REVISTA BRASILEIRA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DOSSIÊ: SENTIDOS DO FAZER JUDICIAL E POLICIAL: ADMINISTRAÇÃO DE CONFLITOS E SISTEMA DE JUSTIÇA

UMA LUZ NO "FUNDO DO POÇO"[1]: UMA ANÁLISE DAS PREMISSAS DO TRATAMENTO OFERECIDO AOS POLICIAIS MILITARES "DEPENDENTES QUÍMICOS" PELA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FERNANDA NOVAES CRUZ

Pesquisadora de Pós-Doutorado no Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo - NEV/USP. Doutora em Sociologia pelo IESP-Uerj. Mestre em Ciências Sociais pelo PPCIS- Uerj. Graduada em Ciências Sociais (UERJ) e Comunicação Social (UFRJ). Pesquisadora Associada do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES).

RESUMO

O artigo aborda o tratamento oferecido pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) aos policiais militares usuários de drogas lícitas e ilícitas. O objetivo é apresentar as diretrizes adotadas no tratamento e suas justificativas. Desde 1987, a PMERJ mantém um ambulatório para tratamento de dependência química na estrutura de seu hospital central. O principal serviço oferecido é a internação de caráter voluntário. Em 1992, a partir de uma reformulação do serviço, além da desintoxicação, passou a ser adotada ao longo da internação a metodologia dos Doze Passos, oriunda de irmandades como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. O trabalho ainda discute, à luz do conceito de instituições totais de Erving Goffman (1968) e de instituições reinventivas de Susie Scott (2013), o processo de reconstrução do indivíduo manejado ao longo do tratamento. O trabalho é resultado de observação participante realizada entre outubro de 2016 e junho de 2017 e entrevistas com funcionários e "conselheiros estagiários", policiais que já haviam passado pela internação e passaram a colaborar com o funcionamento da clínica, auxiliando no acolhimento aos pacientes.

Palavras-chave: Reabilitação; Drogas; Polícia Militar; Instituições totais; Instituições reinventivas.

ABSTRACT

AN ANALYSIS OF THE PRINCIPLES OF THE TREATMENT TO DRUG USERS INSIDE OF THE MILITARY POLICE OF RIO DE JANEIRO

This paper presents the treatment offered by Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) to their police officers drugs users. The goal is to discuss the treatment and their basis and also the interfaces with the police work. Since 1987, PMERJ maintain a clinic inside their hospital to treat chemical dependency. The main service offered is the voluntary hospitalization. In 1992, besides the hospitalization, they started to practice the Twelve Steps Methodology, arising from Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. The article discuss the process of self-reconstruction, considering the concept of total institutions (Goffman, 1968) and

1 *Expressão nativa utilizada para se referir ao momento em que os policiais dependentes químicos buscam por ajuda, o termo também é utilizado em irmandades que adotam os Doze Passos. Para Cardoso (2006) o fundo do poço é "(...) aquele momento estratégico no qual, para determinado indivíduo, o estigma se tornou tão doloroso, que o deslocamento de trajetória converteu-se numa necessidade vital." (CARDOSO, 2006, p.61)*

reinventive institutions (Scott, 2013). This work involves fieldwork and interviews with clinic employees and the police officers that have been hospitalized.
Keywords: *rehabilitation, drugs, Polícia Militar, total institutions, reinventive institutions.*

DOI: 10.31060/rbsp.2020.v14.n1.1071
Data de recebimento: 04/01/2019 – **Data de aprovação:** 13/05/2019

INTRODUÇÃO

Apesar de ser usualmente discutido entre os policiais militares, o uso de drogas – lícitas e, sobretudo, ilícitas – por profissionais de segurança pública ainda é um tema pouco explorado pela produção acadêmica e na formulação de políticas públicas. O tabu acerca do tema, especialmente no que tange às drogas ilícitas, pode ser uma das explicações para isso. Evidentemente, esse tabu atinge não apenas a polícia, mas toda a sociedade. Entretanto, considerando que aos policiais cabe um papel importante na cadeia de combate às drogas, entre eles esse tabu pode ser ainda maior. Soma-se a isso a dificuldade do policial com uso problemático de drogas de expor suas fragilidades, desconstruir a figura de herói inabalável e apresentar-se como um indivíduo vulnerável. Diante dessas questões, coloca-se o seguinte dilema: como dar conta de um tema que é amplamente discutido no universo policial, mas pouco abordado no desenvolvimento das políticas públicas e nos debates acadêmicos?

O artigo constrói-se como uma tentativa inicial de abordar esse tema. Certamente, é um desafio teórico abordar o universo de policiais usuários de drogas lícitas ou ilícitas. Para além das questões já colocadas, existe ainda a pluralidade de possibilidades de uso das drogas, ou seja, nem todos os usuários desenvolvem o mesmo comportamento perante as substâncias.

Na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, por meio de uma pesquisa que consiste na aplicação de questionários anônimos autorrespondidos, Minayo et al. (2008) apontam 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% entre o primeiro grupo e 1,1% entre o segundo. Devido ao caráter ilícito do consumo dessas substâncias, as autoras estimam que haja considerável subnotificação desses casos. Como comparação, o consumo diário/semanal de álcool atinge cerca de metade do universo de policiais entrevistados.

Souza et al. (2013) analisam o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os policiais militares e civis do estado do Rio de Janeiro. As autoras identificam que, entre os policiais militares, 1,1% alega o uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína ou crack) ao longo do último ano, com uma possível subnotificação nos resultados encontrados. O instrumento de pesquisa adotado também foi um questionário anônimo e autopreenchido.

Em uma tentativa de acessar e conhecer mais profundamente esse tema, este artigo debruça-se sobre o tratamento oferecido pela instituição para policiais dependentes químicos. É preciso destacar as especificidades dos policiais que buscam ajuda, especialmente no interior da corporação, e reforçar que esse grupo não pode representar o universo de policiais usuários de drogas. Neste artigo, propõe-se uma análise inicial das premissas do tratamento para que, em trabalhos futuros, a trajetória anterior e posterior dos indivíduos que buscam o local sejam abordadas e compreendidas.

METODOLOGIA E ACESSO AO CAMPO

A aproximação com o campo de pesquisa se iniciou em outubro de 2011, quando a autora passou a integrar uma equipe de pesquisa que trabalhava a questão do suicídio policial na corporação. Na ocasião, a autora foi 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 suicídio[2], relataram experiências com a clínica para o tratamento da dependência química. Entretanto, o interesse de pesquisa sobre essa clínica ocorreu apenas em 2015, quando, lecionando em um curso de graduação destinado a profissionais de segurança pública, a autora novamente se deparou com debates acerca do uso de drogas entre os policiais. O momento coincidiu com o ingresso no doutorado da autora, que assumiu o tema como objeto de pesquisa.

Evidentemente, a 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, a equipe e o trabalho realizado já eram conhecidos no local, o que contribuiu para conquistar acesso à clínica e às suas atividades, além de confiança por parte dos funcionários. Evidentemente, isso também contribuiu para que, sobretudo no início do trabalho, muitas das explicações à pesquisadora estivessem perpassadas por questões relacionadas ao suicídio e ao adoecimento mental.

Ao longo do trabalho de campo, que durou cerca de dez meses, a autora participou ao menos uma vez de cada uma das atividades oferecidas pela clínica. Nunca foi convidada a se retirar de qualquer das atividades, independentemente do assunto que fosse discutido.

Após o contato com todas as categorias de atividades realizadas e identificação de elementos que chamavam a atenção em todas elas, optou-se por continuar acompanhando os encontros do curso de formação dos "conselheiros estagiários", onde os casos dos conselheiros e dos pacientes eram discutidos. Os "conselheiros estagiários" são policiais que já haviam passado pela internação são convidados a retornar para a clínica e auxiliar os pares que ainda estão internados. Nestas reuniões, seria possível saber tudo que havia se passado na clínica ao longo da semana. Outras razões também reforçavam o interesse por esse grupo. Enquanto os pacientes ficavam no local por cerca de 45 dias, os conselheiros frequentavam a clínica por mais tempo, o que contribuiu para prolongar as vivências com esse grupo e fortalecer o vínculo de confiança com ele.

Sob a perspectiva da análise do tratamento, os "conselheiros estagiários" eram ex- pacientes que simbolizavam o maior engajamento à proposta de tratamento e por conta disso eram alvo de confiança suficiente para "serem convidados a subir". Por continuarem frequentando o curso de formação, estavam ainda mais expostos a absorver o conteúdo relacionado ao tratamento orientados pelos coordenadores da clínica. Também experienciavam a responsabilidade de orientar o tratamento de outras pessoas, inspirar e utilizar o sucesso do próprio tratamento como ferramenta de convencimento no tratamento daqueles que ainda estavam ingressando. A trajetória reportada pelos conselheiros precisava se mostrar convincente e adequada aos valores propagados pelo tratamento.

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

Por conta do universo restrito de atuação profissional dos interlocutores e visando garantir o seu anonimato, nomes, locais ou outras informações que pudessem identificá-los foram omitidos. Com a mesma finalidade, utilizou-se apenas o gênero masculino nas narrativas, dada a maciça presença de homens entre os interlocutores.

O ATENDIMENTO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA OFERECIDO PELA POLÍCIA MILITAR

O primeiro programa de tratamento para dependência química desenvolvido pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) teve início em 1987, durante a primeira gestão do Cel. Nazareth Cerqueira[3]. O serviço funcionava em uma enfermaria do Hospital Central da Polícia Militar[4] (HCPM) e neste artigo é chamado de "clínica". O tratamento se estruturava basicamente sob o processo de desintoxicação realizado em uma internação de 15 dias. Além disso, contava com visitas esporádicas de grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos (AA). O espaço atendia os policiais militares e seus dependentes.

Nos comandos seguintes, a estrutura física da enfermaria se manteve. No entanto, segundo funcionários do local, o espaço foi progressivamente esvaziado até parar de receber pacientes. Em 1981, quando o governador Leonel Brizola assumiu seu segundo mandato, o Cel. Nazareth Cerqueira foi novamente indicado para o comando da PMERJ e propôs uma grande reformulação no programa.

> 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, [...] 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, grifo nosso).

O novo programa passaria a contar com uma equipe maior e interdisciplinar e, além da desintoxicação, passaria a ser ofertada a "programação psicopedagógica". Passou-se a adotar o método Minnesota (também conhecido como Doze Passos), oriundo de grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, em conjunto com o processo de desintoxicação realizado anteriormente.

A partir daquele momento, algumas mudanças importantes ocorreram na clínica. A aposentadoria de alguns funcionários envolvidos no projeto esvaziou parte do quadro de funcionários. Parte dessa carência de profissionais foi enfrentada com a inserção da figura do conselheiro estagiário, um policial que já tinha passado pela internação, que realizava um curso de formação específico e então era convidado a trabalhar no processo de recuperação dos policiais internados. Além da internação, passaram a ser oferecidos: atendimento para os familiares dos pacientes, o Grupo de Prevenção à Recaída e a formação para conselheiro estagiário. Devido ao restrito quadro de profissionais, a clínica deixou de atender os dependentes dos policiais como pacientes.

3 *O Cel. Carlos Magno Nazareth Cerqueira foi escolhido para comandante geral da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) durante o primeiro governo de Leonel Brizola, o primeiro governador democraticamente eleito no Rio de Janeiro durante o processo de transição do regime civil-militar para o democrático. O governo de Brizola surge comprometido com o processo de redemocratização do estado. A gestão de Cerqueira é considerada precursora em um projeto de polícia mais democrática e humanitária para os policiais e no atendimento a sociedade (LEAL et al., 2010).*

4 *Na PMERJ, todos os policiais e seus dependentes têm atendimento de saúde da própria corporação. Parte considerável do quadro de saúde da instituição está lotada nos dois hospitais mantidos pela instituição, e os demais espalhados por unidades operacionais em todo o Estado.*

O acesso aos serviços da clínica ocorria por meio do encaminhamento realizado pelo setor de psiquiatria da PMERJ. Mesmo nos casos em que o paciente chegava diretamente à clínica, ele precisava ser avaliado por um psiquiatra oficial da corporação antes de ingressar na internação. Além de autorizar a internação, o psiquiatra era responsável por fornecer o afastamento do serviço por meio de uma licença para tratamento de saúde (LTS) e restringir o porte de arma desse policial[5].

Uma vez autorizada a internação pelo psiquiatra, o policial podia dar entrada na clínica. Nesse momento, ele precisava assinar um contrato e concordar com as regras de convivência estabelecidas[6]. Durante a internação, os familiares do paciente eram convidados a frequentar o Grupo de Apoio aos Familiares, onde recebiam orientação sobre como proceder com os pacientes durante as visitas e após o período de internação. Eles também aprendiam conceitos básicos sobre a dependência química e o impacto da doença nas famílias. Apesar da participação dos familiares ser apresentada como de fundamental importância, a ausência desses atores na atividade não inviabilizava o tratamento oferecido. Cabe destacar que no acompanhamento das atividades identificou-se pouco engajamento dos familiares nessa atividade[7].

Após os 35 dias de internação o policial recebia alta, mas continuava de LTS. Ele passava a ser considerado pela categoria nativa "adicto em recuperação"[8]. Nesse momento, era aconselhável que frequentasse as reuniões do Grupo de Prevenção à Recaída, que ocorriam três vezes na semana na ala da psiquiatria do hospital. As reuniões também seguiam os moldes de outras irmandades de Doze Passos. Embora o caminho convencional fosse o comparecimento ao grupo após a internação, o policial podia optar por frequentar o Grupo de Prevenção à Recaída sem que tivesse passado pela internação.

O policial que permanecia no Grupo de Prevenção à Recaída por cerca de seis meses e apresentava um comportamento considerado adequado, podia ser convidado a participar do curso de conselheiro estagiário. Nesse curso, ele era capacitado para atuar como conselheiro e auxiliar no tratamento de outros pacientes que estivessem passando pela internação, bem como para conduzir os Grupos de Prevenção à Recaída.

Adotava-se a perspectiva da dependência química como uma doença sem cura. Sendo assim, o "adicto em recuperação" estava o tempo inteiro sujeito a recair. As recaídas eram consideradas comuns dentro do universo da dependência química. Um sujeito poderia recair em qualquer uma das etapas do tratamento. Para alcançar novamente a recuperação, poderia ser necessário refazer o tratamento desde o início. Dessa forma, a recaída era um risco sempre presente na trajetória desses policiais, embora ela não obrigatoriamente fizesse parte da história de todos eles.

A clínica não possuía um método de registro institucional para contabilizar os atendimentos. Uma das justificativas para a ausência de registros formais era a manutenção do anonimato dos policiais que buscavam o atendimento. Informalmente, de acordo com um dos funcionários, desde a inauguração até meados de 2016, o número estimado de atendimentos era de 1.275 internações e cerca de 1.500 prontuários.

À época da pesquisa de campo, a frequência dos pacientes à clínica era registrada apenas em um livro de assinaturas. A partir dos dados oriundos deste livro realizou-se um levantamento do quantitativo de

5 *Todos os policiais que ingressavam na clínica deveriam ter o porte de arma restrito a partir do momento de entrada e até pelo menos um ano após o término da internação.*

6 *Regras como proibição do uso de celular, restrições de visitas, concordar em realizar as atividades propostas, entre outros.*

7 *Ver mais em Cruz (2019).*

8 *De acordo com a literatura dos Doze Passos, adicto diz respeito a "escravo 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. Evidentemente, esses dados apresentam limitações, uma vez que não se pode garantir que todos os policiais que buscaram atendimento assinaram o livro. Entretanto, o levantamento representa uma tentativa de demonstrar o alcance do atendimento na corporação. Assim, entre janeiro de 2016 e março de 2017, a clínica atendeu 69 policiais por 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 ao menos uma vez, embora nem todos tenham dado prosseguimento ao tratamento.

O MÉTODO MINNESOTA OU "DOZE PASSOS E DOZE TRADIÇÕES"

A metodologia dos Doze Passos e Doze Tradições visa ser uma alternativa a métodos com internação para o tratamento da dependência química., do vício por jogos ou demais comportamentos considerados "compulsivos". Em síntese, o tratamento congrega as seguintes premissas:

a) O alcoolismo é uma doença tríplice que envolve doença emocional, deterioração física, adição 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 para a recuperação acontecer;

i) a entrega eventualmente será acompanhada por uma conversão a um modo de vida "espiritual". (DENZIN, 1997, p. 61, tradução nossa).

Acrescenta-se às premissas de Denzin (1997) a de que o alcoolismo é concebido como uma doença[9] 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 (CAMPOS, 2009, p. 111). Portanto, a

9 *É importante destacar que para atribuir maior cientificidade ao argumento, esses grupos buscam respaldo na definição de alcoolismo da OMS. Ver mais em Alzuguir (2014).*

recuperação é vista como uma sentença de vida e um estado constante de busca: nunca se pode reivindicar estar completamente recuperado, e ao mesmo tempo deve-se permanecer consciente do potencial de recaída (SCOTT, 2011). Sendo assim, independentemente do tempo de sobriedade de um indivíduo, ele sempre será considerado um "adicto em recuperação". Essa é uma noção extremamente importante dentro da metodologia, uma vez que é sobre ela que se constrói a necessidade da abstinência total por toda a vida do sujeito, como forma de evitar as recaídas.

Apesar de inicialmente ter sido pensado para os alcoolistas, atualmente os Doze Passos são utilizados em grupos como: narcóticos, jogadores de jogos de azar, mulheres com relacionamentos afetivos problemáticos, entre outros. A justificativa para a extrapolação para outros contextos reside na ideia da "compulsividade". A compulsão é o diagnóstico que faz com que essas pessoas desenvolvam comportamentos semelhantes independentemente da substância ou do comportamento em que elas sejam "viciadas". Dessa forma, as premissas anteriormente apresentadas em referência ao alcoolista são extrapoladas para todos os comportamentos compulsivos, tornando o mesmo tratamento adaptável para outras formas de adição. Evidentemente, é preciso considerar que há diferenças importantes entre esses grupos, uma delas diz respeito ao estigma. O estigma presente entre os membros dos Narcóticos Anônimos, por se tratar da adição a uma substância ilícita, é consideravelmente distinto do estigma de um membro dos Alcoólicos Anônimos.

A metodologia dos Doze Passos acredita em um processo de recuperação que envolve não apenas a abstinência, mas uma mudança completa do indivíduo. A doença da adição carrega uma série de "defeitos de caráter". Os adictos são comumente definidos como pessoas mentirosas, arrogantes, dissimuladas e rebeldes (NUNES; SOUZA, 2018). Nos termos nativos, entende-se que "o problema não é a droga, o problema sou eu, eu que preciso mudar". Dessa forma, para estar em recuperação é necessário afastar-se da vida da "ativa", ou seja, dos hábitos que possam ter alguma relação com o consumo da substância ou com o comportamento de vício.

POR QUE ADERIR AOS DOZE PASSOS DO TRATAMENTO?

Durante uma entrevista com um funcionário envolvido no processo de criação do novo programa, ele comentou sobre a reformulação:

> [...] sei que 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 recaindo e aí dava problema no batalhão de novo, voltava de novo… (Entrevista com funcionário).

A nova abordagem de tratamento passou a considerar a dependência química também dentro de uma perspectiva comportamental. Porém, ao contrário das diretrizes da saúde mental vigente no sistema de saúde brasileiro, não excluiu a internação do tratamento[10]. É importante considerar que esse aumento

10 *O fato de a clínica manter um regime de internação, enquanto a política de saúde mental brasileira encontra-se em processo de desinternação, é apresentado pelos funcionários do local como um dos grandes pontos de conflito da clínica com outras iniciativas de saúde mental na corporação, como o quadro de psicologia.*

no período de internação aconteceu paralelamente com o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, que tem início na década de 1970. Progressivamente, as ações do Ministério da Saúde em torno da dependência química passam a ser orientadas pela política de redução de danos, em detrimento de políticas de internação, ou políticas de abstinência completa, tal como os Doze Passos. Dois marcos importantes nesse processo são: a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1992, e em seguida, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS/AD) em 2002.

Ao mesmo tempo, de acordo com um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a maior parte das Comunidades Terapêuticas (CTs) brasileiras analisadas foi fundada na década de 1990. A ideologia e a finalidade do programa oferecido pela PMERJ muito se assemelham aos métodos aplicados nessas comunidades.

> Percebendo os indivíduos adictos como, a um só tempo, doentes e moralmente fracos, os programas terapêuticos das CTs pretendem tanto tratar dos sintomas decorrentes do uso problemático de SPAs [substâncias psicoativas], como também operar uma reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si. (SANTOS, 2017, p.9).

Essa reinvenção acontece a partir de um sincretismo entre os discursos médico e religioso, por meio de práticas que exaltam valores como a disciplina e o trabalho. Para Scott (2011):

> Nessas instituições, a recuperação é concebida como uma jornada de autodescobrimento, a ser vivenciada tanto como um triunfo pessoal do trabalho de identidade quanto como uma trajetória de carreira pública e socialmente negociada. O paciente é redefinido como um cliente, que faz uma escolha ativa de sujeitar a si mesmo ao escrutínio tanto de seus pares, como dos profissionais. Sua conduta é avaliada e julgada não apenas por ele mesmo, como psiquiatricamente sintomático, mas ainda como um indicador do seu status social e moral em relação aos demais membros do grupo. (SCOTT, 2011, p. 142, tradução nossa).

Nick Manning (1989) se debruça sobre o estudo das Comunidades Terapêuticas e destaca a importância da rotina nesses espaços. 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).

Já em sua concepção, o objetivo da reformulação do tratamento estava comprometido com um processo de mudança do indivíduo para além de uma abordagem clínica de abstinência. O aumento do período de internação implicava na ampliação do controle da rotina dos pacientes, visando promover o que o interlocutor chamava de "mudança no cognitivo".

Em síntese, o tratamento se situava em uma fronteira borrada entre os processos de mudança do indivíduo agenciados entre pares e a perspectiva médica de internação. Os pacientes passavam pelo processo de desintoxicação – com abstinência e administração de medicamentos – conduzido pelo psiquiatra e uma equipe de enfermeiros. E, ao mesmo tempo, realizavam o processo pedagógico conduzido por parte do *staff* e pelos conselheiros estagiários. Uma teoria para dar conta da abordagem de dependência química adotada no local precisaria considerar essa especificidade. Além disso, seria necessário avaliar os impactos que essa perspectiva dupla, e por vezes contraditória, poderia gerar no tratamento, além de problematizar a perspectiva institucional, uma vez que a clínica era específica para policiais, financiada e dirigida pela corporação.

Na clínica, muitos policiais tinham contato pela primeira vez com os Doze Passos. Outros já haviam frequentado grupos externos, buscando um anonimato maior do que o oferecido no local. Na primeira visita da pesquisadora, sinalizou-se que alguns policiais preferiam frequentar os grupos de ajuda da corporação, pois preferiam estar entre pares (policiais), em vez de compartilhar suas histórias externamente, sobretudo por receio de serem identificados como policiais. Entretanto, entre os conselheiros estagiários, todos frequentavam ou haviam frequentado grupos como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos após a internação na clínica. Tal constatação poderia estar relacionada com o engajamento ao método dos Doze Passos, que propõe no 12º passo que o membro oferte gratuitamente para outros adictos tudo que recebeu.

INSTITUIÇÕES TOTAIS E INSTITUIÇÕES REINVENTIVAS

Recorre-se ao conceito de instituições totais de Erving Goffman (1968) para analisar o processo de tratamento vigente na clínica. 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). Quatro elementos essenciais definem as instituições totais[11]: (a) a ruptura brusca com o mundo exterior; (b) o fato de que todas as atividades às quais se dedicam os internos permanecem sob os cuidados da instituição; (c) o modo de funcionamento burocrático que implica regras e vigilância regular; (d) os contatos limitados entre os internos e o *staff* (GOFFMAN, 1968).

A duração do tratamento é definida por Goffman (1968) como uma das características de uma instituição total, todavia, os trabalhos observados pelo autor descrevem internações consideravelmente superiores à observada neste artigo. Ainda assim, reivindica-se que o conceito pode ser aplicado considerando-se que a proposta e o processo de reconstrução do *self* tinham início durante a internação e que o processo de mudança ultrapassava a internação e os muros da clínica. Constituem exemplos dessa situação as atividades oferecidas após o período de internação, bem como os valores que passariam a orientar a conduta dos pacientes na vida como um "adicto em recuperação".

Para Goffman (1968), as instituições totais pretendem promover um processo de destruição ou reconstrução da identidade anterior dos internos, seguido por um processo de "ressocialização" do *self*. O processo de despersonalização dos indivíduos tem início com os rituais de entrada, através do controle ou retirada de objetos e características que remetam ao antigo *self*, agora incompatível com o *self* que será construído/reconstruído. Todas essas regras ligadas à despersonalização dos indivíduos aparecem como fundamentais para o tratamento ou a experiência a que o indivíduo será submetido, camufladas por explicações como regras de higiene, convivência, entre outras. Esse processo pretende culminar na formação de uma nova identidade, que equalizará os internos em torno de um rótulo, composto por um conjunto de sintomas e associados a um diagnóstico (GOFFMAN, 1968). Convém ressaltar que esse é o projeto institucional das instituições totais, a conversão ou não desses indivíduos é aprofundada adiante.

Susie Scott (2011) elabora o conceito de instituições reinventivas como uma releitura do conceito de instituições totais (Goffman, 1968). Para Scott (2011), 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

11 *Cabe destacar que Goffman (1968) exclui da definição de instituições totais espaços como orfanatos, uma vez que esses espaços participam do processo de socialização das crianças e, assim, eriam definidos mais como espaços de criação do que de reconstrução do self.*

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, para a autora, 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 por meio 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 próprios regimes, 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/latente. (SCOTT, 2011, p. 30, tradução nossa).

É preciso considerar que as instituições reinventivas dizem respeito a instituições sem brusca ruptura física com o mundo exterior. No caso do tratamento oferecido pela PMERJ, no início tratava-se de um espaço enclausurado e com características semelhantes a uma instituição total. Entretanto, as premissas dos Doze Passos e as fases do tratamento posteriores à internação estruturavam-se em moldes semelhantes aos exemplos analisados por Scott (2011)[12].

Para dar conta do caso analisado, propõe-se um conceito híbrido entre as instituições totais e as instituições reinventivas a partir de cinco apontamentos principais: (a) as motivações e intenções de entrada; (b) a concepção de dependência química adotada no local; (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) as resistências e conversões dos indivíduos envolvidos no tratamento.

O primeiro ponto diz respeito às motivações de entrada. Goffman (1968) reconhece que há diferenças simbólicas[13] a partir da motivação de entrada. Entretanto, esse quesito não cumpre papel definitivo no engajamento no processo de reconstrução individual. Para Scott (2011), o desejo de autoaprimoramento é uma característica constitutiva das instituições reinventivas. 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 iniciar o tratamento. 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. Tratando-se de indivíduos compulsivos, no cotidiano da clínica esses comportamentos sempre aparecem associados ao comportamento incontrolável característico da doença. Cabe ressaltar que atualmente a dependência química não pode ser utilizada como justificativa para a exclusão do policial da instituição.

12 *São analisados no estudo campos militares, clínicas terapêuticas, sociedades e fraternidades secretas, comunidades espirituais e religiosas, instituições virtuais e* colleges *universitários.*

13 *Goffman (1968) define a entrada em uma instituição total a partir de três categorias: voluntária, semivoluntária ou involuntária. Para ele, 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 mesmo tempo, alguns policiais afirmaram que ingressaram no tratamento a partir de um desejo individual de romper com o uso, como narra Sebastião:

> [...] Quando eu fiz 30 anos de polícia eu vim para me reformar. Eu tenho 32 anos de polícia. [...] 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 [ao] 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. Por que 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 Sebastião).

É evidente que a motivação voluntária de entrada precisa ser considerada ao analisar o tratamento. Entretanto, essa perspectiva precisa ser ampliada considerando a intenção de entrada, e entendendo que o engajamento do indivíduo no tratamento pode ocorrer independentemente da motivação de entrada. A decisão de entrada pode ser encarada como um desejo de parar com o consumo da substância, ou apenas 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. Em ambas as opções existe agenciamento do indivíduo.

O segundo ponto, que já foi contemplado neste trabalho, diz respeito a uma abordagem conjunta – apesar de aparentemente contraditória – entre a internação e a adoção dos Doze Passos.

O terceiro ponto versa sobre a estrutura de poder na clínica, mais complexa do que identificado por Goffman nas instituições totais. Os processos de reconstrução do *self* da perspectiva das instituições reinventivas são marcados por relações de poder em um fluxo multidirecional, segundo o qual os próprios pacientes também vigiam uns aos outros. Podemos situar essas relações dentro da perspectiva de recuperação entre pares (DENZIN, 1997; SANDERS, 2014; MYERS, 2015). Uma das principais premissas dos grupos conduzidos por pares é utilizar a experiência de pessoas que compartilham (ou compartilharam) do mesmo estigma como processo de recuperação. Na clínica, os conselheiros estagiários cumprem essa função concomitantemente a uma estrutura de poder vertical, composta pelos profissionais de saúde da instituição, e reforçada pela estrutura militarizada da corporação.

O quarto apontamento aborda a carreira moral (GOFFMAN, 1968) dos pacientes, desde os rituais de entrada na instituição até a etapa da conversão. Para o autor, a carreira moral seria composta por "uma sequência regular de mudanças que produzem efeitos no *self* e na maneira de conceber os julgamentos sobre os outros e sobre si mesmo" (GOFFMAN, 1968, p. 119). A despersonalização do indivíduo no interior de uma instituição total é acompanhada por um processo de associação de sintomas a um diagnóstico, o que contribui para criar um sentimento de semelhança entre os pacientes. É comum na fala dos conselheiros e no cotidiano da clínica a frase "eu não sabia que eu era portador de uma doença", especialmente quando se referem aos episódios ou hábitos anteriores ao tratamento.

Para um seguidor dos Doze Passos, uma vez que um alcoólico em recuperação se concebe como um bebedor desviante, ele 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, ajuda 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, conforme aponta o Primeiro Passo.

Portanto, ao assumir-se como um portador da doença e engajar-se no tratamento, o indivíduo tem a possibilidade de reinterpretar suas experiências passadas, relacionando-as a atributos deteriorados dos portadores da doença. Além disso, projetam-se as experiências futuras, que passam a ser pautadas pelo desejo de manter-se em recuperação. Nesse bojo, incluem-se algumas funções ou práticas relacionadas ao trabalho policial que devem ser evitadas por aqueles que desejam se manter em recuperação.

O quinto e último apontamento aborda as resistências e conversões. Para Goffman (1968), ao apreender as regras internas (ajustamentos primários), alguns internos passariam a desenvolver estratégias de adaptação para obter "satisfações proibidas" ou ainda conseguir, por meios proibidos, as "satisfações permitidas", buscando melhorar a vida internamente (ajustamentos secundários). Geralmente, os ajustamentos secundários são práticas que não desafiam o *staff*, mas que representam, sobretudo, gestos de resistência do interno ao projeto de destruição/reconstrução do *self*.

Para Scott (2011), considerando o estigma que esses indivíduos carregam, somado à postura de "uns contra os outros" que demarca a relação dos internos com o *staff*, essas resistências são consideradas limitadas a situações do cotidiano das instituições e, em última instância, fúteis. Esses gestos de resistência emergem mais como uma necessidade do que como uma escolha dos internos. Nas palavras da autora, "o máximo que um interno em uma instituição total pode esperar é fazer ajustes secundários em sua nova vida e simular bem o suficiente para ser aceito; mais comumente, porém, sucumbe ao processo de mortificação e se vê institucionalizado" (SCOTT, 2011, p. 28, tradução nossa).

Em instituições com "graus de fechamento" menores dos que os discutidos por Goffman (1968), os indivíduos podem escolher por deixar o tratamento, ou ainda levar o tratamento até o final, porém mantendo seu antigo *self*, e assegurando-se assim dos benefícios que a internação pode lhes trazer[14]. Dessa forma, a resistência ao projeto de reconstrução não precisa se dar apenas nas tentativas de deixar o local ou no alcance de satisfações cotidianas, mas também na falsa adaptação a uma conduta esperada pelo tratamento, visando os benefícios que tal adaptação pode trazer.

Nas instituições reinventivas (SCOTT, 2011), os indivíduos a todo momento se veem dirigindo o processo de reconstrução. Enquanto os ajustamentos secundários se configuram como um contraponto ao projeto de reconstrução, nas instituições reinventivas compete aos indivíduos refletir sobre suas experiências de vida e ordená-las no intuito de dar sentido ao seu processo de reinvenção.

14 *Um exemplo disso é a manutenção do emprego considerando o caso analisado neste artigo.*

Dessa forma, o agenciamento do indivíduo está presente nas decisões de entrar, sair ou retornar ao tratamento. Também é possível falar em agenciamento durante o processo de reconstrução do *self*. Nesse sentido, Scott (2011) destaca uma maior possibilidade de negociação entre os pacientes e o *staff* do que foi identificado por Goffman (1968), visto que o desejo de permanecer no local torna-se fundamental para a continuidade do processo. É importante considerar que um contexto de adesão voluntária a um tratamento pode significar uma estrutura de poder menos hierarquizada, ou pelo menos apresentada como tal.

Para pensar sobre resistências e conversões é preciso retornar ao primeiro apontamento a fim de considerar as motivações e intenções dos indivíduos ao buscarem espaços comprometidos com a reconstrução do *self*. Conforme já foi explorado por Barker[15] (1984), a definição de "lavagem cerebral" é muito rasa para explicar as relações entre o indivíduo e a instituição em espaços como esses.

Em espaços de reabilitação para usuários de drogas que trabalham com a ideia de dependência química como doença, é preciso ter em mente que o agenciamento do indivíduo é permeado pelo estigma de dependente químico. Dessa forma, a agência do indivíduo em questão é diferente de um indivíduo saudável, especialmente quando se concebe a dependência química como uma doença incurável, e que afeta o indivíduo física, moral e psicologicamente.

No caso analisado, dialogando com os dois conceitos apresentados, identifica-se o agenciamento do indivíduo não apenas na sua resistência, mas ainda na assimilação que escolhe fazer do tratamento, que nem sempre se traduz completamente no projeto institucional esperado para a sua nova identidade. Ao mesmo tempo, como o indivíduo em questão partilha um rótulo estigmatizado, esse agenciamento está sujeito ao julgamento e descrédito dos indivíduos considerados normais e dos pares. Esse julgamento pode ser operado tanto no sentido de considerar o indivíduo convertido como vítima de uma "lavagem cerebral", quanto no de atribuir a doença à incapacidade do indivíduo de aderir ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma teoria capaz de dar conta da multiplicidade dos discursos sobre as drogas ensina que é preciso considerar, além da substância e do indivíduo, o contexto em que é realizado o consumo (POLICARPO, 2016). Os apontamentos realizados neste trabalho representam uma tentativa inicial de compreensão do tratamento oferecido para os policiais militares do estado do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, estabelece diálogos com uma literatura sociológica sobre processos de reconstrução dos indivíduos.

Embora o método dos Doze Passos já tenha sido explorado por diversos trabalhos acadêmicos, alguns deles citados nesse trabalho, o caso analisado aqui é consideravelmente distinto. O entrelaçamento com a dimensão laboral da clínica, somado ao desempenho profissional do agente de segurança pública no combate às drogas contribui para pensar a especificidade e a relevância do caso.

O material empírico coletado foi fundamental para o desenho da análise, calcada sobretudo nas motivações e intenções de entrada e adesão ao tratamento; na concepção de dependência química adotada nessas propostas

15 *O debate entre coerção ou escolha para seguir grupos considerados "totalizadores" foi explorado por Barker (1984) para pensar se os indivíduos inseridos entre os "Moonies" participavam do grupo por escolha própria ou devido a uma lavagem cerebral. Para dar conta dessa questão a autora propõe 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. Ver mais em Barker (1984).*

de tratamento; nas relações de poder entre pacientes e *staff*; na (re)construção do passado e do futuro de um paciente em recuperação; e nas resistências e conversões dos indivíduos envolvidos no tratamento.

O processo de reconstrução do *self* conduzido na clínica não visa apagar ou escrever um novo processo a partir da trajetória dos indivíduos, mas fornece novas interpretações e justificativas para os seus comportamentos. Essas justificativas estruturam-se no diálogo entre práticas religiosas e um discurso considerado médico-científico. Portanto, no tratamento, as experiências dos indivíduos entrelaçadas ao discurso propagado pelos Doze Passos adquirem importância central. Essa perspectiva permite conceber diversos graus de conversão ao tratamento, que são mediados pelas vivências e, sobretudo, pelos interesses e expectativa dos indivíduos que buscam o tratamento.

Além disso, essa perspectiva fornece alguns apontamentos iniciais interessantes. Um exemplo disso é que ao atribuir a doença a uma pré-disposição individual há uma suavização da relação entre a exposição às drogas e o estresse a que esses sujeitos estão submetidos, em detrimento de uma visão de que esses indivíduos já carregam comportamentos compulsivos antes de entrarem na corporação. Dessa forma, o problema dos policiais usuários de drogas estaria relacionado não ao trabalho policial, mas a falhas no processo de seleção que não identificariam tais comportamentos nos indivíduos ingressantes.

Outro apontamento interessante seria: como encontrar o trabalho policial possível para os policiais que passam pelo tratamento e precisam se manter afastados de ambientes nos quais as drogas estejam disponíveis, uma vez que manter esse afastamento torna-se fundamental para manter-se "em recuperação"?

O próximo passo dessa pesquisa será o avanço da análise dos impactos institucionais sobre o trabalho policial a partir do tratamento oferecido, explorado ainda de forma inicial neste artigo. Ao mesmo tempo, espera-se analisar a relação entre ser policial, tornar-se um policial "adicto em recuperação" e buscar um tratamento para sua "doença" dentro do seu local de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALZUGUIR, F. V. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres "alcoólatras". **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 11-29, 2014.

BARKER, E. The making of a Moonie [electronic resource] : choice or brainwashing? Oxford: Basil Blackwell, 1984.

BURNS, T. **Erving Goffman**. London: Routledge. 1992.

CAMPOS, E. A. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica** [online], v.13, n. 1, p.103-124,2009.

CARDOSO, R. **Só por hoje**: um estudo sobre narcóticos anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. 2006. 113f. Dissertação (Mestrado em História)- Programa de Pós-Graduação em História, Niteroi, 2006.

CRUZ, F. N. **Os Doze Passos do "ganso"**: a trajetória de policiais militares usuários de drogas em uma instituição reinterpretativa. 2019. 222f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Rio de Janeiro, 2019.

DENZIN, N. K. **The alcoholic society**: addiction & recovery of the self. United States: Transaction Publishers, 1997.

LEAL, C; PEREIRA, I; MUNTEAL, O. **Sonho de uma polícia cidadã**: Coronel Carlos Magno Nazareth Cerqueira. 1. ed. Rio de Janeiro: NIBRAHC, 2010.

GOFFMAN, E. **Asylums**: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Penguim Books, 1968.

MANNING, N. **The therapeutic community movement**: charisma and Routinization. London: Routledge, 1989. 246 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; 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.

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.

MYERS, N. L. **Recovery's Edge**: an ethnography of mental health care and moral agency. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press, 2015.

NUNES, Matheus; SOUZA, Leticia. Refazer sujeitos: uma etnografia sobre comunidades terapêuticas e seus objetivos. In: POLICARPO, Frederico; LABATE, Beatriz (Coord.) **Drogas**: perspectivas em ciências humanas. Rio de Janeiro, p.19-38, 2018.

POLICARPO, F. **O consumo de drogas e os seus controles**: uma perspectiva comparada

entre as cidades do Rio de Janeiro Brasil e São Francisco Estados Unidos. Rio de Janeiro:

Editora Consequência, 2016.

SANDERS, J. M. **Women in Narcotics Anonymous**: Overcoming Stigma and Shame. New York: Palgrave Macmillan, 2014.

SANTOS, Maria Paula Gomes (Org.). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. [Nota técnica, n. 21]

SCOTT, S. **Total Institutions and Reinvented Identities**. 1 ed. London: Palgrave Macmillan, 2011.

SOUZA, E.; SCHENKER, M.; CONSTANTINO, P.; CORREIA, B. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, p.667-676, 2013.

Uma luz no "fundo do poço": uma análise das premissas do tratamento oferecido aos policiais militares "dependentes químicos" pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro

Fernanda Novaes Cruz

REVISTA BRASILEIRA DE SEGURANÇA PÚBLICA