

# SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE A INTERNAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COM PESSOAS EM TRATAMENTO POR USO DE DROGAS<sup>1</sup>

Mariane Capellato Melo<sup>2 3</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4485-1002>  
Clarissa Mendonça Corradi-Webster<sup>2</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3386-1267>

**RESUMO.** As comunidades terapêuticas têm sido um dispositivo muito utilizado para o tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas. Este estudo teve como objetivo compreender os sentidos construídos sobre a internação em comunidades terapêuticas por pessoas que passaram por estas instituições. Estudo qualitativo, descritivo, com referencial teórico construcionista social. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez indivíduos que passaram por internações. Com a técnica de análise temática foram construídos três temas: 1) rede de atenção psicossocial e os espaços de reclusão, que aborda as restrições vividas ao longo de todo processo de internação nas CTs, e destaca alguns repertórios utilizados para se referir ao tratamento nesta; 2) a naturalização da reclusão como ideal de cuidado, tema que discute como as CTs e o distanciamento social são construídos como percursos inevitáveis para as pessoas que fazem uso de drogas, naturalizando processos de violações de direitos que ocorrem e as possibilidades de cuidado oferecidas; 3) o que resta depois da reclusão, tema que trata da complexidade relacionada à saída da internação e os desafios ampliados pelo despreparo das instituições e da ausência de uma rede de apoio que auxilie no processo. Apesar das CTs serem descritas como espaço de reclusão e de punição e dos desafios encontrados pelos usuários após a internação, o tratamento é naturalizado como percurso inevitável na vida do usuário de drogas. O uso problemático de álcool e outras drogas é um campo de muita complexidade (social, saúde, cultural e econômico), o foco em modelos de internação longa tem propiciado diferentes formas de exclusão e violações, ao mesmo tempo em que desinvestem em práticas que abranjam a complexidade da questão.

**Palavras-chave:** Comunidade terapêutica; internação; rede de atenção psicossocial.

## MEANINGS CONSTRUCTED BY DRUG USERS ABOUT THERAPEUTIC COMMUNITIES INPATIENT TREATMENT

**ABSTRACT.** Therapeutic Communities are a resource frequently used in the treatment of problematic drug use. This study aimed to comprehend the meanings constructed by people that had undergone internation in Therapeutic Communities. This was a

<sup>1</sup> Apoio e financiamento: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp processo 2014/07897-9).

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil.

<sup>3</sup> E-mail: [marianecapellato@gmail.com](mailto:marianecapellato@gmail.com)



qualitative and descriptive study based on a social constructionism theoretical framework. A total of 10 semi-structured interviews were carried out with people after their internation in Therapeutic Communities. Three themes were constructed after conducting thematic content analysis: 1) Psychosocial care network and places of internation, addressing the restrictions experienced throughout the internation process in TCs, highlighting some repertoires used to refer to this treatment. 2) The naturalization of internation as a care ideal, discussing how TCs and social distancing are constructed as inevitable routes for people who use drugs, naturalizing existing processes of rights violations; 3) What remains after the internation, the theme which deals with the complexity related to the inpatient leaving the treatment in CTs and challenges that are amplified due to the lack of preparation of the institutions and the lack of a support network that assists in this process. Although the patients described the TCs as a space of internation and punishment and highlighted the challenges encountered by them after the internation, this type of treatment is naturalized as an inevitable route for the drug user's life. The problematic use of alcohol and other drugs is a complex field (social, health, cultural and economic) and the focus on long inpatient models has led to different forms of exclusion and violations, combined with a lack of investment in practices that cover the complexity of the issue.

**Keywords:** Therapeutic communities; inpatient; psychosocial care network.

## **SENTIDOS CONSTRUIDOS SOBRE LA INTERNACIÓN EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS CON PERSONAS EM TRATAMIENTO POR USO DE DROGAS**

**RESUMEN.** Las Comunidades Terapéuticas han sido dispositivos muy utilizados al tratamiento de personas que hacen uso de drogas de manera problemática. En este estudio se tuvo como objetivo comprender los sentidos construidos sobre la internación en Comunidades Terapéuticas por personas que pasaron por estas instituciones. Es un estudio cualitativo, descriptivo, que tiene una referencia teórica construccionista social. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 10 individuos que pasaron por internaciones. Con la técnica de análisis temático, se construyeron tres temas: 1) Red de atención psicosocial y los espacios de reclusión, que aborda las restricciones vividas a lo largo de todo el proceso de internación en las CTs, además destaca algunos repertorios utilizados para referirse al tratamiento en ésta; 2) La naturalización de la reclusión como ideal de cuidado, tema que discute cómo las CTs y el distanciamiento social se construyen como recorridos inevitables para las personas que hacen uso de drogas, naturalizando los procesos de violaciones de derechos que suceden; 3) Lo que queda después de la reclusión, tema que trata de la complejidad relacionada con la salida de la internación y los desafíos ampliados debido a la poca preparación de las instituciones y la ausencia de una red de apoyo que auxilie en el proceso. A pesar de que las CTs se describen como espacios de reclusión y de punición, además claro, de los desafíos encontrados por los usuarios después de la internación, el tratamiento en ésta es naturalizado como transito inevitable en la vida del usuario de drogas. El uso problemático de alcohol y otras drogas es un campo de gran complejidad (social, salud, cultural y económico), el enfoque en modelos de internación prolongada ha propiciado diferentes formas de exclusión y violaciones, al mismo tiempo que no se interesan en prácticas que abarcan la complejidad de la cuestión.

**Palabras clave:** Comunidad terapéutica; internación; red de atención psicosocial.

## Introdução

A luta pela reforma psiquiátrica foi marcada por tensões na saúde entre o público e o privado e pela busca de direitos das pessoas como cidadãos. O termo 'indústria da loucura' foi cunhado pelo uso das internações psiquiátricas como meio de geração de lucro, uma vez que os hospitais psiquiátricos eram em sua maioria privados e financiados pelo Estado. Somava-se a esse cenário a falta de regulamentação e de fiscalização dos hospitais psiquiátricos e o número crescente de denúncias de violações de direitos (Braga, Fraga & Souza, 2006). A reforma psiquiátrica propunha uma postura ética para com as pessoas que passam por sofrimento mental, compreendendo-as como cidadãos políticos e de direitos (Amarante, 2009), recomendando que se ampliasse as interações na comunidade e compreendendo o tratamento como um meio de oferecer resistência a situações de confinamento e exclusão social (Pitta, 2011).

Apesar do progresso no cuidado em saúde mental, o campo de álcool e outras drogas permaneceu à margem das ações do Estado, até a publicação, em 2003, de um documento que discorria sobre a política do Ministério da Saúde para a atenção do usuário de drogas (Brasil, 2004). Nesta proposta foi reconhecida a singularidade de cada usuário, destacando a necessidade da construção conjunta de estratégias de enfrentamento, a priorização do cuidado na comunidade e em rede (Passos & Souza 2011; Machado & Boarini, 2013). O cuidado em álcool e outras drogas passou a ser organizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nessa organização ficou prevista as denominadas Comunidades Terapêuticas (CTs) incluídas como serviços de atenção em regime residencial de caráter transitório, sejam espaços para acolhimento e cuidado aos usuários de drogas (Portaria nº 3.088, 2011).

As CTs cresceram no Brasil em um período em que não havia investimentos do setor de saúde do Estado no campo de álcool e outras drogas. Estas foram um dos poucos equipamentos, ainda que de iniciativa privada ou do terceiro setor, que se propuseram a oferecer espaços específicos para pessoas com problemas pelo uso de drogas. Segundo a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), as CTs funcionam no Brasil há mais de 40 anos (2013).

O surgimento da primeira CT no Brasil data de 1968, sendo esta criada por um movimento de jovens ligados à Igreja Evangélica. As CTs são geralmente instituições de isolamento, com internações longas e com nenhum contato social externo, sendo raras as que trabalham com modelos mais abertos, com contato com o território e com a rede de atenção. Elas têm como objetivo a 'cura' do usuário de drogas, compreendendo como cura sua abstinência total das drogas (De Leon, 2003). As CTs atuais privilegiam intervenções disciplinares, de confrontação e controle intenso (físico e emocional) das pessoas internadas (Sabino & Cazenave, 2005). Uma das atividades fundamentais nas CTs é a laborterapia, por meio do qual se compreende que os problemas pessoais poderiam ser resolvidos, não tendo esta a função de capacitação para atividades profissionais (De Leon, 2003). Além dos grupos de autoajuda, as CTs utilizam de concepções religiosas para recuperar o indivíduo, prescrevendo as atividades denominadas espirituais, como a leitura da bíblia e a realização de orações, além de estimularem o caráter confessional e a culpabilização dos internos pelo uso de drogas (Bolonhesi-Ramos & Boarini, 2015; Fossi & Guareschi, 2015).

As CTs apresentam uma singularidade, pois se apoiam em três discursos hegemônicos: discurso moral religioso, com a compreensão do prazer da droga como um mal a ser combatido; discurso jurídico, atuando de modo disciplinatório e punitivo; discurso biomédico asilar, oferecendo tratamento que exclui o indivíduo da sociedade. Na prática cotidiana, as CTs constroem intervenções pautadas em disciplina-trabalho-espiritualidade (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2017). Estas ocupam um local social que parece oferecer respostas às compreensões histórico-culturais a respeito do uso de drogas (Ribeiro & Minayo, 2015; Fossi & Guareschi, 2015).

Levantamento realizado em 2007 apontou que existiriam até 3.000 CTs no Brasil, contudo, em estudo realizado com instituições de internação de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, verificou-se que apenas 35% dessas se denominaram como CTs (Brasil, 2007b). Nota Técnica produzida, em 2017, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a fim de traçar o perfil das CTs no Brasil trabalhou com cadastro de 2.000 CTs (IPEA, 2017). Observa-se também um número grande de instituições que se intitulam como CTs e que não são regulamentadas, sendo praticamente impossível precisar o número de CTs existentes (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013) já que há diferentes denominações para os espaços de internação que funcionam nos moldes de CTs, e muitos destes espaços não estão registrados nos órgãos competentes e não recebem fiscalizações. Ribeiro e Minayo (2015) apontam que a discordância entre os números de CTs pelos órgãos públicos é um demonstrativo de que existe uma quantidade de CTs que funcionam sem a fiscalização.

O Conselho Federal de Psicologia (2011) emitiu um relatório após visita a 68 CTs. Em todas elas houve indícios de violação de direitos em diferentes graus, tais como: interceptação e violação de correspondência, violência física (castigos e torturas), exposição a situações humilhantes, imposição de credo e desrespeito à orientação sexual. Em levantamento realizado pelo IPEA (2017) foram identificadas algumas características da população atendida em CTs: a maioria (80%) atende indivíduos com 18 anos ou mais; a maior parte das vagas em CTs (81%) é para homens; as drogas mais utilizadas pelos internos no momento da pesquisa foram crack (81,6%), álcool (81,4%), cocaína (63,6%) e maconha (56,2%). Em levantamento feito pela FEBRACT, em 2005, descreveram-se algumas características da população internada em suas filiais naquele ano. A amostra foi composta majoritariamente por homens (92,3%), com média de idade de 28,8 anos, sendo que 50% já haviam passado por outros tipos de internação (Sabino & Cazenave, 2005). A literatura científica brasileira ainda é escassa em relação a esta temática, mas vem aumentando sua produção nos últimos anos, pelo interesse em obter informações que auxiliem a monitorar e avaliar equipamentos que têm recebido cada vez mais financiamento pelo Estado (IPEA, 2017).

Atualmente existem muitos questionamentos acerca de quais seriam os modelos mais adequados de cuidado às pessoas que fazem consumo problemático de álcool e outras drogas, fato que se tornou uma preocupação pública. Apesar disso, observa-se a falta de conhecimento e pesquisas na área, principalmente no que se refere às CTs. Sendo este o modelo que vem sendo destacado na denominada 'guerra contra o crack', assim se torna fundamental desenvolver pesquisas nesse campo, como uma busca de não negligenciar a complexidade do mesmo (Pereira, Jesus, Barbuda, Sena, & Yarid, 2013).

Dessa forma, esse estudo tem por objetivo compreender os sentidos construídos a respeito da internação em CTs por indivíduos que passaram por estas instituições e atualmente são usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas do município de Ribeirão Preto – SP.

## Método

O estudo tem um delineamento qualitativo e descritivo e foi fundamentado na epistemologia construcionista social. De acordo com esta perspectiva, as pessoas estão a todo o momento construindo sentidos sobre suas experiências, nas diferentes relações que estabelecem e estes influenciados pelo contexto histórico e social (Gergen, 2009). Os sentidos são os termos utilizados na linguagem, que servem como forma de localização no mundo, de como este é descrito, incluindo a descrição de si, e de como se lida com as situações do entorno. As construções de sentido influenciam no modo como as pessoas conduzem a vida, e se dão por meio da linguagem, que para o construcionismo social não representa a realidade e sim a constrói. Desta forma, a pesquisa construcionista social entende a ciência como uma prática discursiva, sendo o conhecimento científico uma prática construída por pessoas em interação que devem buscar auxiliar na abertura de novas possibilidades de construir os sentidos sobre determinado objeto (Gergen & Gergen, 2010). A pesquisa é compreendida como uma possibilidade de entendimento sobre o objeto de estudo e não como uma verdade absoluta.

## Participantes

Participaram desse estudo dez homens, seguindo os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar em atendimento no CAPS-AD selecionado, ter passado por pelo menos uma internação em Comunidade Terapêutica. Os participantes tinham em média 32 anos de idade. Somente um deles residia sozinho, os demais moravam com familiares, sendo dois casados, um separado e oito solteiros. Quanto à escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental incompleto, quatro possuíam ensino médio incompleto e dois possuíam ensino superior incompleto. A idade média de início de consumo de substâncias dos participantes foi de 15,5 anos. Dos 27 relatos de processos de internação por uso de drogas, 18 ocorreram em CTs (66,6%) e as demais correspondem a internações em hospitais psiquiátricos e em clínicas de reabilitação e acolhimento em CAPS-III.

## Instrumentos

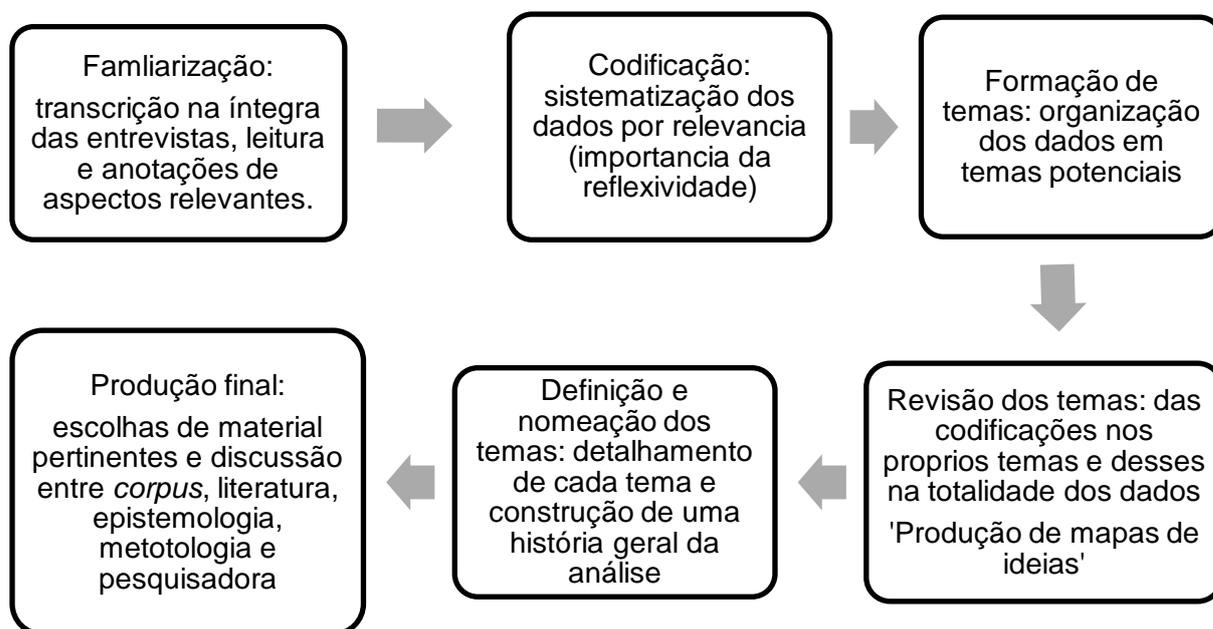
Para a realização desse estudo foram feitas entrevistas semiestruturadas, guiadas por quatro grandes tópicos: 1) identificação dos participantes – composto por questões sociodemográficas; 2) trajetória de consumo de substâncias – com perguntas voltadas para as experiências dos entrevistados de consumo de substâncias psicoativas e a problematização do mesmo no decorrer de suas vidas; 3) trajetória de busca por cuidados em saúde mental e drogas – questões abordavam a busca de cuidados em saúde mental e estratégias utilizadas para lidar com questões relativas ao consumo de substâncias; e 4) a vivência de internação em comunidades terapêuticas – experiência de internação, desde a decisão por esse recurso até a experiência dentro da CT e o impacto após a saída da mesma.

## Procedimentos

**Coleta de dados.** O convite para os participantes foi realizado nos grupos de acolhimento e oficinas do serviço. Depois do aceite em participar da pesquisa, foi agendado horário para a realização das entrevistas, que ocorreram em sala privativa no CAPS-AD,

somente com a presença de pesquisadora e do colaborador. Após leitura e aceite das condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, davam-se início as entrevistas, que foram audiogravadas. A coleta foi realizada no período de setembro de 2014 a maio de 2015 e o *corpus* foi composto por aproximadamente 12 horas, sendo o tempo médio de cada entrevista 1 hora e 20 minutos.

**Análise dos dados.** As entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo posteriormente realizada uma análise de conteúdo temática. As categorias foram analisadas segundo o referencial epistemológico construcionista social, em diálogo com a literatura sobre a reforma psiquiátrica e redução de danos. A análise temática seguiu os seguintes passos descritos por Braun & Clarke (2006):



**Figura 1.** Passo a passo da análise temática realizada.

### Considerações éticas

A pesquisa seguiu as diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos, conforme orientações da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 31307414.7.0000.5407).

### Resultados e discussão

Com a análise de conteúdo temática foram construídos três temas: rede de atenção psicossocial e os espaços de reclusão; a naturalização da reclusão como ideal de cuidado; o que resta depois da reclusão.

#### Rede de atenção psicossocial e os espaços de reclusão

Neste tema, foram organizadas as construções que apontavam na direção das CTs como espaço de reclusão. Devido às seguintes características: pelos participantes se

sentirem 'trancados', sem liberdade de ir e vir; por ficarem restritos à realização de atividades propostas pela coordenação; e pela compreensão, por parte da coordenação e de outros atores envolvidos, de que a saída antes do período determinado é uma tentativa de fuga e não um direito do usuário. Entretanto, observou-se indiferenciação, vinculada a esta noção de reclusão, entre as CTs e outros dispositivos da rede de atenção psicossocial (hospitais especializados e clínicas de reabilitação).

Na fala de Lucio, a condição de estar internado 'trancado' fez com que os diferentes serviços fossem compreendidos da mesma forma.

M: Você contou que teve 5 internações entre hospitais e Comunidades, em Comunidade foram 4 e a última no hospital (psiquiátrico)?

Lucio: é tudo igual! Ficava internado lá [...] lá você fica trancado!

A internação tem sido política pública privilegiada para intervenções junto a usuários de drogas. A literatura aponta que esta muitas vezes serve como higienização das ruas, como forma de exclusão e privação da liberdade (Machado & Miranda, 2007). Nesse trabalho foram identificados 27 processos de internações, nos relatos dos dez entrevistados, sendo que 18 foram descritos como internações em comunidades terapêuticas.

Jorge relata diferentes modelos de internações pelos quais passou, dividindo-os entre abertos e fechados, sendo as CTs percebidas como locais abertos, e o hospital psiquiátrico descrito como fechado.

Jorge: Na verdade eu não fiz o tratamento lá, eu fugi, eu abandonei, porque o certo era eu ficar de seis a nove meses, você ganha alta pra eles verem que você mudou realmente. Minha mãe tentou me internar em um lugar aberto, depois tentou me internar em um lugar fechado, eu tive as duas opções. No lugar aberto eu não aguentei ficar 1 mês, eu fugi, e voltei pra droga. No lugar trancado eu cumpri os 3 meses lá, mas saí e voltei pra droga.

Apesar de o hospital ser um equipamento de atenção à saúde, com equipes multiprofissionais, e as CTs historicamente fazerem parte de uma rede alternativa, geralmente organizada por instituições religiosas e tendo como coordenadores e monitores ex-usuários, Jorge descreve ambos como espaços de internação, diferenciando-os apenas pelo modo como sentia sua liberdade dentro destes. Vale notar que os hospitais psiquiátricos que internam usuários de drogas, geralmente têm uma ala destinada a eles, ou seja, um prédio onde os usuários ficam internados, separados de outros pacientes com transtornos mentais. Como os hospitais compreendem que pode haver problemas no convívio entre estes dois grupos de pacientes, os usuários de drogas acabam ficando com o espaço limitado, sem poder sair de dentro do prédio. Por outro lado, as CTs geralmente ficam em fazendas e os usuários trabalham no jardim, sob o ar livre (Melo & Corradi-Webster, 2016). Estas características podem ter influenciado na percepção do hospital como internação em lugar fechado e da CT como internação em lugar aberto. Entretanto, nota-se que o repertório utilizado por Jorge ao se referir à saída da CT antes do período determinado, é 'fuga'. Este repertório mostra a contradição em relação a sua descrição da CT como uma internação aberta e voluntária, pois se fosse assim, sua saída seria descrita como uma opção e não como uma fuga. Chama também a atenção o repertório utilizado para se referir ao hospital, quando afirma "[...] eu cumpri os 3 meses lá". Este é um repertório utilizado por detentos para se referirem ao cumprimento da pena em regime fechado. Percebe-se, portanto, que a internação em hospital psiquiátrico é vista como uma

prisão em regime fechado, onde se fica trancado dentro de um prédio e é preciso a autorização de um superior (alta médica) para poder sair. De acordo com a fala de Jorge, a internação na CT poderia ser comparada à prisão no regime semiaberto, onde se podem realizar atividades em espaços abertos durante o dia, existindo a possibilidade de não retornar à instituição, embora isto seja considerado como fuga.

Ambos os espaços de internação tinham por objetivo a abstinência, com foco no controle externo da pessoa, que é considerada incapaz de controlar seu consumo. Observa-se, muitas vezes, que esse modelo de intervenção carrega consigo o sentido das drogas como um problema do indivíduo que deve ser normatizado, buscando a abstinência, por si mesmo ou pelo Estado (Corradi-Webster, 2009). É um modelo que tem por base o discurso proibicionista, que considera que o consumo de drogas é danoso e prescindível, devendo ser coibido e criminalizado pelo Estado, incluindo quem as produz, vende e/ou consome (Fiore, 2012). As práticas exclusivamente pró-abstinência são carregadas de culpabilização do usuário, em que a possibilidade ou impossibilidade do tratamento recaem unicamente sobre o indivíduo, desconsiderando qualquer outro aspecto do contexto (Alves, 2009). É esta visão que justifica o isolamento deste indivíduo, pois ele é quem precisa ser tratado para resolver o problema, não se considerando mudanças contextuais. Esta perspectiva culpabilizante vai na contramão do que é proposto pelo Ministério da Saúde quando discute a clínica ampliada (Brasil, 2007a). As orientações deste órgão sugerem a corresponsabilização do usuário, sem culpabilizá-lo ou humilhá-lo.

### **A naturalização da reclusão como ideal de cuidado**

As internações nas comunidades terapêuticas são descritas de forma naturalizada, como parte da vida das pessoas que fazem uso de drogas. Há pouca problematização por parte dos usuários sobre o modo como estas ocorrem e sobre o que é oferecido como opção, abrindo espaço para diferentes formas de violação de direitos.

Daniel relatou um jargão ouvido nas CTs sobre as consequências do uso de drogas, depositando na internação a única possibilidade de cuidado, frente às perspectivas de morte ou prisão.

Daniel: Porque, como o pessoal na Comunidade fala, que quem usa droga tem três destinos, né: clínica, cemitério ou cadeia. Aí então eu pensei clínica e cadeia eu já fui, só falta o cemitério, então tá na hora de parar (risos).

A fala de Daniel aborda as trajetórias que são disponibilizadas aos usuários de drogas com base nas políticas e discursos atuais. As políticas proibicionistas criam o mercado ilícito para comercialização das drogas, levando o usuário/vendedor à cadeia. Esta mesma política constrói as disputas de território, acertos de conta e cobranças de dívidas em um contexto de extrema violência, que levaria o usuário à morte (ao cemitério) (Fiore, 2012). Por outro lado, a visão do uso de drogas como problema interno do indivíduo coloca na internação a forma ideal de cuidado. Isto ocorre principalmente em relação à população pobre, que acaba por não ter acesso e/ou desconhece outras possibilidades de cuidado à questão do uso de drogas (Fernandes & Fuzinato, 2012). Estas construções passam a ser naturalizadas na sociedade e pelos usuários de drogas, que aceitam estas opções sem conseguir ou poder questionar, como sendo naturais, por se sentirem culpados pelo consumo que fazem. Fábio também relata uma situação em que isto pode ser percebido.

Fábio: Quando eu saí do presídio, como eu te falei, eu saí em 2010 e eu quis ser internado. Aí minha irmã puxou da internet um lugar que tinha que pagar 700,00

mais uma cesta básica. A família resolveu pagar prá eu ficar 6 meses. Eu cheguei lá e era um 'muquifo'. Mostraram um lugar pra minha mãe, para minha irmã. Aí eles foram embora, me colocaram dentro de uma perua, mais de 16km no meio da terra [...] e me levaram pra um casebre, pra outro lugar (grifo nosso).

Observa-se que esta naturalização também pode levar a abusos por parte da instituição que recebe o usuário. Lúcio descreve punições sofridas, dizendo que variavam de acordo com o grau de infração "Lá era bem rígido, se esquecesse um sabonete, tinha que lavar panela. Dependendo da gravidade você cavava um buraco 3x3, 3 de fundura, aí colocava a trena lá e falava 'ah, tá certo, agora coloca terra'"(grifo nosso).

Há também uma descrição do usuário como alguém que não tem condições de decidir por si, levando ao tratamento desses de modo infantilizado, na base de castigos e correções que visam discipliná-lo e obrigá-lo a adotar o comportamento desejável pela instituição. Isto é exemplificado na fala de Daniel.

Daniel: Castigo, hoje eles usam o termo é sócio-educativo (ri).[...] É, hoje eles falam assim. Por exemplo, tocou o sinal para o despertar e a pessoa não levantou, 'ah então tá, depois do almoço as pessoas vão dormir e você não vai, porque ficou dormindo até mais tarde' (grifo nosso).

A disseminação da internação como único modo efetivo de cuidado ao usuário de drogas tem levado ao aumento do número de instituições que ofertam este serviço. Muitas destas se autodenominam CTs, entretanto, várias delas não são cadastradas na FEBRACT e, portanto, não são reconhecidas oficialmente como uma CT e nem são inspecionadas por órgãos públicos. Este processo atual lembra o que ficou conhecido como a 'indústria da loucura', onde as internações passaram a ser vistas apenas como algo lucrativo, e os internos, por serem marginalizados, como pessoas que não necessitavam de um espaço adequado, podendo ficar em péssimas condições (Pitta, 2011; Corradi-Webster, 2013). Nesta mesma direção, o prolongamento do tempo da internação passava a ser desejável, pois garantia a continuidade da entrada da verba, capturando o sofrimento dos familiares em práticas de comercialização da saúde (Couto, Lemos, & Couto, 2013). Estes interesses vão na contramão do documento publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) que chama a atenção para a importância dos direitos humanos e foca no tratamento comunitário. Neste mesmo documento, o usuário é posicionado como cidadão autônomo, diferente do modo infantilizado como é tratado nestas instituições de internação. Contudo, essas práticas se coadunam com o modelo proibicionista, que compreende que o Estado deve interferir, visando impedir qualquer forma de uso de drogas (Fiori, 2012).

Além da naturalização da internação como único modo de cuidado, observou-se também a naturalização do que se podia esperar do cuidado nestas instituições. Não se observou a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), preconizado pelo Ministério da Saúde para orientar o cuidado com base no diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (Brasil, 2007a). As atividades oferecidas nas CTs eram basicamente a laborterapia e reuniões de espiritualidade. Lucas narra brevemente como essas atividades ocorriam nos dois processos de internação que teve, relatando similaridades e diferenças entre eles e apontando para o fato de que, em sua opinião, a laborterapia sem outros momentos de reflexão, não fazia muito sentido.

Lucas: Eu tô tomado muito agora, falando dessa minha primeira internação, como comparativo dessa minha segunda, que foi assim, foi [...] A clínica era outra coisa, outro mundo, comparada com a primeira. Então a partir dessa internação, eu vejo que na primeira internação tinha muitas falhas, assim, desde a instituição, pro que

eu estava tendo nessa segunda internação né, que os coordenadores eram melhores, a estrutura da casa era melhor, as regras eram mais aceitáveis. Então a minha primeira internação era muita laborterapia, de domingo a domingo tinha laborterapia, que era trabalho, né. Então, não que eu não gostasse de trabalhar, de fazer alguma coisa, mas era o tempo todo assim, até domingo, então [...] E era só isso, não tinha nenhuma metodologia assim, pra manter você consciente do seu vício pra ajudar a lidar com a questão das drogas, como tinha nessa minha última internação. Que lá a gente trabalhava com os 12 passos, que é dos narcóticos anônimos, então era outra coisa assim, totalmente diferente, muito mais completo assim, o tratamento. Lá na outra clínica não, lá parecia que eles pensavam que trabalhando, ocupando a mente com alguma coisa e ficando lá dentro, ia resolver o problema. Já nessa outra clínica não, já vi que era um preparo mais pessoal assim, tinha uma ajuda mais psicológica mesmo, de você se fortalecer psicologicamente, você colocar, lidar com situações, fazer estratégias de enfrentamento, então era outro nível, assim.

O trabalho ocupa espaço social importante no processo de ressocialização, convívio e construção das subjetividades (Castel, 2000) e é apontado pelos participantes como positivo quando respaldado tecnicamente e teoricamente e como parte de um PTS. A ausência desses fatores faz com que as atividades intituladas como laborterapia, sejam uma reedificação do tratamento moral (Amarante, 2009). Como apontado pelo IPEA (2017), as CTs raramente articulam a relação dos internos com o mercado de trabalho. Encontraram que apenas 46% das instituições cadastradas afirmaram ter atividades de qualificação como rotineiras. Este mesmo estudo apontou que os internos não compreendiam o motivo de realizarem atividades como 'rastelar o terreno' e não consideravam que isto poderia auxiliar na vida fora da instituição. A Reforma Psiquiátrica deu destaque para a importância do trabalho na reinserção social, entretanto, observa-se que este aspecto carece de atenção e investimentos, pois do modo como vem sendo realizado não capacita o usuário para o mercado e nem oferece retorno financeiro a ele.

Como apontado anteriormente, a espiritualidade também ocupa espaço central nas CTs, sendo que diferentes atividades de cunho religioso fazem parte do cotidiano do tratamento. Lucio descreve que em diferentes internações havia vinculação com alguma instituição religiosa e aponta como não havia respeito em relação às crenças do usuário.

Lucio: A primeira que eu tô comentando é católica. [...] As outras é tudo misturado, essa tinha que acordar 6 horas fazer a oração do terço, as que eram evangélica tinha que rezar o terço também, aí tinha um que negava, aí se não rezasse excluía, mandava embora.

A maioria das CTs tem vinculação com alguma igreja e a atividade espiritual aparece como uma possibilidade de alteração e ressignificação moral de uma trajetória de vida, que os levou 'ao fundo do poço', como apontado na categoria anterior. Apenas 19% das 85.530 vagas de internação oferecidas por CTs não teriam orientação religiosa específica, ilustrando como as instituições religiosas têm se aproximado e gerido estes espaços (IPEA, 2017). Contudo, vale ressaltar, que embora a espiritualidade seja um aspecto cultural importante em nossa cultura, podendo ser compreendida como fator potente para a criação de novas condutas, a não garantia da laicidade, gera a imposição de crenças e fortalece discursos e práticas morais (Ribeiro & Minayo, 2015).

## O que resta depois da reclusão

Nesse tema será discutido como o processo de saída da CT, que deveria ser acompanhado da continuidade do tratamento em território e por ações de reinserção social, acaba muitas vezes dificultando a reinserção, colaborando para novas internações. A saída da CT foi descrita como sendo conturbada, seja pela falta de preparo dos responsáveis pela CT, seja pelas dificuldades encontradas no retorno ao território.

Paulo relata a solidão enfrentada ao sair da internação, pois não podia procurar os amigos, por serem usuários e não ter outra rede de apoio, para além dos pais.

Paulo: Então acho que depois, o que faltou pra mim, na hora que quando eu saí da Comunidade, eu não encontrei apoio em ninguém, Mariane, eu fiquei perdido no mundo. Você entendeu? Eu não tinha ninguém [...] Eu só tinha minha mãe e meu pai, e meus amigos que eu sempre tenho. Mas meus amigos que eu tenho até hoje, não sou contra ninguém, são tudo usuário, não faço mais parte, eu fiquei sem chão.

Para continuar abstinente, Paulo precisaria de interlocutores e de situações novas, onde pudesse ser posicionado para além do consumo de drogas. Mas ao sair da internação, encontrou os mesmos amigos usuários e seus pais, sentindo-se perdido, sem conseguir construir novos sentidos sobre si. Para Jorge, o nascimento do filho foi percebido como uma possibilidade de se posicionar de modo diferente, de reescrever sua história a partir da paternidade.

Jorge: desse tempo pra cá eu mudei muito, depois que nasceu o meu filho, de uns três anos pra cá [...] eu luto contra a droga todos os dias, mais no final de semana. Durante a semana eu trabalho, pago as contas certinho, mas chega no sábado a tarde, aí você vê a galera toda bebendo, bebendo, se eu beber bastante eu já quero ir atrás da droga, então eu não posso com bebida.

A saída do tratamento levanta uma série de caminhos, em que a necessidade de uma rede de apoio social se destacou nas falas dos entrevistados (família, trabalho, amigos). Fora da CT estes devem enfrentar a readaptação à família, reestabelecer-se no mercado de trabalho, desenvolver habilidades para voltar a ambientes e contextos que não se transformaram desde que foram internados e, por fim, devem continuar abstinente. Entretanto, há muitos desafios para caminhar nestas direções. Estudo realizado com 519 usuários de crack indicou que a família também pode ser importante fator de risco para o consumo da substância. Os resultados apontaram que muitos usuários tinham familiares que também consumiam a droga, além de existirem muitos conflitos na família, tornando este ambiente estressante (Horta et al., 2014). O cuidado estendido à família seria importante, entretanto este não está previsto nas ações da CT, que promovem poucos espaços de contato do usuário com os familiares e colocam toda a responsabilidade pelo consumo no indivíduo. Sabe-se também que a reinserção no mercado de trabalho não é um processo fácil, principalmente quando há estigmas que colocam usuários e ex-usuários como incapazes, irresponsáveis e descontrolados (Becker, 2012). Isto é dificultado no atendimento oferecido pelas CTs, pois não há preocupação em criar uma rede que ofereça espaços de trabalhos aos usuários que deixam a internação. Ao final do período previsto de internação, o usuário volta ao território sem apoio, tendo que reconstruir suas redes e relações por conta própria.

Na experiência de Flávio, a CT não o pressionou a continuar internado quando ele revelou o desejo de ir embora, contudo, também não fizeram nada para auxiliá-lo a sair de um modo mais protegido.

Flávio: Falaram 'não adianta falar nada né Flávio' eu disse 'não'. Já me conheciam né [...] aí eu fui morar na rua, depois de um tempo eu tava morando na rua. Porque eles não me levaram nem pra casa, isso eu achei muito chato. Acho que deviam pelo menos ter conversado com alguém da minha família, que eu tava limpo já. Aí me deixam com um monte de sacolinha ali na Avenida Costa e Silva, um monte de sacolinha de supermercado lá (grifo nosso).

Percebe-se que ao manifestar o desejo de deixar a internação antes do prazo estipulado pela CT, Flávio foi punido pela instituição, que não entrou em contato com a família dele e não o levou para sua casa. Considerando que já estava abstinente há um tempo, a instituição poderia ter ajudado a criar condições para que ele pudesse continuar desta maneira. O contato com a família, o encaminhamento para o CAPS-ad e a orientação sobre grupos de autoajuda seriam exemplos de tentativas da CT de colaborar para que ele continuasse abstinente. Entretanto, para puni-lo por sua desobediência e para comprovar que ele necessitava de maior período de internação, deixaram ele na rua, em local de intensa venda e consumo de drogas e longe da casa da família. Com isto, a instituição não demonstrou preocupação genuína com o usuário, deixando-se levar por sua rigidez e tendo atitudes punitivas e vingativas.

## **Considerações finais**

As CTs foram identificadas como local de tratamento para o uso problemático de drogas, contudo, de forma indiferenciada de outros dispositivos da rede, como os hospitais psiquiátricos. Estes resultados são importantes, já que estes dois modelos (comunidades terapêuticas e hospitais), embora embasados em discursos distintos (religioso e médico) e com características diversas (como por exemplo, as comunidades terapêuticas têm coordenadores que são ex-usuários e centram-se na laborterapia enquanto os hospitais têm equipes multidisciplinares e incluem medicamentos no tratamento), centram seu tratamento na internação, distanciando o usuário de seu território. Assim, ambos foram compreendidos como espaços de reclusão e para descrever o tratamento nestes foram utilizados repertórios como 'regime semi-aberto', 'regime fechado' e 'fuga', todos vindos do contexto prisional, indicando que para os entrevistados estes são espaços de punição.

Apesar de relatos de perdas e de violações de direitos ocorridos no âmbito das CTs, estes são naturalizados, como se o usuário de drogas merecesse ser tratado deste modo. As descrições sobre as experiências passadas apontam para posicionamentos e compreensões que refletem uma construção histórica e cultural. Ao ocuparem determinado lugar social (pobres, moradores da periferia, negros), vivenciam exclusão e violações cotidianas, são culpabilizados por serem usuários de drogas e por chegarem 'ao fundo do poço'. Dessa forma, seus direitos são suspensos, a violação de direitos e exclusão social se tornam naturalizadas, travestidas com nome de cuidado/tratamento. As possibilidades de cuidado oferecidas nestes espaços também foram pouco questionadas, já que se centram na laborterapia e espiritualidade. O trabalho, apesar de ganhar centralidade no tratamento, deixa de cumprir seu potencial, por não capacitar os usuários para o mercado externo e, com isto, abrir possibilidades de construção de subjetividades e redes de socialização, auxiliando-os na saída da CT. Quanto às práticas espirituais, embora sejam consideradas importantes pelos usuários, são também percebidas como compulsórias, ferindo seus direitos.

Observou-se também que as CTs têm sido utilizadas para lidar com questões que extrapolam o uso problemático de drogas, recebendo pessoas que buscam abrigo para suas necessidades físicas (alimentação e segurança) e sociais (falta de moradia, emprego, dificuldades familiares). Estas questões persistem na saída das internações, pois não há uma articulação do cuidado em rede. As famílias participam muito pouco do tratamento e, ao saírem das CTs, os usuários encontram pouco ou nenhum apoio da rede social, desconhecimento da rede de saúde para darem continuidade ao tratamento, falta de moradia, dificuldades para inserção no mercado de trabalho e poucos recursos para lidar com as pressões cotidianas. Muito investimento vem sendo realizado em internações em comunidades terapêuticas. Sugere-se que sejam realizados estudos quantitativos, que avaliem o número de pessoas atendidas nestas, média de período de internação e número de reinternações. Estas informações poderiam auxiliar a conhecer a efetividade deste tratamento, que é oneroso para a sociedade. Por fim, destaca-se que o cuidado dentro do campo do uso de drogas tem ampla complexidade, necessitando de investimentos em uma rede de apoio que inclua questões sociais, culturais, econômicas e de saúde. Considerar apenas uma modalidade de intervenção como a solução para o problema é desconsiderar as diferenças individuais e as necessidades das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

## Referências

- Alves V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. *Caderno de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
- Amarante, P. D. C. (2009). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(1). Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>
- Becker, H. S. (2012). *Outsiders. Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Bolonhesi-Ramos, R. C. M., & Boarini, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *Revista História, Ciência, Saúde- Manguinho*, 22(4), 1231-1248. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>
- Braga, V. A. B., Fraga, M. N. O., & Souza, A. M. A. (2006). Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 207-211. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200013>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007a). *Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a. ed., Série textos básicos de saúde). Brasília, DF. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde (2007b). *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil-2006/2007*. Recuperado de

[http://www.obid.senad.gov.br/potais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/instituicoes/327691.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/potais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/instituicoes/327691.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2a ed.). Brasília, DF.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Castel, R. (2000). The roads to disaffiliation: insecure work and vulnerable relationships. *Internacional Journal of Urban and Regional Research*, 24(3), 519-53. <https://doi.org/10.1111/1468-2427.00262>

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2013). Eixo III: a atuação da (o) psicóloga (o) na política do CAPS. In *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial* (p. 93-104). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas [CONFENACT]. (2013). *Marco regulatório: momento histórico para as comunidades terapêuticas*. Recuperado de <http://www.confenact.org.br/?p=225>

Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 10-20.

Couto, A., Lemos, F., & Couto, M. (2013). Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: Algumas análises de projetos de lei. *Revista Polis e Psique*, 3(2), 132-150.

De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo, SP: Loyola.

Fernandes, V. R., & Fuzinato, A. M. (2012). Drogas: Proibição, criminalização da pobreza e mídia. In *Anais do 1º Congresso Internacional de Direitos e Contemporaneidade: Mídias e Direitos da Sociedade em Rede* (p. 1-11).

Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos - CEBRAP*, (92), 9-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. de F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação. *Estudos de Pesquisa em Psicologia*, 15(1), p. 94-115.

- Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar Inthertesis*, 19(2), 299-320.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Horta, R. L., Vieira, L. S., Balbinot, A. D., Oliveira, G. O. de, Poletto, S., & Teixeira, V. A. (2014). Influência da família no consumo de crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 104-112. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000013>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA].(2017). *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Nota técnica, n. 21). Brasília, DF.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007) Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(3), 801-821. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (3), 580-595. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>
- Melo, M. C., & Corradi-Webster, C.M. (2016). Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas. *Athenea Digital*, 13, 377-399. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
- Pereira, L. C., Jesus, I. S., Barbuda, A. S., Sena, E. L. S., & Yarid, S. D. (2013). Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Revista Bioética*, 21(2), 365-374. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000200021&lng=en&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200021&lng=en&lng=pt). 10.1590/S1983-80422013000200021
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. (2011, 26 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Seção 1, p. 230-232. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2015). Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, State of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface*, 19(54), 515-26. doi: 10.1590/1807-57622014.0571

Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 167-174. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>

*Recebido em 18/09/2017*

*Aceito em 05/08/2018*

---

*Mariane Capellato Melo*: mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4485-1002>

*Clarissa Mendonça Corradi-Webster*: professora da Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia. É coordenadora do LePsis (Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade). Também é professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da mesma unidade; realiza pesquisas que se concentram nas temáticas de saúde mental e psicopatologia, com ênfase na área de álcool e outras drogas. Nesta área, vem estudando o uso de drogas por pessoas em tratamento psiquiátrico, o cuidado oferecido a pessoas que fazem uso problemático de drogas e políticas de saúde mental. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3386-1267>