

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

Comunidades Terapêuticas Religiosas e Instituições Totais: um projeto para mudar a si.

Camila Bravim Silveira, Universidade de Coimbra.

Resumo: A discussão acerca do uso de drogas ilícitas enquanto um problema de saúde pública tem ganhado grande projeção nos dias atuais, e como ela, tem-se especulado qual o melhor tratamento para este público. Na região da Grande Vitória é possível observar diferentes redes de atenção voltadas para o tratamento de usuários de drogas, e, em especial, o crescimento de comunidades terapêuticas de cunho religioso. Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar o funcionamento de uma comunidade terapêutica católica enquanto sistema médico para tratamento de usuários de drogas. Partindo de uma abordagem qualitativo-etnográfico, em uma comunidade específica, foram realizadas 16 entrevistas semi-estruturadas, conversas informais e observação participante. No campo, foi possível observar que, a Comunidade Terapêutica Religiosa abordada, caracteriza-se enquanto Instituição Total, que tem como objetivo construir e moldar novos sujeitos para um padrão pleiteado pela sociedade: religioso e abstinência.

Palavras-chaves: comunidades terapêuticas religiosas, sistemas médicos, uso de drogas.

Introdução:

O debate acerca do uso de drogas ilícitas, em especial o crack, enquanto um problema social tem ganhado grandes projeções na sociedade brasileira, em que, até o início do ano 2000 o consumo de drogas ilícitas era um problema fundamentalmente policial e jurídico, porém, com o fomento da discussão pela saúde pública e com a Nova Lei de Drogas (n. 1.343/06)¹, o usuário de drogas deixa de ser visto como infrator para se tornar um dependente químico – doença reconhecida pela Classificação Internacional das Doenças (CID – WHO, 2010) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994)². Há então uma mudança de esfera, em que a responsabilidade pelo usuário de drogas, deixa de ser policial/jurídico para se tornar um problema de saúde pública. Com isso, além da adequação de serviços saúde pública, observa-se no estado do Espírito Santo o crescimento de

¹ Em vigor desde 2006, a Nova Lei de Drogas diferencia tráfico e uso, e prevê penas alternativas aos usuários de drogas, identificado agora como dependente químico, não como um infrator.

² O CID é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde (WHO, 2010). O DSM é um manual que orienta os profissionais da saúde sobre os transtornos e doenças mentais.

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

Comunidades Terapêuticas (CT's) de cunho religioso, especializadas no tratamento de usuários de drogas.

Diante do levantamento bibliográfico também foi possível observar que usuários de drogas apresentam um grande índice de religiosidade (Arnold et al., 2002) e que pessoas diagnosticadas com doenças mentais e em situação de abuso de substâncias tendem a procurar mais a ajuda da religião do que pessoas diagnosticadas com outros tipos de doenças (Dalgalarrodo, 2007; Almeida et al., 2007; Koenig, 2009; Beatz & Toews, 2009). A partir deste contexto, passei a desenvolver a curiosidade em investigar dois fenômenos muito marcante na realidade brasileira e da Grande Vitória- ES, a crescente discussão sobre uso de drogas enquanto problema de saúde pública (Brasil, Ministério da Saúde, 2003; Segatto et al., 2008; Nunes & Nascimento, 2012) e a religião enquanto recurso psicoterápico voltada para usuário de drogas.

A pesquisa de campo é de caráter antropológico qualitativo-etnográfico. Deste modo houve uma aproximação com as redes de relações que envolvem a Comunidade Terapêutica Religiosa (CTR) e o grupo de apoio que funciona extensão para atender as pessoas que possuem interesse em se internar, ex- internos e familiares. O trabalho de campo ocorreu entre 15 de dezembro de 2013 à 6 de abril de 2014 entre a aprovação da realização do projeto no local por parte do padre e o último dia de visita em que estive presente na CTR. As entrevistas foram realizadas em 4 momentos com 16 internos, em média duraram 50 minutos, sendo a mais curta com 30 minutos e a mais longa com 2 horas de duração, elas foram gravadas e posteriormente transcritas por mim. Além disso houve conversar informais nos horários de almoço em eu estive presente para realizar as entrevistas e durante os dias de visita com os internos e familiares, e acompanhamento e conversas informais com os participantes do grupo de apoio que funciona fora CTR. É preciso salientar que, com o intuito de preservar os nomes dos entrevistados e das pessoas envolvidas na análise do campo, os nomes foram alterados.

A Comunidade Terapêutica Religiosa enquanto sistema médico:

Dentro da antropologia médica é possível vislumbrar que saúde e doença podem assumir inúmeros significados e que existe uma série de práticas terapêuticas em que o indivíduo que se encontra enfermo pode recorrer de acordo com seus interesses, disponibilidade e do tipo de terapêutica empregada. O mesmo ocorre quando falamos da adição enquanto doença, o

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

indivíduo que percebe-se doente, pode recorrer a uma série de terapêuticas que não necessariamente a biomedicina. Kleinman et al. (1978) observa que

An estimated 70% to 90% of all self-recognized episodes of sickness are managed exclusively outside the perimeter of the formal health care system. In all cases of sickness, the "popular" and "folk" sectors (self-treatment, family care, self-help groups, religious practitioners, heterodox healers, and so forth) provide a substantial proportion of health care. (Kleinman et al., 1978, 251)

Também é preciso reconhecer que um grande número de práticas terapêuticas estão fora do alcance dos sistemas nacionais de saúde e da regulamentação profissional, e a biomedicina está lidando com um campo relativamente restrito (Last, 1990). Viegas (2005), ao relatar a cura pela religião em Angola, chama a atenção de que a *“recorrência simultânea a vários tratamentos e à existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre questões terapêuticas evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas”* (Viegas, 2005, 45).

A fim de compreender como funcionam as diferentes terapêuticas, suas características, história, trajetória e formas de diagnóstico, Kleinman (1978) utiliza o conceito de *Sistema Médico*, em que observa que, em cada sistema há uma série de explicações para saúde e doença, valores e normas dentro de uma rede de significados, e para o indivíduo que se encontra enfermo, bem como para as pessoas envolvidas no processo, podem se estabelecer como alternativas de acordo com a disponibilidade, oferta, fatores econômicos e eficácia de cada terapêutica. Segundo Last (1990), os *Sistemas Médicos* podem se dividir em: 1. *Setor profissional*, privilegiado por quase todos os estados e pela OMS sendo organizados profissionalmente, possuem especializações e requer alto grau de estudos; 2. *Setor das medicinas alternativas ou tradicionais*, que podem ou não serem reconhecida pelo sistema nacional de saúde, é um setor não burocrático e não especializado e engloba terapias seculares ou religiosas, não é científico e sua linguagem é mais próxima das classes populares e por isso há uma menor diferença social e de status; e o 3. *setor popular*, característico por ser não profissionalizado, não remunerado e não especializado. Dentro dessa perspectiva, a CTR abordada, em muitos aspectos se aproximam das medicinas alternativas ou tradicionais.

Porém, na prática, Last (1992) chama a atenção de que os participantes envolvidos no processo terapêutico pouco sabem sobre os sistemas médicos a que recorrem, e que a partir

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

do momento que se encontram enfermo, o que é levado em consideração é como podem solucionar seu problema, e se um sistema não resolve, facilmente pode-se recorrer a outro, assim, a separação e categorização dos sistemas médicos faz mais sentido para fornecer modelos teóricos antropológico.

Deste modo, ao observar as particularidades que envolvem a CTR abordada, enquanto um sistema médico, analisando assim suas práticas, métodos terapêuticos, características e forma de diagnóstico, é possível analisar também o processo de escolha por esse tipo de terapia, em que, apesar de vivermos em um mundo cada vez mais científico, ainda podemos observar a recorrência à outros sistemas médicos que não a biomedicina.

A CTR abordada caracterizam-se enquanto uma *Instituição Total* segundo o conceito cunhado por Goffman (2010),

um local de residência e trabalho onde grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo claro disso, desde que consideremos que o aspecto característico de prisões pode ser encontrado em instituições cujos participantes não se comportaram de forma ilegal. (Goffman, 2010,11)

Quando há uma discussão na sociedade de que o uso de drogas é um problema de saúde mental e não jurídico, a opção que se coloca são os espaços para tratamento de usuários de drogas, e não mais as prisões. As CTR's surgem então como um serviço para o tratamento de adictos, que em muitos aspectos podem ser consideradas como *Instituições Totais*. Assim, como observa Goffman (2010), apesar de as *Instituições Totais* parecerem funcionar apenas como depósito de pessoas, estas “*se apresentam ao público como organizações racionais conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinada finalidade oficialmente confessada e oficializada*” (2010, 69-67)

Nesse contexto, as CTR's surgem com o propósito de suprir uma demanda da sociedade pela abstinência às drogas ilegais, a ‘recuperação’ do adicto e o afastamento do usuário de drogas do convívio social, para assim transformar o interno no padrão ideal pleiteado pela sociedade. Assim, Valderrutén (2008) ao descrever as comunidades terapêuticas de cunho religioso, observa que estas funcionam como um tipo híbrido de concepção de ordem moral, ético e cura no tratamento de usuários de drogas, e onde se incorporam novas e velhas práticas. Baseando-se no livro de Foucault (1997) a *História da Loucura*, Valderrutén (2008) observa que como na época Clássica, leprosos, loucos e pobres eram afastados do convívio

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

social, nas CTR a prática acaba por ser a mesma, a exclusão do indivíduo da sociedade e o assistencialismo que visam a transformação espiritual, em que, o ato de internar-se é uma atitude terapêutica na busca da cura. As CTR constituem-se também como espaços de autocontrole e vigilância permanente de si utilizando-se de técnicas disciplinares (Foucault, 2007), e estão longe de se constituir como espaços sem regras e hierarquias. Cohen (1973) também faz uma crítica às comunidades terapêuticas e observa que, ao se examinar mais de perto, é possível observar que os procedimentos e regras são sempre regidas por um superior em que *“the ultimate legal responsibility for the patients, regardless of the method of treatment used, is with the staff physician, not with the total “voting” community”* (Cohen, 1973, 268).

Apesar de a CTR não empregar o setor profissional, é possível observar que as regras são impostas de cima para baixo aos internos e os que não se adaptam podem deixar o grupo quando bem entenderem com a justificativa de manter a harmonia. Assim, há uma tentativa de socializar os internos dentro das normas estabelecidas, e ainda que o ‘paciente’ assuma um papel protagonista em seu próprio processo terapêutico, esse protagonismo tem seus espaços e só é desejado pela administração em momentos específicos como as terapias de confrontação e a autorreflexão de suas atitudes. Assim, nos momentos de *troca de experiência* e *comunhão de alma*, o protagonismo e participação dos internos é essencial para a ‘recuperação’ do indivíduo. São momentos em que são estimulados e devem refletir sobre suas atitudes. Há então uma falsa aparência na inclusão do interno na prática terapêutica, uma vez que, aqueles que não segue as regras é aplicado algum ato disciplinar, ou em muitos casos, quando o interno não se sente satisfeito com regras impostas pode sair a qualquer momento, e isso sempre fica muito claro para o grupo.

Além disso, há uma constante vigília de si e dos outros, como em um dia de visita em que estive presente, o padrinho da instituição pede a um dos interno que ‘fique de olho’ em Miguel que tem uma namorada e por isso não podem estar longe das vistas de todos, ou em outro momento em que André me mostrava a fazenda, mas não podia me levar para os locais mais isoladas, uma vez que antes das visitas é pedido a todos que não se afastem e saiam das vistas de todos. Aos internos é necessária uma autodisciplina para não burlar as regras e ao mesmo tempo uma vigília dos outros para que seu companheiro de terapia não infrinja as regras impostas. A supervisão, cujo objetivo não é orientar ou inspecionar, mas sim vigiar, tem como objetivo fazer com que todos façam o que foi indicado sob a condição de servir

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

de exemplo a todos os outros (Goffman, 2010). Assim, o interno nunca está sozinho, e sempre deve estar em um local onde possa ser visto, e na autodisciplina, o interno sempre deve realizar uma renúncia a sua vontade, numa angústia de obediência às regras e suas devidas consequências.

Quando falamos de usuários de drogas, que são considerados ‘incuráveis’, na terapêutica religiosa os resultados esperados possuem características peculiares, seja pelos familiares seja pelo usuário de drogas, onde o que está em jogo não é ‘cura’ em seu sentido estrito, já que a dependência química é considerada uma ‘doença’ incurável, mas sim a *mudanças de hábitos* do usuário de drogas com a aplicação de técnicas e métodos para desenvolver a espiritualidade / religiosidade e assim a recomposição do usuário de drogas em uma pessoa de caráter moral inquestionável e por isso não usuário de drogas. Num conceito mais amplo sobre comunidade, Cohen (1985) observa que viver em comunidade significa adquirir a cultura, ou aprender o que é ser social naquele espaço, assim a pessoa adquire símbolos que vai equipá-las para aprender as normas de convívio social. Para Goffman (2010), as *Instituições Totais* funcionam como “*estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento sobre o que se pode fazer ao eu*” (Goffman, 2010, 22). Schneider (2010) também aponta que as CT’s são “*agenciadoras de um projeto de identidade construídos a partir das representações sociais vigentes em torno do fenômeno das drogas*” (Schneider, 2010, 94). Assim, estar em uma CT significa adquirir novos hábitos e valores para que a ‘cura’ ocorra efetivamente. Essa percepção de que é preciso deixar velhos hábitos para adquirir uma nova maneira de estar no mundo está sempre presente no discurso do padre durante as missas de domingo que acompanhei e também é muito comum nos discursos dos internos em ‘recuperação’

“eu vim pra cá e continuar com minha ignorância, as mesmas mazelas que eu tinha, se eu continuar sustentando os prazeres da minha carne, infelizmente eu vou voltar pra droga, porque a droga é apenas um refúgio da nossa falha de caráter... Na realidade eu não vim pra cá só pra parar de usar drogas, eu vim pra cá pra me modificar completamente, minha maneira de falar de agir de pensar porque só assim eu vou conseguir parar de usar drogas porque se eu só parar e continuar com minhas mazelas, mais cedo ou mais tarde eu vou voltar a usar, da mesma maneira que eu já voltei... Aqui não é um tratamento pra parar de usar drogas, aqui é um tratamento de mudança de caráter... o carro chefe do tratamento é o amor, a gente amar as pessoas sem distinção de cor de religião, se é pobre se é rico porque todos nós somos irmãos em cristo (Nuno)

Para construir esse novo indivíduo e fazer com que ele assuma os significados daquela comunidade é preciso homogeneizar os sujeitos e seus discursos, como o próprio Nuno

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

coloca, ali, não há distinção de cor, religião ou classe social. Os participantes da comunidade, possuem então a mesma rotina, dormem em camas e espaços iguais, dividem o mesmo tipo de alimentação e são tratados todos da mesma forma. Essa é uma outra característica das *Instituições Totais* apontado por Goffman (2010), em que diferentes aspectos da vida, que antes eram realizados em espaços diferentes e sob diferentes normas, agora passa a ocorrer no mesmo local e sob uma única autoridade, e na presença de outros indivíduos, com a obrigatoriedade de fazerem as mesmas coisas, e todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas. Com o tempo, o objetivo da comunidade é que todos tenham os mesmos hábitos e principalmente o mesmo discurso, em que a droga sempre assume o seu lado ruim, como se nada que aconteceu durante o período em que usavam drogas fosse bom e que por isso é preciso mudar de vida. Como num processo de seleção, os que não se adaptam deixam o grupo, e aqueles que seguem as regras passam para um próximo patamar. Aos que continuam, diversos são os estágios pelo qual passam de uma fase para outra como fator motivador para continuarem o tratamento, como mudar de uma casa para outra, passar a receber visitas dos familiares, na hora do almoço a mesa também é separada entre os que estão no período de triagem e os que já passaram para uma nova etapa, a confiança que alguns recebem para ser o administrador da casa onde moram, a seleção de alguns internos para ir visitar outras fazendas e dar seu testemunho, mas a recompensa maior para quem cumpre todas as tarefas é o êxito no tratamento, e como funcionou para os outros, a associação feita é de que irá funcionar para si.

“Que nem aqui, fazer as coisas domésticas dentro de casa, eu nunca tive problema de fazer, mas também nunca tive que fazer, aqui não, eu tive que reaprender, me reeducar, buscar as coisas, pra mim foi complicado, várias pessoas que eu não conheço, po eu não lavo nem o banheiro da minha casa vou lavar o banheiro dos caras, fui complicado, mas depois desse momento, pô, funcionou pro cara, o cara tá bem, vai funcionar pra mim também” (Fábio)

Como mencionado anteriormente, quando o interno chega, inicialmente, vai para uma casa de triagem, etapa em que precisa estar por 3 meses, e neste período é proibido visitas e cartas e o contato com o mundo exterior é ainda menor. A capacidade dos novatos em aderir as novas regras é um sinal de que este aceitará seu novo papel e três meses parece ser o prazo marcado pela própria instituição para esse período de adaptação, e como o próprio nome indica, ‘triagem’ é um local e tempo de seleção e de escolhas. Esse período parece funcionar como o tempo limite para que o interno se adapte as novas regras, se conseguir é transferido para uma outra casa onde permanece o restante do tratamento e passa a receber visitas de

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

familiares, se não, há um certo incentivo para que estes que não se adaptam deixem o grupo. Esse afastamento maior do ‘mundo de fora’, segundo Goffman (2010), é feito para “assegurar uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel” (Goffman, 2010:24). Assim, é preciso isolar os sujeitos do ‘mundo de fora’ para que eles possam adquirir os hábitos e valores do ‘mundo de dentro’. Esse período é considerado pela CTR como um período de adaptação, pois é preciso antes de tudo moldar os sujeitos às regras, hábitos e valores da CTR, discurso este também assumido pelos que procuram se internar:

“A vantagem [é que aqui] você consegue se afastar da sociedade, é muito importante pro dependente químico, você ficar longe dos pontos críticos, aí você tem como avaliar o problema” (Raul)

É então preciso se desvencilhar de velhos hábitos para então adquirir um novo eu. Assim, no processo terapêutico religioso, parar de usar drogas significa mudar radicalmente seus hábitos e passar a adquirir novos para que a ‘cura’ seja bem sucedida. Nestes três primeiros meses, em que há uma ruptura com o ‘mundo de fora’ é onde ocorrem as maiores tensões no grupo. É nessa parte que parece haver os maiores conflitos com quem chega e com os internos mais antigos e os gestores da instituição, também é nessa fase que a maioria dos internos abandona o tratamento. Os conflitos geralmente ocorrem porque os novos internos não aceitam as regras impostas, não querem participar da rotina do grupo, ou quando burlam alguma regra da CTR. Esse processo disciplinador é bem visto pelos internos que continuam e funciona como um método terapêutico para lidar com os problemas do ‘mundo de fora’.

“O grande problema aqui é a convivência, a convivência em comunidade, com a diferença. Mas isso também é de deus, porque aqui dentro nós vamos ter dificuldade, mas lá fora eu também vou ter dificuldade, vou ter meu patrão, meu companheiro de trabalho, que vão pensar diferente de mim, que vou receber ordem, e eu vou ter que conviver com isso” (Nuno)

Geralmente, quando o novato não segue a rotina de trabalho ou não participa dos momentos dos grupos, é dado um ‘espaço’ e uma certa liberdade para aqueles que não querem cumprir com as obrigações. Porém, mesmo que não haja uma obrigatoriedade em cumprir a rotina da CTR, fazer com que essa rotina seja seguida é muito importante para manter a harmonia do grupo, e para que isso ocorra os discursos e práticas precisam ser assumidas por todos.

“mas você tem que participar, tem que fazer unidade. Você não precisa entrar na capela e ler alguma coisa, participar, você não precisa de cantar, você não é obrigado a fazer isso, mas fazem pra você, então a unidade você tem que manter, se todos vão porque que você vai ficar no alojamento sem vir, então você vai acabar prejudicando, porque o outro vai ver, então aquele lá não vai então eu também

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

não vou, então daqui a pouco não tem ninguém. Porque tem que ter regra, porque a gente, geralmente as pessoas que entram pras drogas é porque elas não obedeciam regras, e você tem que aprender a obedecer, tem que ser obediente, primeiramente a Deus e as pessoas, tem que obedecer o mandamento, tá na bíblia né, aquele mandamento que tem eu obedecer pai e mãe” (Nuno)

Becker (2008) observa que aqueles que impõem as regras acreditam ser necessário que as pessoas com quem lidam respeitem as regras e seus *impositores*, uma vez que, se não o fizerem, será difícil a realização do trabalho. Assim, é preciso a cooperação de todos os envolvidos, e ao se homogeneizar o grupo fica mais fácil lidar com as pessoas que possuem o mesmo discurso e práticas. Goffman (2010) também observa que, como as *Instituições Totais* lidam com diferentes aspectos da vida dos internos, com a padronização existe uma necessidade de conseguir a cooperação do novato. Quando essa cooperação não é seguida, nos casos mais graves, quando há burla de alguma norma, é aplicado algum ato disciplinar.

“Eu fiz uma coisa de errado, e eles me disciplinaram, lá tem disciplina, aqui também tem, eu já lavei uns pratos aqui por causa disso, eu tenho uma grande dificuldade com a obediência, com as autoridades” (Nuno)

Aos que não se adaptam, deixar o grupo é sempre uma opção em aberto e esse discurso é constantemente enfatizado pelo padre durante as missas de domingo que estive presente e é também o discurso enfatizado no Grupo de Apoio (GA). Assim, se a pessoa não se enquadra no projeto terapêutico empreendido pela CTR, não deve estar no grupo, como em uma reunião que estive presente no GA, uma pessoa demonstrou interesse em se internar, porém por causa de uma dor de dente, ele afirma que usa maconha como terapêutica para sua dor e acredita que esta não faz mal, e portanto queria parar somente com ‘outras drogas’³, Maria, coordenadora do grupo, foi enfática ao dizer que a CTR possui regras e que se ele não concordasse com elas poderia procurar outra instituição que melhor se encaixasse em seu projeto terapêutico. Assim, quando as regras são colocadas claramente os que não seguem ou não aceitam devem procurar uma outra instituição e a existência de regras relativamente explícitas e formais, expõe-se as principais exigências da conduta esperada pelo internado (Goffman, 2010).

Porém, os que não aderiram ao tratamento da CTR ou que saíram antes de completar um ano de tratamentos é sempre aquele que não queria realmente deixar as drogas, discurso enfatizado pelo padre durante as missas e no grupo de apoio. Em outra reunião do GA em que estive presente também pude presenciar esse tipo de abordagem, em que uma das

³ Essas outras drogas não foram explicitadas por ele.

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

voluntárias do grupo narra a experiência de visita a Fazenda de outro estado, e que, ao voltar para casa deparou-se com uma mulher que lhe pediu ajuda, esta mulher parecia usuário de drogas e justamente se encaminhava para o município de Vila Velha (Região da Grande Vitória), essas coincidências, para ela, são vistas como obras divinas, assim, esse encontro não ocorreu por mera casualidade. Em seu testemunho a voluntária narra que ao conversar com a mulher, apresentou-lhe o projeto da CTR convidando-a a procurar o GA de Vila Velha. Porém, em seu testemunho diz que até ao momento não tinha informações de que a mulher abordada tivesse chegado ao GA, porém, dizia-se feliz e aliviada pois tinha feito a sua parte. Esse discurso de ‘se deixar a CTR é porque a pessoa realmente não quis mudar e deixar as drogas’ também é assumido pelos próprios internos, em que quando indagados do porque as pessoas deixam o tratamento a resposta mais comum é que ‘não era o momento’, cito aqui uma fala:

“Porque eles não descobriram ainda que pra você conseguir sair das drogas você tem que ir além, tem que superar tudo, porque muitas vezes a mente acaba manipulando, ah eu saí daqui porque o outro disse que vai me dar uma porrada, mas na verdade é a vontade de usar drogas, de estar no mundo” (Lucas)

Nesse sentido, o fracasso nunca é da instituição, é sempre do indivíduo que não quis mudar a si mesmo. Como observa Goffman (2010), as *Instituições Totais* não visam uma vitória cultural sob os indivíduos, mas sim “*criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, e usam essa tensão persistente como uma força estratégica no controle dos homens*” (Goffman, 2010, 23-24). Assim, se a pessoa sair da CTR, se deixar o tratamento, estará abandonando a si mesmo e o seu novo projeto de estar no mundo e conseqüentemente irá voltar a usar drogas, e se permanecer, e mudar seus hábitos as chances de obterem êxito será maior. Outro aspecto para que essa mudança de vida ocorra, é que o interno tem que buscar sua ‘reabilitação’ como um projeto pessoal de mudar velhos hábitos, e nunca por outros motivos, caso contrário não alcançará êxito no tratamento.

“Tem que partir do dependente. Eu já vi muita gente chegar aqui, eu já vi 37 pessoas ir embora sem terminar o tratamento, deste tempo que eu tô aqui. Alguns vinham porque o juiz mandou, outro porque a mulher ia separar, outros vinham porque o pai vai dar uma moto se ele viesse pra cá, a família promete mundos e fundos pra ele vir pra cá, e ele não quer vir, vem porque a família vai dar uma moto, vem porque a esposa quer largar ele, vem porque eu posso perder o emprego, não vem pensando, eu quero ir pra lá, eu quero ir fazer esse tratamento, se você não vem com esse intuito pra cá pode esquecer, eu posso ficar aqui até um ano, mas eu vou recair” (João)

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

Todas essas tensões geradas entre o ‘mundo de fora’ que representa o vício e velhos hábitos e o ‘mundo de dentro’ que representam a mudança de si, e conseqüentemente, a cura, há uma aparente democracia em que o indivíduo é ‘livre’ para ir onde desejar, mas não antes sem o sentimento de que está abandonando o tratamento para usar drogas. E para isso é preciso fazer crer que aqueles que permanecerem fizeram uma boa escolha, a escolha da ‘liberdade’, numa ambivalência em que estar ‘preso’ significa estar ‘liberto’. Carneiro (2008) aponta que o estereótipo do usuário de drogas é sempre aquele que é escravo de si, em que o paradigma moral contemporâneo colocou em lados opostos vício e liberdade, portanto se estou no ‘mundo de fora’ usando drogas (vício), nunca estarei efetivamente liberto, e no ‘mundo de dentro’, mesmo ‘preso’ sou uma pessoa ‘livre’ por não usar drogas. Assim, como observam Vargas (2006) e Garbi et al. (2012), ser usuário de drogas nunca está indissociável de hábitos, condutas e personalidade, e este é sempre visto com detentor de uma falha moral e de caráter, e por isso modificar o consumo de drogas significa modificar o sujeito, em que o significado do uso de drogas são regularmente associados *a uma falta ou fraqueza, física e/ou moral, psíquica e/ou cultural, política e/ou social* (Vargas, 2006, 584). Por isso, quando se fala em vício em substâncias enquanto uma doença é comum associar essa doença a essas fraquezas morais, e por isso a cura estaria justamente nesse novo eu, religioso e abstinente.

“Eu vim pra fazenda pra mudar esse lado meu, eu roubava muito dentro de casa, eu tinha essa doença que era o vício da droga, eu tinha essa doença que era de mentir muito, falta de caráter, mazelas em si, eu me envolvia com muita coisa errada, e eu sei que eu não posso voltar pra aquele mundo justamente por ser a pessoa que eu era, e eu decidi né cara, eu tenho que ir pra fazenda eu tenho que mudar a minha vida, eu mereço, eu tenho uma família maravilhosa, tenho meus irmãos, minha mãe que me ama muito, minha avó, meus tios, minhas tias, e até mesmo a minha própria vizinhança que me dava a maior força, de eu vir me tratar” (Daniel)

Goffman (1983) em seu outro livro, *Estigma*, observa que as culpas de caráter individual, percebidas como vontades fracas, paixões tirânicas, são igualmente vistas como marcas de estigmas em nossa sociedade. O sujeito fraco que sucumbe ao vício das drogas possui o *status* moral de atributos profundamente depreciativos, e quando lhe é conferido estes estigmas, um indivíduo que poderia ser aceito em nossa sociedade agora é visto como inferior e precisa ser isolado. Assim, *“construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada e outras diferenças”* (Goffman, 1983, 15) conferindo-lhes assim nomes depreciativos como viciado, alcoólatra, nóia. Do mesmo modo, no isolamento social pleiteado pelas *Instituições Totais*, Goffman (2010) observa que os

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

conceitos de “loucura” ou “comportamento doentio” atribuídos ao doente mental, em muitos casos, é resultante de uma “*distância social entre quem lhe atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental*” (Goffman, 2010, 113), ao afastá-los do convívio social o que antes poderia ser visto como algo normal, acaba por provocar estranheza.

Àqueles com estigmas sempre existem meios e serviços para corrigir seus erros, como a CTR e a cura pela fé, porém o estigma do vício, da fraqueza moral, quando é transformado, nunca adquire o status de normal, mas sim uma transformação do ego, em que “*alguém que tinha defeitos particulares se transforma em alguém que tem provas de tê-lo corrigido*” (Goffman, 1983, 18). Becker (2008) observa que essa visão pessimista de quem impõe as regras se de um lado é reforçada pela experiência diária, em que mesmo realizando os trabalhos o problema persiste e as pessoas continuam a repetir as transgressões, de outro, o pessimismo do *impositor* com a natureza humana é reforçada pelo fato de que se os homens fossem perfeitos e as pessoas pudessem ser reformadas de modo permanente, o trabalho deles deixariam de existir

Para que essa falha moral seja corrigida, na CTR, desenvolver a religiosidade/ espiritualidade parece ser o único caminho para a ‘cura’ ocorra, e este é um de seus tripés, a *espiritualidade*. Assim, em seu processo terapêutico, desenvolver a espiritualidade é um aspecto central e parece ser o único caminho para reconstituir projetos pessoais e ao mesmo tempo mudar o projeto de ser pessoa no mundo (Schneider, 2010). Porém, o usuário de drogas é sempre visto como irre recuperável e, por isso, a proposta terapêutica que preveem a abstinência é sempre dúbia, já que estão sempre dispostos a reincidência. Assim, mudar de vida é converter-se e seguir os caminhos da bíblia, em que além de desenvolver a espiritualidade é preciso mantê-la. Como em um dia, no grupo de autoajuda fora da CTR, Daniel, que já estava a alguns dias de sair da comunidade dá o testemunho de que quando chegava a casa, após sair com os amigos e usar drogas, a avó estava rezando para que ele saísse dessa vida e ele não aceitava que era viciado e que não precisava que ninguém rezasse por ele, mas que agora estava feliz por dar seu testemunho de que ele estava errado e que a palavra de Deus era fundamental para ter deixado as drogas, a cura, para ele e para sua avó (e provavelmente para toda a família) estaria justamente no fato de agora ele estar numa instituição religiosas e convertido aos ensinamentos da bíblia. Em outro caso, o interno Fábio, internado pela segunda vez na CTR, diz ter voltado a usar drogas quando começou a

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

se afastar da igreja, situando sua recaída quando não mais seguiu os caminhos de Deus, como demonstra na fala sobre quando saiu de uma de suas internações

“Hoje eu vejo que eu fiz errado, o certo era eu ir buscar um grupo de ajuda... de viver as palavras da bíblia, e não segui nenhuma fé, ia na igreja tudo, mas faltava alguma coisa pra mim porque querendo ou não eu sou um dependente químico, a partir do momento que eu deixei de seguir isso, eu achei que não ia acontecer mais aquilo ali, que foi só um momento que nunca mais ia acontecer comigo. Só que a partir do momento que eu me iludi com isso, eu ia pra igreja, mas também eu ia por ir, uma pessoa vazia, sentada num banco, ouvindo algumas palavras, nada mais do que isso, parei de ir também, quer dizer, não procurei ajuda e parei de ir também naquilo que me sustentava. Então foi o momento onde eu decaí, onde eu não consegui” (Fábio)

Aos que já frequentaram uma instituição religiosa e voltaram a usar drogas, estes dizem que voltaram a usar ou porque não tinham realmente o objetivo de parar ou porque passaram a se afastar da religião. Assim, a partir do momento que se crê em Deus, e se pratica o que está na bíblia, é possível livrar-se do vício. Como os usuários de drogas já passaram por inúmeras instituições, laicas ou religiosas, públicas ou privadas, e retornaram ao uso de drogas, a falta de espiritualidade / religiosidades assume o papel central para uma vida de abstinência, e essa espiritualidade / religiosidade deve ser mantida, sob a ameaça de que se afastar significa uma provável recaída, ou seja, em *Instituições Totais* religiosas a conversão deve ser total.

Conclusão:

A Comunidade Terapêutica Religiosa caracteriza-se enquanto uma *Instituição Total* que se apresenta ao público como uma alternativa para o tratamento de usuários de drogas eficiente, uma vez que suprem um propósito pleiteado pela sociedade de formação de sujeitos abstêmios e religiosos. Para que isso ocorra é necessário homogeneizar os sujeitos e seus discursos. Ao usuário de drogas, por ser visto como um sujeito de vontades fracas que não pode responder por si, a família, amigos, trabalho, e pessoas envolvidas no processo terapêutico, acabam por exercer um importante papel na escolha da melhor do sistema médico a ser empregado.

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA A, ODA AM, DALGALARRONDO P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão Brazilian. Rev Psiq Clín.,34(1):34-41, 2007.

ARNOLD R, AVANTS SK, MARGOLIN A, MARCOTTE D. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. J Subst Abuse Treat., 23:319-326, 2002.

Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. Can J Psychiatry, 54(5):292-301, 2009.

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

BECKER, H.S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio/ trad. Maria Luiza de Borges.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In *Drogas e cultura: novas perspectivas/ Beatriz Caiuby Labate et al., (orgs.).* Salvador: EDUFBA, pp. 65-90, 2008.

COHEN AI. The therapeutic community. *Am J Community Psychol.*, 1(3):266-271, 1973.

COHEN, A.P. *The symbolic construction of community.* London: Routledge, 1984.

Dalgarrondo P, Soldara MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religion and drug use by adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.*, 26(2):82-90, 2004.

DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.* 1994.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1997.

GARBI SL, TOURIS MC, EPELE M. Técnicas terapêuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Cien Saude Colet.*, 17(7):1865-1874, 2012.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. / trad. Márcia Nunes.* Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos. / trad. Dante Moreira Leite.* São Paulo: Perspectiva, 2010.

KLEINMAN A, EISENBERG L, GOOD B. Culture, illness, and care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med.*, 88:251-258, 1978.

KLEINMAN, A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, 12, pp. 85-93, 1978.

Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*, 54(5):283-291, 2009.

LAST, M. Professionalization of indigenous healers. In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method/ Ed. by Johnson, T.M. & Sargent, C.F.* Westport, Connecticut, London, 1990.

LAST, M. The Importance of Knowing about Not Knowing: Observations from Hausaland. In *The Social Basis of Health and Healing in Africa /Steven Feierman, John M. Janzen (org.).* University of California Press, 1992.

NUNES MN, NASCIMENTO LFC. Análise espacial de óbitos por acidentes de trânsito , antes e após a Lei Seca , nas microrregiões do estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.*, 58(6):685-690, 2012.

SCHNEIDER J. Trama terapêutica: um estudo sobre a (re)constituição da identidade de usuários de drogas. *Cad campo*, 19:91-112, 2010.

SEGATTO ML, SILVA RDSE, LARANJEIRA R, PINSKY I. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiq Clín.*, 35(4):138-143, 2008.

I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais: desafios da inserção em contextos contemporâneos. 23 a 25 de setembro de 2015, UFES, Vitória-ES.

VALDERRUTÉN, M.C.C. Entre 'teoterapias' y 'laicoterapias'. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicología & Sociedad*, 20(1): pp. 80-90, 2008.

VARGAS, E.V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, 49(2), pp. 582-623, 2006

VIEGAS, Fátima. A gestão da doença no espaço sócio-cultural e urbano de Luanda: os curandeiros tradicionais e neo-tradicionais. Dissertação de Mestrado em Sociologia pela Faculdade de Economia de Coimbra, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10*. Vol 2. 2010.