tratamento. Para o tratamento, a limpeza é considerada importante no sentido de atribuir responsabilidade aos pacientes. Além disso, apresenta-se como um exercício de se colocar no lugar do outro, aqueles que precisavam “limpar” as besteiras que foram cometidas durante o período na “ativa”. Luis conta que, quando saiu da internação:

Eu lembro do dia que eu saí. Eu tava com vergonha de entrar em casa. E eu moro sozinho, né... E minha casa tinha virado um lixo. Eu lembro que meu irmão teve aqui na internação. Teve aqui no acompanhamento da família e tinha dito que ia pagar alguém pra limpar lá em casa. Para pagar lá em casa. E o Cláudio disse que não. Que eu deveria entrar. Eu tava com vergonha de mim mesmo, de encontrar aquela escada... isso foi uma maiores dificuldades, mas, infelizmente, tive que abrir a porta. E não sabia por onde começar. Não sabia por onde começar a arrumar a casa. Mas arrumei. Eu tinha recebido antes de me internar um pagamento com uns atrasados. Tinha um quantitativo bom de dinheiro. E eu queria trocar todos os móveis da casa. (...) Graças a Deus, eu consegui fazer. Eu mesmo pinteí, eu comprei os móveis. (Entrevista com Luis).

O relato de Luis reforça o argumento de Cardoso (2006) de que, após o tratamento nos Doze Passos, os indivíduos estabelecem um ponto de inflexão, a partir do qual experiências límpidas e cristalinas se contrapõem às turvas e lamacentas experiências anteriores. O tratamento será responsável por operar essa assepsia moral, segundo a qual o indivíduo precisará revisitar suas experiências e fracassos anteriores a fim de limpar toda sujeira que seu comportamento degradado originou ao longo da vida “ativa”. Para isso, será inevitável o empenho real do indivíduo em realizar uma mudança completa de si mesmo. A falha será interpretada como uma falta da vontade necessária para conduzir esse processo.

Por ser um caminho tão intenso, aqueles que conseguem concluí-lo possuem orgulho do seu feito e necessidade de compartilhá-lo. Essa moral é clara em todos os momentos que convivi na clínica, aparece nas entrevistas, mas também no desenvolvimento da rotina do local. Existe ainda uma padronização na forma de reportar alguns momentos nessa trajetória. Nunes (2016) também apontou que, em uma das Comunidades Terapêuticas que ele acompanhou, os residentes engajados no tratamento costumam dizer as mesmas frases ditas pelos responsáveis pela condução do tratamento para justificarem seus pontos de vista.

Não é incomum que momentos indicados pelos funcionários sejam reproduzidos nas trajetórias individuais dos pacientes. Igualmente, não é incomum que episódios da trajetória de um policial sejam amplamente repetidos para auxiliar no tratamento dos demais pacientes. Isso reforça a importância de considerar a interação para compreender as trajetórias (re)construídas por essas pessoas, que transpassa o discurso terapêutico institucional, mas ainda a trajetória de vida de cada um desses pacientes.

6.2 O medo

Um dos elementos que chama a atenção no relato que abre esse capítulo é o desconhecimento de César sobre o que viria a ocorrer durante o período de internação. O momento de entrada na clínica é considerado um momento de medo e desconfiança por parte dos policiais, sobretudo, no que tange aos impactos que essa internação poderá gerar em seu trabalho. Tadeu também relata um sentimento semelhante:

(...) E eu tinha muita vergonha, eu tinha medo de entrar no Renascer. Por quê? Um policial militar se tratando para dependência química? Será que eu vou ser excluído? Eu tinha medo que alguém descobrisse esse anonimato e ser mais envergonhado do que eu já tava. Mas eu imaginava que eu ainda conseguia passar batido. Que ninguém..., mas todo mundo (...) já sabia que eu usava. E pra mim não. Eu achava que não, que eu conseguia esconder. (Entrevista com Tadeu)

O medo tem diversas explicações, a punição e até a expulsão são algumas delas. Convém lembrar que se trata de uma instituição militarizada com um Regulamento Disciplinar que regula sobre uma série de condutas desse policial e que prevê sanções e punições para os comportamentos considerados inadequados. Ao mesmo tempo, conforme já foi explorado no capítulo anterior, para muitos deles, a entrada no tratamento é apresentada como a última alternativa frente às medidas mais punitivas.

Diferentemente de Tadeu e César, o medo que Luis apresentava era o de não ser aceito na clínica. Seu receio era não encontrar outra forma de lidar com a publicização do seu problema com álcool no batalhão, e acabar por desertar de sua profissão.

Não sabia o que me esperava. Porque foi dito, meu irmão teve aqui, né... Foi dito que tinha que vir conversar com o Doutor, né... com o major. E não era nada garantido. E eu vim com medo de não conseguir. Eu tinha me preparado. Tinha ido comprar as roupas, os shorts, os shorts pra vir, camisa branca, essas coisas pra vir, né... material de limpeza pra vir. Mas eu tava com medo de não conseguir. E... o meu medo era muito grande. O que que ia acontecer se eu não conseguisse? (...) O que que ia acontecer se eu não conseguisse... que eu talvez não tivesse coragem de voltar no quartel. Aí eu não sei se eu ia desertar... não sei se eu ia deserdar. Porque eu... eu sempre banquei... sustentei tudo até o final. Até a hora de estourar. E essa, talvez, eu não tivesse peito para segurar. Por vergonha, talvez, eu não tivesse peito para segurar. (Entrevista com Luis).

O receio acerca dos impactos da aproximação com a clínica é outro momento

em que a dimensão institucional aparece de forma mais latente. Nos casos apresentados, apesar de distintos, os receios estão relacionados com prosseguir ou não na profissão de policial militar.

Retirar o uso da farda foi uma das formas encontradas pelos funcionários para amenizar essa questão, em uma tentativa de distanciar o tratamento do militarismo e aproximá-lo de uma perspectiva hospitalar. Na clínica, também não se adotam gestos comuns em espaços militares, como prestar continência. O psiquiatra é o único profissional que trabalha utilizando a farda específica para profissionais de saúde. Isso pode ser justificado por, além do trabalho realizado na clínica, ele dar plantões na ala psiquiátrica do hospital. Convém destacar que nas demais instalações do hospital é adotada uma farda branca, específica para os profissionais de saúde. Os pacientes usam roupas comuns ou roupas azuis com brasões da Polícia Militar utilizadas também por pacientes de outras enfermarias do hospital.

Por vezes, é utilizado um jaleco branco pelos funcionários. Os conselheiros estagiários utilizam roupas comuns. Durante uma entrevista, um ex-funcionário da clínica questionou o fato de, atualmente, os conselheiros não utilizarem mais o jaleco, defendendo que o jaleco seria importante para reforçar a dimensão de hospital que deve existir no tratamento.

6.3 Gansos ou gambás?

Outro reflexo claro do medo ao ingressar na clínica é a ocultação do uso de drogas ilícitas. O medo dos impactos dessa conduta faz com que, inicialmente, os pacientes se apresentem como “alcoholistas”. De acordo com uma das funcionárias, somente com o decorrer do tratamento os pacientes passam a admitir o uso de substâncias ilícitas, isso quando o fazem. Ao mesmo tempo, os exames realizados no momento da internação já permitiriam a identificação da droga que o paciente faz uso, mas que o tema só é explorado a partir da confissão dele. Indicaram-me também que nenhum dos registros na ficha do policial menciona os tipos de substâncias utilizadas por cada paciente.

Entretanto, os funcionários e os conselheiros reconhecem diferenças marcantes na personalidade dos usuários de drogas lícitas ou drogas ilícitas. Na prática, é comum que esses grupos se socializem entre eles, ou seja, os alcoholistas

e usuários de drogas ilícitas se reconheçam entre seus pares. Um funcionário da clínica destaca as características comuns de cada um deles:

(...) há uma diferença mesmo na personalidade de cada um, então a gente consegue identificar. O alcoólico é aquele cara amigo, é uma bebida sociável, é uma droga sociável, que eles estão sempre... em compensação, em casa eles são irresponsáveis, têm sempre problema com a mulher, com a mãe, com os filhos. A cocaína é uma droga contrária, isola, ela tira, ela cria paranoia, doenças psiquiátricas importantes, como a coisa da ilusão que ele é como toda hora, e eles entram com raiva das coisas, que a esposa anda traindo ele com todo o Rio de Janeiro, até a gente mostrar pra ele que aquilo é uma ilusão, que não existe, mas a gente sabe que eles estão vendo, a gente sabe que aquilo é real na cabeça deles. (Entrevista com o funcionário Cláudio).

Tal como os Doze Passos, o tratamento acredita em um diagnóstico único da dependência química ou da adicção. Ao mesmo tempo, esses policiais já ingressam na clínica reproduzindo elementos de diferenciação entre os grupos, começando pela diferença do apelido, sendo “ganso” o usuário de drogas ilícitas, e “gambá” o usuário de álcool. Há diferentes graus de estigmatização em torno dessas figuras. O grau de estigmatização sobre cada indivíduo não é o mesmo, ele é permeado pela avaliação da sociedade de quanto o comportamento em questão é considerado condenável (GOFFMAN, 1980). Evidentemente, essa diferenciação também se reproduz dentro dos grupos terapêuticos.

Frois (2007) apresenta os diferentes tipos de estigma que recaem para um membro do Alcoólicos Anônimos, do Narcóticos Anônimos e do Famílias Anônimas (grupo para familiares de adictos): “Para os membros dos Narcóticos Anônimos, o estigma de se ser um inútil (ou um ‘parasita da sociedade’ como também ouvi) associado a um comportamento de roubos e de mentiras, é problemático”. No caso do AA, “o estigma que associam, quer à sua condição de alcoólicos, quer às consequências que provocaram nas suas relações pessoais, prende-se com a incapacidade de cumprimento de responsabilidades.” Por fim, no contexto das Famílias Anônimas, os familiares apontam que são julgados pelo comportamento de seus filhos, comportamentos esses que os próprios familiares condenam e consideram inaceitáveis (FROIS, 2007, pp 217-219).

Entendendo o policial militar como um dos agentes responsáveis pelo combate ao tráfico de drogas, e, muitas vezes, vítima de confrontos armados com o

tráfico de drogas, não é difícil imaginar que o *estigma* com relação ao usuário de drogas ilícitas entre esse público pode ser ainda mais reforçado.

Dentro da perspectiva dos Doze Passos, os indivíduos que utilizam ambas as drogas lícitas e ilícitas são identificados como “cruzados⁸³”, termo também adotado na clínica. Porém, é presente nas narrativas, tanto dos policiais quanto dos funcionários, os estigmas e resistências entre os dois grupos. Apesar de não ter identificado nenhuma diferença de tratamento entre os dois públicos, quando perguntei para um antigo funcionário do Renascer se havia diferenças entre policiais usuários de drogas lícitas ou ilícitas, ele me relatou a seguinte situação:

(...) para nós, não, a gente não tinha essa diferença, já era uma coisa muito clara na nossa cabeça. Existiam medicações, a gente sabia de determinadas características que a cocaína gerava e que o alcoolismo nem tanto, em termos de tratamento a gente tinha isso pra gente, como equipe. Mas não existia uma distinção com o paciente. Agora, eles muitas vezes se identificavam de forma diferente. Houve uma época em que a gente parou para... foi um episódio, tivemos internações várias na mesma semana, e aí começou uma história assim “posso mudar de leito, doutor? porque ali bate sol!” e o doutor autorizava (...) E aí quando a gente viu tava assim, um lado da enfermaria eram os alcoolistas, o outro eram os dependentes de cocaína, né? É aí a gente começou a trabalhar isso do fundo do poço, de a doença ser a mesma, do sofrimento ser o mesmo, da tentativa de recuperação estar baseada nas mesmas coisas. (Entrevista com ex-funcionário José).

O episódio narrado pelo ex-funcionário sugere uma diferenciação entre os usuários estabelecida pelos próprios pacientes. Também pude identificar essa diferenciação na fala dos Conselheiros Estagiário, especialmente entre os que não faziam uso de drogas lícitas.

Minha internação foi marcante, eu conheci pessoas diferentes, mundos diferentes. Todos eles eram dependentes de cocaína, todos eles. E eu me sentia diferente de todos eles, coisas que eu nunca fiz, nunca faria. Coisas que eu vi, eu tive a oportunidade de estar internado com um cara que eu já tinha trabalhado e aqui eu vi o quanto ele era mentiroso mesmo, são coisas assim que me marcaram...

Pesquisadora: Hoje você ainda vê essa diferença?

Conselheiro: Verdade ou mentira?... Vejo! Vejo! Eu tenho ainda uma grande dificuldade de lidar com o usuário de droga ilícita, eu ainda tenho. Eu sei que eu sou igual a ele, mas eu ainda tenho. Não que eu seja melhor ou pior do que ele, mas eu ainda tenho uma grande dificuldade de lidar com ele. (Entrevista com Conselheiro Estagiário Luis).

⁸³ Termo oriundo de grupos de AA e NA.

Luis, já Conselheiro Estagiário, tendo passado pela internação e tomado consciência da existência de um diagnóstico único para os dependentes químicos, ainda assim assume ter dificuldade de lidar com os usuários de drogas ilícitas: “Eu vou falar a verdade [*diminui o tom de voz*] eu não suporto o usuário de drogas, eu não suporto o cara que a gente chama de viciado, cheirador, maconheiro... eu não gosto”.

A partir das experiências com os dilemas do poder coercitivo, os policiais desenvolvem uma postura sistemática de desconfiança, buscando sempre o mal disfarçado na aparente normalidade e respeitabilidade das pessoas. Eles passam a ver o mal como um potencial humano inerente, presente desde a falha de caráter mais inofensiva até o comportamento mais perverso. Isso pode acentuar sentimentos de antagonismo em que o policial se distancia perigosamente daqueles a quem deve coibir, situando-os em domínios ontologicamente diversos: o policial, como guardião das forças do bem, da ordem, da legalidade; e o “rebelde” (o bandido, o traficante etc.), como um representante do mal, da desordem, do crime e da violência. (ALBERNAZ, 2010, p. 531).

Entretanto, para Luis, era o aprendizado que teria herdado do pai que fazia com que ele não aceitasse o comportamento de um usuário de drogas ilícitas. Seja pela influência do trabalho policial ou familiar, o relato de Luis demonstra que as premissas e explicações dadas pelo tratamento não superaram os seus julgamentos morais anteriores. Luis apresenta resistência à aceitação de que ele é igual ao colega que utiliza drogas ilícitas.

Por fim, ele acrescenta: “até entrar aqui, eu me achava melhor que todos eles, esses que usam drogas ilícitas. Eu nunca usei, mas hoje me coloco no mesmo plano que eles”. A fala final aponta para uma tensão entre os seus valores anteriores e os do tratamento. Ele entende que, apesar de enxergar as diferenças com relação aos “gansos”, o tratamento pressupõe o reconhecimento de uma homogeneidade entre eles. Sobretudo por desempenhar a função de conselheiro estagiário, é preciso que ele conceba essa homogeneidade, visto que ele precisará convencer outros pacientes dela.

Essas diferenças são acionadas para pensar também as diferenças entre as fraternidades de Doze Passos. Em uma conversa com os Conselheiros, quando eles tentavam me explicar as diferenças existentes entre os grupos de AA e NA: “O AA é a Assembleia de Deus, e o NA, a Igreja Universal”. Em seguida, explicaram

que os integrantes do AA eram mais educados e tranquilos. Enquanto, no NA, os integrantes eram muito agitados, colocavam-se sempre em competição uns com os outros, e que as reuniões eram interpeladas por muitas intervenções e gritaria. De acordo com eles, as diferenças estariam relacionadas com a própria disposição individual, que leva alguns indivíduos a se interessarem pelas drogas ilícitas (com bastante ênfase na cocaína), e outros pelo álcool.

6.4 “Aqui eu fui conscientizado de que era uma doença”

Tal como destaca Goffman (1971), a criação de um diagnóstico comum é um passo importante no processo de reconstrução individual. A conscientização do diagnóstico de dependente químico é fundamental para o engajamento à proposta apresentada. É esse diagnóstico que vai contribuir para que esses indivíduos possam conceber um recomeço na sua trajetória.

O diagnóstico será responsável por fornecer as respostas e justificativas aos comportamentos inadequados praticados por esses indivíduos. Tanto em uma perspectiva individual, agora que o indivíduo passa a entender que ele é portador de uma doença, quanto institucional, uma vez que o respaldo da doença poderá manter afastamentos, licenças e a continuação no trabalho.

(...) aqui, eu fui conscientizado que é uma doença, porque antigamente era só porrada, né? Pra todo mundo eu era “sem vergonha”, e realmente, né? Todo mundo “Pô, não tem caráter, safado, sem vergonha”, e, quando eu cheguei aqui, fui bem recebido e tal. Caramba, eu fui conscientizado que tratava-se de uma doença. Conheci um programa [os Doze Passos] e muita dificuldade, muita dificuldade pra tentar entender o programa, minha primeira semana, muito confusa ainda. Muito confuso, mas os dias foram se passando, e a gente... eu muito tímido, muito cabreiro, **mas devagar eu fui me soltando, fui falando, me libertei de todas as culpas**. Eu me culpava pela morte do meu pai, “Meu pai morreu de câncer, mas eu fui culpado porque eu não dei o suporte”, essas ideias. E comecei a me livrar dessas culpas, comecei a falar, um desejo muito grande, uma paz que eu não tinha, vim achar essa paz aqui dentro. (Entrevista com Igor, grifo da autora).

Tomar consciência de uma doença hereditária e incurável representa o início de um processo de reinterpretação da trajetória adicta. O depoimento de Igor representa a transição entre um indivíduo com comportamento inapropriado para um indivíduo portador de uma doença. Nesse momento, há uma reconciliação do

indivíduo com ele mesmo. Agora, ele pode entender que todas as características deploráveis atribuídas a ele desconsideravam sua real condição de portador de uma doença. Entender-se dessa forma permite a ele relativizar uma série de posturas tomadas ao longo da vida, já que elementos alheios ao seu discernimento estariam orientando suas condutas anteriores. Albernaz (2010), em uma tentativa de compreender a moral religiosa entre policiais militares cariocas, apresenta a ideia de Skyes e Matza (1996) da existência de “técnicas de neutralização” da culpabilidade, em que os sujeitos acionam discursos apreendidos culturalmente para justificar suas ações frente a normas e padrões sociais. (SKYES e MATZA apud ALBERNAZ, 2010, p. 526).

Pensando o diagnóstico como uma “técnica de neutralização”, cabe aqui relembra o primeiro passo: a admissão de impotência perante a substância. Esse passo adquire fundamental importância para essas pessoas, pois ele que cumprirá o papel de reinterpretar a culpa, a vergonha ou demais interpretações degradadas sobre si mesmos que essas pessoas carregam.

Falar sobre esses episódios é a forma do tratamento de reinterpretar essas experiências. Sanders (2014), ao estudar as mulheres em grupos do Narcóticos Anônimos, afirmou que o primeiro passo é considerado o mais importante para o tratamento no sentido de reduzir a vergonha e a culpa que essas pessoas carregam. Para a autora, a conscientização de que elas sofrem de uma desordem obsessivo-compulsiva permite a essas mulheres, pela primeira vez, verem-se como doentes ao invés de más pessoas (SANDERS, 2014, p.80).

Na clínica, além do conteúdo do primeiro passo, há o reforço da perspectiva de doença através de um respaldo científico. Convém lembrar que a publicação em boletim interno sobre o tratamento mencionava a numeração da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) referente à dependência química, em uma tentativa de convencimento de aceitação do comportamento como doença.

Uma vez consciente da dependência química, o indivíduo avança para o passo seguinte, que atribui a um poder superior a capacidade de lhe devolver a sanidade. No terceiro passo, ele entrega sua vida e suas vontades a esse ser superior, acreditando que ele será capaz de promover a almejada recuperação. O passo quatro tem importância fundamental no processo de recuperação do indivíduo, ele deve fazer um “destemido inventário moral” de si próprio: “Precisamos pôr um ponto final no passado, não nos prendermos a ele. Queremos encarar nosso

passado, vê-lo como ele realmente foi e libertá-lo para podermos viver o hoje.” (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1993, p.33). É a partir do “inventário moral” que ele começará a reinterpretar toda sua trajetória. Entretanto, agora sob a ótica de um sujeito portador de uma doença incurável que é a dependência química. Esse é um passo-chave no processo de reinterpretação que reivindico nesse trabalho.

6.5 A rotina da internação

(...) E aí, depois do segundo dia, a gente começa a fazer a abordagem bem devagar, essa primeira semana é mais de acolhimento mesmo, então, eles ficam em grupos, mas só ouvintes, alguns choram, alguns participam, alguns fingem que nada tá acontecendo. Esse rapaz que apareceu agora: “Nada aconteceu, não aconteceu nada, tá tudo bem!”. E aí, os meninos vão devagarzinho buscando por que realmente ele está aqui, porque, até chegar ao fundo do poço, muita coisa aconteceu... e aí vai... Na segunda semana, eles estão mais... a gente cria um ciclo de confiança pra eles conseguirem contar as coisas para a gente, por isso que a gente tirou a farda, porque a farda pesava muito pra você falar de algumas coisas, né? Então têm coisas que eles fazem que a farda impedia, então a gente tirou a farda e melhorou muito, muito, muito. Aí, às vezes, a gente coloca jaleco, às vezes, é um papo meio que de amigos mesmo, e aí tudo que tem direito, tem um grupo que eles vão trabalhar mais sentimentos, mais dificuldades e tem o individual, que aí eles vão trabalhar outras coisas. Da terceira semana pra lá, aí já é meio que assim... a gente já começa a fazer “O que você vai fazer pra mudar isso? Acabou o momento de vítima, desse acolhimento, agora a gente vai começar a confrontar as situações: família, o que você está fazendo pra mudar?”. Aí a dinâmica muda quando a gente percebe que ele já tá pronto pra começar a assumir a responsabilidade de tudo aquilo, já não é mais uma coisa... sai do abraço e agora a gente bota ele em meio que em um banquinho da disciplina pra ver o que ele vai querer de mudança, né? (interrupção) E aí, como a gente trabalha com o Minesotta, tem os conselheiros, tem a questão medicamentosa, quando eles estão muito agitados, a gente pede ao psiquiatra pra avaliar, toda semana eles descem, mas a gente sempre tá passando as observações. (Entrevista com o funcionário Cláudio).

Esse fragmento retrata o que é esperado dos pacientes ao longo do tratamento. Retomando uma passagem do depoimento de César, que abre esse capítulo – “(...) cheguei lá, já tomei um “pêla corpo”, me revistaram.... Aí eu falei

“qual é?” “não pode telefone, não pode isso, não pode aquilo...” –, identificamos a presença de um ritual de entrada, tal como disposto por Goffman (1980), no início de um processo de despersonalização dos indivíduos. Para esse momento, é esperado que ele deixe para atrás as conexões com a sua vida anterior.

Foi mencionada a existência um contrato que os pacientes devem assinar, acordando com as condições do tratamento. Esse contrato é assinado apenas alguns dias após a internação, quando já houve estabilização dos efeitos da abstinência e da medicação. Ao longo do campo, não tive acesso ao contrato, tampouco acompanhei discussões sobre esse tema nas reuniões. A existência do contrato apareceu apenas em algumas entrevistas, especialmente com os funcionários do local.

A participação em palestras diárias e conversas individuais com os pacientes são formas sob as quais se espera convencer os pacientes da adesão ao tratamento. Além disso, os pacientes devem produzir e apresentar textos escritos à mão sobre cada um dos temas abordados. A esse trabalho que se deve a melhoria da letra que Cézár conta em seu relato.

O estímulo de falar sobre sentimentos precisa ser analisado considerando a perspectiva da masculinidade e de ser policial. Dentro de uma corporação onde se espera do policial força, invencibilidade e demais atributos de um *ethos* guerreiro, falar e expressar sentimentos, especialmente diante de outros homens policiais, é uma atividade difícil para um grupo que costuma não exteriorizar fraquezas e não confiar nas pessoas. No entanto, ao longo do tratamento, há uma expectativa de compartilhamento dos sentimentos com os pares, e, a todo momento, esses policiais são instigados a compartilhá-las, conduta não estimulada em outros espaços dentro da Corporação.

O passo a passo descrito pelo funcionário rememora um processo de conversão. Entretanto, no final da fala, ele relata como os pacientes agitados são avaliados pelo psiquiatra, destacando a perspectiva dupla de tratamento que reivindicou para compreender o processo em curso. Apesar de a adesão ao tratamento se dar de forma voluntária, a resistência a ele pode passar pela avaliação do psiquiatra.

O relato reforça, ainda, a questão da responsabilização pelos atos. Após sensibilizar o indivíduo que seu comportamento foi gerado por uma doença, é preciso que ele identifique tudo que essa doença gerou em sua vida desde a

infância. Aqui, inicia-se um processo de responsabilização dos indivíduos perante suas ações. É preciso avaliar os impactos da doença em si próprio, na família e para a sociedade, enquanto policial militar.

Aí a gente trabalha por semana, cada semana a gente trabalha 5 passos de Alcoólicos Anônimos, né? e a gente vai fazendo a adaptação dentro da programação nossa, aqui todos eles trabalham [de limpeza], têm uma responsabilidade (...) então, até o trabalho que eles fazem é uma dinâmica que a gente faz. e então, não é só... porque a gente tem a parte dos sentimentos, da prática, do exercício, esse exercício a gente diz que eles têm que fazer até pra melhorar a parte química do cérebro, então eles trabalham com o físico: “O que a droga faz com o cérebro, é uma doença cerebral, por isso que não tem cura até o presente momento”, tudo isso a gente explica pra eles, “porque que existe a medicação, o (?) pra que que serve, as doenças sexualmente transmissíveis, se acontecer”. Então a gente vai tentando passar o melhor, porque a gente entende que a doença é multifatorial. Então, tem a questão familiar, a gente trabalha pai, mãe, a gente trabalha esposa, a gente trabalha filhos, a responsabilidade com o trabalho, por que que eles escolheram ser policiais, por que essa identificação, por que que é importante... qual é a diferença hoje de um bandido e um policial fardado fazendo a mesma coisa que um bandido, né? **Então a gente trabalha tudo isso, principalmente, o que é Polícia, né? servir e proteger. Qual é esse momento... que eles adoram ser policiais, “Mas ser policial é o que? Servir e proteger. Vocês fazem isso”?** (Entrevista com a Cláudio, grifo da autora).

A reflexão e a exposição de todas essas questões são fundamentais para que o indivíduo encontre, em sua própria trajetória, todos aqueles comportamentos que são comuns ao adictos. A rotina no local estimulará essa reflexão, as visitas, o trabalho de limpeza, a obediência às regras, todas essas ações serão interpretadas para além da ação em si, serão propagadas como parte fundamental do processo terapêutico.

A nota técnica sobre Comunidades Terapêuticas elaborada pelo IPEA aponta que os tratamentos nesses locais são ancorados em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade. Destaca-se, ainda, a combinação de saberes técnico-científicos com práticas espirituais (IPEA, 2018).

O caso do Renascer muito se assemelha a esses locais, especialmente no que tange ao trabalho, que é um tema fundamental no processo de recuperação. Ele está presente nas práticas do cotidiano da internação, e, ainda, no conteúdo do discurso do processo de reconstrução dos indivíduos. Diversos estudos, muitos deles já apresentados ao longo dessa tese, apontaram a importância que é dada ao trabalho e à disciplina/responsabilidade para o processo de recuperação dos

indivíduos. Myers (2015) reforça a relevância do trabalho também após o período de tratamento, como forma de incentivar os pacientes a continuarem no caminho da recuperação. Entretanto, no Renascer, ao contrário da realidade de outros locais terapêuticos, os pacientes já possuem um trabalho e precisam aprender a desempenhá-lo conforme o esperado.

“Servir e Proteger” é o lema da PMERJ. Em diversos momentos, os pacientes são convidados a refletir se, no desempenho do seu trabalho policial, eles têm agido em congruência com essa premissa. Dessa forma, o discurso do Renascer atua no sentido de tentar construir a imagem do policial asseado, cumpridor de regras e que age nos moldes disciplinares que Muniz (1999) apontou em seu estudo. Para esses policiais que desviam do comportamento esperado para um policial militar, o tratamento aparece como uma tentativa de construção dessa moral institucional nos policiais “adictos”.

O tratamento e essa moral institucional não regulam apenas sobre o consumo da substância. Trata-se de uma moral sob o comportamento desse indivíduo em toda a sociedade, incluindo o desempenho esperado enquanto pai, filho, enquanto um cidadão “normal” e, ainda, como um policial militar capaz de servir e proteger. Conforme observado por Muniz (1999), na entrada das unidades policiais, costuma haver um espelho com a seguinte descrição “Este espelho reflete você e você a PMERJ”, lembrando que as atitudes desses indivíduos deverão refletir os valores da instituição. Espera-se que o espírito da corporação esteja cuidadosamente representado “no gestual dos policiais, no modo como se expressam, na distribuição do recurso à palavra, na forma de ingressar socialmente nos lugares, no jeito mesmo de interagir com as pessoas etc.” (MUNIZ, 1999, p.92). Ressalta-se que são contempladas pelo Regulamento Disciplinar da PMERJ condutas que extrapolam o desempenho do serviço policial e regulam sobre a vida pessoal desses indivíduos.

Portanto, os valores de “servir e proteger” devem reger a vida inteira desses policiais. E não apenas a abstinência, mas também uma mudança de comportamento mais ampla será fundamental para que esses policiais possam desempenhar o papel que é esperado dele pela instituição e pela sociedade.

6.6. As visitas

Um dos controles realizados pela clínica é sobre o direito de visita. Não é permitida a entrada de crianças menores de doze anos na clínica. Portanto, filhos mais novos passam todo o tempo de internação sem visitar o pai ou mãe. Para um ex-funcionário, esse seria uma das críticas direcionadas ao trabalho por parte de outros membros do quadro de saúde da PMERJ, especialmente do quadro da Psicologia. Para ele, a proibição do ingresso de crianças se justifica pelo fato de a clínica estar dentro de um hospital e seguir a mesma diretriz aplicada às demais enfermarias. Além disso, estar longe dos filhos teria um impacto importante no processo de reflexão dos indivíduos sobre sua conduta.

Durante o tratamento, são permitidas visitas dos familiares mais próximos (pais, companheiras(os), filhos e/ou irmãos e do comandante ou equivalente da unidade em que o policial trabalha. Entretanto, informaram-me que não é muito comum a visita dos agentes institucionais, também não presenciei nenhuma dessas visitas institucionais ao longo do campo.

As visitas são consideradas um tema ambíguo. Ao mesmo tempo que podem contribuir para manter o indivíduo no tratamento, elas também podem cumprir o papel contrário.

Acompanhei uma discussão na qual os conselheiros apontaram que a visita de um representante da unidade de trabalho do paciente contribuiu para que o paciente achasse que estava “tudo certo” no trabalho, então ele poderia deixar a internação sem ônus. Também foram relatadas situações semelhantes com os familiares. Para os conselheiros, ao aceitar as falhas do paciente, essas visitas faziam com que ele se sentisse pronto para deixar a internação, uma vez que os problemas que os levaram até ali estariam solucionados.

O contato através das visitas representa ainda um contato do paciente com o mundo exterior. Pensando nos processos de institucionalização, ele pode se apresentar como uma ameaça, especialmente, quando o indivíduo ainda não se encontra institucionalizado. Essa é uma das razões pelas quais as visitas só podem começar a ocorrer depois de sete dias de internação. Por conta disso, a preocupação da clínica em que esses familiares frequentem reuniões de apoio aos familiares. Nessas reuniões, são abordadas questões sobre o que fazer e o que não fazer com o paciente, tanto durante a internação quanto no período posterior. As reuniões com familiares são uma forma de alinhamento do discurso do tratamento

com as famílias. Com isso, residentes passam a ter suas atitudes vigiadas também do lado de fora da internação (NUNES, 2016).

Ao longo do campo, acompanhei uma dessas reuniões, que acontecem na sala da coordenação, voltadas para os familiares⁸⁴. No dia em que acompanhei, as cadeiras foram dispostas de forma circular na sala, e em cada cadeira havia um folheto explicativo sobre a codependência. A reunião teve início com a fala da coordenação, apontando que, há doze anos, a clínica fazia grupos com os familiares por acreditar que a família também estava em processo de reabilitação. Seguindo o modelo das demais atividades da clínica, as premissas do tratamento foram compartilhadas com os familiares a partir de exemplos, em que é esperado um reconhecimento dos familiares.

A conscientização do diagnóstico também é relevante entre esse público e durante o período de internação, visto que esses familiares serão basicamente o único contato dos pacientes com o mundo exterior. Ao passo que, ao término do período de internação, os familiares alinhados com as premissas do tratamento podem se tornar uma fonte de continuidade do tratamento para além dos muros da clínica.

Ao longo da reunião, é explorada a necessidade da responsabilização do “adicto” perante seu comportamento durante a “ativa”. É reforçado a todo momento como não são visitas de solidariedade, mas de recuperação. Instigam os familiares a abordarem as perdas que o vício do policial gerou para a família.

O negócio é que muita gente fica resistindo, porque “ele é uma boa pessoa”, aquela coisa do passado que a família faz, o comando também faz, “ah, mas o pai do comandante também já foi comandante e trabalhou com o pai dele, eu conheci esse garoto pequeno”... ou quando o comandante é da mesma faixa de idade “poxa, a gente jogava bola junto, como é que eu vou fazer com o fulano?” **Então, fica passando a mão na cabeça achando que está ajudando, tem uma atitude assim bem paternalista achando que está ajudando, né? Não expõe o sujeito ao fracasso dele, o que é um componente importante pra ele tomar uma posição na vida** de “vou buscar um tratamento, vou buscar recuperação”, é ele se deparar com o que ele está fazendo da vida dele, com o sofrimento dele, e com as perdas dele. (Entrevista com ex-funcionário José, grifo da autora).

⁸⁴ Além dos grupos e visitas, esses familiares, especialmente entre os que já eram conhecidos dos funcionários, possuem acesso aos funcionários através de grupos de *WhatsApp*.

Nem sempre essas expectativas com relação aos familiares são atendidas. Os funcionários e conselheiros reclamam da baixa adesão dos familiares ao tratamento, porque poucos destes acompanham as atividades propostas. Além disso, nem sempre, ao longo das visitas, são seguidas as orientações recomendadas. Os coordenadores explicam que, muitas vezes, esses familiares chegam ao local muito irritados, aborrecidos ou magoados com o comportamento do policial antes de ingressar na clínica.

Para os funcionários, a necessidade de responsabilização é copiosamente trabalhada com esses familiares. Entretanto, na hora da visita, esses familiares se sensibilizam com a situação do paciente e agem de forma inadequada, por exemplo, aceitando pedidos de desculpas ou as promessas de mudança por parte do paciente. Esse tipo de postura pode contribuir para a desistência do tratamento, já que esse paciente pode avaliar que, ali, seus problemas já estariam resolvidos.

É preciso ressaltar que esse trabalho com as famílias também é comum nas fraternidades de Doze Passos e em algumas Comunidades Terapêuticas, e é a existência da codependência que justifica a necessidade desse tipo de trabalho. Em suma, o papel que é estimulado aos familiares em todos esses locais é o de permitir a exposição do *estigma* e dos impactos das condutas deterioradas cometidas por esses indivíduos de forma a responsabilizá-lo pela gestão dessas condutas.

6.7 A masculinidade e o “Homossexualismo”

A sexualidade é um tema recorrente nas discussões acerca dos motivos para o uso de drogas. Conforme já foi apresentado em outros momentos neste e em outros trabalhos, a masculinidade é um valor fundamental entre os policiais militares. Para Muniz (1999), o comportamento que foge ao masculino idealizado anuncia um perigo simbólico de “feminização da tropa”.

As moralidades acerca da sexualidade também foram identificadas no contexto das Comunidades Terapêuticas. Para Nunes (2016), a moralidade no interior da comunidade perpetua o discurso homofóbico. “A prática homoafetiva é tão dotada de imoralidade que torna quem a pratica um sujeito irrecuperável” (NUNES, 2016, p. 101). Os sujeitos que tiveram experiências dessa natureza não abordam o assunto e, quando o fazem, o lado da sexualidade que já foi vivido passa a ser associado ao uso de drogas e ao descontrole emocional e da própria vida.

No Renascer, também identifiquei um julgamento moral muito forte no que tange à sexualidade. A começar pela utilização do termo “homossexualismo”, que remete à época em que a homossexualidade era tratada como um distúrbio. Por diversas vezes, o “homossexualismo” foi acionado para justificar o uso de drogas por alguns dos pacientes. As discussões acerca desse tema eram recorrentes, especialmente no Curso de Formação do Conselheiro Estagiário. No diário de campo de uma das primeiras visitas ao local, o debate sobre o tema já havia me chamado à atenção:

Um ponto polêmico abordado nessa aula foi em relação ao “homossexualismo” (nomenclatura utilizada por eles). O moderador destacou como um dos problemas que levavam os policiais ao vício na substância era a dificuldade de aceitar a sua opção sexual. O assunto foi levado em tom de deboche por vários participantes, e, nesse momento, foram discutidos vários casos que haviam passado pelo Renascer, cujos problemas apontados era a questão da sexualidade. Também discutiram sobre a necessidade de abordar esse tema nas palestras para os internos. Identifiquei que a resistência ao tema ainda é muito grande, o que reforça o que já tinha sido abordado ao longo da conversa de como era difícil para um policial militar lidar com o simbolismo de ser homossexual, uma vez que a profissão é símbolo da virilidade. Nesse sentido, o moderador apontou que alguns policiais buscam a polícia justamente visando reprimir sua sexualidade. Ainda nesse tópico, foi abordada a questão da travesti. Nesse momento, foi dito que todos os policiais adictos já haviam tido experiências com travesti. Um dos participantes disse que, em uma das conversas com um grupo de internos, todos afirmaram terem tido essa experiência. (Diário de Campo, 28/11/2016).

No capítulo anterior, discuti como era disseminada a ideia da entrada na polícia como forma de produzir controle a um indivíduo incontrollável. Aqui, novamente, aparece essa expectativa de controle através da instituição, mas, agora, relacionado à sexualidade. Ao longo do campo, foi criada uma nova turma do curso Conselheiros Estagiários, composta por policiais que eu havia acompanhado desde a internação. No segundo grupo, o tema também foi debatido.

Os novos conselheiros falavam sobre um dos casos (que eu também já havia acompanhado a internação) de um policial que estava internado no hospital após recair no mesmo dia que saiu da internação. Atribuíram a recaída do policial ao fato de ele não aceitar sua homossexualidade, e que a droga seria a forma que ele encontrava para justificar suas práticas sexuais com um “traveco” (termo utilizado no grupo). (Diário de campo, 13/03/2017).

A discussão do caso narrado no segundo relato levantava a hipótese de que o policial utilizava a droga como forma de justificar a busca pelo “traveco”. De acordo com os conselheiros, o policial se prostituía em troca de mais drogas. No entanto, desde o início, sua intenção era ter relações sexuais com o “traveco”, mas, por não conseguir assumir seu desejo sexual, ele encontrava uma fuga e uma justificativa para o seu comportamento no uso de drogas.

O tema da sexualidade também foi abordado em IPEA (2018). A recorrência e a forma de abordagem desse tema nos trabalhos que analisam formas de tratamentos correlatas ao Renascer indicam que, apesar de o tratamento se apresentar como democrático, ainda existe uma moralidade muito forte acerca da sexualidade dos pacientes que frequentam esses locais.

Um dos funcionários, ao falar sobre esse tema, explicou-me que acontece muita recaída entre aqueles que não conseguem assumir sua sexualidade para si mesmos ou que se assumem, mas não são aceitos por suas famílias. Ele me contou, ainda, que, uma vez, o filho de um policial que estava internado recebeu a visita de um “travesti”; explicou que, na ocasião, o tema havia sido discutido com os demais pacientes previamente. A visita teria transcorrido sem problemas, exceto pelo pai policial que ficou irritado ao saber que a clínica havia permitido tal visita. Chama à a recaiu. Esse caso, que era amplamente discutido nos encontros, culpabilizava os demais conselheiros estagiários pela recaída, uma vez que o policial havia descoberto uma traição conjugal, o que já teria abalado sua recuperação. Mas que a postura jocosa dos demais conselheiros frente a esse episódio foi o que levou à recaída.

“A recaída vem de calcinha e sutiã vermelho”: essa também é uma frase que ouvi diversas vezes ao longo do trabalho de campo. Ela se refere a mulheres que atraem os policiais em recuperação e estariam em busca dos benefícios que a conduta ilícita do policial costumava oferecer para elas. Por mais de uma vez, ouvi uma história que narrava uma experiência como essa. Uma mulher muito bonita que atraía o policial para retornar a “vida da ativa”. No desfecho da história, ao contrário das expectativas de recaída, o policial havia resistido, encontrou uma outra mulher e “agora ele tá gordo, casou, tem dois filhos. Agora é um homem de família!”.

Evidencia-se, aqui, como a masculinidade é importante para o policial militar, mesmo que na condição de dependente químico. Novamente, outros fatores dissociados do trabalho serão acionados para justificar o comportamento degradado

daquele indivíduo. Espera-se, ainda, que esse policial aja como “um pai de família” e se relacione com mulheres que apresentem um comportamento adequado e condizente com o esperado para um policial.

6.8 O abandono ou a conclusão do tratamento

A duração do trabalho de campo me permitiu acompanhar diversos momentos da trajetória dos pacientes. Acompanhei pacientes que ingressaram e completaram a internação, desistências, reincidências, o processo de ingresso no Curso de Conselheiro Estagiário e recaídas (de pacientes e conselheiros estagiários). Alguns desses momentos e histórias foram debatidos nos encontros do curso, outros não. Enquanto pesquisadora, interessei-me por ambos. Alguns padrões de justificativas foram acionados para justificar esses acontecimentos.

Mas as meninas são mais resistentes até ao tratamento (...). Tem a coisa meio que da histeria, né, tudo elas vão morrer, tudo elas... ataque... assim, da mesma forma que eu sou marginalizada, se eu sair, minha família, como vai ficar minha família? A maioria aqui sustenta essa família, tem esse... só tem uma que é casada, as outras são separadas já, têm filhos. “E aí, com quem vou deixar essas crianças e me internar?” “Mas olha só, essas crianças estão vendo, as crianças estão com dificuldade de qualquer forma”. Então, a gente, até para internar é mais difícil, porque elas acham que se sair daquilo aqui, que tá, alguma coisa elas acham que vão perder em tudo, mas já está tudo muito ruim, e o receio de deixar as crianças, né? É muito mais difícil! (Entrevista com funcionário Cláudio).

Ao longo do campo, presenciei apenas duas internações de mulheres; nenhuma delas concluiu o tratamento. Paula é o caso que mais me chamou à atenção sobre desistências: ela esteve na clínica por duas vezes ao longo do tempo em que estive lá. Conhecida dos funcionários, ela já havia tentado a internação outras vezes. Nas duas internações que presenciei, os funcionários, conselheiros e pacientes tentavam convencê-la de não abandonar o tratamento, “mas ela não conseguia ficar”. Presenciei uma discussão sobre o caso no curso de Conselheiro Estagiário:

(...) os conselheiros indicaram que ela havia ficado um tempo razoável tentando ser convencida a não sair, os conselheiros presentes apontaram que até os demais pacientes tentaram convencê-la a ficar, mas não foi suficiente. Em outro momento, retomaram o caso de Paula e apontaram

que ela devia dinheiro para muitas pessoas por conta da droga, mas que seus familiares sempre assumiam as dívidas. O que, segundo eles, não contribuía no tratamento, uma vez que ela não precisava lidar com as responsabilidades e que isso ajudava ela a permanecer no vício. (Diário de Campo, 07/11/2017).

A justificativa para o abandono do tratamento de Paula, novamente, perpassa a dinâmica familiar. A codependência de seus familiares a impede de entrar em um processo de recuperação. Ao longo das discussões, esse papel também pode ser atribuído ao comandante do batalhão. De acordo com os conselheiros, nas visitas de pessoas que trabalhavam na unidade de trabalho dos dois pacientes, haviam apontado para eles que estaria “tudo certo” com relação à internação, o que contribuía para que o paciente achasse que poderia sair naquele momento sem ônus e, conseqüentemente, desistissem do tratamento.

O processo de desistência do tratamento nem sempre acontece de forma tranquila. Em uma das idas a campo, mostraram-me que os cadeados teriam sido reforçados devido à postura de um paciente que, de forma agressiva, tentava deixar o tratamento. Mesmo nesses casos, há subseqüentes tentativas de convencimento do paciente, visto que mesmo a agressividade é considerada um reflexo comum da abstinência da substância.

Nas entrevistas com os funcionários do local, questionei sobre os motivos que levavam à desistência do tratamento:

Eu acho que não consegue abrir mão de ganhos secundários que a droga tem, não consegue abrir mão disso. Aí a gente, conforme a gente vai falando da questão da honestidade, a gente vai falando dessa questão da humildade, a gente coloca aquilo que a Polícia realmente faz, porque eles não conseguem abrir mão disso e pede pra ir embora. (Entrevista com funcionário Cláudio).

Aqui, a justificativa perpassa os “ganhos secundários” que a droga pode causar, entre eles, o enriquecimento ilícito, fama e poder. A seguir, o funcionário explica como o tratamento opera no sentido de convencer que essas condutas não são o trabalho real da polícia. Para os funcionários, muitas vezes mais difícil do que praticar a abstinência é abdicar desses ganhos, sobretudo, porque esses ganhos são associados à personalidade de um “adicto”. Na ocasião em que foi realizada essa entrevista, três policiais estavam deixando a internação. Perguntei se aqueles policiais haviam terminado a internação, ele responde:

Não, a gente tá dando alta pra eles, porque a gente tem um contrato. E, nesse contrato, eles não podem fazer determinadas coisas. Esses três fizeram besteiras, e a gente teve que dar alta administrativa. (...). A gente percebe que eles estão meio que usando a gente pra alguma coisa, então, os atos falhos (...) pois é, quando você faz uma bobagem só, aí a gente faz uma consequência, a gente nunca chama de castigo, porque a gente quer estimular ele, dizer que tudo na vida tem uma consequência. Então, se você não pagar a conta de luz, ninguém vai ficar com pena de você, vai desligar sua luz. Então tudo tem uma consequência, com as coisas leves que a gente pode... Xingar: a gente pede... só que eu falo palavrão também, né? então, eu fico tentando também não falar palavrão. Mas eles vêm de Batalhão, Batalhão fala muito palavrão, então, tipo, isso é uma desculpa, mas, porra, é foda! É difícil! Aí eles vão pedir desculpa, mas vai falar o palavrão, aí a gente cria um trabalho de disciplina, alguma coisa que eles têm que ler, algum filme que a gente passa pra eles pra mostrar disciplina sobre linguagem, o que isso é importante na nossa vida pra gente mudar. Então, têm algumas consequências só que, no caso deles, como eles foram três vezes avisados, a coisa do brigar, de estar xingando um ao outro, de colocar apelido, então, isso tá no contrato. E aquilo parecia que a gente estava falando com nada, na quarta vez... Essa coisa, ficar gritando, xingando um ao outro, colocando apelido, não vai dar certo porque acaba tendo briga, então é melhor a gente pedir alta pra eles. “Ah, é muito severo?”, mas a gente tem medo de consequências que a gente não tem estrutura pra manter um paciente bipolar xingando o outro, o outro vai acabar... Sustentando e... Tá saindo da crise, né... Então, vai acabar brigando com o outro, né? Então, foi mais ou menos isso que aconteceu. (Entrevista com funcionário Cláudio).

Em minha segunda visita ao campo, relatei em meu diário de campo sobre a situação acima. Na ocasião, eu ainda não sabia o que havia acontecido, mas identifiquei uma tensão entre os pacientes que estariam prestes a serem expulsos:

(...) fiquei aguardando o Cláudio em um sofá no corredor. Enquanto esperava, apareceram três policiais que estavam internados, eles estavam acompanhados de um responsável [depois vim a saber que se tratava de um Conselheiro Estagiário]. Eles estavam muito agitados e receosos porque iriam conversar com o psiquiatra. Murmuravam coisas entre si, um deles, especialmente, estava irritado, e o outro parecia muito abalado. Descobri que os policiais haviam transgredido determinada regra e, por conta disso, seriam expulsos do Renascer. No diálogo, um deles mostrou-se especialmente preocupado com a questão da aptidão, ele dizia que queria o apto A e não o apto C (aptidão padrão utilizada depois do tratamento). Também murmuravam sobre se a família seria chamada no local ou não. No fim, a orientação dada é que deveria se telefonar para o batalhão e para a família dos internos para comunicar sobre a saída, mas que a família não precisaria comparecer ao hospital para buscar o policial, que eles seriam liberados para ir embora. Também comunicaram que, como consequência, eles seriam suspensos por um ano das atividades realizadas pelo Renascer. Os policiais receberam remédios do psiquiatra. Um deles, especialmente, demonstrava arrependimento pelo ocorrido. (Diário de campo, 18/10/2017).

Em uma das reuniões que acompanhei, um participante questionou se a unidade de trabalho do policial é acionada em caso de desistência ou ao término do

tratamento. O funcionário respondeu que não, que o policial munido de uma papeleta deverá se apresentar em seu local de trabalho. Na clínica, existe uma certa flexibilidade com relação a algumas regras, não posso afirmar se foi realizado o contato com o batalhão, apesar de ter sido dito para os policiais que seria realizado. O mesmo pode ser afirmado com relação à suspensão de um ano, que pode ser negociada com o psiquiatra a depender da situação. Chama a questão ainda no relato, a ansiedade com relação ao apto A. Aprofundarei essa questão na seção a seguir.

Para os conselheiros que não chegaram ao final de outras internações, a falta de vontade necessária ou a insuficiência de perdas que a dependência química teria gerado até aquele momento são os motivos acionados para justificar as desistências anteriores.

6.9 A saída da clínica

Dentro de uma perspectiva da interação, o que a internação propõe é o início de um processo de socialização a partir de um contexto social enclausurado, mas que não deve se esgotar ali. O desafio de se manter em recuperação é extrapolar daquele espaço o modo de vida aprendido ali. Além disso, abdicar das interações anteriores que são incompatíveis com os valores reivindicados nesse processo de socialização.

O dilema em questão é: como manejar essa questão de forma a permitir a manutenção do trabalho policial, contexto ao qual todos aqueles pacientes estão envolvidos? E, a partir dessa perspectiva, vão se buscando brechas que permitam a congregação entre a administração dos Doze Passos com o cotidiano da Polícia Militar. Soma-se a isso um dilema externo, a reinserção de indivíduos estigmatizados em contextos em que eles, possivelmente, serão descreditados pelos demais. Oberling (2011), quando discute o uso de drogas entre policiais e menciona a existência de um tratamento na Corporação, afirma que o policial que procura o serviço sofre uma série de estigmatizações, sendo classificado como “louco”, “fracote” ou “viciado”.

Imediatamente após ao término da internação, o policial ainda terá alguns meses de licença para tratamento de saúde. Para que ele se mantenha em recuperação, deve ser iniciado um processo de readaptação pessoal, familiar,

financeiro e profissional. Os pacientes são estimulados a continuarem frequentando grupos de mútua ajuda, seja o Grupo de Prevenção à Recaída conduzido pela própria clínica ou grupos como Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos.

Relembrando a premissa de que é preciso “evitar hábitos, lugares e pessoas” que rememorem o uso da substância, o retorno à vida após a internação pressupõe uma série de mudanças e adaptações para os que desejarem continuar seguindo o tratamento.

Retomando o previsto pelo oitavo dos Doze Passos, “fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados”, e o nono, “fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem”, propõe-se uma reparação aos que foram prejudicados pelo comportamento do adicto. A família é um elemento fundamental no processo de reparação. Entretanto, os relatos dos funcionários apontam que, nem sempre, essa reparação é bem-sucedida:

Ah, nossa, assim, o que tem de família engraçada, que o marido conseguiu se reabilitar e começou a ver que tinha alguma coisa errada na família, que as meninas estavam sem limites, e que a esposa vivia saindo, que não estava dando atenção pra ele. Quer dizer, o funcionamento continuou quando ele era da ativa. E ele queria mudar aquilo, e aí ele começou a pedir pra conversar com a esposa, né? E ela: “Nossa, que absurdo! Você cheirou a vida inteira, você bebeu a vida inteira, agora você quer mudar? Você acha que eu não vou mais poder sair de casa, você está controlando até o que a gente compra. Não, não pode ser assim!”. E uma vez, ainda era o Nelson, né, o outro chefe. E ela tocou na porta: “Eu gostaria de falar com o chefe do setor”, aí eu “Ah, o Dr. Nelson já vai atender a senhora”. E aí, eu fui levar ela lá, “Olha só, eu vou processar vocês! Porque eu já até comprei cerveja pro meu marido beber novamente”, e a gente “Como vai processar?”, “**É, meu marido deixou de beber, deixou de cheirar, um chato. (...) Ele ficou neurótico, a culpa é de vocês**”. Gente, foi um susto porque... o Nelson, ele é meio gordinho, começou a rir, e ela: “Que absurdo, você está me desrespeitando!”, aí ele falou: “Minha senhora, eu já ouvi gente aqui dizer que o marido bateu, que o marido... Mas nunca vi alguém entrar na minha sala e dizer que vai me processar porque o marido tá bem”... “Mas ele não tá bem, ele ficou doido!”. (Entrevista com o funcionário Cláudio, grifo da autora).

Uma vez que a doença é vista como uma doença que afeta toda a família, é comum relatos como o acima descrito. Por conta disso, na clínica, o tempo todo é reforçada a importância da participação da família nas etapas do tratamento, para que ela entenda e se prepare para o processo de recuperação. É preciso reforçar que esses familiares também são considerados doentes. Assim, também existe a

expectativa da mudança de tratamento por parte deles, que será mais fácil caso eles se disponham a participar do tratamento e das atividades previstas para a família.

Determinadas histórias são constantemente repetidas na clínica. De algumas delas escutei diversas versões, seja nas entrevistas ou nas reuniões com os conselheiros estagiários. O exemplo através de outras histórias é um componente importante do tratamento. Outra história comumente repetida era a da mulher que não aceitava a queda no padrão financeiro da família a partir da recuperação do seu esposo. Ao aderir à proposta de tratamento, o policial parou de participar de atividades ilícitas, o que gerou um impacto financeiro na família. As versões contavam que a esposa dizia que queria apenas que o policial parasse de usar a droga, mas não que ele mudasse seu comportamento a ponto de prejudicar o orçamento familiar.

A questão financeira também é amplamente debatida ao longo do tratamento. A todo momento, é trabalhada a ideia da humildade, ou seja, você não está em recuperação se parar de usar, mas continuar com um comportamento narcisista ou consumista. Em alguns encontros do curso Conselheiro Estagiários, esse tema foi debatido e algumas pessoas questionadas por estarem utilizando alguns demarcadores de luxo, como correntes de ouro, relógios, entre outros. Evidente que, para estar em recuperação, as condutas ilegais precisam ser abandonadas.

Pesquisadora: E essa questão do apto C, como é para os policiais?

Funcionário: Alguns, como não vão usar arma, a gente sempre prepara eles para trabalhar a questão do orgulho, de que não tá escrito “eu sou policial”. Então, a arma, ele estando armado há um perigo muito maior de ser morto do que não estar armado, andar com a carteira.... Então, a gente pede para que eles evitem isso, até porque eles são proibidos mesmo de usar a arma. Até porque tem a questão da segurança [privada], que é uma coisa que eles precisavam para sobreviver. Só que a gente consegue fazer com que eles pensem que a segurança, às vezes, era para pagar a droga. O salário consegue sustentar a família, ou, então, é vender Avon, fazer uma coisa mais humilde, eles vão conseguir ajudar de alguma forma essa família.” (Entrevista com o funcionário Cláudio).

Os policiais também são desestimulados a desempenhar serviços extras, como segurança privada. Cabe destacar que, quando esses policiais estão em apto C, eles têm o porte de arma suspenso e não podem realizar atividades armados na Polícia, mas podem continuar portando sua arma pessoal, caso possuam. Pensando na perspectiva da arma como extensão do corpo do policial, além do

impacto financeiro, seja pela perda de gratificação relacionada a alguns serviços “de rua” ou pelas práticas de atividades ilícitas, estar em apto C pode afetar o orgulho de um policial militar.

Primeiro, eu nunca tive arma particular, a droga não deixava. Sempre juntei dinheiro pra comprar armas, mas não comprei, até porque eu tinha uma arma não registrada. Então, não me incomodava muito com isso, questão de ter arma e tal. Mas quando é tirado o porte... eu não tinha, né, mas, pelo menos, fui desviado da função, não era apto A, não trabalhava na rua, era trabalho interno, sem arma, que, às vezes, me incomodava, me sentia meio que inferior aos outros. Falava: “Pô, não porto uma arma, sou maluco mesmo, não posso fazer nada”. Chegou a mexer comigo um pouco em questão de orgulho, de capacidade. (Entrevista com Gabriel).

A questão do apto C é uma discussão controversa dentro da Corporação, especialmente nos últimos anos, devido ao aumento expressivo de licenças por questões psiquiátricas. Existe dentro da sociedade, e também na Polícia Militar, uma ideia disseminada de que a doença mental é uma desculpa para se afastar do “trabalho de rua” e não trabalhar. Toda vez que conversei com policiais sobre esse tema (dentro ou fora da clínica), havia um relato de uma história de um policial que estava fingindo, enganando a Polícia que estava doente enquanto trabalhava em outro local e recebia o salário de policial.

Cardoso e Nummer (2018), ao estudarem sobre o *estigma* em torno do adoecimento de policiais militares no Pará, identificaram como categorização nativa: o policial padrão e o policial “enrolão”. Enquanto o primeiro seria o policial que apresenta os atributos esperados para a profissão, como resolutividade, a proatividade, a liderança, solicitude, assiduidade e pontualidade; o segundo seria o policial irresponsável e não comprometido com o trabalho, aquele que apresenta muitas faltas, atestados médicos e atrasos, o servidor público sem dedicação e entusiasmo (CARDOSO e NUMMER, 2018, p. 227). De forma semelhante ao caso carioca, as autoras apresentaram que é disseminada entre os policiais a ideia do adoecimento como desculpa para não trabalhar ou receber salário enquanto desempenha funções em outros locais. Por conta disso, alguns policiais optavam por ocultar suas doenças, como forma de evitar o *estigma* do policial “enrolão”.

Na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, não existe concurso para cargos administrativos ou de funções como cozinheiro, faxineiro, auxiliar de serviços gerais, entre outros. Todos esses cargos são ocupados por policiais que realizaram

o concurso para desempenhar atividade fim⁸⁵. Portanto, é disseminada a ideia de que os policiais fingem doenças para obter licenças que lhes permitam receber sem trabalhar ou trabalhar em funções de atividade meio⁸⁶. A atividade meio, além de ter menos risco para o policial, costuma apresentar melhores condições de trabalho, como: escalas diferenciadas, melhor infraestrutura e o desempenho de um trabalho “mais leve”. Dentro do universo policial, aquele que exerce atividade administrativa é considerado “menos policial” do que quem trabalha na rua (COSTA, 2018, p. 58). O caminho comum para conseguir uma dessas vagas é através de uma licença, que restringe o trabalho na atividade fim, ou quando se é “peixe”, termo nativo utilizado para se referir a policiais que têm contatos importantes que podem colocá-los em funções privilegiadas.

Mais uma possibilidade de sair das ruas e ir trabalhar no expediente é quando o policial “está respondendo”. Nestes casos, é comum o policial em questão valorar de forma positiva o fato de estar respondendo e por consequência, estar no expediente. Ou seja, valora-se de algo negativo, transformando seu valor, para justificar sua condição de estar no expediente. (COSTA, 2018, p.62)

Por aderirmos, no modelo de Segurança Pública brasileiro, a teoria da dissuasão, que acredita no poder do aumento dos riscos de punição como desincentivo à criminalidade, aumentar o policiamento ostensivo nas ruas é apresentado como uma das principais medidas de controle da criminalidade (ZANETIC et al., 2016). Portanto, o retorno desses policiais para a rua é um tema constantemente debatido por políticos ou gestores das instituições. Em 2018, o Gabinete de Intervenção Federal criou uma junta com médicos do Exército, da Marinha e da própria Polícia Militar para reavaliar as licenças médicas concedidas por razões psiquiátricas⁸⁷.

A pressão pelo retorno é mais intensa quanto mais “apto” o policial parece ser. No Renascer, existem policiais mais velhos, alguns já reformados ou no final da carreira, mas também policiais novos com pouco tempo de polícia. Igor é um policial novo, alto e forte, possui o estereótipo idealizado para um policial militar. Para ele, a pressão para o retorno ao serviço de rua é maior. Ele conta que, enquanto apto C, é

⁸⁵ Termo utilizado para atividade de rua.

⁸⁶ Termo utilizado para funções internas, tal como serviço administrativo.

⁸⁷ “Avaliações psiquiátricas devolvem mais de 370 policiais às ruas”. Disponível em: <http://www.intervencaofederalrj.gov.br/imprensa/releases/avaliacoes-psi-quiatricas-devolvem-mais-de-370-policiais-as-ruas>

colocado para trabalhar em locais longe de casa e com escalas ruins, de forma a pressioná-lo para voltar a trabalhar na rua:

(...) Porque apto C, o pessoal te espreme pra ser uma forma de te pressionar pra tu poder pegar o apto A. (...) você cai no expediente, não tem assim uma escala, não tem, te botam no expediente, e se vira. Não sei se é uma forma de te pressionar pra tu criar uma escala e pegar um apto A, e eu já enviei o ofício daqui lá pro CFAP me pedindo, aí fui ficando no CFAP, e a distância atrapalhando, começou a ausência de grupo, comecei a passar a não vim aqui mais, por causa da hora de trabalho, chegava... Comecei a dormir no CFAP. Aí eu falei “Pô, tá complicado, não sei o quê”, aí passou um tempo e me jogaram pro rancho, aí eu falei “Ah, vou pegar meu apto A, vou voltar!”, mas ainda assim segurando um pouco, falei “Caramba, se eu voltar a trabalhar, vai começar tudo de novo, né?” Volta a querer ser aquele personagem de novo, querer ser durão, fazer um monte de merda, pegar dinheiro da rua e o caramba, aí eu falei “Não, isso pra mim não vai dar não”, aí comecei a ficar no rancho e tal, e comecei a não frequentar... não tinha tempo mais pra ir pra grupo, não tinha tempo pra vir pra cá, aí já comecei a me desesperar, falei “Caramba, daqui a pouco vou recair.” (Entrevista com Igor).

A distância que Igor passou a precisar percorrer diariamente era de cerca de 70 quilômetros cada trecho. Isso impossibilitava que ele continuasse a frequentar os encontros do grupo de prevenção à recaída. Para Igor, a transferência era uma forma de pressioná-lo a voltar para o trabalho de rua, o que representou para ele o medo de recair.

Quando o policial volta para o batalhão, ele deverá desempenhar algumas das funções possíveis para um apto C. No entanto, a reinserção desse policial no batalhão, muitas vezes, está sujeita à postura do comandante da unidade: “Tivemos comandantes que puseram recém-chegado da internação para fazer caipirinha, né? porque ele conhece do assunto”. Ao longo do campo, também ouvi relatos de policiais que são realocados para trabalhar com produtos químicos, como tiner. Excluindo essas situações extremas, geralmente, esses policiais são colocados para executar funções como faxina, rancho, entre outros. Via de regra, são funções desprestigiadas dentro das unidades. Ao longo da pesquisa sobre o comportamento suicida entre os policiais, também identificamos que os policiais que retornavam para a corporação após licenças psiquiátricas eram colocados nessas funções (MIRANDA et al, 2016).

O retorno desses policiais para suas unidades de trabalho era um tema pelo qual eu possuía bastante interesse em explorar. No entanto, como parte dos policiais que acompanhei ainda estava no Renascer ou no período de licença após a internação, aqueles que passavam pela primeira internação ainda não haviam

vivenciado tal situação. Pergunto para um funcionário do Renascer, que é também um “adicto em recuperação”, como esses policiais que retornam para as unidades como apto C são vistos pela corporação:

Eu acho que, quando ele para de usar drogas, ele sai de evidência, ele chega já estigmatizado, eu acho que a palavra “x” se eu fosse te ajudar, né? Com um conselho em cima da tua tese é falar do estigma. O Goffman tem um livro muito bom, o estigma é o que marca a dependência química, é o que marca o Renascer, é o que marca o paciente do Renascer quando ele sai do Renascer... é o estigma. E como aquela pesquisa que você deve ter visto da Fiocruz, a maioria da população policial militar se droga com algum tipo de droga psicotrópica ou drogas legais ou ilegais, engraçado... só que oficial quase não para aqui, só praça. Oficial não para aqui, os que param são muito poucos.” (Entrevista com o funcionário Márcio).

Márcio sugere a utilização do conceito de *estigma* para que eu possa entender a forma como o policial saído do Renascer é visto, recomendando a leitura do livro de Goffman para ajudar na tese. Ao contrário dos demais conselheiros, ele tem um perfil mais acadêmico e, ao longo das entrevistas, busca fazer uma análise do Renascer, sobretudo, em uma perspectiva da Psicologia. Além da sugestão de Goffman, Márcio aponta como o serviço é utilizado principalmente por policiais praças, ou seja, que apesar do discurso de que a dependência química é democrática, existe um viés de classe na busca pelo tratamento.

Os policiais que já retornaram aos seus locais de trabalho ou que tiveram contatos com os colegas e/ou comandante da unidade que trabalhavam me contam como foram recebidos no retorno ao serviço:

Pesquisadora: Como foi a recepção lá no trabalho? Tanto do Comandante quanto dos colegas?

Entrevistado: Até então, quando eu saí, eu segurei a onda um tempo, né? Comecei a desempenhar o trabalho tranquilo, normal, até elogiado. Mas só foi questão de tempo. Aí depois desse vai e volta, aí nego já perde a confiança, né? Algumas brincadeiras de colega, mas eu nunca...

Pesquisadora: E essas brincadeiras aconteciam só depois que você se internou ou eles já brincavam antes de você se internar?

Entrevistado: Não, começou depois.

Pesquisadora: Antes ninguém sabia?

Entrevistado: Não, ninguém sabia. Sabia que eu era meio doido, mas não sabia o porquê. Ou desconfiavam, mas eu não falava

Pesquisadora: Que tipo de brincadeira eles faziam?

Entrevistado: Me chamavam muito de ganso, né?

Pesquisadora: Você sabe o que significa ganso?

Entrevistado: Ganso, na linguagem da Polícia, é viciado.

(Entrevista com Gabriel).

Para Gabriel, retornar da internação foi o que permitiu a publicização do seu *estigma*, até então desconhecido entre seus colegas de trabalho. Situações como a de Gabriel também são consideradas um gatilho para a recaída. Luis, que teve seu estigma publicizado antes da internação se incomodou com a situação por saber que todos sabiam e falavam sobre sua conduta quando ele estava ausente, pergunto para ele “como que foi a recepção dos seus colegas de trabalho depois do período que você passou aqui?”, ao que responde:

De verdade ou de mentira? (...) Neguinho é falso, né... “Pô, sargento, o senhor tá bem, o senhor tá melhor, não sei o quê...”. (...) Não tinham como brigar comigo. Aí, tanto que teve um cara da mesma graduação que eu, quando eu fui entregar o papel da... papel pra ele, ele sentou, todo mundo ia sair da sala. Eu falei “Não, pode ficar aí”. Aí, teve um outro companheiro, um outro colega, né. Um outro colega de coisa que sabia. Ele, no outro dia, ele falou: “Pô, cara, a gente sabia, pô. O tenente se amarra em você. Não sei o que e tal. Pô sabia que era difícil, tal, tal, tal...” E... só... como eu também nunca... não era muito o meu grupo de antes. Que também eu evito todos eles, evito, não quero encontrar com eles. Eu não quero. Não que me faça beber, mas eu não quero encontrar. Eu tenho até eles no meu *WhatsApp*, eles me sacaneiam: “Pô, volta a beber, pô fulano, volta a beber” Aí eu posto alguma coisa: “Pô isso é porque tu tá bom. Porra, aqui tá...” E eles começam... e isso aí pra mim não faz diferença, mas o pessoal direto da UPP... eles não falaram nada porque... por causa da hierarquia, só por isso. Eu tenho certeza. Mas entre eles, eles falam. E eu continuo sustentando a minha posição e olhando na cara de todo mundo. (Entrevista com Luis).

Luis teve contato com os ex-colegas de trabalho, mas ainda estava de licença durante o momento da entrevista. Ele conta que, por responder pelo *WhatsApp*, seus colegas já julgavam que ele estaria apto a retornar ao trabalho. O relato retrata, ainda, um desconforto na ocasião em que Luis foi até a unidade levar seus papéis referentes à Licença para Tratamento de Saúde. Para ele, a hierarquia militar foi o que permitiu o ocultamento do estigma, ainda que os colegas já soubessem. A forma que Luis encontrou para gerir a situação foi o afastamento do contato. Segundo ele, não pela possibilidade de recaída, mas por se sentir ridicularizado perante aos normais, ainda que as ofensas não se dirigissem a ele.

Outra figura importante na recepção do retorno é o comandante da unidade que o policial trabalhava. A confiança despendida ou não por essa figura também cumpre um papel importante na busca de tornar-se sujeitos acreditáveis novamente. Apesar da desconfiança dos seus colegas, Luis que era uma pessoa de confiança de seu comandante, conta que após a internação o comandante foi até sua casa e almoçou com ele, pediu que ele voltasse e disse que acreditava na recuperação.

Luis não quer voltar para aquela unidade, apesar do apoio do comandante afirma que ainda sente vergonha de encarar aquelas pessoas. Outros policiais também indicaram apoio de seus comandantes.

6.10 Quando o policial é convidado “a subir”: tornando-se um conselheiro estagiário

Na seção anterior, discutimos alguns dilemas do retorno ao trabalho por parte desses policiais. Na clínica, inspirado na ideia de recuperação em pares propagada pelas associações de Doze Passos, foi desenvolvido um curso para que os pacientes que apresentassem perfil condizente com o esperado pelo local fossem formados para atuar junto aos pacientes internados. Conforme explicado no primeiro capítulo, aquele policial que se mantém em recuperação, continua frequentando os grupos e seguindo a programação pode ser “convidado a subir”.

Em suma, ser “convidado a subir” implica voltar a frequentar a clínica, mas agora na condição de um estudante do curso de Conselheiro Estagiário. O Grupo de Prevenção à Recaída acontece na seção de psiquiatria, localizada na área térrea do hospital, enquanto o Curso de Conselheiro Estagiário acontece na sala da coordenação do Renascer, localizada no último andar do hospital.

A analogia que propus com “ser convidado a subir” se refere, ainda, ao prestígio que se tornar um Conselheiro Estagiário representa na trajetória desses policiais. Ao contrário de assumir funções de desprestígio no batalhão, aqui, ele encontra a possibilidade de assumir uma posição de aconselhamento aos demais internados. Isso deposita nele um voto de confiança, que, na condição em que ele está, dificilmente encontrará nos demais locais de trabalho, pelo menos a princípio.

Soma-se a essa perspectiva o décimo segundo passo: “Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades”. Todos aqueles que convivem ou conviveram com seguidores dos Doze Passos entendem como essas premissas são encaradas com afinco. Essas pessoas desenvolvem um nível de comprometimento muito alto com as atividades que estão envolvidas. Não é raro que desempenhem funções de forma voluntária repetidas vezes na semana. Ao ter a oportunidade de conhecer um grupo de Narcóticos Anônimos, chamava-me a atenção o engajamento dos membros em

atividades realizadas por eles. Por vezes, encontravam-se diariamente ou até mais de uma vez ao dia para apresentar o programa “para aqueles que ainda sofrem”.

Entre os conselheiros estagiários, uma reunião que acompanhei logo no início do trabalho de campo me chamou a atenção esse comprometimento. Estava próximo ao Natal, e os conselheiros e funcionários da clínica discutiam sobre a necessidade de se criarem plantões de 24 horas com conselheiros estagiários, e sobre o plantão de Natal. O coordenador pergunta aos conselheiros quem teria a possibilidade ficar na clínica na noite de Natal; na sala havia cerca de 6 conselheiros, e apenas um deles respondeu que não poderia, pois o filho morava em outro estado. Todos os demais demonstraram interesse em participar do plantão. Um deles chegou a responder que, no ano passado, ele estaria “sentando o nariz” na hora do Natal, então seria ótimo estar no Renascer.

Na ocasião, eu ainda estava me familiarizando com os Doze Passos, mas absorvi o episódio como uma demonstração prática do comprometimento e da gratidão em relação ao tratamento. Confesso que tentei imaginar qual tipo de atividade poderia me distanciar de desfrutar o Natal entre meus familiares, e não consegui identificar.

Aí fui vindo, depois ela me convidou, falou que, se eu ficasse dois meses limpos lá embaixo, ela ia me colocar aqui em cima de novo, como conselheiro e tudo mais. E eu fiquei pensando naquilo com certo medo, porque é novo, né? Tudo novo pra mim é complicado, é assustador (...) Aí eu comecei a fazer o sugerido, comecei a vim, aí ela me chamou aqui pra cima, né? (...) Eu vim pra cá e hoje eu venho de fato pro Renascer, né? Conselheiro é só um status que tem entre a gente aqui, porque, de fato, eu venho me recuperar. A grande verdade é essa. Eu consigo me ver no outro. E eu, com a minha história, se o outro se permitir, de repente, ele possa se ajudar e não precise passar por tudo que eu passei, né? Desmoralização, essa perda material, por prisões, por exclusões. Porque funciona assim, quem não vem fez ainda vai fazer. E eu gosto de estar aqui. Não é um trabalho pra mim, mas, se eu for falar de carga horaria e compromisso, hoje eu tenho muito mais compromisso do que quando eu era mesmo, de fato, da corporação. Tem até uma reparação, a programação diz que temos que fazer reparações diretas tais pessoas, exceto quando prejudicá-las ou a outros. Então, hoje, minha reparação eu faço comigo e com o Renascer, com a Polícia, com a sociedade. (Entrevista com Gabriel).

Gabriel é o único caso que acompanhei ao longo do tratamento que já havia sido expulso da Corporação. Apesar de repetidas internações, ele conta que, de fato, só conseguiu se manter “limpo” após o processo de exclusão. Para ele, além de contribuir no seu processo de recuperação, atuar como conselheiro é realizar

uma reparação com a Corporação. Igor também associa sua função enquanto Conselheiro ao desempenho do seu trabalho policial. Pergunto para ele como é trabalhar na polícia:

Então, hoje aqui no Renascer, é um estímulo a mais, né? A gente lidar com vidas, eu me identifico completamente, eu sou um adicto, né? Poder aprender sobre a doença, poder passar alguma experiência, é fantástico estar aqui. Além de eu cuidar de mim... eu tenho o maior amor, maior carinho, maior gratidão pela clínica, tenho amor no que eu faço. Você dá a palestra e tal, mas, pô, as coisas tocam no coração... A gente faz o previsto, mas têm umas coisas que tocam no coração, e a gente fala e escuta, é o que me alimenta hoje, é o que me faz continuar. Mas eu tenho muita gratidão pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, sou muito grato à Polícia, eu tenho um amor muito grande pela Polícia. Mas trabalhar na rua, a gente vai vendo coisas, vai fazendo coisa que não sei, acho que vai desestimulando a trabalhar na rua. E, aqui, eu me encontrei de verdade, aqui eu faço um trabalho muito maneiro (...). Pô, venho trabalhar feliz, venho literalmente bem, saio de caso, acordo... falo "Pô e tal", venho, às vezes, tem dias muito cansado, falo "Caramba, tô cansadão, tô mortinho, não sei o quê", mas muita gratidão, tenho gratidão pela Polícia, né? Porque através da Polícia Militar que eu hoje tenho minhas coisas, tenho minha recuperação ali no Renascer, que é Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, então sou muito grato. Hoje, hoje voltar a trabalhar na rua, não. Não tenho estímulo hoje em dia, não sei, pô, mas quem sabe um dia. Então, por enquanto, vou ficar na clínica Renascer fazendo esse trabalho maravilhoso. (Entrevista com Igor).

Existe a crença do desempenho de um papel de empreendedor moral por esses conselheiros. Entretanto, tratam-se de conselheiros que possuem a legitimidade de já ter vivenciado o lugar de fala do outro. Nesse sentido, tornam-se um exemplo a ser e não ser seguido. Gabriel conta como se utilizou da sua experiência de ter sido expulso da Corporação para demonstrar aos pacientes que eles não precisam chegar a esse ponto:

(...) eu me vejo muito, toda hora, toda vez que eu vejo alguém de uniforme eu falo: Olha o Gabriel aí! Muito igual a mim, é doença porque é isso, os sintomas são iguais. Vem cá, tu não precisa morrer, tu não precisa ser preso, tu não precisa ser excluído. Eu já fui, mas tu não precisa. Se tu insistir no uso de drogas, vai acontecer. Se der sorte, vai ser preso e excluído. Ou vai morrer. (Entrevista com Gabriel).

O Conselheiro Estagiário é um indivíduo já socializado à dinâmica da clínica, que, a partir da interação com os pacientes, é capaz de, ao mesmo tempo, ver seu próprio passado e projetar sobre esses pacientes uma expectativa de futuro. Com os Conselheiros Estagiários, a terapêutica abordada pela clínica ganha força, afinal,

existe naquele espaço pares bem-sucedidos, exemplos de sucesso para relembrar diariamente aos pacientes que é possível.

6.11 As recaídas: “Você vai ser um fanático religioso pelo programa ou você vai ser um religioso pela droga”

Em uma das conversas que acompanhei com membros dos Narcóticos Anônimos, eles falavam sobre a importância do anonimato. Discutia-se como era problemático uma figura pública se apresentar como membro de associações de Doze Passos. Apesar de poder partilhar do exemplo de estar em recuperação, a visibilidade da história não era positiva. E se ela viesse a recair? Qual era o exemplo que ela estaria dando para outros adictos? E para as crianças?

Apesar de ter sido mencionada diversas vezes ao longo do trabalho, a recaída será o último tema a ser discutido. Há uma razão para tal. Ao longo desse trabalho, tentei reconstruir o percurso do tratamento e das trajetórias que encontrei ao longo do trabalho de campo. A recaída é um tema que transpassa todo esse percurso e continuará a transpassar. Para os que seguem o tratamento proposto pelos Doze Passos, a impossibilidade de cura fará com que a possibilidade de recaída o acompanhe até o final da vida, independentemente do tempo sem consumir a substância e dos avanços individuais que ele empreendeu até o momento. Cada dia sem a substância é mais um dia sem recaídas. É preciso estar sempre atento aos menores sinais que poderão levar à recaída. Recair não é apenas voltar a utilizar álcool ou drogas, recair é retornar às condições “turvas” e degradadas da vida “ativa”. Será necessário muita disciplina e empenho para, diariamente, seguir a “programação”.

Eu falo isso assim para os meus pacientes, **ou você vai ser um fanático religioso pelo programa ou você vai ser um religioso pela droga, né?** Ele se afasta da gente, começa se expor a certos perigos, porque a programação é a prevenção a recaída... começa a se encontrar com pessoas que você usava a droga e a sair para lugares que te lembram a droga, começa a fazer coisas que você associa à droga, aí você tá se expondo à recaída.. e o que a gente vê mais, solidão e tédio que faz mais a pessoa recair, a literatura tem isso também, solidão e tédio. O cara tá sem fazer nada e o cara tá sozinho... (Entrevista com Funcionário Fábio, grifo da autora).

O processo de recaída, como aponta o funcionário da clínica, tem início com o afastamento da programação, ou seja, tem início com o desenvolvimento de

ações que fogem às expectativas do *self* daquele que deseja se manter em recuperação. Pensando sociologicamente sobre a recaída, o indivíduo diagnosticado como dependente é incapaz de transitar entre as *fronteiras* da vida “ativa” e da recuperação⁸⁸. É esperado que a ação dele seja de entrega completa, ou às drogas ou ao tratamento. Nos Alcoólicos Anônimos, as seguintes razões são acionadas para a recaída:

O alcoólico ainda não chegou ao fundo do poço, (2) ele ou ela não estão seguindo o programa espiritual, (3) eles buscaram locais (de consumo de álcool) relacionados a recaída, (4) eles não mudaram seus amigos e colegas, (5) o alcoólico tentou assumir o controle sobre sua vida, (6) o membro não rendeu-se ao alcoolismo, (7) o membro não atendeu o número de reuniões suficientes, (8) Ele ou ela não estavam seguindo o programa, incluindo ler o Grande Livro [da metodologia], seguindo os passos, livrando-se dos pensamentos negativos e dos ressentimentos. (DENZIN, 1997, p. 282).

No Renascer, as explicações para a recaída se assemelham às descritas acima. No entanto, algumas delas se alimentam de explicações relacionadas ao trabalho policial, como voltar a trabalhar na rua ou continuar praticando condutas ilícitas. Além disso, situações nas quais esses indivíduos são expostos a descrédito por parte de terceiros podem contribuir para a recaída.

Retomando o segundo capítulo desse trabalho, Goffman concebe que “o *self* não é uma fortaleza, mas uma pequena cidade aberta e fácil de invadir” (Goffman, 1961), o que aponta para uma plasticidade do *self*. Dessa forma, apesar da situação de “enclausuramento”, o *self* reconstruído também pode ser modificado constantemente dentro e, principalmente, após a saída da clínica.

Para um indivíduo normal, a aceitação social da nossa *identidade social real* já é fundamental. Tratando-se de um indivíduo estigmatizado, que vivenciou uma experiência de mudança em busca de ferramentas de gestão do estigma para aceitação social, os arranjos comprobatórios adquirem ainda mais importância. Ao

⁸⁸ Em Feltran (2008), “(...) a categoria fronteira é mobilizada por preservar o sentido de divisão, de demarcação, e por ser também, e sobretudo, uma norma de regulação dos fluxos que atravessam, e portanto, conectam aquilo que se divide. Fronteiras se estabelecem justamente para regular os canais de contato existentes entre grupos sociais, separados por elas, mas que obrigatoriamente se relacionam” (FELTRAN, 2008, p.27). Em seu estudo etnográfico, o autor apresenta como a primeira entrada em uma instituição socioeducativa de um dos seus interlocutores representa uma transição entre o “mundo social” e o “mundo do crime”. Fazer essa transição implica passar a conhecer as regras que regem o outro mundo e operar de acordo com elas. Acredito que essa definição de fronteira contribui para pensar a saída da vida na “ativa” rumo à situação de “adicto em recuperação”.

passo que fissuras nele podem ser danosas para a manutenção do *self* daquele indivíduo.

No caso de um “adicto em recuperação”, estamos falando em “recaídas”. Nesse sentido, situações de exposição ao descrédito desses indivíduos podem ser fatais para uma nova recaída. Cabe lembrar, aqui, a história do Conselheiro que teria recaído por conta das piadas que ouviu dos colegas sobre a traição de sua esposa. Naquele caso, a exposição pública de um atributo estigmatizante, que é a figura de “corno”, ainda que não estivesse associada diretamente com o uso da substância, levou Pedro a recair.

Neste outro relato – “(...) Eu recaí porque os colegas ficavam me chamando de ganso” –, a explicação dada para a recaída foi a ridicularização dos colegas de trabalho. Mesmo em recuperação, ele continuava a ser jocosamente referido pelos colegas como “ganso”, o que mostrava que, apesar de estar sem usar, ele continuava desacreditado pelas pessoas do seu meio de trabalho.

Por outro lado, quando o indivíduo em recuperação fala sobre suas recaídas anteriores ou tentativas de outras formas tratamento que não foram bem-sucedidas, ele tende a culpabilizar a sua própria falta de comprometimento com o tratamento. São comuns frases como “só vim para dar um tempo”. Elas ocorrem quando esses policiais estão com muitos problemas nas unidades de trabalho e buscam no Renascer como forma de amenizar a situação. Gabriel conta que:

Na Polícia, com um ano, eu já tinha vários atrasos, já tinha falta, devido à perda de controle com a droga. Aí, vim pro Renascer porque eu conheci, fiquei sabendo que é uma doença pela Organização Mundial de Saúde, catalogada incurável e progressiva, só que eu não acreditei. Eu até entendi, mas eu não aceitei como doença. Aí eu já peguei um ponto negativo... sofro de doença, funcionário público, mandado embora eu não vou ser. Eu escutava as pessoas falarem tanto aqui quanto no grupo de AA ou de NA que eu frequentava, que era uma doença que matava desmoralizando, tinha três caminhos: destruição, prisão e morte. Se não matou, ia matar. Se não roubou, ia roubar. Se não vendeu nada, ia vender. Eu não acreditei. Falei: “esses caras são tudo malucos. Eu uso com meu dinheiro, não sou bandido, vou vender o que meu?”. Enfim. Eu saía e voltava a usar. Me safava dos problemas no Batalhão, que eu me internava e voltava tranquilo. Aí esqueciam de mim. **Aí daqui a pouco estava eu usando de novo e volta pro Renascer e tal, eu vinha pra cá de fato pra me esconder, né? Esperto. Vou lá, dou um tempo, dou uma levantada na saúde, e volto a usar depois, normal.**” (Entrevista com Gabriel, grifo da autora).

Não são incomuns relatos como o de Gabriel, já abordamos um pouco dessa questão quando discutimos as motivações de entrada no tratamento. As saídas para

“dar um tempo” são inviáveis porque logo esse policial será novamente um “religioso da droga”. Sua doença compulsiva não permite que ele se mantenha apenas utilizando a substância, sem praticar atos ilícitos ou sem gerar problemas no trabalho. Da mesma forma, é impossível praticar atos ilícitos sem utilizar as drogas. Afastar-se ou aproximar-se da “programação” implica cruzar uma fronteira, pelo menos segundo as práticas discursivas do tratamento.

Quando cheguei à clínica, Wanderson era um dos conselheiros que mais me chamava a atenção. Um garoto novo, alto, forte e bonito, que deveria ter poucos anos a mais do que meus vinte e sete anos na época. Possuía o estereótipo ideal esperado para um policial. Wanderson era muito participativo e um dos conselheiros mais assíduos nas atividades do Renascer. Na ocasião do seu aniversário, cantamos parabéns com bolo, salgados e refrigerante no intervalo do Curso de Conselheiro Estagiário. Os demais conselheiros brincavam que ele era o favorito da coordenação. Wanderson se apresentou por diversas vezes no grupo como um usuário de cocaína.

Alguns meses depois, Wanderson começou a se ausentar. Passei a não encontrá-lo, tanto nas reuniões quanto nas demais ocasiões que eu visitava a clínica para realizar alguma entrevista ou alguma outra atividade planejada. Identifiquei que, nas reuniões, também não se falava mais sobre ele. Um dia, ao término da reunião perguntei para um dos funcionários sobre ele, recebi a seguinte resposta “ih, ele está recaídasso!”.

Confesso que, naquele dia fui, para casa desapontada e preocupada com ele. Pensando no caso com mais cuidado, passei a estranhar a normalidade que estava sendo encarada a ausência de Wanderson. A partir de então, passei a estar ainda mais atenta para a discussão da recaída.

novamente Wanderson, agora com o uniforme que alguns pacientes utilizam. Ele estava de volta ao Renascer.

Wanderson não era a única novidade na clínica. Havia sido formada uma nova turma de Conselheiros Estagiários. No horário que eu costumava frequentar a clínica, acontecia a reunião dos novos conselheiros. Todos eles eu havia acompanhado desde a internação. Agora, eles faziam plantões para cuidar dos pacientes internados. Entre eles, Wanderson, que era Conselheiro Estagiário quando os novos conselheiros estavam internados.

A recaída

O retorno de Wanderson ao Renascer me instigou ainda mais enquanto pesquisadora. Ele não era o primeiro a retornar. Alguns pacientes cheguei a acompanhar duas ou três internações. Ele foi o segundo conselheiro a retornar à condição de paciente durante o campo. Mas porque ele me surpreendeu mais do que o outro?

Acredito que por duas razões. No primeiro caso, que já discuti em outra seção, a recaída foi atribuída à traição e à recepção dos demais conselheiros ao episódio. Nas reuniões de que participei, nem uma vez foi discutido o motivo da recaída de Wanderson. Além disso, o outro conselheiro era tímido e participava pouco das reuniões. Wanderson, diferentemente, sempre foi extremamente participativo, afetuoso com os demais colegas e funcionários, e assíduo com as tarefas que precisavam entregar semanalmente. Acredito que construí simbolicamente Wanderson como o exemplo da recuperação. Tinha grande expectativa de entrevistá-lo, mas a recaída veio primeiro.

Passei a observar o comportamento de Wanderson agora na condição de paciente. Ele passou a participar das oficinas de fotografia que eu realizava. No entanto, seu comportamento estava diferente, inclusive, comigo. Ele passara a se comportar com mais distanciamento e desconfiança, como os demais pacientes, ao passo que os Conselheiros me tratavam de forma mais afetuosa, havia mais diálogo entre nós.

Achei que o retorno de Wanderson à condição de paciente fosse gerar intensas discussões no curso, também não gerou. Evidente que, como passei a acompanhar o novo grupo de conselheiros, não posso afirmar que a situação não tenha sido discutida entre os conselheiros mais antigos, na época, mais próximos dele.

No dia a dia das atividades, Wanderson era tratado como todos os demais pacientes, fato que me chamou bastante atenção sobre a flexibilidade das relações de poder. Ter sido conselheiro anteriormente não gerou nenhum comportamento diferenciado para ele, mesmo quando ele estava sendo vigiado por pessoas que havia vigiado meses antes. Tornar-se um “recaído” fazia com que ele voltasse à “estaca zero” do tratamento. Agora, ele se tornara apenas mais um paciente.

A partir desse caso, passei a entender prática do tratamento que era aprendido e ensinado ao longo do curso dos conselheiros estagiários. Um dos funcionários me explicou que, nessas situações, esses pacientes passam a sentir

inveja dos demais conselheiros e tentam a todo tempo mostrar que sabem mais do que os demais estagiários. Perguntei se não havia um sentimento de vergonha, e ele me explicou que não, porque a recaída era parte do tratamento. Passei a abordar o tema nas entrevistas com os conselheiros também:

Pesquisadora: E quando alguém tem uma recaída? Como você se sente?
 Entrevistado: Bem, hoje eu não tenho dificuldade. Já tive. Porra, como é que é? Caiu, que isso?! Doideira da minha cabeça, quantas vezes eu não recaí? Contadas, foram 11, mas foram muito mais de 11, com certeza. Hoje eu aceito, né? Vejo se eu falei alguma coisa, tento analisar o caso, na maioria, tenho maior facilidade de criar um vínculo de amizade aqui dentro, apesar de dividir, separar a questão do conselheiro e o paciente. O conselheiro só a diferença é que ele vai embora e volta, e estuda. Faz um curso e continua estudando pra poder passar alguma coisa, um conhecimento. Mas eu tento entender o porquê. Não é nem questão de entender o porquê, mas eu tento entender o que eu posso fazer pra ajudar ele? A gente está de fora, de repente a gente vê melhor as coisas, esse cara deixou de ir pro grupo, se tornou intolerante, tem uma série de princípios que se forem feitos, atuar em cima deles, eu vou voltar a usar, é só questão de tempo. Aí eu tento só mostrar porque eu acredito que o exemplo é a melhor forma de se ensinar alguma coisa, eu acredito que seja até a única. Eu sempre falo: Eu continuo voltando, eu continuo me chamando Gabriel, depois eu sou qualquer coisa, menos o Gabriel. Eu fui na reunião, eu evito locais, hábitos e pessoas. Eu penso que assim está funcionando pra mim, cada um funciona de um jeito. Pra mim funciona assim. Quando eu me dediquei, quando eu dei o meu melhor pro programa, funcionou, aí, é só eu ir insistindo a forma de mostrar pra ele, porque é decisão do outro ir lá usar ou não. Eu acredito até que cada um tenha um tempo, mas é uma crença minha, não importa. Porque eu falo: Existe o lugar, pode parar de usar, perder o desejo, controlar uma maneira de viver. **Tem algumas coisas a serem feitas, assim como eu faço pra usar droga. Tem que fazer algum movimento.** Então hoje eu não fico triste, mas não sofro. Eu me entristeço, porque eu sei o caminho que ele está seguindo, mas eu não sofro. (Entrevista com Gabriel, grifo da autora)

Gabriel conta que aprendeu a aceitar a recaída dos amigos, até pela sua própria experiência com as recaídas. Para ele, é preciso estar em movimento tanto para usar a droga, quanto para se manter em recuperação.

Nos encontros do curso de Conselheiro Estagiário, já é discutido o comportamento dos pacientes, de ex-pacientes e dos próprios conselheiros acerca da propensão a recaída. Apesar de propagada como comum dentro do tratamento, nem sempre a recaída é interpretada dessa forma:

Entrevistado: E, aqui, eu conheço todas as falas. E eu não consigo lidar com a fala do cara que a gente sabe que não quer parar e usa o que conhece daqui para recair. Eu, não... não consigo lidar muito bem.

Pesquisador: Como assim usa o que conhece?

Entrevistado: Não, quando diz que isso faz parte da doença, não. Faz parte do tratamento. Ah... recaída é possível. Eu não consigo lidar muito bem

com isso. (...) Eu vou falar... “eu nunca vou recair”. Isso é impossível. Isso é impossível. Mas, se eu pudesse dar uma machadada e internalizar isso na cabeça da pessoa fazer assim: “Mermão, você recai porque você quer. Você quer ir lá usar”. Não vem com esse papo de balela, aí de teoria, aí porque eu não me conheço, aí porque tenho reservas... Eu não consigo lidar muito bem com isso. E quando o cara aprende isso, ele usa isso pro resto da vida. E eu não... consigo entender. (Entrevista com Luis).

Goffman reivindica uma homogeneização do *self* entre os internos das *instituições totais*. Para ele, o *self* reconstruído não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. No Renascer, alguns indicativos apontam nesse sentido, especialmente, quando relacionados às trajetórias dos Conselheiros Estagiários, muitos deles foram apresentados ao longo desse capítulo e do anterior. No entanto, acredito que não é possível pensarmos em um *self* descolado da propriedade da pessoa, visto que também foram apresentados diversos momentos nos quais as percepções dos indivíduos se sobrepuseram ao que era preconizado pelo tratamento, conforme o relato de Luis apresentado acima.

CONCLUSÃO: PARA UMA TEORIA DAS INSTITUIÇÕES REINTERPRETATIVAS

No Brasil, especialmente a partir da Lei de drogas nº 11.343 de 2006, as discussões acadêmicas na área das Ciências Sociais sobre o tema se concentraram, sobretudo, nas análises das distinções legais entre usuários e traficantes. Diversos estudos discutiram a relação entre a nova lei e o aumento vertiginoso da população carcerária, além de demonstrar um viés de raça e classe na classificação entre usuário e traficante⁸⁹. Por outro lado, outros temas relacionados ao uso e aos tratamentos para usuários drogas obtiveram menos destaque. Evidentemente, esses fatores contextuais e seus reflexos compõem o pano de fundo desse trabalho e ajudam a compor as percepções que temos sobre o tema. Entretanto, para o desenvolvimento do presente estudo, busquei centrar as reflexões nas formas de tratamento para o usuário de drogas, especificamente os policiais militares do contexto analisado.

É notório que nem todo usuário de drogas é um “ganso”, tampouco um “dependente químico”. Os trabalhos de Goffman (1980) e Becker (2008) nos ajudam a compreender ambas as categorias dentro de uma perspectiva de um comportamento social, cujo *desvio* e *estigma* são construídos socialmente. Aqui vale lembrar que, apesar de avançar no tema, esse trabalho não pretende esgotar a discussão sobre o uso de drogas entre policiais, uma vez que nem todos policiais são vistos ou, especialmente, veem a si mesmos como um “gambá”, “ganso” ou como um “dependente químico”. Há uma gama de possibilidades de uso e de interpretação do uso de drogas na sociedade e dentro das polícias.

As autobiografias de usuários de crack apresentam maior ênfase nas experiências de sofrimento e relações familiares do que relatos sobre os locais de uso e o envolvimento com o tráfico e polícia (RUI, 2012). A autora, ao pesquisar em ambientes de uso de crack, identificou que nesses *locais*, ao contrário das autobiografias, os interlocutores possuíam mais interesse em abordar questões sobre o cotidiano do local do que rememorar questões ligadas ao passado. A constatação da autora reforça a abrangência que pode haver nos estudos sobre drogas, além de demonstrar como a *escolha narrativa* dos indivíduos pode variar a partir de elementos contextuais.

⁸⁹ Ver mais em Lemgruber e Boiteux, 2014; Campos e Alvarez, 2017.

Apesar de o uso de drogas entre profissionais de segurança pública ser um tema de conhecimento interno entre os policiais, pouquíssimos trabalhos nacionais ou internacionais abordaram essa questão. Entre esses, o uso de drogas foi discutido a partir de uma abordagem quantitativa. Nenhum deles abordava a perspectiva do tratamento, tampouco entrevistas a partir da perspectiva de usuários ou ex-usuários. A ausência de bibliografia sobre o tema fez com que, por vezes, eu buscasse colocar em diálogo literaturas de temas correlatos, tentando compreender esse fenômeno.

Como resultado, a partir das possibilidades e dificuldades encontradas nesse campo de pesquisa, o trabalho avança ao discutir a transição entre ser um “ganso” e se tornar um “dependente químico em recuperação”. Para tal, foram explorados os polos dessa transição, como a gestão⁹⁰ dos *estigmas* e, sobretudo, a forma como o tratamento aborda e reconstrói cada uma dessas questões. Entretanto, uma clínica dentro de uma instituição policial carrega suas peculiaridades. Ao longo desse trabalho, também busquei apresentar empírica e teoricamente algumas delas.

Um dos desafios que a pesquisa com desviantes enfrenta é a acusação de se tratar de uma apresentação distorcida da realidade. A pesquisa com esse público está comprometida em apresentar a realidade que essas pessoas criam por meio de suas interpretações e nos termos de suas ações (BECKER, 2008, p.176).

Portanto, mais do que avaliar o tratamento ou a conduta desses interlocutores, o princípio norteador desse trabalho foi apresentar as tensões existentes entre: o reconhecimento formal da existência de dependência química entre policiais que compõem uma das principais instituições responsáveis pelo combate às drogas. A partir da observação empírica dessa tensão, fiz uma tentativa de explorar o que os dados revelaram de mais interessante.

Partindo do diálogo entre teorias existentes sobre o processo de reconstrução do *self* debatidas nesse trabalho (GOFFMAN, 1968; SCOTT, 2013), em conjunto com o material empírico, pretendo, ao fim, propor o conceito de *instituições reinterpretativas*, em uma tentativa de compreensão do tratamento no contexto analisado. Cabe ressaltar que o conceito nasce do trabalho empírico, mas não se esgota no caso estudado. Acredito que ele possa contribuir na compreensão

⁹⁰ Em referência a *management*, de Goffman (1971).

de outros fenômenos correlatos, bem como no diálogo entre outras tensões relacionadas aos processos de reconstrução do *self*.

O processo de reconstrução adotado no local ensina aos seus adeptos uma forma específica de reportar sua trajetória. Por conta disso, há diversas similaridades entre as histórias aqui apresentadas, tenham sido elas relatadas nas entrevistas ou observadas ao longo do trabalho de campo. O contato com outros trabalhos acadêmicos também apontou similaridades nas histórias reportadas, especialmente entre as instituições que trabalhavam sob a perspectiva dos Doze Passos. Apesar de se tratarem de contextos distintos de um tratamento dentro de uma instituição policial militar, as histórias, os termos, os conselhos proferidos e valores idealizados aproximam “dependentes químicos” policiais de “dependentes químicos” moradores de rua, adultos e adolescentes, de tratamentos realizados em outras partes do mundo.

A homogeneização dos relatos é resultado do efeito normalizador - das histórias e da forma de reportá-las - apreendido como parte do processo terapêutico em uma *instituição reinterpretativa*. Não se trata de uma homogeneização das trajetórias, mas da forma de reportá-las, a fim de criar uma simbiose condizente com o relato das trajetórias de seus pares. A partir do processo de reorganização da trajetória passada, apresenta-se um novo reportar do *self* como forma de gerenciamento do *estigma* e de projeção de um futuro em que esse *estigma* será mitigado.

Propondo uma reflexão a partir do termo que intitula esse trabalho, da mesma forma que existe, entre os policiais, uma tentativa de homogeneização do “ganso”, através de um único o termo pejorativo utilizado para se referir ao estereótipo do traficante e do “viciado” em drogas, seja ele um policial ou não. Existe uma tentativa de homogeneização institucional do dependente químico, que, a partir de respaldo científico, propõe um rótulo comum a essas pessoas, independentemente da substância de que fazem uso.

Podemos compreender por *instituições reinterpretativas* uma proposta de reinterpretação da trajetória relacionada ao processo de reconstrução do *self*. Através de um processo de *asepsia moral*, as trajetórias desses indivíduos são reinterpretadas por eles mesmos, a fim de criar uma história condizente com as premissas defendidas pela instituição em questão. Esse processo cria não apenas histórias comuns, mas formas comuns de reportá-las. Cinco apontamentos

principais auxiliam na composição do conceito: as justificativas para a busca da instituição (ou engajamento), a concepção de *estigma* adotada, as relações de poder entre ator e receptor da reinterpretação, a *carreira moral* do sujeito a partir do engajamento, e as resistências e conversões ao longo deste processo.

No caso empírico apresentado, esses apontamentos são respectivamente: as motivações de entrada; a concepção de Dependência Química adotada nessas propostas de tratamento; as relações de poder entre pacientes e *staff*; a *carreira moral* do paciente, a compulsão e a (re)construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação; e, as resistências e conversões dos indivíduos envolvidos no tratamento.

O primeiro apontamento trata das motivações e intenções que justificaram a busca pela instituição. Atenta-se às explicações acionadas a partir das experiências individuais e/ou influências de terceiros para justificar a necessidade de busca por aquela instituição (tratamento, método, etc.). O objetivo é compreender o que aquelas pessoas buscavam encontrar naquele local, ou ainda o que elas aprenderam a acionar como o que elas buscavam. Aqui, há ainda uma expectativa de compreender se na entrada havia uma intenção de mudança e/ou adesão à proposta, ou a entrada foi motivada por outros interesses que não o aprimoramento individual.

No contexto da clínica, o primeiro apontamento diz respeito ao que move um policial a adentrar uma forma de tratamento tal como proposto na clínica. Afastar-se das atividades laborais, perder o porte de arma e poder ter seu *estigma* exposto perante seu comandante e os colegas (nos casos em que ele ainda não havia sido exposto previamente). Ao contrário de uma busca por aprimoramento individual ou a internação involuntária, por diversas vezes, as explicações de entrada se relacionavam a uma escolha consciente frente à opção que parecia mais adequada dentro das perspectivas possíveis, sejam elas incentivadas por terceiros ou fruto de um desejo de mudança pelos próprios policiais. Por isso, faz-se preciso entender não apenas o que é acionado como motivação, mas ainda a intenção.

No segundo apontamento, há um esforço de compreensão da concepção de *estigma* adotada. Aqui, o esforço empreendido foi o de assimilar a construção social do *estigma*. Busca-se compreender as bases sob as quais o *estigma* se justifica, e, a partir delas, as possibilidades de gestão cabíveis.

No caso empírico, o segundo apontamento aborda a concepção de dependência química adotada no local. Vale lembrar a motivação de reestruturação do tratamento: a necessidade de uma abordagem psicopedagógica para além da medicamentosa. Aqui, existe uma simbiose entre duas perspectivas aparentemente contraditórias. Uma delas versa sobre o uso de medicação e internação para conter o uso de drogas, ao passo que a segunda atribui ao comportamento o uso de drogas, tendo como fonte inspiradora um método que em sua gênese não adota internação, nem administração de medicamentos. Ambas perspectivas vão tentar transferir do indivíduo a tutela do seu uso de drogas: uma para o controle estritamente médico, e a outra para o controle comportamental, através de um processo de mudança tutelado por um “poder superior”.

O terceiro apontamento versa sobre as relações de poder estabelecidas entre o ator e o receptor. É preciso compreender quem ocupa esses papéis, e como as formas de sujeição ou de exercício do poder são experienciadas por cada um deles.

No Renascer, como pesquisadora com vivências e experiências de pesquisa na Polícia Militar, meu primeiro questionamento acerca desse ponto foi: Como pensar em um processo de recuperação entre pares dentro de uma instituição hierarquizada, dividida entre oficiais e praças? Aqueles que têm familiaridade com instituições militares conseguem conceber o quão incomum é um sargento atender ordens de um soldado; um policial oficial atender aos chamados de um policial praça é ainda mais impensável. Seria um indício de que o tratamento se sobreponha aos valores institucionais? Por outro lado, conforme foi debatido ao longo desse trabalho, o oficialato acessa muito pouco o tratamento, mas, quando chegar, precisará se submeter ao mesmo processo de tratamento.

Ao mesmo tempo, a clínica é regida sobre os princípios e o Regulamento Disciplinar da Corporação, como os demais serviços de saúde. O quadro de saúde é composto por oficiais. Todo o processo burocrático de entrada e saída da clínica, concessão ou suspensão de licenças de saúde, precisa atender aos mesmos procedimentos. Em suma, há duas relações de poder sobrepostas, uma composta pelos pares, que se alimenta na perspectiva dos Doze Passos e outra oriunda do militarismo. O resultado é uma flexibilização de regras, dificilmente concebida dentro em outros espaços da Polícia Militar.

A negociação entre essas duas lógicas costuma operar melhor no interior da clínica do que para além dos seus muros. As formas de represália ou retaliação que

esses “adictos em recuperação” podem sofrer ao retornarem para os seus locais de trabalho indicam que, muitas vezes, a aceitação daquele policial como um dependente químico e os esforços em tornar esses indivíduos creditáveis novamente não extrapolam o contexto da clínica.

O quarto apontamento, central para a defesa das *instituições reinterpretativas*, diz respeito à *carreira moral*. Um aspecto importante de qualquer carreira é a construção que a pessoa faz quando olha retrospectivamente para o seu progresso. Ao se referir aos aspectos morais de uma carreira, interessa a sequência regular de mudanças que a carreira provoca no *self* das pessoas e em seu esquema de imagens para julgar aos outros e a si mesmo. No caso das *instituições totais*, compete a estas demonstrar minuciosamente como a versão institucional sobre a carreira, o passado e o caráter dos seus frequentadores, é muito melhor do que a versão que ele possuía antes de dar entrada no local (GOFFMAN, 1980, p.112).

A partir dos esforços de despersonalização preconizados pelos rituais de entrada, tem-se início o processo reinterpretativo. O passo seguinte é a conscientização da doença da dependência química e, conseqüentemente, do comportamento compulsivo. Em suma, o tratamento vai operar no sentido de reinterpretar o passado e o presente, e o projetar o futuro daqueles que se engajarem adequadamente a ele. É através dele que o indivíduo aprenderá a reportar sua trajetória de forma compatível com a de um “adicto em recuperação”.

É evidente que as trajetórias dos interlocutores desse trabalho carregam peculiaridades. No entanto, alguns momentos comuns reforçam a reinterpretação da carreira dessas pessoas. As narrativas apresentadas contemplam basicamente quatro momentos da carreira moral desses policiais: (a) memórias reconstruídas de autopercepção enquanto um indivíduo adicto e compulsivo; (b) a carreira de uso efetivo da substância; (c) a exposição do estigma e a transição para um indivíduo desacreditado; e (d) as soluções adotadas para enfrentar o estigma.

Além dos momentos, é preciso ter atenção aos motivos que são acionados como justificativa para a transição entre cada um deles. O estabelecimento de uma linearidade entre esses momentos foi uma criação analítica a partir das entrevistas e das experiências em campo, nem sempre sendo apresentada desta forma. Além disso, nas trajetórias, não há uma transição linear entre cada um desses momentos,

eles podem se entrecruzar, bem como alguns momentos podem se sobressair mais do que outros.

O primeiro deles é a conscientização enquanto um indivíduo “adicto” ou “compulsivo”, que pode acontecer anteriormente ao contato com a substância. Aqui, o indivíduo é levado a interagir com a proposta da instituição. Espera-se que, a partir de um elemento da sua biografia, ele encontre o que a instituição espera dele.

Fontainha, Nunes e Franco (2015), ao estudarem um Núcleo da Defensoria Pública para atender pessoas superendividadas, destacaram como é esperado dessas pessoas o acionamento de gatilhos necessários para diagnosticar um comportamento e justificar o acesso àquele serviço, “a busca pelo fator gatilho do excesso de dívida desloca-se do caráter empírico do fenômeno e se situa no universo do patológico, dada a necessidade de construção de significados para a situação” (FONTAINHA, NUNES E FRANCO, 2015, p. 108)

De forma semelhante, para acessar uma clínica para dependentes químicos - especialmente no contexto laboral - é necessário construir significados que justifiquem a situação. No caso do Renascer, o fator gatilho seria a identificação da adicção a partir episódios que já apontassem para um comportamento adicto. Um exemplo claro é o menino “adicto” que não conseguia parar de jogar bola, apresentando desde cedo um comportamento diferente dos demais colegas. Nesse momento, os atributos de comportamento degradados serão reinterpretados como constitutivos da personalidade de um “adicto”. Também podem ser acionadas explicações acerca da disfuncionalidade familiar. Trata-se de convencer que existe um desvio comportamental para além do uso da substância, associado a disposições físicas e/ou hereditárias que justifiquem a necessidade do tratamento.

O segundo momento começa com o início da carreira de uso da substância, geralmente durante a adolescência ou a juventude. Essa fase da *carreira moral* se apresenta como a falta de limites, novamente justificada por uma família desestruturada que contribuiu para criar as condições necessárias para o início na trajetória “da ativa”. Aqui, reside ainda o que foi apresentado ao longo desse trabalho como uma “lua de mel” com a substância: todos os ganhos que o uso pode trazer, as experiências compostas por uma glamourização de poder, acesso a mulheres e demais elementos que simbolizassem virilidade, enquanto homens e policiais.

Ao longo do processo de reconstrução do *self*, quanto mais os valores morais do passado se afastam dos valores do presente, a expressão triste dos acontecimentos históricos de uma trajetória se torna cada vez mais adequada (GOFFMAN, 1971, p.129). Quando um “adicto” reporta sua vida pregressa ao tratamento, cria-se a sensação de que, somente a partir da redenção da entrada em recuperação, sua trajetória passa a ser composta por bons episódios. Ao passo que antes, mesmo as boas experiências, como a “lua de mel” com a substância, foram boicotadas por suas falhas de comportamento. Ficando certo que os adjetivos que remetem a experiências boas ou ruins são expressões nativas de uma paleta moral da reinterpretação.

Já o terceiro momento, geralmente associado ao “fundo do poço”, aborda um ponto fundamental da trajetória de um indivíduo portador de um estigma: a visibilidade pública, uma transição importante perante o meio social. O processo de reinterpretação ajuda o indivíduo a eleger um ponto de inflexão a partir do qual ele não foi mais capaz de manejar seu *estigma*. Esse momento pode estar relacionado abertamente a um episódio público ou quando o indivíduo vê sua credibilidade ameaçada. A entrada na clínica acontece nesse terceiro momento, aparecendo como uma possibilidade de gestão do *estigma*.

A reinterpretação permite, ainda, que, caso o indivíduo recaia e decida retornar o tratamento, o “fundo do poço” seja novamente revisitado. A recaída demonstrou que aquele indivíduo não estava suficientemente preparado para a recuperação. Seu comportamento manipulador estava apenas tentando manejar os problemas que a adicção estava causando naquele contexto. Considerando que o risco da recaída está sempre presente, o processo de reinterpretação é contínuo, podendo ser aprimorado à medida que o indivíduo se familiarize com o tratamento.

O quarto momento, definido como as soluções adotadas para enfrentar o estigma, inicia-se a partir do engajamento do indivíduo ao tratamento. Ele pode variar de acordo com a pré-disposição do indivíduo a aceitá-lo e deve acompanhá-lo por toda a vida, caso ele deseje realmente se manter em recuperação. Aqui, o indivíduo já está consciente do seu diagnóstico, seu estigma e sentença de vida. Ao longo dos cerca de 35 dias de internação, ele precisará ser convencido das semelhanças existentes entre a sua trajetória e a dos demais “adictos” que partilham não apenas daquele espaço, mas também daquela doença. Nesse momento, ele deve aprender a se portar como um policial militar dependente

químico e reportar sua trajetória como é esperado que seja realizado. Para tal, terá a sua disposição o método dos Doze Passos, o aconselhamento de um grupo de policiais que passaram pelo mesmo processo e um amparo institucional capaz de fornecer medicamentos e licença médica ao longo do processo.

Ao discutir a *carreira moral* dos indivíduos, Goffman se dedica à fase pré-paciente e paciente. Neste trabalho, busquei demonstrar a importância da fase pós-internação. Vale ressaltar que o contexto analisado pelo autor se difere consideravelmente do analisado por mim. A curta duração da internação e a expectativa de retorno ao trabalho ampliam a importância da continuidade da adesão ao tratamento após a saída da clínica. As barreiras com o mundo externo contribuem significativamente para o esvaziamento do antigo *self* em detrimento do novo. Pode-se dizer que a proposta de reconstrução da carreira se inicia na internação, porém não se esgota ali, pois precisará ser recorrentemente trabalhada. Caberá ao indivíduo a tarefa de se manter sob esses novos valores para além dos muros da clínica. Enfrentar novamente os ambientes anteriores, evitá-los sempre que possível, manter-se buscando o contato com os pares e, principalmente, seguindo os comportamentos esperados.

O *self* não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam (GOFFMAN, 1971, p.142). Os “adictos em recuperação” precisarão de novas confirmações sobre a visão que as pessoas têm deles mesmos. Em outras palavras, se a sua transição entre ser um “ganso” e se tornar um “adicto em recuperação” foi bem-sucedida. No contexto da clínica, torna-se mais fácil controlar essa propriedade. Externamente, estar em recuperação dependerá ainda das confirmações que esse indivíduo encontrará em casa ou no seu local de trabalho. Igualmente importante será as confirmações entre seus pares.

O percorrer de cada um dos Doze Passos oscila entre a responsabilização e desresponsabilização dos indivíduos, processo que acaba por ajudar no engajamento ao tratamento concebendo graus de agenciamento a essas pessoas. Os reforços positivos operam no sentido de aquele indivíduo, anteriormente estigmatizado, recuperar a possibilidade da vida em sociedade. No entanto, esse agenciamento precisa ser limitado. Os passos que recordam a ação do poder superior, a necessidade de se manter engajado e “fanático à programação” reforçam que só será possível manter o crédito social reconstruído se mantendo

naquele caminho previsto. Não há espaço para desvios, outras formas podem ser fatais no retorno a condição degradada. Assim como o antigo, este novo *self* poderá ser reconstruído a qualquer momento.

O quinto apontamento trata das resistências e conversões dos indivíduos ao longo do processo, tendo agenciamento como um elemento fundamental. Busca-se compreender a postura dos indivíduos diante desse processo, a partir da conversão e das resistências apresentadas ao longo dele.

Na clínica, esse processo foi analisado, sobretudo, através da perspectiva dos Conselheiros Estagiários. Assim como existem diversos perfis de policiais usuários de drogas, existem diversos perfis de policiais dentre os que acessam o tratamento. Nem todos se tornam um Conselheiro Estagiário. Assumir esse papel é uma das possibilidades de maior prestígio para um policial recém-saído da clínica. Será atribuído ao conselheiro uma credibilidade que ele não alcançará em outros locais de trabalho, especialmente, enquanto tiver restrição ao porte de armas e ao “trabalho de rua”.

Além de metodologicamente serem mais acessíveis pela presença mais prolongada nas atividades da clínica, sob a perspectiva da análise do tratamento, os conselheiros simbolizam o maior engajamento à proposta apresentada, engajamento esse que depositou sobre eles a confiança para “ser convidado a subir”. Ademais, por frequentarem o curso de formação, estão ainda mais expostos ao conteúdo proposto. Também experienciam a responsabilidade de orientarem o tratamento de outras pessoas, inspirar e utilizar o sucesso do próprio tratamento como ferramenta de convencimento no tratamento daqueles que ainda estão ingressando. A trajetória reportada pelos conselheiros precisa estar ainda mais convincente e adequada aos valores propagados pelo tratamento.

Apesar disso, os conselheiros também estão sujeitos a recair. E essas recaídas também são interpretadas como mais um reforço dos passos: todo “adicto” poderá recair. O exame coletivo - realizado pelo próprio indivíduo, os funcionários, os conselheiros e os pacientes - das escolhas desses indivíduos será responsável por encontrar o motivo para a recaída. As recaídas também cumprirão o papel de mostrar aos demais como qualquer deslize esperado no tratamento poderá representar um retorno à condição de “ganso”.

O momento de recaída pode ser entendido a partir de uma perspectiva dupla. Uma como resistência, confirmando que o agenciamento dos indivíduos perante o

tratamento, indicando que, ao contrário de uma “lavagem cerebral”, o indivíduo pode escolher entre permanecer ou não. E a outra como reforço do tratamento, quando ao adentrar novamente na clínica, ela possa ser reinterpretada sob uma perspectiva de falta do engajamento necessário.

A recaída é uma construção da instituição, tanto que ela se dissocia de uma conduta específica - no caso, o uso ou não da substância - rumo a um conjunto de comportamentos. Extrapolando esse contexto empírico, é preciso entender o significado da recaída dentro da *carreira moral*. Não se trata apenas de um retorno à situação passada, mas representa um retorno à prática de um comportamento interdito. A vigilância constante de si e dos demais é a forma de se afastar de recair.

A recaída não é a única forma de resistência. As desistências ou a realização da internação apenas para a fornecer uma resposta à visibilidade do *estigma* também podem ser interpretadas nessa direção. A resistência ao tratamento pode ocorrer ainda quando a forma de reportar não abrange todos critérios de forma esperada, como no caso da diferenciação entre os “gansos” e os “gambás”, explorado no quinto capítulo.

As reflexões acerca do agenciamento foram uma das questões que motivaram esse trabalho. As experiências em campo me levavam constantemente a pensar sobre qual era o lugar ocupado pelo indivíduo ao longo desse processo. Em quais momentos era possível captar algo do indivíduo anterior ou diferente daquilo que o tratamento buscava construir.

No que tange ao agenciamento, dentro da perspectiva das *instituições reinterpretativas*, alguns elementos podem ser pontuados. Em primeiro lugar, a velocidade da nova matriz interpretativa em comparação com as *instituições totais*. Indivíduos expostos em um curto prazo ao tratamento já apresentam uma conversão ao tratamento a partir da autonomia. O processo de reinterpretação ensina para quem e de que forma o indivíduo pode orientar o gerenciamento do seu *estigma*. Concomitantemente, ele alerta que esse agenciamento não poderá atingir o mesmo nível dos indivíduos *normais* (GOFFMAN, 1980). Fatores externos ao indivíduo sempre o separarão da *normalidade* e da capacidade de tomar decisões consideradas corretas. O indivíduo está dirigindo seu processo de reconstrução, mas consciente das limitações - biológicas e comportamentais - que seu diagnóstico carrega.

Na prática, a dependência química operará como uma doença física, pois se trata de um *estigma* que o indivíduo precisará manejar ao longo da vida toda. A apresentação do *estigma* antes que outros possam fazer um julgamento moral daquele indivíduo é uma das formas adotadas para gerir esse *estigma*. Antecipa-se a informação de modo a apresentá-la como estando sob controle. Vale lembrar do jargão tradicionalmente repetido por um “adicto em recuperação”: “estou limpo há x dias, y anos”.

No que tange ao entrelaçamento entre o tratamento e a Polícia Militar, vemos que as premissas de hereditariedade e compulsão operam um descolamento entre o uso de drogas e a atividade laboral. Mais do que as rotinas estressantes, o ambiente de trabalho inóspito e a constante exposição à violência, atributos individuais ganham força para explicar o problema com o uso de drogas. Recai sobre a instituição a incapacidade de não ter escolhido policiais que não fossem portadores da dependência química. Em suma, esvazia-se o argumento do uso de drogas relacionado à exposição à violência, em detrimento do argumento de uma doença individual.

Ao mesmo tempo, o tratamento apresenta uma solução para os comandantes lidarem com os que estavam apresentando conduta inadequada com a esperada/aceita para um policial. Para o policial, uma oportunidade de tratamento que pode culminar em não ser expulso da corporação. Portanto, pode congrega os interesses de ambos atores.

A partir das *instituições reinterpretativas*, pretendo inferir ainda sobre a possibilidade de um sincretismo entre moralidades distintas: no Renascer, as de cunho científico e religioso, oriundas dos Doze Passos; as institucionais, oriundas do militarismo; e as construções sociais acerca das drogas. Os fins institucionais do Renascer são, basicamente, criar um indivíduo com um comportamento adequado para o retorno às atividades enquanto policial. Na prática, a interpelação entre essas distintas moralidades extrapola o que compete ao desempenho das funções policiais, e compõe uma moral que pretende passar a regular toda a vida desse indivíduo. Por conta disso, ao sair do tratamento, o indivíduo não será apenas um “adicto em recuperação”, mas, sim, um policial militar “adicto em recuperação”.

Ao longo do tratamento, ele aprenderá como sua *carreira moral* se entrelaçou com a carreira profissional. Considerando que elas continuarão entrelaçadas no futuro, essa condição precisará orientar suas escolhas no que tange aos locais e

tipos de trabalho, às pessoas que estarão nesses locais e às condutas profissionais que devem ser estimuladas ou evitadas para um policial militar “adicto em recuperação”.

Ao mesmo tempo, a falta de procedimentos e, sobretudo, da adesão aos procedimentos existentes na Polícia Militar faz com que o trabalho policial de cada unidade seja influenciado pela postura dos oficiais que estão no comando. Dessa forma, o indivíduo poderá não encontrar em outros locais de trabalho o suporte que é oferecido para ele no cotidiano da clínica. Via de regra, esse policial encontrará descrédito e desconfiança, especialmente enquanto não tiver a aptidão para o “serviço de rua”. Esse ponto torna a transferência para a clínica ainda mais atraente para os conselheiros estagiários, visto que, naquele espaço, seu *estigma* não será experienciado da mesma forma que nos demais locais de trabalho.

Portanto, caberá a esses conselheiros buscar sua transferência efetiva para a clínica ou convencer os seus comandantes sobre seu processo de transformação, apontando que ele é um novo policial disposto, finalmente, a “servir e proteger”. Ao mesmo tempo, ele precisará “servir e proteger”, assegurando-se dos valores e condutas que aprendeu no tratamento, que, a depender do local de trabalho, podem ser conflituosos com o desempenho de algumas funções.

Por meio das *instituições reinterpretativas*, proponho a possibilidade de fornecer uma explicação sociológica para o gerenciamento organizado do comportamento desviante, através do oferecimento de um programa reinterpretativo, que parte das trajetórias dos indivíduos e fornece a proposta de uma nova forma de gerir a sua carreira (moral). Agora, caberá a esses policiais “adictos em recuperação” fazer o cálculo (*account*) e a gestão (*management*) de todas essas moralidades - pessoal, social e institucional - para “se manterem em recuperação” ou retornarem para a vida da “ativa”.

Por fim, é também necessário mitigar a pretensão da gênese de um novo conceito, o que se traduz em uma minha tentativa de oferecimento não apenas de um conhecimento sobre o Renascer, de informações e descrições sobre uma atividade específica e contextual da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro ou sobre o uso de drogas entre profissionais de segurança pública. Apresento, ainda, as *instituições reinterpretativas* como possibilidade para formulação de hipóteses para casos análogos. Evidentemente, e como qualquer conceito, não se trata de um trabalho finalizado, mas de uma tentativa inicial de compreensão da multiplicidade

de elementos que compõem o mundo social a partir de um caso específico, com diálogos possíveis em outros contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERNAZ, E. R. **Na fronteira entre o bem e o mal: Ética profissional e moral religiosa entre policiais militares evangélicos cariocas**. Caderno CRH, v. 60, p. 525–539, 2010.

ALZUGUIR, F. V. **A carreira moral da vergonha na visão: De homens e mulheres “alcoólatras”**. Physis, v. 24, n. 1, p. 11–24, 2014.

ANTUNES DE CAMPOS, E. **Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos**. v. 13, n. 131, p. 103–124, 2009.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto 6.579 de 05 de março de 1983. **Regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: 1953.

AVERY, J. **Down and Out in Atlantic City**. ANNALS AAPSS, v. 642, p. 139–151, 2012.

BARKER, E. **The making of a Moonie: choice or brainwashing?** 1. ed. Oxford: Blackwell, 1989.

BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis: Drogas e Juventude Pobre no Rio de Janeiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Outsiders: Estudos de sociologia do desvio**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. **The Politics of Presentation: Goffman and Total Institutions Society for the Study of Symbolic Interaction**. Source: Symbolic Interaction, v. 26, n. 4, p. 659–669, 2003.

_____. **Falando da sociedade: ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism Perspective and Method**. 1. ed. New Jersey: University of California Press, 1984.

BOITEUX, L. **Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas**. Revista Jurídica da Presidência, v. 11, n. 94, p. 01-29, 22 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816, 30 de abril de 2002. Gabinete do Ministro.

BURNS, T. **Erving Goffman**. 1. ed. London: Routledge, 1992.

CAMPOS, M. D. S.; ALVAREZ, M. C. **Pela metade**: implicações do dispositivo médico-criminal da “Nova” Lei de Drogas na cidade de São Paulo. *Tempo Social*, v. 29, n. 2, p. 45, 2017.

CARDOSO, R. **Só por hoje**: um estudo sobre narcóticos anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. [s.l.] Universidade Federal Fluminense, 2006.

CARDOSO, I.; NUMMER, F. **Estigma e Adoecimento na Polícia Militar do Pará. Política & Trabalho**, v. 49, p. 227–245, 2018.

CHARON, J. **Symbolic Interactionism**: An Introduction, An Interpretation, An Integration. 9. ed. London: Pearson Prentice Hall, 2007.

CONSTANTINO, P.; SOUZA, E. R. DE; MINAYO, M. C. D. S. **Missão prevenir e proteger**: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

COSTA, P. A. B. DE O. **Quando a gansóloga sou eu** : Uma etnografia sobre as práticas dos policiais militares no Rio de Janeiro Quando a gansóloga sou eu : Uma etnografia sobre as práticas dos policiais militares no Rio de Janeiro. 2018. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais e Jurídicas)- Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

COSTA, S. H. N. et al. **Prevalência do uso de drogas psicotrópicas em unidades da polícia militar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1843–1849, 2015.

CRUZ, F. N. **Unidos pela desconfiança**: Polícia Militar e Juventude um relacionamento complicado Rio de Janeiro. 2015.114f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

DENZIN, N. K. **The Alcoholic Society**: Addiction & Recovery of the Self. 3. ed. New Jersey: Transaction Publishers, 1997.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. In: *Pensadores*. 2ª edição. Abril Cultural, p.1-59, 1983

FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. 2008. 363f. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências Sociais)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2008.

FERREIRA, C. A. **Análise pericial do padrão de consumo de álcool em policiais e seus fatores de risco**. *Especialize*, v. 1, n. 5, p. 1–20, 2013.

FONTAINHA, F. C., NUNEZ, I. S.; FRANCO, P.A. **O superendividamento em ação: Uma Etnografia no NUDECON/RJ**. In: Superendividamento no Brasil - Coleção FGV Direito Rio, p.71-112, 2015.

FRASER, S. **The future of 'addiction'**: Critique and composition. *International Journal of Drug Policy*, v. 44, p. 130–134, 2017.

FROIS, C. **A Sociedade Anónima. Identidade, Transformação e Anonimato nas Associações de 12 Passos**. [s.l.] Universidade de Lisboa, 2007.

GIDDENS, A. **Social Theory and Modern Sociology**. 3. ed. Cambridge: Polity Press, 1997.

GOFFMAN, E. **The presentation of self in everyday life**. Edinburgh: University of Edinburgh Social Sciences Research Centre, 1956.

_____. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. London: Penguin Books, 1963

_____. **Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates**. London: Penguin Books, 1971.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GROBLER, L. **Crossing the line: when cops become criminals**. 1. ed. Johannesburg: Jacana Media, 2013.

HART, C. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

IPEA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras**. Brasília: [s.n.].

JUNAAB. **Os Doze Passos e As Doze Tradições**. 12. ed. São Paulo: JUNAAB, 2005.

LEAL, C; PEREIRA, I; MUNTEAL, O. **Sonho de uma polícia cidadã: Coronel Carlos Magno Nazareth Cerqueira**. 1. ed. Rio de Janeiro: NIBRAHC, 2010.

MAGALONI, B; CANO, I. **Determinantes do uso da força policial no Rio de Janeiro**. 1.ed. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2016.

MANGUEIRA, S. DE O.; LOPES, M. V. DE O. **Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 1, p. 149–154, 2014.

MANNING, N. **The therapeutic community movement: Charisma and Routinization**. 1. ed. London: Routledge, 1989.

MANNING, P. **Erving Goffman and Modern Sociology**. Cambridge: Polity Press, 1998.

MINAYO, M. C. de S.; ADORNO, S. **Risco e (in)segurança na missão policial**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 585–593, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

MINAYO, MCS., SOUZA, ER., and CONSTANTINO, P., coords. **Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 328 p.

MINGARDI, G. **Tiras, gansos e trutas: cotidiano e reforma na Polícia Civil**. 1. ed. São Paulo: Scritta Editorial, 1992.

MIRANDA, D. **Porque os policiais se matam?** condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. 146. ed. Rio de Janeiro: MÓRULA, 2016.

MISSE, M. **Crime organizado e crime comum no Rio de Janeiro: diferenças e afinidades**. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. vol.19, n.40, pp.13-25, 2011.

MONJARDET, D. **O que faz a polícia?: sociologia da força pública**. 325. 1.ed. São Paulo: Edusp, 2012.

MOURÃO, B. **A face feminina das UPPs**. In: JUSTIÇA E DROGAS : como anda nossa democracia. 1. ed. Rio de Janeiro: CESeC, 2016. p. 165–193.

MUNIZ, J. DE O. **“Ser policial é, sobretudo, uma razão de ser”**: Cultura e Cotidiano da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. 1999. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Universidade Cândido Mendes, 1999.

MYERS, N. L. **Recovery’s Edge: An ethnography of mental health care and moral agency**. 1. ed. Nashville: Vanderbilt University Press, 2015.

Narcóticos Anônimos. Brasil: NAWS, 2015.

NATALINO, M.A.C. Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, M.P.G. **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p.37.60.

NIZET, J.; RIGAUX, N. **A sociologia de Erving Goffman**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

NUNES, M. C. **Firmes nos propósitos: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas**. 2016. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

OBERLING, A. F. **Maconheiro, dependente, viciado ou traficante?**

Representações e práticas da Polícia Militar sobre o consumo e o comércio de drogas na Cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Antropologia)- Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2011.

OMENA, L. e ALVES, C.F.O. **Saúde do trabalhador:** o alcoolismo como sintoma do sofrimento dos Policiais Militares de Alagoas. Artigo (Pós-graduação em Ciências da Saúde). Universidade Estadual de Alagoas, 2007.

PARKINSON, S.; WOOD, E. **Transparency in Intensive Research on Violence:** Ethical Dilemmas and Unforeseen Consequences. p. 22–27, 2015.

PICCOLO, G. M.; MENDES, E. G. **Dialogando com Goffman:** contribuições e limites sobre a deficiência. *Póiesis Pedagógica*, v. 10, n. 1, p. 46–63, 2012.

POLICARPO, F. **O consumo de drogas e seus controles:** Uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil e de San Francisco, EUA. 1. ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2016.

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Boletim da Polícia Militar n.º 056- 21/10/2004.** Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Boletim da Polícia Militar n.º 034- 20/02/1987.** Rio de Janeiro, 1987.

PONCIONI, P. **Identidade Profissional Policial.** In: Crime Polícia e Justiça no Brasil. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2014. p. 503–510.

RUI, T. **A inconstância do tratamento:** No interior de uma comunidade terapêutica. *Dilemas (Rio de Janeiro)*, v. 3, n. 8, p. 45–73, 2010.

RUI, T. **Corpos Abjetos:** etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2012.

SANDERS, J. M. **Women in Narcotics Anonymous:** Overcoming Stigma and Shame. New York: Palgrave Macmillan, 2014.

SCHEEF, T. J. **Goffman Unbond!** A New Paradigm for Social Science. 1. ed. London: Routledge, 2006.

SCOTT, S. **Total Institutions and Reinvented Identities.** 1. ed. New York: Palgrave Macmillan, 2011.

SCOTT, J; MARSHALL, G. career. **Oxford Dictionary of Sociology.** 4 ed. Oxford University Press. New York, 1998. p.11

_____. Moral Career. **Oxford Dictionary of Sociology.** 4 ed. Oxford University Press. New York, 1998. p.66

SILVA, C. C. R. **A aliança entre Justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda.** In: A violência na berlinda. 1. ed. Rio de Janeiro: Contracapa, Faperj, 2014. p. 13–36.

SOUZA, E. R., SCHENKER, M., CONSTANTINO, P., & CORREIA, B. S. C. (2013). Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 667-676.

SOUZA, L.C.; NUNES, M.C. **Refazer sujeitos:** uma etnografia sobre comunidades terapêuticas e seus objetivos. In: *Drogas: Perspectivas em Ciências Humanas*. 1.ed. São Paulo: Terceiro Nome, 2018. p.19-38.

VELHO, G. **Nobres & Anjos:** Um estudo de tóxicos e hierarquia. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008.

WALLACE, S. **Total Institutions.** 2. ed. New York: Routledge, 2017.

WRIGHT MILLS, C. **Ações situadas e vocabulários de motivos.** *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 15, n. 44, p. 10–20, 2016.

ZANETIC, A. et al. **Legitimidade da polícia:** segurança pública para além da dissuasão. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 16, n. 4, p. 148, 31 dez. 2016.

ANEXO A- Publicação em Bol PM n.º 056 - 21 Out 2004.

CENTRO DE REABILITAÇÃO RENASCER. Pioneiro no Brasil no tratamento da Dependência Química, em todas forças militares e forças auxiliares. Localização: 6º andar, prédio velho, HCPM – fone: 3399-2506.

Origem: No Centro de Reabilitação de Adictos Químico (CRAQ), criado em 20 de fevereiro de 1987 – Bol PM nº 34, nota nº 43 do EM em junho de 1992 foi reformulado, oferecendo programa mais abrangente, com assistência medicamentosa e psicopedagógica.

Cliente: O Centro de Reabilitação Renascer existe para atender a população policial militar da ativa ou reformados e a seus dependentes que sejam portadores da Doença Dependência Química (reconhecida pelo O.M.S desde 1952).

JUSTIFICATIVA: A Dependência Química é uma doença e como tal deve ser compreendida e tratada. O crescente número de Policiais Militares portadores da patologia. As implicações de origem pessoal, familiar, social, profissional e financeira decorrentes da doença. A corporação necessita da capacidade laborativa sadia de seu efetivo.

Tipos de Atendimento:

Ambulatorial – as terças feiras de 8:00 às 12:00h no Ambulatório de Psiquiatria, HCPM.

Internação – nas enfermarias do Renascer – Feminina com 04 leitos e Masculina com 13 leitos. Prevenção Primária – O Renascer conta com equipe especializada no tratamento da Dependência Química que visita as Unidades da PMERJ fazendo palestras informativas sobre as drogas e sobre sua ação no cérebro, visando alertar jovens usuários. Tais palestras são agendadas por telefone, mediante convite da Unidade.

Critérios de Internação:

A internação é voluntária. O paciente poderá se apresentar espontaneamente para consulta ou com papeleta da P-1 ou com ofício de sua Unidade no ambulatório de Psiquiatria de segunda as sextas feiras de 8:00 às 12:00h.

A internação só se processará quando o paciente apresentar condições clínicas e psíquicas para acompanhar a programação psicopedagógica oferecida.

Pacientes com outras patologias psiquiátricas, que não sejam a Dependência Química, não poderão internar-se no Renascer.

Não será permitida a internação de menores de 18 anos.

Quando solicitado, os pacientes internados em outras clínicas do HCPM, receberão a visita de um membro da equipe do Renascer para avaliação quanto à motivação para participação no programa de reabilitação.

Os casos atendidos fora do horário de internação serão avaliados pelo médico do S.P.A, e quando internados em outras clínicas do HCPM aguardarão avaliação, após comunicação.

Considerações Gerais:

A internação é de no mínimo 35 dias em que o paciente após desintoxicação iniciará a programação terapêutica que contribuirá para conscientização de sua doença.

Visitas aos pacientes nas quintas feiras e domingos de 15:00 às 16:00h, apenas de familiares acima de 12 anos.

As famílias são assistidas particularmente (caso necessário) pela equipe multidisciplinar e nos dias de visitas, em que são feitas palestras informativas.

O paciente durante a internação terá direito a um período de licença de 8:00 às 17:00h, para recebimento dos proventos, saindo e voltando acompanhado de um familiar, após avaliação do médico do setor.

O alcoolismo e toxicomania são hoje doenças, reconhecidamente de saúde pública mundial e atingem indiscriminadamente grande parte da população economicamente ativa, implicando, com suas características particulares de cronicidade e alta morbidade, em vultosos prejuízos para qualquer instituição empresarial. Diante deste quadro vemos como necessidade urgente medidas controladoras para evitar o crescimento do problema.

(Nota nº 2862 – 21 Out 2004 – CIntPM)

ANEXO B- Capa e nota do Tablóide “Segurança Humana” - Produzido pelo Viva Rio. Mar. 2013.

Segurança Humana

Rio de Janeiro, março de 2013
www.apreciadosudar.com.br
Publicação da CBDD e do Viva Rio



Drogas: a polícia entra no debate

A Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) começou a discutir a questão das drogas em uma nova abordagem: a descriminalização do usuário. Este foi o tema que dominou o debate no seminário “Saúde e Política de Drogas – Desafios e Perspectivas da Ação Policial”, promovido pela Escola Superior da Polícia Militar (ESPM). Pág. 4



Guerra às drogas
Conheça a história do modelo de repressão às drogas adotado em todo o mundo e entenda por que ele falhou. Pág. 3

Centro de Reabilitação Renascer

Seja Bem-Vindo



“A atual lei pede mudanças no tratamento do usuário”
Major Patrícia Barbosa
Pág. 6



A redução de danos como estratégia adotada pela saúde pública e pela polícia.
Pág. 6



“A sociedade é formada por gente embuturada”
Coronel Ibis Pereira
Pág. 7



“O Proerd se preocupa com a formação do cidadão”
Major Patrícia Serra
Pág. 8

RENASCER: tratamento para policiais dependentes químicos

Evite
O Primeiro
Gole.

O Centro de Reabilitação Renascer foi criado em 1992 e oferece atendimento ambulatorial, internação de desintoxicação e atividades terapêuticas e motivacionais para integrantes das forças militares e auxiliares portadores de dependência química. 80% dos pacientes em tratamento são homens e em sua maioria usuários de drogas ilícitas.

Além de médicos e enfermeiros,

a equipe multidisciplinar conta com policiais que fizeram o tratamento e se recuperaram do vício, que são chamados de conselheiros. Eles ministram palestras motivacionais para os policiais em tratamento e seus familiares. “O resultado é muito mais eficaz quando inclui o estímulo de alguém que já passou pelo problema. Isso motiva o policial que está em tratamento”, disse o coordenador do Renascer, o capitão Rogério Mello

Netto. Cada caso é analisado separadamente e o tratamento leva em consideração as motivações de origem pessoal, social, familiar e financeira da doença.

Durante o tratamento, o policial fica afastado da atividade. Após a desintoxicação, recebe acompanhamento ambulatorial e é avaliado pela equipe, que decidirá quando ele está preparado para voltar ao trabalho. ●

ANEXO C - "A reabilitação de policiais militares com o auxílio da própria corporação" - Jornal o Dia 15/01/2018

A reabilitação de policiais militares com o auxílio da própria corporação

Clínica atende até 70 pacientes por ano. Palestras serão anunciadas em batalhões e delegacias

Por Bruna Fantti

15/01/2018 02h41 Atualizado às 15/01/2018 10h29



Em funcionamento desde 1987, Renascer conta com três pacientes internados e outros 13 no pós-tratamento, grupos de apoio do A.A. e do N.A. - **Daniel Castelo Branco / Agência O Dia**

Rio - Aos 40 anos, o sargento da Polícia Militar J.L. passou a ser conhecido como o 'mendigo da rodoviária de São Fidélis'. Ele dormia em um banco do local à espera da abertura do bar. Às 7h, após beber a primeira de quatro garrafas de cachaça do dia, vestia a farda no Batalhão de Campos de Goytacazes e saía para patrulhamento. "Foi nesse momento que vi que estava no fundo do poço. Pedi ajuda à corporação após ver um amigo também alcoólatra defecar o fígado", contou. Ele foi encaminhado para a clínica Renascer, que desde 1987 trata da reabilitação de policiais militares viciados em bebidas, drogas e jogos.

A coragem para pedir ajuda, no entanto, demorou cinco anos. "Não tinha informação sobre a clínica. Achava que o tratamento era ser colocado em uma cela", disse no Hospital Central da Polícia Militar, no Estácio, onde ficou internado por 35 dias. Agora, com nove meses sem beber, faz o curso para ser conselheiro de outros policiais internados.

Para levar mais informação aos policiais e qualificá-los a orientar a população, a Secretaria de Segurança vai anunciar uma agenda de palestras do Narcóticos Anônimos em Batalhões e Delegacias. As visitas começam em fevereiro. Na próxima semana, cartazes do N.A. com os telefones dos grupos serão colados nas unidades de Segurança de todo o estado.

Para o conselheiro da Renascer, sargento O., 39 anos, a iniciativa vai fazer que o preconceito dentro da própria tropa diminua. "É uma ideia maravilhosa. Tira a dependência química de um lugar estigmatizante da escuridão", opinou. Ele mesmo optou por procurar os Alcoólicos Anônimos (A.A.) em 2003, quando trabalhava no Batalhão de Choque. "As situações de troca de tiros nas favelas, as angústias geradas pelo trabalho. Tudo isso eu anestesiava na bebida. Com o tempo, vi que gastava quase todo o meu salário bebendo", relatou. Ele não sabia da Renascer e resolveu procurar ajuda no A.A. "Lá, eu não era policial. Me recuperei e fui para a Renascer, como conselheiro. É um trabalho que já ajudou muitos policiais. Acho que com mais informação, vai ajudar outros colegas a procurarem ajuda e difundir informação sobre como orientar pessoas com o mesmo problema", disse.

O Centro de Reabilitação Renascer foi criado em 1987 para atender policiais militares e familiares dependentes químicos de álcool e drogas ou de outras compulsões. Foi a primeira instituição do tipo no país.

A corporação estima que o Centro atenda 50 a 70 pacientes por ano. O tempo médio de internação é de 35 dias, dentro do modelo baseado em 12 passos com suporte de remédios. No local, é proibido doces que possam conter álcool, desodorante e perfumes.

Atualmente, três pacientes estão internados e outros 13 no pós-tratamento, que são grupos de apoio do A.A. e N.A., além de acompanhamento psiquiátrico para prevenção à recaída.

O major psiquiatra Rogério Neto diz que o índice de sucesso no tratamento é alto. "A maioria dos nossos pacientes volta as suas atividades mesmo durante o tratamento. Muitos nos ajudam a recuperar colegas que, por diferentes motivos e estresse da profissão, procuram refúgio no álcool e nas drogas", explicou.

Após ir para a Renascer, o sargento de São Fidélis conseguiu algo que havia perdido por conta do vício: comemorar o Natal com os filhos.