



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O papel de uma Comunidade Terapêutica Religiosa na gestão da terapia para usuários de drogas na região da Grande Vitória

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Jorge Varanda (Universidade de Coimbra) e do Professor Doutor Fernando Florêncio (Universidade de Coimbra)

Camila Bravim Silveira

2014

Agradecimentos

Ao professor Jorge Varanda, pela paciência, por ser atento a todos os pormenores, pela orientação, empenho, esforço e dedicação para que esta dissertação pudesse ser a melhor possível, muito obrigada, essa troca de experiências e conversas permitiram meu crescimento acadêmico e espero lembrar tudo que aprendi em momentos futuros. Ao professor Fernando Florêncio pelas observações acerca da dissertação e que igualmente permitiu que constantemente eu pudesse melhorar o trabalho. Cada observação, cada detalhe a ser melhorado permitiu minha aprendizagem e enriquecimento, fiz o que pude sempre que possível.

À dona Mercedes, pelo apoio incondicional, não há palavras para dizer o que sinto por si, um simples te amo seria banal, e ao meu pai Waldyr, por todo apoio e amor, sem vocês nada disso seria possível. Aos meus irmãos Caroline, Lucas e Jeanne, e a mãe emprestada Silvia.

Às minhas amigas, companheiras de todos os momentos, cada qual com sua peculiaridade e que de alguma forma me ajudaram nesse momento, vocês tornam a minha vida mais feliz e me ensinam da melhor maneira, pelo exemplo de serem mulheres fortes e inteligentes, uma luz num mundo tão hostil às mulheres, vocês representarem tudo aquilo que admiro: Amabele, Ana Paula, Carla, Denise, Elisa, Iara, Leyse, Maria Inês, Mariana Galvão, Mariana Daré, Mariana Lemos, Natali, Paoletti, Patricia Norbim, Patrícia Albuquerque, Renata, Stella e Tatiana. Aos amigos Rodrigo, Thiago, Vitor, Leandro e Andrea, são poucos porque são os melhores. Ao Nuno, você é meu lugar no mundo, não há como dizer o quanto você faz parte dessa dissertação.

À Janaína (Inaê), que apareceu em meu sonho para dizer que tudo ficaria bem.

E finalmente a fundação SYLFF, por acreditar e financiar o projeto.

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, a presente dissertação tem como objetivo analisar o funcionamento de uma comunidade terapêutica católica e qual seu papel na gestão da terapia para 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, quando o usuário de drogas e familiares não compreendem o uso de drogas somente enquanto uma doença bio-patológica e, quando a biomedicina não produz os resultados esperados, há outras motivações que influenciam diretamente na gestão da melhor terapia a ser empregada.

Palavras-chave: uso de drogas, sistemas médicos, religião, políticas públicas, comunidades terapêuticas.

Abstract: The discussion about the use of illicit drugs as a public health problem has currently enabled more projection, and thus, there has been much speculation about the best treatment for this audience. In Grande Vitoria area, we can notice different health networks looking straight to the drug users' treatment, specially, a growth of therapeutic communities of religious nature. Thereby, this dissertation's main goal is to analyze the functioning of a catholic therapeutic community and its main goal as far as therapy management in drug users is concerned. From a qualitative-ethnographic approach, concerning a specific community, sixteen semi-structured interviews were conducted, as well as informal conversations and participant observations. In the fieldwork, it was observed that, when drug users and their families cannot understand the use of drugs as a bio pathological disease and simultaneously biomedicine does not bring the expected results, different motivations come up directly affecting the management of the best therapy to be used.

Key words: use of drugs, medical systems, religion, public politics, therapeutic communities

Índice

Introdução	1
1. Notas Metodológicas	7
Cap. I Dos problemas do uso de drogas às políticas públicas	11
1. Dos problemas do uso da droga	11
1.1. Drogas lícitas e ilícitas e a moralização do consumo	11
1.2. O problema jurídico do uso de drogas	13
1.3. O problema médico do uso de drogas	14
2. Saúde e doença sob o olhar antropológico	16
2.1. Adição: à guisa de um consenso	16
2.2. Saúde e doença sob o olhar antropológico e a gestão da terapia	19
3. Políticas Públicas de saúde para usuários de drogas	22
3.1. Características da população frente ao uso de drogas	22
3.2. Políticas de saúde para usuários de drogas no Brasil	24
4. Uso de drogas, um problema religioso	28
4.1. Religião e consumo de drogas	28
4.2. A atuação das igrejas nas terapias para usuários de drogas	30
4.3. Comunidades Terapêuticas Religiosas no tratamento de usuários de drogas ..	32
Cap. II A Fazenda da Esperança enquanto comunidade terapêutica religiosa	34
1. A Fazenda da Esperança	34
1.1. Características dos internos	37
2. Fazenda da Esperança e <i>Instituições Totais</i> : Um projeto para mudar a si	42
Cap. III O papel da Fazenda da Esperança na gestão da terapia dos usuários de drogas	52
1. Adição sob o olhar antropológico	52
2. Religião enquanto agente de cura	54
2.1. Doença-desordem e doença-espiritual	56
2.2. A cura pela fé	59
3. Toda doença precisa ser explicada: o diagnóstico de ser adicto	60
4. Itinerário Terapêutico e Gestão da terapia	65
5. Pluralismo Médico e Gestão da terapia	73
Considerações Finais	76
Referências Bibliográficas	80
ANEXOS	87

Lista de Figuras

Figura 1: Uso de drogas na População Brasileira	23
Figura 2: Distribuição da religião pela população brasileira	30
Figura 3: Fazenda da Esperança no Mundo	35
Figura 4: Mapa das sub-regiões do Brasil	35
Figura 5: Mapa da Região da Grande Vitória	35
Figura 6: A importância da religiosidade / espiritualidade no tratamento segundo os entrevistados	40
Figura 7: Uso de drogas na vida dos entrevistados	40
Figura 8: Motivo da internação na FDE	41

Lista de acrónimos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CID – Classificação Internacional das Doenças

CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

CT – Comunidade Terapêutica

CTR – Comunidade Terapêutica Religiosa

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ES – Espírito Santo

FDE – Fazenda da Esperança

GEV – Grupo Esperança Viva

GV – Grande Vitória

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO/ OMS – World Health Organization / Organização Mundial da Saúde

Introdução

O debate acerca do uso de drogas ilícitas, em especial o crack¹, 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 jurídico². Porém, com o fomento da discussão pela saúde pública e com a Nova Lei de Drogas (n. 1.343/06)³, 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)⁴. 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, observa-se no estado do Espírito Santo o crescimento de Comunidades Terapêuticas (CT's) de cunho religioso, especializadas no tratamento de usuários de drogas, e que, em muitos casos, não utilizam os recursos da biomedicina. Assim, é possível observar que, apesar dos avanços da biomedicina e da discussão da luta antimanicomial do não internamento, há uma demanda pelo serviço religioso enquanto recurso psicoterápico e práticas de isolamento social 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 (Dalgarrondo, 2007; Almeida et al., 2007; Koenig, 2009; Beatz & Toews, 2009). A maioria dos estudos, quando relacionam uso de drogas e religião, também enfatizam que a religião funciona como elemento de inserção social e fator protetivo quanto ao uso de drogas (Dalgarrondo et al. 2004; Sanchez & Nappo 2007; 2008b; Beatz & Toews, 2009; Rasic et al. 2011). A partir deste contexto, passei a desenvolver a

¹ O crack é uma substância psicoativa derivada da cocaína, porém relatada como uma droga mais poderosa e com maior capacidade de adição, por ser também uma droga com preço mais acessível, tem alcançado um grande público, não só a classe baixa, mas também as classes média e alta (Siqueira et al. 2007; Dias et al., 2010).

² No que se refere as drogas lícitas (álcool e tabaco) a discussão enquanto um problema de saúde pública sempre foi prioritário.

³ 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.

⁴ 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.

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 (Ministério da Saúde, 2003; Segatto et al., 2008; Nunes & Nascimento, 2012) e a religião enquanto recurso psicoterápico voltada para usuário de drogas.

Inicialmente o objetivo deste estudo era relacionar o papel da religião enquanto agente de cura, num estudo paralelo entre as pessoas que frequentavam o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS – ad)⁵, serviço público de atendimento para usuários de drogas, e as que buscavam instituições religiosas, sem ter o conhecimento *a priori* das comunidades terapêuticas. Porém, quando o projeto foi apresentado ao CAPS – ad dos municípios de Vitória e Serra (pertencentes a região da Grande Vitória - GV) não houve interesse por parte destes em realizar o trabalho de campo no local. Com o intuito de manter os objetivos iniciais dos estudos, em contato com uma assistente social que atua na área da saúde do município da Serra passei a ter conhecimento de duas comunidades terapêutica, uma administrada pela Igreja Batista e outra Católica (Fazenda da Esperança) e que trabalhavam na ‘recuperação’ de usuários de drogas. A assistente social me antecipou que a comunidade terapêutica católica foi construída com recursos administrativos públicos do município da Serra, e portanto apresentava-se de alguma forma interligada às políticas públicas. Por ter essa informação prévia, entrei em contato com o local onde fui bem recepcionada e o projeto aceito.

A Fazenda da Esperança (FDE) é uma comunidade terapêutica religiosa de cunho católico destinada ao tratamento de usuário de drogas, esta possui instalações em mais de 11 países e no Brasil somam mais de 57 instituições. No estado do Espírito Santo são 2 Fazendas, uma voltada para o público feminino localizada no município de Alegre, e outra para o público masculino na região rural do município da Serra, pertencente à Grande Vitória (Vitória, Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão), região de maior concentração populacional e polo econômico⁶ do estado do Espírito Santo. A FDE da Serra foi construída há cerca de 2 anos com recursos da prefeitura da Serra e posteriormente doada à rede Fazenda da Esperança sendo administrada pela Paróquia

⁵ Os CAPS possuem uma linha de financiamento específica junto ao Ministério da Saúde desde 2002 e são organizados pelas secretarias municipais e passam a ser prioridade no atendimento de doenças mentais, não preveem o isolamento social e baseiam-se no diagnóstico situacional. Os CAPS ad devem funcionar como centro de referência para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes (Faria & Schneider, 2009).

⁶ Sabendo da existência de duas FDE no estado do Espírito Santo, na escolha para realizar o campo também foi levado em consideração a localização das fazendas, já que a FDE do município de Alegre fica acerca de 200 quilômetros de onde moro e por isso teria uma maior dificuldade em ascender ao local.

Nossa Senhora da Conceição localizada em Serra Sede, acerca de 11 quilômetros da comunidade. Além disso, a FDE possui parceria com o *Rede Abraço*⁷, programa do Governo Estadual do Espírito Santo destinado a atender e tratar usuários de drogas. Seu método terapêutico baseia-se no tripé, *trabalho, convivência e espiritualidade*, e não utiliza medicalização enquanto recurso terapêutico, o tratamento prevê a internação por um ano e tem como objetivo a abstinência dos internos. Os recursos profissionais são os padres e voluntários ex-usuários de drogas que já passaram pela FDE e se ‘doaram para a obra’⁸.

Entretanto, as práticas terapêuticas empregadas na FDE vão de encontro às diretrizes nacionais do Sistema Único de Saúde⁹ (SUS), que prevê a não moralização do consumo de drogas, a não internação por longos períodos e com políticas de redução de danos, ou seja, a abstinência não é um fim em si. Seguindo essa perspectiva, a partir da década de 1990 o SUS passa a priorizar o atendimento aos usuários de drogas através do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) que deve funcionar através do diálogo, do livre acesso, e da não internação compulsória. O SUS/ CAPS-ad trabalha com recursos ambulatoriais e com profissionais da área da saúde, utiliza medicalização como recurso terapêutico, entre outras terapias (Brasil, 1992). Entretanto, em 2004, ano da pesquisa realizada por Siqueira et al. (2007)¹⁰ observou-se que no Espírito Santo, o número instituições não governamentais voltadas para o tratamento de usuários de drogas ultrapassa o número de CAPS ad – 22,8% e 17,6% respectivamente – e são administradas em sua maioria por instituições privadas sem fins lucrativos (49,4%) e instituições religiosas (30,6%)¹¹. Tais instituições, que não estão sob controle e regulamentação do poder público, apresentam como modelo de intervenção o hospitalar e as comunidades terapêuticas, e preveem internação. Assim, a fim de entender essa mudança de paradigma no atendimento prestado aos usuários de drogas, é preciso entender a discussão levantada acerca dos problemas do uso de drogas, os interesses políticos no tratamento de usuários,

⁷ O programa *Rede Abraço* iniciou-se em 2013 e visa atender usuários de drogas, principalmente o crack, e encaminhá-los para tratamento. O *Rede Abraço* tem cadastrado as comunidades terapêuticas (religiosas ou não) e paga pelo tratamento destas pessoas. Para melhores informações ver anexos.

⁸ A expressão ‘se doar para obra’ é comumente usada pelas pessoas envolvidas no projeto da FDE para designar a atuação dos voluntários na Fazenda.

⁹ Através da Constituição de 1988, o Brasil passa a estabelecer o SUS que visa atendimento de saúde universal à população brasileira, sendo portanto um serviço gratuito que deve ser garantido à todos os cidadãos, porém, ainda hoje apresenta problemas estruturais e de investimento público (Vieira, 2009; Silva e Rotta, 2012)

¹⁰ O levantamento dos dados foi realizado no ano de 2004, como ressaltam os autores no início do artigo.

¹¹ Estes números podem ser diferentes nos dias atuais uma vez que a própria FDE não existia no momento do levantamento.

a atuação da religião enquanto interventora no consumo de drogas e como funciona seu processo terapêutico. Com o propósito de analisar os discursos e práticas que envolvem a problemática, em que, contraditórias ou não, compõem o cenário acerca das políticas públicas para usuários de drogas na GV, a Fazenda da Esperança passou a se estabelecer como uma possibilidade para a análise.

Porém, situar o problema do uso de drogas enquanto um problema social nunca é tarefa fácil, seja porque não há levantamentos sistemáticos acerca do consumo de drogas no Brasil, seja porque é difícil delimitar quantas pessoas usuárias de drogas passam a ter prejuízos devido ao uso (Carlini, 2014), principalmente em se tratando de drogas ilegais¹². Também é difícil definir quando o uso de drogas passa a ser uma doença, e por isso passível de ser tratada, sendo impreciso delimitar a fronteira entre usuário e doente, em que estão em jogo uma série de interesses e negociações. Page & Singer (2010) também ressaltam os desafios em estudar usuários de drogas, que por não constituírem um grupo bem definido e por viverem às margens da sociedade, alguns setores de usuários de drogas podem ser difíceis de encontrar e muitos não estão dispostos a dar entrevistas, sendo também mais difícil incorporá-los o sistema de saúde pública e programas sociais. Situar o uso de drogas enquanto um problema antropológico também não é tarefa fácil, Singer (2012) observa que somente a partir da década de 1970 a antropologia começa a produzir estudos significativos sobre o uso de drogas. Hunt & Backer (2001) ponderam que os EUA são os principais responsáveis literatura sobre drogas, e que ainda assim, há poucos antropólogos que trabalham sobre o assunto, sendo ainda raros os estudos que situem o problema das drogas num contexto social mais amplo, também apontam uma escassez de estudos sobre formas de tratamento para usuários de drogas. No Brasil ainda são pontuais os estudos antropológicos que situem o problema do uso de drogas como um problema de saúde pública. Além disso, o crescimento de comunidades terapêuticas religiosas no tratamento de usuários de drogas parece ser um fenômeno relativamente recente na realidade brasileira, com também poucos antropológicos que trabalham entorno da temática, aponto aqui duas autoras essenciais para minha análise: Rui (2010); Schneider (2010).

¹² Os levantamentos acerca dos prejuízos do álcool e tabaco para a saúde/saúde pública são maiores, porém, no que se refere as drogas ilícitas a discussão acerca de seus prejuízos para a saúde/ saúde pública é recente.

Os problemas gerados pelo uso de drogas tornam-se também complexos, porque além de sua classificação enquanto ‘doença mental’ também estão associados a outros fatores como isolamento social, depressão, cirrose (Rehm et al., 2004), suicídio, (Room, 2001), violência (Room, 2001), acidentes no trânsito (Rehm et al. 2004) comportamento de risco de DST/AIDS (Singer et al., 2011), redução dos anos de vida (Mascarenhas et al. 2009) e de trabalho (McKee, 1999), grande número de internamentos em hospitais psiquiátricos (Monteiro et al. 2011; Cavarini et al. 2012). Quanto ao uso de drogas ilícitas a discussão toma um outro direcionamento e passa a ser também um problema policial e jurídico (Boiteux et al., 2009; Page & Singer, 2010). Porém, a antropologia enfatiza que a diferenciação entre drogas lícitas e ilícitas, pode nos dizer mais sobre a moralização do consumo do que realmente os malefícios/benefícios que as drogas ilícitas podem causar. Além disso, a Antropologia Médica chama a atenção para que o uso de drogas não seja percebido apenas em seu aspecto micro social e cultural, sem levar em consideração o contexto macro das desigualdades sociais e econômicas, instituições de controle, discriminação social e racial e interesses de grandes corporações (Singer, 2012) uma vez que também afetam o estado de saúde de uma população. Explicitar essas relações, conceitos e pré-conceitos, são necessários para melhor definir que tipo de política pública seria mais adequada para cada grupo (Hunt & Backer 2001; Deslandes, 2003).

Com relação ao presente trabalho também é preciso fazer uma ressalva quanto a diferenciação de drogas lícitas e ilícitas, que apesar de na literatura antropológica a maioria dos estudos diferenciar álcool e outras drogas (Hunt & Backer, 2001), essa diferenciação não se aplica a esse estudo, sendo o público alvo compreendido como *usuário de drogas*, independente se é lícita ou não. Porém, é necessário observar que o uso do tabaco não foi abordado de forma profunda e houve pouco levantamento bibliográfico sobre o assunto, uma vez que nenhum dos entrevistados declarou o tabaco como motivo principal para a internação e há poucos entrevistados que relatam os prejuízos ocasionados pelo seu uso.

Assim, a fim de contemplar os inúmeros aspectos que o uso de drogas e o tratamento religioso podem abordar, em seus aspectos macro e microssociais, a presente dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro é realizado um panorama geral acerca do uso de drogas a fim de elucidar termos, conceitos e os problemas gerados devido ao uso, as características da população brasileira que se ligam à temática, as políticas públicas de saúde voltadas para usuários de drogas e o papel e atuação da religião no tratamento. Este

primeiro capítulo, apesar de não tratar do campo especificamente, oferecem um panorama geral da discussão, e, em muitos aspectos, possuem elementos encontrados no campo. Assim, passo a dividi-lo em 4 vertentes: 1. a moralização do consumo de determinadas drogas, enfatizando sua história de proibições e tentativa de controle do consumo, e as alternativas jurídicas e médicas que passam a se compor quando a droga passa a ser um problema; 2. qual a visão da antropologia acerca do consumo de drogas enquanto patologia e como a antropologia compreende saúde e doença. Esta parte tem como objetivo mostrar que ao se estudar uso de drogas também é preciso levar em consideração uma série de aspectos a fim de desmistificar conceitos e pré-conceitos que a palavra *droga* e a sua classificação enquanto doença mental pode carregar; 3. As características da população frente ao uso de drogas e as diretrizes do SUS para tratamento, e; 4. O papel da religião enquanto interventora de consumo de drogas, a influência da religião em políticas públicas sobre drogas, a atuação das igrejas no tratamento e as comunidades terapêuticas de cunho religioso.

No capítulo dois, passo a trabalhar especificamente sobre a Fazenda da Esperança, suas características centrais numa descrição densa das particularidades encontradas no campo, o perfil dos entrevistados, o tipo de abordagem da FDE para usuários de drogas, e as Comunidades Terapêuticas Religiosas enquanto *Instituições Totais*, que tem como objetivo mudar os sujeitos para um padrão pleiteado pela sociedade: a conversão e abstinência. Neste capítulo o livro de Goffman, *Manicômios, prisões e conventos* tornou-se essencial para estabelecer uma análise e um panorama geral da FDE, que enquanto Comunidade Terapêutica (CT) prevê um isolamento social para promover uma ruptura com os padrões de conduta antigos de usuário de drogas, e assim promover uma mudança de hábito a fim de obter a ‘cura’ para os malefícios gerados pelo uso de drogas.

No terceiro e último capítulo, dentro de uma perspectiva da antropologia cultural, passo a destrinchar conceitos centrais da antropologia médica para assim entender aspectos sociais e culturais que envolvem os processos de saúde, doença, terapêutica e cura, que no cotidiano podem demonstrar uma série de variáveis. Assim, o conceito da doença-adição, aos internos da FDE, passa a estar vinculadas à ‘doença-desordem’ e ‘doença-espiritual’ mais do que uma doença do ‘corpo-biológico’, e a partir desses conceitos é possível observar como os envolvidos no processo terapêutico passam a gerir suas escolhas da melhor terapêutica a ser empregada e como são constantemente negociadas.

1. Notas metodológicas:

Inicialmente, na busca em obter uma percepção holística do objeto de estudos, a fim de obter dados capazes de entender a realidade local como um processo multidimensional, foi realizado um levantamento e revisão bibliográfica para a coleta de dados sobre recursos econômicos, relações sociais, processos políticos, e outros aspectos que envolvem o objeto. Este levantamento bibliográfico está condensado principalmente no primeiro capítulo. Esses dados são utilizados a fim de fornecer um panorama no que tange uso de drogas, políticas públicas e religião. Ravindran (1997) observa que, para a antropologia, esse recurso é utilizado a fim de entender a realidade enquanto multifacetada, e desta maneira, é possível estabelecer a influência do nível macro social no nível micro, ao mostrar o contexto e características da sociedade envolvida. Esse recurso também auxilia na definição de palavras chaves que podem estar associados ao campo. Segundo Peltro & Peltro (1990), na pesquisa qualitativa em saúde, ao pensar como uma série de transformações de regras e processos, incluindo definições, esses conceitos servem como guias na coleta de dados e podem relacionar-se com os resultados obtidos.

A pesquisa de campo é de caráter antropológico qualitativo-etnográfico, que consiste na empregabilidade de uma série de métodos qualitativos descritos adiante. A etnografia tem como característica uma aproximação maior com o campo a fim de ganhar uma maior confiança dos participantes para que a qualidade das respostas seja a chave para uma entrevista de sucesso (Sobo, 2009). Deste modo houve uma aproximação com as redes de relações que envolvem a Fazenda da Esperança, utilizando-se de recursos metodológicos tipicamente empregados na etnografia como a *observação participante* que podem trazer informações sobre os recursos físicos (estrutura e infra-estrutura), agrupamento social e padrões de comportamento e atividades (Ravindran, 1997) e a manutenção de um *caderno de campo*. Na observação participante ocorre uma observação prévia de onde a pesquisa é feita para conhecer de forma mais profunda os participantes e com o tempo os participantes passam a ser colaboradores no processo de coleta de dados (Sobo, 2009). Segundo Sobo (2009), esse processo etnográfico não só enriquece a entrevista por si, mas também permite uma triangulação com um olhar de outros dados de pesquisa, cada qual mostrando uma multiplicidade de dupla verificação das histórias demonstradas. No *caderno de campo* são mantidas observações relativas ao objeto de estudo, onde, posteriormente é possível recorrer para realizar uma análise mais detalhada dos dados

obtidos, o caderno de campo também é importante na medida em que é possível observar as idiossincrasias existentes entre os discursos e as práticas que envolveram a pesquisa na FDE.

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 FDE. As principais dificuldades encontradas na FDE foi a difícil inserção e imersão total do campo, em que, por se tratar de um espaço predominantemente masculino, ser a única mulher acabou por ser uma desvantagem, uma vez que tive acesso limitado aos momentos e espaços do grupo. Por também se tratar de uma comunidade terapêutica que pretende o isolamento social e afastamento do ‘mundo de fora’, eu representava um duplo perigo, ser mulher e do ‘mundo de fora’, não católica e não engajada no projeto. Assim, era constantemente questionada sobre minha religiosidade e consumo de drogas, que não traduzem os valores empreendidos no local. Além disso, nas relações que se estabelece entre pesquisador e objeto de estudos, sempre há uma expectativa por parte do campo, em que, apesar de explicar os objetivos, existia uma ideia de que iria escrever um livro que projetasse positivamente a FDE.

Na aproximação com o campo houve conversas com *pessoas-chave*, que são pessoas que podem auxiliar a chegar nos pontos importantes do que se quer abordar (Ravindran, 1997). O informante-chave é a pessoa que, por sua ocupação, status ou papel dentro da comunidade pesquisada, está estrategicamente situado para promover informações de interesse para a pesquisa (Sobo, 2009). Essas *pessoas-chave* foram a assistente social que me indicou a Fazenda da Esperança e que além de trabalhar com saúde/saúde mental, já teve um irmão com problemas devido ao uso de drogas, o padre responsável pela Fazenda que abriu as portas para a realização do campo, me explicou o funcionamento da Fazenda da Esperança e me apontou a existência dos grupos de apoio à familiares, usuários e ex-usuários de drogas, o Grupo Esperança Viva (GEV). No GEV do município de Vitória tive a oportunidade de conhecer a coordenadora do grupo Maria, e o Castro, um importante ativista que trabalha com usuários de drogas a alguns anos, e que me indicaram as pessoas com quem conversar. Dentro da fazenda, meu primeiro contato foi com o ‘padrinho’¹³ da instituição que serviu como ‘guia’ sobre a estrutura do local e rotina dos

¹³ Todas as Fazendas possuem um padrinho responsável pela organização das atividades realizadas.

internos da fazenda, era ele sempre que me orientava sobre os aspectos fundamentais do funcionamento da Fazenda.

Além das conversas com as *peessoas-chave* foram realizadas *entrevistas semi-estruturadas* para a coleta de dados, útil para tipificar os processos ou catalogar o alcance das respostas para um certo tipo de situação ou itens em uma categoria específica, e assim, os dados das entrevistas podem produzir extensas informações baseadas em casos (Sobo, 2009). Como se trata de entrevistas na área de saúde foi elaborado um *Termo de Consentimento Esclarecido* a fim de pedir a autorização para que a entrevista ocorresse e deixar os entrevistados cientes dos propósitos da pesquisa. As entrevistas ocorrem num momento já previamente agendado com Vitor, voluntário e administrador da fazenda, e num espaço mais calmo eu aguardava enquanto o padrinho da instituição informava aos internos de minha presença, e aqueles que tivessem interesse em ser entrevistado se encaminhavam para sala onde eu me encontrava. 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. A transcrição também é importante e auxilia na análise, uma vez que, tudo o que é dito é revisto e se torna uma oportunidade de exame. Além disso houve conversas 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 GEV. 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 partir dos dados brutos coletados foi realizado uma codificação dos dados para análise crítica. A codificação segundo Miles, et al. (2012) consiste na análise dos dados coletados para um nível mais elevado do pensamento sobre o estudo, é quando os dados primários são utilizados para recuperar e categorizar os fragmentos, e assim, o pesquisador pode analisar e agrupar para a construção de uma hipótese e conclusões. Seguindo o processo de codificação organizado por Miles, et al. (2012) selecionei os que melhores se aplicam ao estudo. Primeiramente houve uma *seleção dos dados*, uma vez que é preciso reconhecer que nem todos os dados coletados são importantes para a pesquisa e ao mesmo tempo não é possível analisar todos os dados coletados, mesmo que se queira, assim, Miles et al. (2012) observa que a seleção é um método de descobrimento, em que o pesquisador determina o fragmento dos dados cuidadosamente, lê e reflete os

significados, e isso dá familiaridade com os dados. A *codificação in vivo* que consiste em utilizar palavras ou pequenas frases na linguagem dos participantes no registro dos dados (Miles, et al. 2012). A *codificação atributiva*, que é a descrição de informações básicas como o cenário, características do participante ou demografia e outras variáveis interessantes na pesquisa qualitativa, para fornecer informações essenciais dos participantes (Miles, et al. 2012). A *codificação das emoções*, que permite ‘rotular’ as emoções e/ou experiências dos participantes ou deduções do pesquisador sobre os participantes, assim é possível analisar a perspectiva, visão de mundo, e condições de vida do participante (Miles, et al. 2012). E por fim a *codificação dos valores*, aplicada na pesquisa qualitativa para refletir os valores, atitudes e crenças que representam a perspectiva e visão de mundo dos participantes. Ferreira (2007) também alerta para o perigo que as entrevistas realizadas em campo podem incumbir em que

“a crença de que os entrevistados têm a capacidade de conhecer e reproduzir as condições relativas à sua acção, é uma tentação em que é fácil cair, quando, de facto, o que os actores testemunham sobre as suas práticas, acções e trajectórias não são mais do que as suas próprias representações e valorações sobre as mesmas, lógicas simbólicas em grande medida socialmente produzidas, inconscientemente inculcadas, que muitas vezes escapam à sua reflexividade e narratividade imediata”.
(2007:297)

Page & Singer (2010) também observam que na antropologia cultural, o pesquisador é atento a descobrir e caracterizar não só ideias e valores, mas também, estruturas sociais, significados, emoções e experiências de vida que possam refletir em padrões de comportamento que ocorrem em determinados contextos sociais. Porém, é preciso reconhecer que nem tudo diz respeito a cultura, como os contextos das desigualdades sociais, opressão e interesses políticos. Assim, na tentativa de uma abordagem antropológica que visa fazer uma análise holística do objeto de estudos, e com as limitações que o tempo que um mestrado podem estabelecer, procurei fazer uma análise de todos os aspectos que pude encontrar no campo a fim de evidenciar uma realidade multifacetada nos aspectos que envolvem desde o uso de drogas ao tratamento.

Cap. I: Dos problemas do uso de drogas às políticas públicas

Conceituar o uso de drogas enquanto um problema social não é tarefa fácil, desde o consumo de drogas aos seus prejuízos físicos e sociais há uma série de questões, termos, história, valores, preceitos morais que antes de tudo precisam ser desmistificados e melhores explorados a fim de evitar equívocos e pré-conceitos que possam carregar. É preciso então definir quando, como e quais drogas passam a ser um problema em nossa sociedade e que políticas passam a se estabelecer para regular ou proibir seu consumo. A busca por substâncias para alterar o estado de consciência é uma necessidade universal e antiga (Heath, 1992; Page, 2004), e, ao mesmo tempo, toda cultura possui um mecanismo para controlar seu uso ao definir diferenciações por sexo, idade, casta, classes e limitado o uso a contextos sociais e rituais (Heath, 1992). Page & Singer (2010) apontam que o uso recreativo de drogas pode ser percebido de maneira diferente pela sociedade dependendo do tipo de droga que é consumida, da classe social a qual pertence e se ocorrem em contextos religiosos e espirituais. Hunt & Backer (2001) também chamam a atenção de que *“all consumption is intrinsically social, all consumers operate within worlds of structured relationships determined by the individual consumer’s social and cultural class position”* (2001:179). Assim, o uso de drogas pode assumir diversos significados dependendo da cultura, classe social, subgrupos, religião e do tipo drogas, e neste capítulo foco nos problemas sociais que envolvem o consumo de drogas e o uso de drogas enquanto patologia, as políticas públicas e a atuação da religião nas políticas públicas voltadas para usuários de drogas.

1. Dos problemas do uso da droga

1.1. Drogas lícitas e ilícitas e a moralização do consumo

Quando falamos de consumo de drogas é preciso também delinear quando as drogas passaram a ser um problema e porquê. Dentro dessa discussão, a antropologia enfatiza que a diferenciação entre drogas lícitas e ilícitas dizem mais sobre a moralização de seu consumo do que as propriedades farmacológicas das drogas e seus efeitos no organismo. Também é possível observar que a classificação das drogas entre lícitas e ilícitas, nem sempre se continuaram da mesma forma e podem assumir outros significados em diferentes culturas, grupos sociais e momentos históricos. Porém, sua trajetória de proibições ou não estão intrinsecamente ligadas a moralização do consumo, e, a partir do

momento que as drogas passam a ser um problema é preciso promover políticas públicas que detenham seu consumo.

Nos EUA, início do século XX, o consumo de drogas passa a ser associado à subgrupos discriminados como mexicanos e negros, com políticas mais severas quanto ao uso (Heath, 1992; Page & Singer, 2010). Szasz (1993) afirma que nas primeiras décadas do século XX – na mídia e nos discursos governamentais nos EUA – existia uma associação direta de negros à cocaína, hispânicos à maconha, irlandeses ao álcool, chineses ao ópio, e que tais drogas provocavam a degeneração destes grupos. Stuart Hills (1980) observa que o uso de drogas ilícitas assume uma visão completamente diferente das drogas legais, em que o usuário de drogas ilícitas é visto como consumidor de uma substância demoníaca e proibida sendo associada à sujeira, moradores de rua e classes sociais mais baixas, ignorando assim milhões de pessoas que passam a ter prejuízos devido o consumo de álcool ou tabaco. Essa associação moralista entre drogas e minorias, também ocorrem em outras partes das Américas e Europa (Rodrigues, 2008), e no contexto brasileiro também é comum associar o uso de drogas a grupos já discriminados, como negros e classes populares (Deslandes, 2003).

Kushner (2010) aponta que o influente diretor do *Federal Bureau of Narcotics*, entre os anos de 1930–1962, Henry Anslinger, foi um dos grandes responsáveis pela demonização do consumo de drogas em seu discurso no Congresso em 1937, que avalia a maconha como uma droga perigosa para a mente e corpo, principalmente se usadas por criminosos, uma vez que causa desinibição e sensação de poder, o que pode levar a um delírio temporário e irresponsável gerando crimes violentos. Em cima de seu discurso, uma série de peritos argumentam a importância do tratamento de usuários de drogas. Porém, é preciso ter em mente que a classificação das drogas entre lícitas e ilícitas está mais ligada a questões políticas e culturais do que evidências científicas. Kushner (2010) observa que em 1944 Mayor Fiorella La Guardia, ao estudar os efeitos da maconha, encontra resultados diferentes e conclui que não causa comportamentos violentos podendo inclusive ter benefícios medicinais, porém, tal estudo é denunciado por Anslinger e a comissão é investigada.

Vargas (2005; 2008) observa que as políticas de repressão em torno das drogas ilícitas têm se tornado regra e possuem como fundamento, de um lado a medicina (*com a medicalização e internamentos*) e jurídico (*com a repressão quanto ao uso*), em que ao

mesmo tempo que condenamos e punimos o uso de algumas substâncias dando-lhes o estigma de vício e doença, incitamos o uso de outras, como fármacos, álcool e tabaco, conferindo às drogas um sentido moral, e não necessariamente biológico. Quando o uso de drogas passou a se estabelecer como um problema, tonou-se então necessário de um lado proibir seu consumo, e de outro, a necessidade de classificá-lo enquanto patologia e portanto passível de ser tratado.

1.2. O problema jurídico do uso de drogas

A evolução da discussão antidrogas no século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX foram determinantes para a proibição de determinadas drogas pelo mundo (Silva, 2013). Em 1919, entra em vigor nos EUA a *Harison Act*, com restrições para a comercialização do ópio, cocaína e derivados por determinações de controle médico (Rodrigues, 2008; Silva, 2013). Seguindo a mesma linha de proibição, em 1920 aprova-se a Lei Seca, “*com forte apoio popular, proibindo a venda e o consumo de álcool em todo país*” (Silva, 2013:95). Segundo Silva (2013), em meados dos anos 30, os EUA passaram a pressionar pela interdição da produção e consumo de drogas fora de suas fronteiras como estratégia para melhor controlar a produção e distribuição da droga em sua origem. Rodrigues (2008) observa que a partir de 1960, encontros patrocinados pela Organização das Nações Unidas (ONU) passaram a padronizar a proibição do uso de determinadas drogas, estipulando exigências aos Estados que se comprometessem com tais acordos. Em 1989, o então presidente dos EUA, George Bush faz seu discurso sobre *Guerra às Drogas* com amplo apoio da mídia (Heath, 1992), caracterizando-se por um “*enfoque alarmista, intolerante e repressivo*” (Noto & Galduróz, 1999:148). Vargas (2005) observa que esse discurso vem a assumir seu papel, com a derrocada da ex-União Soviética e o fim da Guerra Fria, ao criar uma nova guerra global.

Porém, a antropologia alerta que políticas proibitivas quanto ao uso de droga nunca surtem o efeito esperado de deter o consumo, suas práticas imorais e o vício, uma vez que o consumo de drogas psicoativas ilegais continua em toda parte do mundo. Rodrigues (2008) pondera que, ao contrário do esperado pela proibição, assim como na *Lei Seca*, não extingue-se o público consumidor ou o mercado de venda, mas sim empurra esse público para a marginalidade/ ilegalidade – com a proibição, inventa-se um novo crime e novos criminosos – e, o “*que acontecera com respeito à permanência de um mercado para o álcool pode ser estendido para as outras drogas proibidas: mais criminosos a*

circular justificando a existência de dispendiosos aparatos repressivos” (Rodrigues, 2008:94).

Hoje o Brasil é o 4º país com a maior população carcerária, sendo o “tráfico de drogas” a segunda maior incidência no sistema prisional, com 70 mil presos, atrás apenas de roubo qualificado, conforme os dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) (Boiteux et al, 2009). A expressão “tráfico de drogas”, é colocada entre aspas propositalmente devido à discussão levantada no estudo de Boiteux et al. (2009). Assim, o crime de tráfico de drogas ilícitas, previsto no art. 33 da Nova Lei de Drogas (n. 1.343/06), não penaliza com encarceramento pessoas sob a posse de droga para consumo próprio ao prever medidas alternativas, porém não determina parâmetros seguros de diferenciação entre usuário de drogas e pequeno, médio e grande traficante. No levantamento realizado por Boiteux et al. (2009), observou-se que a maioria dos condenados portavam pequenas quantidades de drogas podendo caracterizar consumo próprio ou que se trata de elos mais fracos do comércio de drogas ilícitas. Além de tudo, é necessário ter em mente que é a polícia quem filtra os casos que chegam ao conhecimento dos juízes, e por isso, *“o sistema penal, seletivo em todas as esferas, se torna ainda mais seletivo no caso do tráfico”* (Boiteux et al., 2006:22). Assim, grupos já anteriormente estigmatizados e passíveis de vigilância, como negros e classes populares, passam a ter mais um fator de *“periculosidade”* porque além de usar drogas, podem cometer outros crimes sendo *“tão ameaçador porque é uma afronta ampla à sociedade. Um grande medo, um hediondo crime: ao mesmo tempo um problema moral, de saúde pública e de segurança pública”* (Rodrigues, 2008:98) e por isso o governo não pode descuidar deste público.

1.3. O problema médico do uso de drogas

A ideia de que o vício em drogas é uma doença e por isso passível de ser tratada tem ganhado terreno nos dias atuais, Kushner (2010) observa que, com Alan Leshner, entre os anos de 1994 e 2001, houve uma popularização da adição enquanto *doença do cérebro (brain disease)*. Enquanto doença, foi necessário criar uma categoria para classificá-la. Assim o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - IV (DSM-IV), que orienta uma grande parte dos psiquiatras pelo mundo com indicações dos transtornos mentais e como diagnosticá-lo, possui em seu manual o *abuso e dependência de*

*substâncias*¹⁴. O vício em substâncias é classificado também pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através do Classificação Internacional de Doenças (CID) como *transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas* (CID-10 – F19 - .0 à .9). Portanto, é considerada uma doença reconhecida pelas principais instituições de saúde/ saúde mental a nível mundial.

Quando há essa transferência de responsabilidade da esfera policial e jurídica para a medicina, é preciso então criar mecanismos para tratar os usuários de droga, e a medicalização e o internamento têm sido mais comumente empregadas (Biehl, 2008). Vargas (2006; 2008) aponta que quando o uso de drogas passa a ser visto como doença, tem-se favorecido a indústria farmacêutica, e que apesar de os remédios também serem drogas, são socialmente aceitas e amplamente difundidas. Kushner (2010) observa que os antidepressivos também causam dependência e alteram o estado da mente, porém são socialmente aceitos quando a depressão passa a ser vista como uma doença. Essa visão se estende aos medicamentos para usuários de drogas, Heath (1992) e Bourgois (2000) apontam que o uso da metadona, amplamente difundido nos EUA para o tratamento de usuários de heroína, também pode causar fissura e dependência psicológica, gerando grandes prejuízos ao indivíduo tanto quanto a heroína, porém seu uso é aceito justamente por se tratar de uma droga regulamentada e produzida sob controle e vendida no mercado formal.

Biehl (2008) também chama a atenção para o excesso de medicalização em hospitais psiquiátricos e clínicas de internamento onde a autonomia individual é completamente anulada. Esse excesso de medicalização também é apontado pelos entrevistados da FDE

¹⁴ A *dependência de substâncias* é definido segundo 7 critérios que consistem em: 1. Tolerância à substância; 2. Sintomas de abstinência; 3. A substância é consumida com a finalidade de aliviar os sintomas de abstinência; 4. Existência de um desejo malsucedido na tentativa de reduzir ou evitar o consumo; 5. Investimento de muito tempo em atividades para obter a substância ou na recuperação de seus efeitos; 6. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são prejudicadas em virtude do uso; 7. O uso da substância continua apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico devido ao uso. A diferença essencial no diagnóstico da *dependência* para o *abuso de substâncias* consiste principalmente pelo fato de no abuso, os critérios 1 e 2 não estão presentes. Porém, ao que tudo indica, na nova resolução que gerou o DSM-V não existe mais a diferenciação entre abuso e dependência e ambas estariam dentro de uma mesma classificação, sendo definida como Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, e acrescentando-se o conceito de fissura – desejo incontrolável de consumir a substância. Porém, é importante observar que o DSM orienta o diagnóstico mas não é necessariamente seguido por todos da mesma maneira, e há uma série de críticas acerca de sua classificação global por não levar em consideração as diferenças culturais presentes em cada contexto e país, sendo fatores importantes para definição de saúde e doença, diagnóstico e formas de tratamento (Cohen, 2004; Csordas & Kleinman 1990). Cohen (2004) também chama a atenção que o DSM envolve transtornos mentais de diferentes graus num mesmo espaço, com doenças relativamente raras, severas e psicoses crônicas com transtornos relativamente comuns e suaves, colocando-as no mesmo patamar de “doença mental”, o que poderia dar a entender que estão no mesmo patamar de gravidade e considerando todos uma patologia.

que já passaram pelo serviço público de saúde voltados para usuários de drogas, e isto é um dos fatores que levam em consideração na escolha da terapêutica a ser empregada como veremos melhor no capítulo III. Vargas (2006) também faz uma crítica severa ao *World Drug Report* (1997) que literalmente considera os adictos como incapazes de responder por si, cabendo então aos cidadãos de bem promoverem o controle sobre o uso das drogas e terapias que visem a abstinência. A *World Drug Report* afirma que,

uma justificativa mais ampla pode ser encontrada no postulado segundo o qual as propriedades aditivas das drogas psicoativas são tais que os indivíduos que as consomem perdem o *status* de seres governados pela razão – se eles não são mais “os melhores zeladores de seu próprio bem-estar”, seu comportamento desafia a autonomia pessoal em que o modelo do ator racional se baseia... Pode-se assim argumentar que a proibição é do interesse do bem comum porque o comportamento que mina a auto-regulação e o autocontrole é potencialmente uma ameaça à sociedade liberal. (UNODC, 1997:156)

Assim, pessoas diagnosticadas como “doente mental”, muitas vezes são tratados como incapacitados mental que não possuem direito a voz sobre seu próprio corpo e são considerados incapazes de racionalizar sobre suas escolhas. A este grupo, resta submeter-se às regras, leis e morais das pessoas “não usuárias de drogas” (no caso as ilícitas), portanto racionais o suficiente para decidir pelos outros. Aos usuários de drogas (ilícitas) parece restar “escolher” entre a internação/ medicação e os rigores da lei. Essa falta de autonomia também foi observada no campo em que a internação compulsória já fez parte da vida de muito dos entrevistados¹⁵.

2. Saúde e doença sob o olhar antropológico

2.1. Adição: à guisa de um consenso

Para além da ideia de que o consumo de drogas é um problema, é preciso desmistificar termos e despir-se de preconceitos e entender que há uma série de questões que envolvem o consumo, abuso e dependência de substâncias e que não deve ficar restrita somente ao discurso médico-farmacológico ou jurídico-policial. O uso de drogas é uma questão complexa que envolve fatores sociais, morais, de saúde, psicológicos, policial, jurídico, de políticas públicas, médico e farmacológico e que vão desde o tráfico e repressão aos altos custos pelo uso e tratamento de adictos. Assim, o consumo de drogas envolvem

¹⁵ A internação compulsória também é abordada no capítulo III.

múltiplos fatores e não podemos nos deixar levar por respostas fáceis, elas não existem. Os problemas gerados pelo abuso e dependência de substâncias são considerados um problema biopsicossocial e, por isso, incluem diversos aspectos da vida e não somente o corpo biológico, usualmente priorizado pela biomedicina.

Bourgois (2003) afirma que a farmacologia da droga faz pouco sentido fora do contexto social e cultural, e que a dependência é “*um sintoma – e um símbolo deslumbrante – das dinâmicas mais profundas da marginalização social e exclusão*” (2003:30). Para Heath (1992), é preciso reconhecer que os problemas das drogas não dizem respeito a droga em si, mas sim aos problemas que ocorrem a partir da interação entre o usuário e o contexto, assim, para ele é importante entender que o uso de drogas não é apenas a química afetando um organismo biológico, e por isso é preciso levar em consideração as expectativas, valores e atitudes dos indivíduos, a história de vida, suas influências e objetivos. Szasz (2006) é mais radical ao dizer que não existem doenças mentais (*mental illness*), mas sim doenças do cérebro (*brain illness*), onde é possível encontrar uma patologia clara, e que as doenças mentais são “*product of modern materialist-reductionist psychology/psychiatry*” (2006:45), sendo uma decisão político-econômica afirmar ou negar sua existência.

Kushner (2010), argumenta que em contraste com o modelo defendido pela biomedicina, as ciências sociais argumentam que o fato de existir uma classificação de drogas lícitas e ilícitas diz mais sobre as normas sociais e mecanismos de controle do que as propriedades psicofarmacológicas das drogas. Porém, segundo ele, essa visão das ciências sociais acaba por ignorar os avanços significativos que a neurociência tem feito quanto ao uso de drogas, que em usuários crônicos induzem a mudanças na estrutura e função do sistema dos neurônios. Do mesmo modo, Kushner (2010) observa que os neurocientistas têm subestimado a importância da cultura quando relacionada ao uso de drogas. Edwards (2002) aponta que é preciso fazer uma distinção entre os conceitos de *síndrome* e *doença*, em que, o que é chamado de alcoolismo aproxima-se mais de uma *dependência-síndrome*, onde o estado de dependência pode expressar uma série de variáveis e níveis de mensuração. Ao contrário disso, no diagnóstico da doença, através de signos e sintomas testados em laboratórios, é possível encontrar uma patologia ou a presença de uma mutação genética, o que não ocorre no diagnóstico da dependência de drogas (Edwards, 2002).

Dessa discussão a respeito do uso de drogas que utiliza inúmeras nomenclaturas científicas, como, toxicodpendência, toxicomania, toxicômanos, adição, drogadicto, dependente químico, dependência em substâncias ou alcóolico, ou termos mais populares como alcoólatra, viciado e nóia (expressão brasileira para designar o usuário de crack), percebo que nenhum destes contemplam a presente dissertação se não forem contextualizados. Antes de tudo é preciso esclarecer, como apontam Page & Singer (2010), que o termo *substância* é muito abrangente e pode inclusive ser água, em contraponto, a palavra *droga* seria melhor empregada uma vez que se caracteriza por ser qualquer componente químico que em contato com o corpo humano produz mudanças no funcionamento do corpo, especialmente no estado mental e emocional, e que são divididas em legais (álcool, tabaco, chá, café, fármacos etc.) e ilegais (heroína, cocaína, crack, maconha, etc.). Assim, há uma preferência por utilizar o termo *uso (usuário) de drogas* ou *substâncias psicoativas* por serem mais específicos que *abuso e dependências de substâncias*, e o termo *adicto/adicação*, quando colocados na discussão levantada por Edwards (2002) e Kushner (2010), que se refere a uma *síndrome de dependência* proveniente da interação entre cultura e biologia. É preciso também desmistificar o termo *droga*, fora do entendimento de que é uma substância demoníaca e carregado de valores morais, e entender que:

drogas não são apenas aquelas substâncias químicas, naturais ou sintetizadas, que produzem algum tipo de alteração psíquica ou corporal e cujo uso, em sociedades como a nossa, é objeto de controle (caso do álcool e do tabaco) ou de repressão (caso das drogas de uso ilícito) por parte do Estado. Mesmo que trivial, é preciso não esquecer que ‘substâncias como o café, o chá e o chocolate’, por exemplo, igualmente ‘são drogas’... e que ‘drogas são ainda todos os fármacos’. (Vargas, 2005:594)

Assim, a palavra *droga* não deve ser compreendida sob o ponto de vista moral de classificação em que há uma aceitação das drogas lícitas (álcool, tabaco, café e fármacos) e em certa medida um incentivo ao seu consumo (Vargas, 2006), e onde as drogas ilícitas passam a ser vistas como um mal-estar social e associada aos subgrupos historicamente já excluídos, como negros, mexicanos, imigrantes e classes populares. Do mesmo modo, o uso de drogas não deve ser compreendido longe do seu contexto histórico e trajetória de proibições. A classificação do *abuso e dependência de substâncias* enquanto patologia e doença mental está longe de ser um consenso sendo preciso evidenciar quando o uso de drogas passa a se constituir como um problema e porquê, e quais as políticas públicas passam a se estabelecer para este público.

A percepção dos problemas gerados pelo consumo de drogas é recente, assim como o surgimento de uma categoria para defini-la enquanto doença, e por isso a necessidade em desmistificar termos e classificações e então delinear as diferenças entre o uso recreativo e/ou ocasional, do uso abusivo e indevido e a dependência, para assim promover políticas públicas adequadas para cada grupo, e a fim de evitar equívocos que o senso comum pode trazer a respeito dos usuários de drogas (Hunt & Backer 2001; Deslandes, 2003).

2.2. Saúde e doença sob o olhar antropológico e a gestão da terapia

O estado de saúde de um indivíduo dentro da antropologia é visto não apenas enquanto a ausência de doença, mas também, como a própria OMS define, que saúde é o bem-estar físico, mental e social (Brown, 1998). Assim, é necessário entender que a doença não é só a bio-patologia, mas sim uma série de outros fatores que também afetam o estado de saúde de uma população. Autores como Eisenberg (1977) e Kleinman (1978), ao fazerem uma diferenciação entre *illness*, a maneira como a pessoa percebe a doença; *disease*, a bio-patologia; e *sickness*, a doença em seu sentido mais amplo dentro de um contexto cultural e social sobre o qual a população é influenciada por múltiplos fatores, passam a inserir a ideia de que além do aspecto biológico, a cultura também se relaciona com a produção da doença, diagnóstico e cura. Taussig (1980) observa os sinais e sintomas de uma doença, por mais que esteja cercada de tecnologias para diagnosticá-las, não são apenas biológicos ou físicos, “*but are also signs of social relations disguised as natural things, concealing their roots in human reciprocity*” (1980:3). Assim, além da doença-patologia (*disease*), é preciso também considerar a experiência da doença (*illness*), que está intimamente ligada ao sistema social de significados e regras de comportamento e, portanto, também assume uma dimensão social e cultural (Kleinman et al., 1978). Essa inter-relação patologia-doença-cultura torna-se então essencial na maneira como determinadas culturas, sociedades, grupos e indivíduos entendem por saúde e doença, normal e patológico, e as práticas de terapia e cura que buscam, podendo demonstrar uma série de variáveis.

Quando saúde e doença podem assumir inúmeros significados, também é possível vislumbrar 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 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”* (2005:45). Esse *pluralismo médico*, e a experiência intersubjetiva das questões que envolvem saúde e doença e práticas terapêuticas, estão estritamente ligadas à gestão da terapia.

Assim, num contexto de *pluralismo médico*, Comaroff (1980;1981) e Janzen (1987) observam que é preciso entender os diferentes *sistemas médicos* e suas características, para assim compreender como eles se articulam em diferentes contextos. Deste modo, “[a] *focus on the decision-making process in therapy management is able to show how differing paradigms are handled in real life by living actors*” (Janzen, 1987:80). Assim, é preciso perceber a história, contexto e estruturas de cada sistema médico, e também nossos próprios sistemas de cura e qual o papel ideológico da biomedicina, uma vez que conhecimento e cura possuem uma forma simbólica carregada de valores e interesses (Comaroff, 1980;1981). Comaroff (1980) também chama a atenção que, para analisar a proliferação de *sistemas médicos* em países em vias de desenvolvimento, é necessário realizar esquemas que possam compreender as relações entre as formas de experiências subjetivas e as características estruturais das mudanças de contexto entre as dimensões simbólicas e materiais (op.cit. 1980:638).

O conceito de *Sistema Médico* foi estruturado por Kleinman (1978) a fim de compreender como funcionam as diferentes terapêuticas, suas características, história e trajetória, formas de diagnóstico, em 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 ser 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.

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 do momento que se encontram enfermo, o que é levado em consideração é como podem solucionar seu problema, e se a terapia produziu resultados ou não. Assim, se a terapia empregada não teve os efeitos esperados facilmente pode-se recorrer a outro. Desta forma, Last (1992) pondera que a separação e categorização dos sistemas médicos faz mais sentido para fornecer modelos teóricos antropológico. Além disso, por mais que possamos compreender os sistemas médicos como iguais, elas na verdade estão dispostas de forma hierárquica na sociedade (Last, 1992), em que o grande diferencial do *setor profissional* é que este adquire seu status e eficácia ao longo dos anos e, cada vez mais, requer qualificação profissional e alto nível de escolaridade (Last, 1990). Com o status adquirido por determinada terapia e por se mostrarem eficazes, como é o caso da medicina científica, ela passe a fazer parte do sistema nacional de saúde, porém, outras terapias também podem adquirir essa posição de destaque, e então são incorporadas ao sistema nacional, tais como a homeopatia, acupuntura e a ayurveda (Last, 1990).

Entretanto, é necessário chamar a atenção de que a medicina científica também possui seus componentes simbólicos, históricos e morais (Comaroff, 1980; 1981; Csordas & Kleinman, 1990), e não podemos deixar de levar em consideração que seu vocabulário se encontra presente em nosso cotidiano e fazem parte da maneira como concebemos e entendemos saúde e doença (Sayd, 1998). Assim, a biomedicina faz parte de um sistema

médico inserido num contexto cultural que explica, diagnostica e promove terapias e cura de doenças a partir do modelo científico, mas não podemos deixar de observar que existem outros sistemas e modelos explicativos acerca da saúde e cuidados médicos, como a religião, e que também são histórico, político e socialmente construídos. É preciso levar em consideração também que, ainda que se faça uma separação dicotômica em que a medicina científica está ligada às sociedades industriais enquanto outros sistemas médicos são mais comuns em sociedades pré-industriais, na prática essa distinção não é tão clara e podemos observar um *pluralismo médico* (Csordas & Kelinman, 1990). Janzen (1987) também observa que, ao se falar em *pluralismo medico*, fazer uma divisão entre “tradicional” e “moderno” é extremamente rígido e simplista quando tentamos encaixar esses conceitos na negociação entre o indivíduo e as terapias disponíveis.

3. Políticas Públicas de saúde para usuários de drogas

3.1. Características da população frente ao uso de drogas

O uso de drogas está associado a uma série de problemas de saúde pública. Siqueira et al. (2007) aponta que segundo o relatório da OMS no ano de 2002, 8,9% da população global se encontrava afetada por doenças causadas pelo consumo de substâncias psicoativas, contabilizando o tabaco em 4,1%, o álcool em 4% e drogas ilícitas em 0,8%. Em relação as drogas ilícitas, Ghodse & Galea (2005) relatam uma estimativa de que existam 180 milhões de casos de abuso de drogas em todo o mundo, o equivalente a 3% da população global ou 4.2% da população com mais de 15 anos. No Brasil, em um levantamento domiciliar realizado por Carlini et al. (2002), a respeito do uso de psicotrópicos em cidade com mais de 200 mil habitantes, verificou-se que 19,4% da população estudada já fizeram uso de psicotrópicos excluindo-se álcool e tabaco e que 68,7% já fizeram uso de álcool. Entre as drogas mais consumidas segundo o *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001* (Carlini et al., 2002), encontram-se o álcool (68,7%) e o tabaco (41,1%), a cannabis (6,9%), solventes/inalantes (ex: cola de sapateiro, 5,8%), orexígenos (fármaco estimulante de apetite, 4,3%) benzodiazepínicos (fármacos ansiolíticos, 3,3%), cocaína (2,3%), codeína (fármaco de origem opioide, 2,3%) e estimulantes (1,5%).

É possível observar que alguns fármacos são mais consumidos que drogas ilícitas demonizadas pela população, como a cocaína/crack. Em estudo de Galduróz et al. (2005),

ao se comparar o Brasil a outros países da América observa-se que o consumo de álcool é relativamente igual a de outros países, e o consumo de tabaco, maconha e cocaína muito inferior que outros países como os EUA. No levantamento realizado por Bastos et al. (2008) a respeito do consumo de drogas popularmente conhecidas, em comparação entre os anos de 1998 e 2005, o que se pode observar é uma diminuição do consumo de drogas na vida e nos últimos doze meses, porém, um aumento expressivo do uso da maconha.

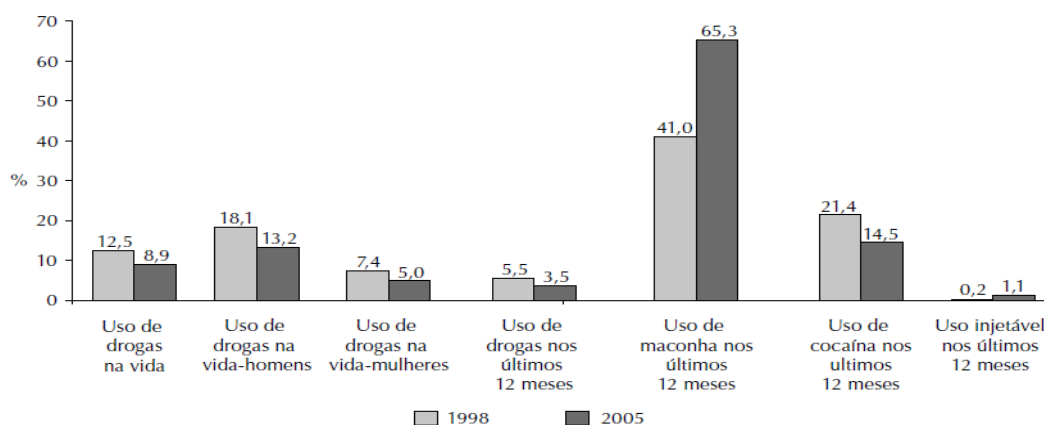


Figura. Uso de drogas na população brasileira. 1998 e 2005.

Fonte: Bastos et al. 2008:114 (Figura 1)

Frente às características de consumo de drogas no Brasil, é possível observar que há um consumo maior entre homens (Carlini et al, 2002; Bastos et al. 2008), jovens, solteiros, desempregados e de baixa escolaridade (Nunes & Nascimento, 2012), assim como é também a população que apresenta maior risco de morte e violência (Freitas, 2008; Modelli, 2008), fatos também observados na literatura internacional (McKee, 1999; Room, 2001; Rehm et al. 2004). Os homens possuem um maior consumo de cannabis e cocaína e as mulheres um maior consumo de medicamento (Carlini, 2002; Bastos et al. 2008). O preço e a disponibilidade influenciam no consumo (Alavarse & Carvalho, 2006; Freitas et al, 2008), fato também apresentado pela literatura internacional (Rehm et al. 2004; Hastings, 2005). E por fim, o consumo de drogas ilícitas é maior na região sudeste (Carlini et al. 2002; Bastos et al. 2008), região que apresenta maior concentração de população urbana e onde se encontra o estado do Espírito Santo.

No Brasil, o consumo de bebidas alcólicas, por ser uma droga de fácil acesso, é verificado em todas as camadas sociais (Alavarse & Carvalho, 2006). Sendo a substância psicoativa mais consumida e culturalmente aceita, é também a mais associada a violência

e morte por causas externas (Freitas 2008; Monteiro et al., 2011), além de serem as maiores causas de procura por psicoterapias (Faria & Schneider, 2009; Monteiro et al. 2011). Segundo Monteiro et al. (2011), a dependência de álcool no Brasil tem mostrado uma prevalência variada de 3% a 10% na população adulta, o que provoca uma busca maior por assistência médica por parte destes, em que “*o alcoolismo é responsável por 50% das internações psiquiátricas masculinas, 20% em unidade de gastroenterologia e 90% das internações por dependência de drogas em hospitais psiquiátricos brasileiros*” (2011: 91). Cavarini et al. (2012) também observa que os transtornos relacionados ao uso do álcool representam a oitava causa de auxílio-doença no sistema previdenciário brasileiro, e que utilizam até 3 vezes mais os serviços de saúde. Outro dado apontado por Cavarini et al. (2012) é que o uso nocivo de álcool, junto à depressão e às psicoses, são as principais causas de transtornos neuropsiquiátricos no Brasil.

Apesar da aceitação ao consumo de álcool ser diferente em cada cultura, os prejuízos ocasionados pelo consumo e abuso são inegáveis e trazem consequências sociais, e constitui assim um problema importante de saúde pública (Room, 2001). A OMS aponta o abuso de álcool como um grande problema para a sociedade moderna principalmente em países mais pobres que acabam por sofrer mais danos. A OMS observa que o consumo de bebidas alcoólicas é marcadamente menor em sociedades mais pobres, porém, possuem maiores níveis de danos atribuíveis ao álcool (WHO, 2010; Rehm et al. 2004), do mesmo modo, as camadas sociais mais baixas de um país também são o grupo mais afetado com os problemas gerados pelo uso de drogas (Segatto et al., 2008; Nunes & Nascimento, 2012).

3.2. Políticas de saúde para usuários de drogas no Brasil

Com a Nova Lei de Drogas, por prever penas alternativas aos usuários de drogas ilegais, e com a discussão fomentada pela saúde pública e farmacêutica, há uma mudança na mentalidade da sociedade brasileira, ainda que lenta, de que o usuário de drogas não é criminoso ou ocioso, mas sim um dependente químico que precisa de tratamento (Loyola et al., 2009; Ventura et al., 2009), transferindo assim a responsabilidade do sistema jurídico para a saúde pública.

Em estudos com metodologias iguais realizados por Loyola et al. (2009) e Ventura et al. (2009) a respeito da percepção da família dos usuários de drogas sobre o consumo de

drogas ilícitas, nas cidades do Rio de Janeiro e Ribeirão Preto, respectivamente, percebe-se que os entrevistados fazem uma diferenciação entre tráfico/ venda de drogas, situações em que devem ser aplicadas leis punitiva, e usuários, que devem ser encaminhados para o tratamento. Loyola et al. (2009) aponta que as famílias acreditam que há uma falta de políticas assistenciais voltadas para usuários de drogas, sendo os grupos religiosos os mais estruturados e mais acessível no cuidado com o usuário. Além disso, aponta que a hospitalização/ internação é o principal caminho para o tratamento, aspectos que contrariam políticas públicas atuais do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém quanto à eficácia das leis voltadas para o usuário de drogas, os familiares acreditam que não são bem sucedidas em seus objetivos de diminuir o consumo, e que desrespeitam os direitos humanos. No levantamento realizado por Ventura et al. (2009), observou-se que os familiares acreditam que as leis e políticas não atingem o objetivo final, uma vez que não diminuem o acesso às drogas e os crimes decorrentes de seu uso, e também não asseguram a reabilitação e reintegração do usuário assim como não asseguram a segurança pública. No estudo de Ventura et al (2009), os entrevistados não acreditam que as leis e a atuação dos policiais resultem em benefícios concretos para a sociedade, ao contrário disso, os entrevistados corroboram com a ideia de que o usuário e pessoas que portam pequena quantidade de droga devem ser encaminhados para tratamento.

No que diz respeito ao uso de drogas enquanto um problema de saúde pública no Brasil, a política do Ministério da Saúde do Governo Federal aponta que o uso e abuso de substâncias como um problema epidemiológico na realidade brasileira e reconhece que nos últimos anos houve uma quase ausência de política pública voltada para os dependentes químicos (Brasil, Ministério da Saúde, 2003). As diretrizes do Ministério da Saúde frente ao problema do usuário de drogas têm como princípios basilares a ajuda às pessoas em situação de uso e abuso de drogas, através da incorporação da luta antimanicomial (Alves, 1994; Faria & Schneider, 2009), isto é, que não prevê internação e isolamento do indivíduo da sociedade. Além disso, a política voltada para usuários de drogas, tem como critério a não moralização a respeito do uso e abuso de drogas, tanto no sentido de não estigmatizar o usuário como a prioridade não necessariamente se traduziria na abstinência absoluta, mas sim no processo de redução de danos (Faria & Schneider, 2009; Brasil, Ministério da Saúde, 2003), como demonstra o trecho a respeito das políticas do Ministério da Saúde (2003) para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas:

Trata-se aqui, de afirmar que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública. Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários. (Brasil. Ministério da Saúde, 2003:8)

Siqueira et al. (2007) observa que, desde o início do século XX até meados dos anos 1980, o internamento foi a prioridade em termos de tratamento recomendado para qualquer situação de abuso ou dependência de substâncias psicoativas, e entre as décadas de 1980 à 1990, esta perspectiva começou a ser substituída pelo novo modelo em que o internamento é recomendado apenas em casos mais graves de prejuízos físicos, riscos sociais ou familiares, dando prioridade ao serviço ambulatorial. Partindo desse princípio, instaurou-se o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) que devem funcionar através do diálogo, do livre acesso, e da não internação compulsória, isso é, o indivíduo é livre para entrar e sair quando bem desejar, mesmo que haja leitos para que possa se estabelecer em uma situação de crise ou abstinência, pautando assim a importância do não isolamento do indivíduo. Os CAPS ad constituem-se então

como instituições abertas e regionalizadas, formadas por equipes multidisciplinares, ofertando novos tipos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário) - e não somente nos diagnósticos psicopatológicos e medicações -, tendo como meta a reintegração social do usuário (Faria & Schneider, 2009: 326)

Porém, apesar de os princípios basilares do SUS/ CAPS ad pautarem em diagnósticos situacionais e em que a medicalização não seja a única terapêutica a ser empregada, instituições são feitas de pessoas, e pessoas não estão isentas de valores e preceitos morais quando inseridos num contexto social e cultural mais amplo. Por isso, apesar de existir uma discussão a respeito da luta antimanicomial no Brasil, e apesar de alguns avanços, ainda é possível encontrar instituições que oferecem longos períodos de internação, como os hospitais psiquiátricos, e que possuem parcerias com o poder público (Biehl, 2008; Rui, 2010), e por isso funcionam como políticas públicas, e que priorizam somente a intervenção medicamentosa para “doenças” que muitas vezes não são doenças (Biehl, 2008). Essa situação é muito comum quando falamos de um campo tanto instável como a definição de “doenças mentais”. É preciso alertar também para o excesso de medicação, gratuitamente distribuído pelo SUS, como prioridade intervenção aos usuários de drogas.

No Município de Vitória, Bourguignon et al. (2010) observa que o CAPS ad, mais conhecido como Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), foi o primeiro serviço a ser implantado no Estado do Espírito Santo para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, com início em 1993, e possuem diferentes terapêuticas, como “*grupos de acolhimento, acompanhamento, oficinas terapêuticas e assembleias*” (Bourguignon et al. 2010:469). Os grupos de acolhimento são o primeiro processo que o indivíduo passa ao chegar à instituição, esse grupo faz a recepção dos usuários, traça o projeto terapêutico e faz o encaminhamento às outras terapias, as pessoas podem chegar a esse grupo por demanda própria ou por encaminhamento dos serviços de saúde, da justiça ou outros serviços (Bourguignon et al. 2010). Siqueira et al. (2007) observa que, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Espírito Santo, apenas seis (2,4%) ofereceram internação direta aos usuários de drogas, uma vez que a prioridade no tratamento é o atendimento ambulatorial por estar mais perto do meio social e familiar, sendo considerado um atendimento menos traumático e menos caro que o tratamento hospitalar.

No estudo realizado por Siqueira et al. (2007) acerca das instituições terapêuticas que oferecem assistência aos usuários de drogas no estado do Espírito Santo, é possível observar uma complexa rede de atendimento. No período da pesquisa, haviam 250 instituições ou grupos que ofereciam algum tipo de cuidado aos usuários de drogas. Destas instituições, 17,6% correspondem a Instituições Governamentais, 22,8% a grupos não-governamentais, e os grupos de autoajuda como o Alcolicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) compunham a maioria dos serviços oferecidos compreendendo 59,6% das instituições. Dentre as instituições não-governamentais, há uma predominância de instituições privadas sem fins lucrativos (49,4%) e as que possuem vínculos com organizações religiosas somam quase um terço do total (30,6%). Siqueira et al. (2007) também aponta que as instituições são apoiadas financeiramente por igrejas (30,6%), doações de pessoas físicas e instituições jurídicas (28,2%) e municipais (21,2%) e que os modelos de tratamento mais utilizados são o psicossocial (58,8%), através das comunidades terapêuticas (47,1%) e o biomédico (43,5%).

É possível observar, portanto, que menos de 20% das instituições são governamentais e, por isso, há uma transferência aos serviços nos setores filantrópicos ou privados, como é o caso das comunidades terapêuticas. Siqueira et al.(2007) também observa que há uma falta de fiscalização desses serviços, e que suas práticas vão de encontro com as diretrizes

propostas pelo serviço público e privilegia o tratamento em hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas, em vez de fomentar o atendimento ambulatorial. Assim, é possível observar uma série de outros serviços voltados para usuários de drogas, que podem ou não utilizar recursos biomédicos, mas que no final acabam por complementar os recursos nacionais de saúde e que precisam ser melhor explorados a fim de observar com clareza que práticas e intervenções terapêuticas são utilizadas por essas instituições.

Porém, Biehl (2011), ao retratar a realidade de seropositivos HIV/AIDS, chama a atenção que, onde os sistemas nacionais de saúde deixam de cumprir sua função ou estão completamente ausentes, surgem uma complexa rede de parcerias (não-governamentais, filantrópicas, industriais e governamentais) que acabam por moldar as intervenções de saúde sob a forma de humanitarismo. Na prática, essas políticas públicas costumam ser verticalizadas, ou seja, de cima para baixo, e acabam por traduzir mais os anseios dos doadores do que os receptores destas políticas (op.cit. 264-265). Biehl (2011) observa então que por serem verticais, tais políticas públicas surtem poucos efeitos, e muitas vezes acabam por ser ineficazes, por não dar uma resposta às aspirações mais básicas dos grupos mais pobres e marginalizados (como por exemplo moradia e alimentação). Assim, tais políticas acabam por não inseri-los e *empoderá-los* de fato de seus direitos de cidadãos. A abordagem vertical também acaba por traduzir um anseio da sociedade, contudo, é uma abordagem do tipo “bala mágica”, como se todos os problemas fossem resolvidos de forma simples. Porém, “*isoladamente, nem dinheiro nem drogas nem projetos-piloto sofisticados garantem o sucesso*” (Biehl, 2011: 271), se antes de tudo não traduzirem de fato os anseios do público alvo. O mesmo pode ocorrer com a terceirização dos serviços de saúde para os serviços não governamentais no atendimento aos usuários de drogas. Que acabam por surgir como panaceias para ‘cura’ do uso de drogas.

4. Uso de drogas, um problema religioso

4.1. Religião e consumo de drogas

O discurso religioso sempre esteve presente na moralização do uso de drogas. Hunt & Backer (2001) apontam que as elites, sejam elas aristocráticas, religiosas ou econômicas, controlam os fluxos da produção, distribuição e consumo de determinadas substâncias, definindo quais são boas ou não. Rodrigues (2008) ressalta que, em 1983, é fundada nos EUA uma Liga Anti-Saloon, que defendia a moralização do país por meio de medidas

legais com “*políticas de repressão às práticas tidas como imorais ou corruptoras das virtudes puritanas (comedimento, castidade, sobriedade, religiosidade)*” (2008:93). Carneiro (2008) aponta que em 1830, surge nos EUA um movimento religioso de caráter protestante que pregava a abstinência total de álcool e para isso defendia sua proibição por parte do Estado. Esse movimento ficou conhecido como “temperança”. Num movimento contrário, em 1914, o ministro Eugene A. Wasson publica o livro *Religion and Drink* citando as passagens bíblicas sobre o uso do vinho, e que portando essa droga não deveria ser proibida aos fiéis (Carneiro, 2008). Carneiro (2008) situa a proibição ou não do vinho e de outras drogas na história religiosa e cultural como um divisor entre uma atitude dionisíaca e xamânica, e uma determinação sacerdotal que se apropria em abolir o uso de plantas sagradas. Assim,

o cristianismo herda do judaísmo um lugar central para a vinha e seu produto, mas exerce contra outras substâncias um zelo intolerante... (à) herança xamânica ou dionisíaca... como cultos a plantas psicoativas sagradas, foi combatida em todos os continentes pela Igreja católica, especialmente nas Américas, onde o combate à idolatria foi uma das atividades centrais da Inquisição. (Carneiro 2008:75)

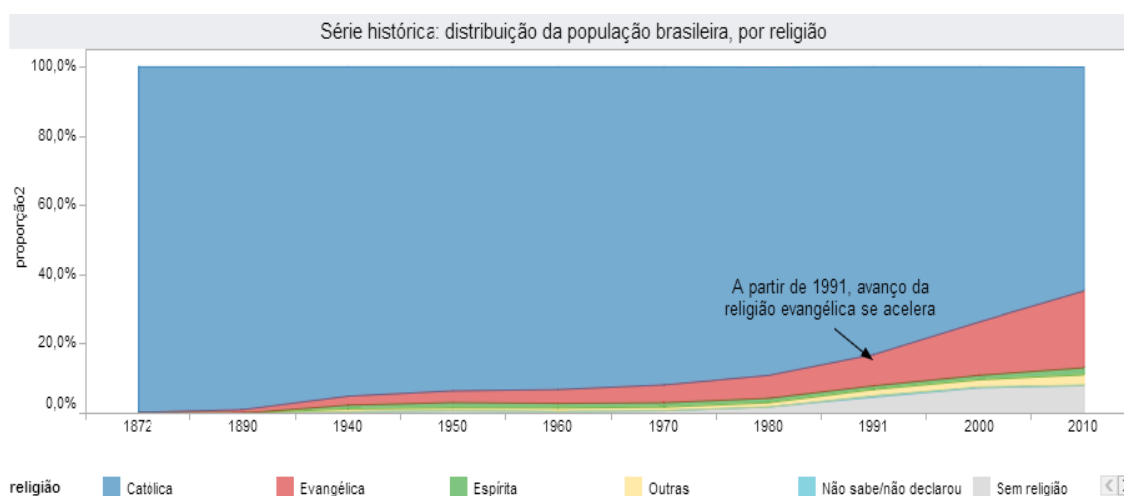
Porém, em subgrupos e em determinadas religião, o uso de drogas podem assumir outros significados. Na tribo nativa Navajo faz-se o uso do peyote com o propósito terapêutico em rituais religiosos tradicionais (Halpern et al, 2005; Priester, et al. 2009) e seu uso é permitido para os índios nativos nos Estados Unidos. No Brasil, a ayahuasca é uma substância psicoativa utilizada pelos indígenas na região amazônica e que passou a ser utilizada em rituais religiosos sincréticos através das religiões Santo Daime, Barquinha e União do Vegetal sendo seu uso liberado em todo território nacional para fins religiosos (Monteiro et al. 2011) e em muitos casos utilizado para fim terapêutico no tratamento de usuários de drogas (Schneider, 2010). Assim, o uso de drogas, pode assumir dois papeis na religião, tanto quanto antídoto para determinados problemas e desenvolvimento da religiosidade e espiritualidade, mais comuns em religiões pré-industriais e subgrupos (Priester et. al. 2009; Page & Singer, 2010), quanto uma substância interdita em que a religião passa a funcionar como interventora e moralizadora no uso de drogas, num campo fluxo, em que religião e políticas públicas se alteram conforme a época, interesses, subgrupos e aspectos morais. Grandes religiões ocidentais como o Cristianismo (católicos e protestantes) estão em consonância com o que a sociedade mais ampla compreende sobre o consumo de drogas, podendo inclusive influenciar políticas públicas voltadas para

este público, ou mesmo quanto oferecem instituições para tratamento de usuários de drogas, como é o caso das Comunidades Terapêuticas de cunho religioso.

4.2. A atuação das igrejas nas terapias para usuários de drogas

No artigo de revisão que relaciona religiosidade, espiritualidade e o consumo de drogas, Sanchez & Nappo (2007) encontram estudos que apontam que a religiosidade controla indiretamente as atitudes perante o consumo de drogas pela percepção da imoralidade que o ato representa (op. cit. 76). Diante da literatura analisada por elas também foi possível observar que, de acordo com a religião professada, há uma diferença significativa na postura perante o consumo de drogas, em especial o álcool. Assim, em algumas vertentes protestantes históricas, como a batista e a metodista, há uma maior tendência à abstinência alcoólica do que entre católicos, luteranos e presbiterianos. Aqueles que pertenciam e participavam de uma Igreja Protestante Fundamentalista (pentecostal) também possuíam um índice muito menor de envolvimento com álcool e outras drogas, e que os protestantes aceitam com mais facilidade a abstinência de álcool do que os católicos.

No Brasil, as religiões estão divididas em 64,6% católicos, 22,2% evangélicos (protestantes), 2% espíritas, 0,3% umbanda e candomblé, segundo o IBGE 2010 e com um crescimento significativo da religião evangélica a partir da década de 90, e é possível observar que as religiões de maior prevalência (católicos e evangélicos) também possuem normas quanto ao uso de drogas, numa visão muito parecida com os dados levantados por Sanchez & Nappo (2007).



Com o fomento da discussão acerca do consumo de drogas, a exigência por demandas de políticas públicas voltadas para este público tem crescido, e com ela um grande número de Comunidade Terapêutica (CT) (Siqueira et al. 2007; Rui, 2010), e, ao mesmo tempo, observa-se que usuários de drogas apresentam um alto índice de religiosidade (Arnold et al., 2002). Pessoas diagnosticadas como doentes mentais e usuários de drogas também tendem a buscar mais ajuda da religião que outros tipos de doença (Dalgarrondo, 2007; Almeida et al., 2007; Koenig, 2009; Beatz & Toews, 2009). Assim, é possível observar que há uma procura por psicoterapias religiosas por parte das pessoas que sofrem de transtornos, síndromes e doenças mentais e usuários de drogas.

Sanchez & Nappo (2008a) também observam que as igrejas católicas e protestantes, vêm demonstrando uma ampla experiência no tratamento da dependência de drogas por meio de técnicas não-médicas, ajudando assim os recursos do sistema nacional de saúde pública. Além disso, autores como Costa-Rosa (2008) e Sanchez & Nappo (2008a; 2008b) observam que no contexto brasileiro, muitos procuram as igrejas evangélicas para o tratamento para a abstinência do uso de drogas, principalmente o crack, devido a vasta divulgação de tais igrejas, e que muitos entrevistados procuram o tratamento religioso para o vício porque é gratuito e acham de mais acessível que no serviço público.

A religião, enquanto psicoterapia para usuários de drogas, na maioria dos estudos, é apontada como um fator de inserção social que oferece força para continuar o tratamento e conforto e explicação para seus males que muitas vezes não encontram em instituições laicas (Arnold et al. 2002; Costa-Rosa, 2008 e Beatz & Toews, 2009). Além disto, apenas o fato de frequentar uma religião já diminui o consumo de drogas sem que necessariamente exista um tratamento formal (Dalgarrondo et al. 2004, Sanchez & Nappo 2008b). E que a religiosidade facilita na recuperação de usuários de drogas, e diminui os índices de recaída (Dalgarrondo et al. 2004, Sanchez & Nappo 2008b). Ao se relacionar uso de drogas e religião, tanto na literatura nacional (Dalgarrondo et al. 2004; Sanchez & Nappo 2007; 2008b) quanto na literatura internacional (Beatz & Toews, 2009; Rasic et al. 2011) aponta-se que a religiosidade, e o fato de ter uma educação religiosa na infância, funcionam como fator protetivo quando ao uso de drogas, mesmo que a pessoa não continue a frequentar uma religião no futuro (Dalgarrondo et al. 2004, Sanchez & Nappo 2008b).

Quando em comparação entre católicos e protestante, Sanchez & Nappo (2007) apontam que evangélicos possuem maior resistência que católicos e espíritas para outros tipos de tratamento que não o religioso. No estudo de Valderrutén (2008) em comunidades terapêuticas protestantes e católicas, observou-se que, entre os protestantes, a conversão é vista como única forma de “reabilitação”, e que entre os católicos a conversão não é um fim em si. Porém, em ambas as vertentes do cristianismo, é possível observar que as terapias religiosas preveem a abstinência total do indivíduo (Sanchez & Nappo, 2008, 2008b; Rui, 2010, Rocha et al, 2012) e possuem como principal método terapêutico a oração (Sanchez & Nappo, 2008b; Rocha et al., 2012).

No Brasil, apesar das diretrizes do SUS preverem a não moralização do uso de drogas e a não internação, é possível encontrar instituições que conflitam com os valores propostos pelo SUS e que possuem parcerias com o poder público, e por isso funcionam como políticas públicas, como é o caso da Fazenda da Esperança. É possível observar, portanto, que a religião tem apresentado uma demanda por parte dos usuários de drogas, e que vem se mostrando de mais fácil acesso, e mais eficaz que o serviço público, sendo portanto necessário investigar seu processo terapêutico e suas implicações.

4.3 Comunidades Terapêuticas Religiosas no tratamento de usuários de drogas

As Comunidades Terapêuticas (CT) surgem de um movimento dissidente do modelo manicomial hospitalar e apresentam duas vertentes, uma com suas bases nos EUA e outra na Europa. Tinoco (2006) aponta que na tradição estadunidense, no final do século XIX, surgem as primeiras terapias cristãs, Oxford e Buchman, que marcam a origem do Alcoólicos Anônimos (AA). Em um movimento dissidente nasce *Synanon* como a primeira comunidade terapêutica voltada para a abstinência do uso de drogas com Charles Dederich, um AA em recuperação. Mais tarde, em 1963, Daniel Casriel, psiquiatra que chegou a frequentar *Synanon*, rompe como local junto com o padre O’Brien (Tinoco, 2006). O’Brien com a ajuda de David Deitch organizam uma nova instituição, o Daytop (Tinoco, 2006) baseando-se na ajuda mútua piramidal voltado para a recuperação de usuários de drogas liderado por ex-adictos que com o tempo vão alcançando níveis mais altos na hierarquia na medida em que superam a adição (Rodriguez, 2009). Na Europa, Vieira, (2007), Rodriguez (2009) e Tinoco (2006) situam o surgimento das CT’s com o psiquiatra Maxuell Jones, que atuava em um hospital psiquiátrico na Escócia, durante a 2ª Guerra Mundial. Maxuell Jones pretendia substituir o modelo hospitalar propondo uma

reforma do sistema de saúde mental, onde o interno passaria a participar mais do processo terapêutico, promovendo assim um espaço mais democrático, porém, inicialmente, esse modelo não era aplicado especificamente aos usuários de drogas, mas sim a ex-combatentes de guerra.

Hoje, as CT's têm como base o método de tratamento de autoajuda aplicado no grupo Alcoólicos Anônimos (AA) (Vieira, 2007), em que os próprios pacientes assumem responsabilidades e protagonismo dentro do processo terapêutico (Cohen, 1973; Rodriguez, 2009), esse modelo, atualmente, tem sido empregado quase que exclusivamente no tratamento de usuários de drogas (Tinoco, 2006; Vieira, 2007), onde segundo Vieira (2007) tem se mostrado mais eficaz. As CT's passam ainda por uma ressignificação quando administradas por instituições religiosas, em que, apesar de terem suas bases no modelo desenvolvido pelos AA – que já nascem com a incorporação da espiritualidade no tratamento de adictos (Rodriguez, 2009) – nas Comunidades Terapêuticas Religiosas (CTR) a religiosidade e espiritualidade assumem um papel protagonista. Assim, orações, privações, leitura da bíblia e tudo que envolve o mundo religioso, é um importante aspecto nas CTR afim de se atingir a ascese ou a epifania de que o uso de drogas não faz bem nem ao corpo nem ao espírito. Quando esse mundo religioso é central nas técnicas empregadas para tratamento de usuários de drogas, as CT's passam agora a ser CTR. A Fazenda da Esperança é o que podemos enquadrar enquanto uma comunidade terapêutica religiosa, e como método terapêutico estão agrupados: as privações do mundo terreno, a abstinência à qualquer substância psicoativa que encarnem a noção do mal, a privação do ato sexual ou da família e das pessoas do 'mundo de fora', rezar o terço, missas semanais, os momentos para leitura e reflexão da bíblia, entre outras questões que serão melhores exploradas nos capítulos seguintes. Essas técnicas empregadas, segundo os administradores da FDE são para que o interno foque somente em sua 'reabilitação' e não se desvie do caminho. A partir de então, passo a descrever suas características, seu processo terapêutico, e qual seu papel na gestão da terapia de usuários de drogas.

Cap. II A Fazenda da Esperança enquanto comunidade terapêutica religiosa

1.1 A Fazenda da Esperança

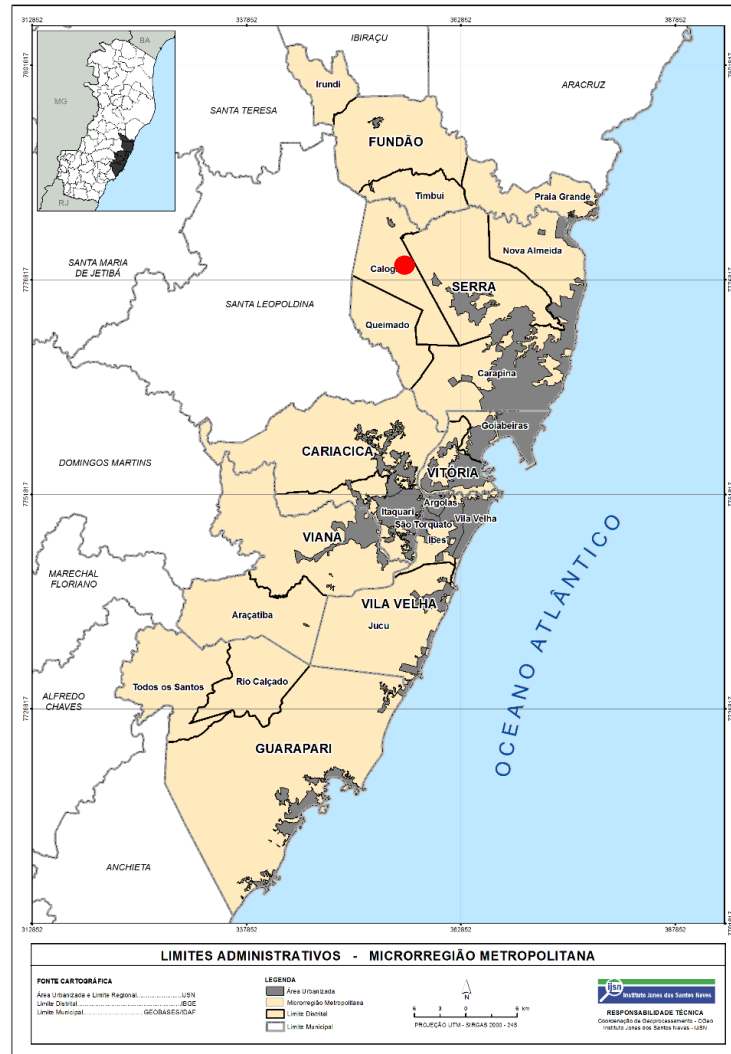
A Fazenda da Esperança (FDE) é uma comunidade terapêutica fundada no Brasil, na cidade de Guaratinguetá, São Paulo, por Nelson e pelo alemão Frei Hans e surgiu há 30 anos destinada a tratar de dependentes químicos. Segundo o livro do Padre César Santos (2009) *Aconteceu e se espalhou: a história, o carisma e a espiritualidade da Fazenda da Esperança*, Nelson, um jovem religioso frequentava a paróquia de Frei Hans, e com o intuito de praticar os ensinamentos aprendidos, passa a se aproximar de um grupo de jovens usuários de drogas e traficantes e estabelecer um vínculo de amizade. Através dessa conexão, um destes jovens usuário de drogas procura o Nelson com o intuito de ‘sair do mundo das drogas’. Assim, orientados pelos conselhos de Frei Hans, com o tempo passam a viver em uma casa e a partir das próprias experiências criam regras de convívio que resultaram no que é a Fazenda da Esperança. Hoje a FDE possui instalações em 11 países, e no Brasil somam 57 instituições, sendo duas no estado do Espírito Santo, uma feminina no município de Alegre, e outra para internos masculinos no município da Serra, que compõe a região da Grande Vitória, principal concentração populacional e polo econômico do Espírito Santo. Segundo os voluntários que trabalham no local e a própria pessoa que me indicou o local, a FDE da Serra foi construída pela Prefeitura, na região rural do município, sendo utilizado o terreno, mão-de-obra e material provenientes de recursos da prefeitura, posteriormente o local foi doado à Igreja Católica há cerca de dois anos, onde é administrada pela Paróquia Nossa Senhora da Conceição, localizada no Bairro Serra Sede, acerca de 11 quilômetros da comunidade.

Fazenda da Esperança no Mundo.



Fonte: <http://fazenda.org.br/localizacao/> acesso em: 25/06/14 (Figura 3)

Mapa da Região da Grande Vitória



● Fazenda da Esperança

Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves: [disponível em: http://www.ijns.es.gov.br/Sitio/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=109 acesso em: 25/06/2014] grifos meus. (Figura 5)

Mapa das sub-regiões do Brasil



Fonte: <http://www.estadosecapitaisdobrasil.com/mapas-do-brasil.php> [acesso em: 26/06/14] grifos meus. (Figura 4)

Trata-se de um espaço que só aceita internos do sexo masculino, e tem capacidade para 60 internos, sendo que durante o trabalho de campo contava com uma média de 25 internos, e 3 voluntários que já completaram o tratamento e hoje ajudam na recepção dos internos e na administração do espaço. Esses voluntários moram no local e não recebem nenhuma remuneração. O espaço é relativamente grande e as pessoas convencionam chamar de fazenda, e possui 4 edifícios, uma casa onde os internos passam os primeiros três meses, após três meses mudam para uma segunda casa onde permanecem até completarem o tratamento, as casas são parecidas e não destoam muito uma da outra, a única diferença é o tipo de interno que abriga. No terceiro edifício funciona a parte administrativa e onde dormem os voluntários, e no quarto prédio localiza-se a cozinha e o refeitório, e em anexo existe uma capela onde são realizadas as missas e reuniões. Há um espaço grande para a horta, uma lagoa que funciona como área de lazer e um curral com um porco.

Seu método terapêutico não utiliza medicamento, tem como finalidade a abstinência do interno e baseia-se no tripé *trabalho, convivência e espiritualidade*, assim o trabalho e a rotina dos internos também funcionam como um processo terapêutico. Todas as semanas são realizadas reuniões com o objetivo de dividir as tarefas, que consiste na arrumação da casa onde moram, cozinha (preparo do pequeno almoço, almoço, lanche e janta e arrumação da mesma), horta (onde há cultivo de pimenta, abacaxi, maracujá, verduras e hortaliças) e na construção de um novo edifício que será a nova sede administrativa e onde pretendem montar uma padaria, há também o responsável por cada casa que ajuda na administração da mesma. A rotina dos internos basicamente baseia-se em arrumar a cama, tomar café da manhã (pequeno almoço), rezar, voltar para arrumar a casa, trabalho, pausa para almoço e volta para o serviço. Os finais de semana são ‘livres’ no sentido em que não têm a obrigatoriedade de cumprir nenhuma tarefa. Além das atividades de trabalho, às segundas-feiras pela manhã são realizadas as missas, e dois períodos na semana onde os internos se reúnem sob a orientação de um dos voluntários, um é a *comunhão de alma*, em que os internos falam como está o trabalho que estão realizando e quais as dificuldades, do que estão gostando ou não e dos problemas que tiveram durante a semana. O outro é a *troca de experiências*, em que, toda semana é colocada um trecho da bíblia no quadro e nestes momentos eles contam alguma experiência que tiveram com a palavra do quadro. Esses momentos podem se caracterizar como terapia de confrontação

ou de enfrentamento, dinâmica psicoterápica comumente empregada que visa uma autorreflexão do interno (Valderrutén, 2008). Segundo Valderrutén

“Son psicoterapias que visan algo así como una expiación colectiva que marca límites entre lo funcional y disfuncional, entre lo normal y patológico o si se quiere, entre el bien y el mal con el fin de situar al residente en un lugar donde se le muestra su profunda impotencia para resolver sus conflictos relacionados con el consumo de drogas. (2008:87)

O tratamento oferecido tem duração de um ano, sendo que nos primeiros três meses eles ficam numa casa denominada *casa de triagem* e os outros 9 mudam para outra casa onde permanecem o restante do tratamento. Durante o tratamento, é proibido o uso de qualquer substância psicoativa, inclusive o cigarro e também vedado o ato sexual. As visitas familiares podem ocorrer a partir do terceiro mês, ou seja, após o período de triagem, sempre no 1º domingo do mês, nestes dias antes do almoço, é celebrada uma missa. Fora os dias de visitas o contato com a família só pode ocorrer através de cartas, sendo vedada o uso de internet ou telefone. A fazenda é cercada com arame-farpado, comum em regiões rurais, mas seus portões ficam sempre abertos.

Fora do espaço da fazenda funcionam os grupos de apoio chamados Grupo Esperança Viva (GEV), com reuniões semanais e que funcionam como porta de entrada para as pessoas que querem se internar, porém a pessoa pode frequentar o grupo sem necessariamente ter a intenção de se internar. Funciona também como um local de apoio aos familiares que possuem parentes internados e onde recebem orientações de como lidar com um familiar que usa drogas, como agir durante as visitas aos internos, indicando o que se pode ou não falar nas visitas e nas correspondências que trocam com os internos. Também é um local onde se oferece suporte e apoio às pessoas que já passaram pela FDE. Na região da Grande Vitória, há grupos em Serra, Vila Velha, Cariacica e Vitória, este último tive uma maior aproximação e frequentei a maioria das reuniões durante trabalho de campo, essas reuniões ocorriam sempre às quartas-feiras das 19:30 às 22:00

1.1 Características dos internos

Dos 16 entrevistados o mais novo tinha 21 anos e o mais velho 52, a média de idade é de 34,4 anos, o maior público dos entrevistados tinham entre 21 aos 39 anos (12 entrevistados) e 4 entrevistados entre 41 aos 52 anos. Dos 16 entrevistados, 6 se autodeclararam brancos, 6 pardos, 3 negros e 1 amarelo. O estado civil dos entrevistados

é de: 11 solteiros, 2 separados, 1 divorciado e 2 casados, o que corresponde com a literatura existente que pessoas solteiras constituem o grupo que apresenta maior problema com o uso de drogas (Nunes & Nascimento, 2012). Quanto a escolaridade, 2 têm o superior incompleto, 2 técnicos, 4 como ensino médio (Liceu) completo e 3 incompletos, e 4 com ensino fundamental completo (básico e primário). O que também corresponde com a literatura nacional de que as pessoas que apresentam problemas com o uso de drogas têm baixa escolaridade (Nunes & Nascimento, 2012).

Para a classificação de classe econômica¹⁶, foi levado em consideração a renda familiar em salários mínimos (R\$723,00), quantas pessoas residem na mesma casa. Assim, a maioria, 7, pertence à classe C (de 4 a 10 salários mínimos), 6 a classe D (de 1 a 4 salários mínimos) e 3 a classe E (até 1 salários mínimos). Quando perguntados como pagam pelo tratamento, 7 disseram que é a família quem paga, 3 pagam com o auxílio que recebem do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)¹⁷, 1 através de rendimentos próprios, 3 vieram através de programas sociais do governo, e 2 são considerados sociais, ou seja, a FDE não cobra para que estejam lá.

Entre eles, 12 se consideram católicos, 1 evangélico tradicional, 1 evangélico neopentecostal, 1 espírita e 1 umbandista, nenhum deles declarou não possuir religião. Quanto à religiosidade e espiritualidade, 11 declaram ter tido uma educação religiosa na infância e 5 não, assim como 11 declararam frequentar uma religião antes de se internar e 5 não. Esses dados estão em desacordo com os apontados por autores como Dalgalarrondo et al. (2004), Sanchez & Nappo (2008b) que apontam que ter uma educação religiosa na infância e o fato de frequentarem alguma religião funciona como fator protetivo quanto ao uso de drogas. Essa diferenciação pode ocorrer por serem estudos com metodologias diferentes em que, num estudo quantitativo os dados apresentam-se diluídos na amostra enquanto em estudos de caráter qualitativo-etnográfico há uma escolha por um grupo específico, e neste caso, como é uma

¹⁶ A classificação da classe econômica foi definida segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que define a classe média as famílias que possuem familiar per capita mensal entre R\$ 291,00 e R\$ 1.019,00, a classe baixa, entre R\$ 81,00 e R\$ 291,00, e a classe alta, aquela com renda per capita mensal acima de R\$ 1.019. O IBGE busca estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, dividindo-as nas classes A, B1, B2, C1, C2, D, E e de acordo com a Critério Brasil, integram as classes D e E as famílias com renda média mensal de R\$ 776,00; a classe C2, aqueles com renda média de R\$ 1.147,00; C1, os que têm renda de cerca de R\$ 1.685,00; B2, indivíduos com renda mensal familiar de R\$ 2.654,00; B1, renda de 5.241,00; e da classe A, aqueles com renda mensal média de R\$ 9.263,00. (Brasil, Secretaria de Assuntos Estratégicos, 2013)

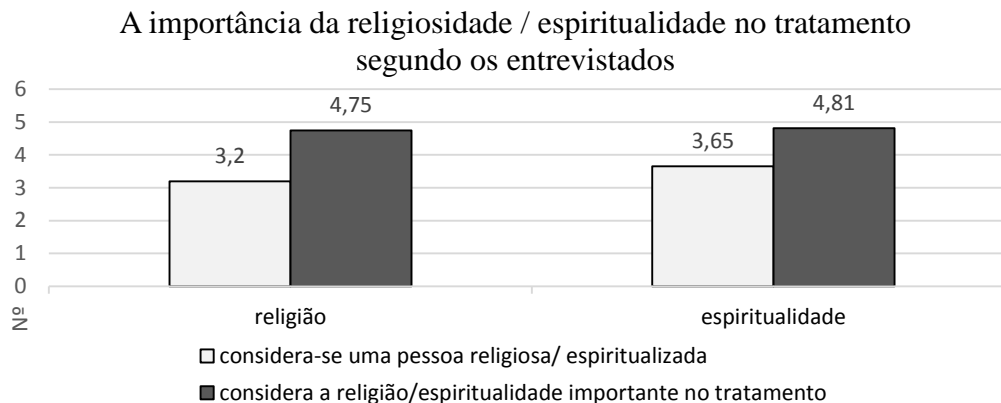
¹⁷ O INSS é um órgão do Ministério da Previdência Social responsável por receber as contribuições dos indivíduos em situação de trabalho, e tem como uma das funções fazer os pagamentos de auxílio-doença, em caso de afastamento do trabalho por motivos de doença.

comunidade terapêutica que possui como finalidade tratar usuários de drogas, todos os entrevistados (100%) declararam possuir algum problema decorrente do uso de drogas.

Quando indagados, numa escala de 1 à 5, sendo 1 pouco e 5 muito, se si consideram uma pessoa religiosa, a média é de 3,25, e quanto a se considerarem uma pessoa espiritualizada a média é de 3,56. Porém, quando indagados se consideram a religião e a espiritualidade importante no tratamento do dependente químico, a média é 4,75 e 4,81, respectivamente. Esse entendimento de que a religião/espiritualidade é necessária para o tratamento de usuários de drogas está presente a todo momento, tanto nos relatos dos internos, que mesmo não se considerando pessoas muito religiosas acreditam que a religião é necessária para o tratamento, quanto nos depoimentos das famílias nas reuniões do GEV, falas como “falta Deus, espiritualidade, amor e Jesus no coração dos usuários de drogas” são muito comuns. A preferência por diferenciar religiosidade de espiritualidade na entrevista, é que na literatura sobre saúde mental e usuários de drogas que envolvem as questões de religiosidade/espiritualidade, há uma diferenciação dos termos em que a espiritualidade é uma característica que pode ou não ligar-se a religiosidade e a religião, e já a religiosidade representa a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma religião (Sanchez & Nappo, 2007)¹⁸. Assim, as pessoas que não praticam determinados dogmas religiosos e não frequentam alguma religião, ainda assim podem apresentar uma espiritualidade, e como há uma diferença entre os que se consideram religiosos e espiritualizados, também é possível perceber que os próprios entrevistados fazem essa diferenciação, mesmo que para alguns a espiritualidade se manifeste através da religião, como é o caso de Tomás, que quando indagado se há diferença entre espiritualidade e religiosidade, responde

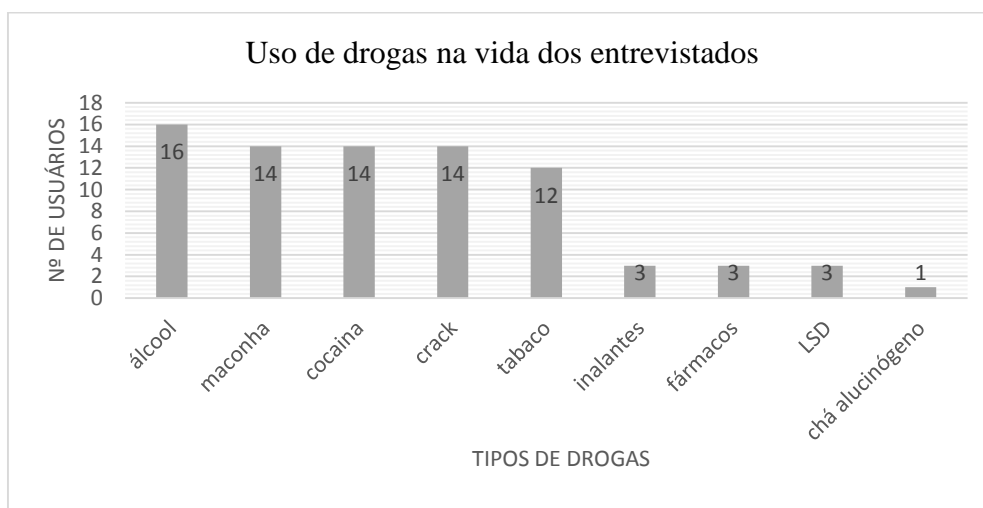
“Pra mim especificamente não, porque a minha espiritualidade eu busco dentro da minha religião, mas pra alguns tem diferença né, até mesmo aqui, tem pessoas que não são dessa religião”

¹⁸ Neste estudo é preciso fazer uma ressalva, em que, apesar de diferenciar religião e espiritualidade, na FDE, mesmo que empreguem rituais e técnicas ligadas ao universo católico (religiosidade), seu tripé se baseia no conceito de *espiritualidade*. Deste modo, como alguns internos frequentam outro tipo de religião, a prioridade na FDE não me pareceu estar na conversão dos internos ao catolicismo, mas isso no desenvolvimento da espiritualidade mais do que a religiosidade. Essa diferenciação entre religião e espiritualidade também não foi prioridade a ser explorada dentro do trabalho de campo, por isso, em geral, andam sempre lado a lado. Porém, convém observar que a maioria dos entrevistados utilizam o termo espiritualidade, mesmo que fosse necessário estar, pertencer ou frequentar uma religião para desenvolver essa espiritualidade. Assim, quando não diferenciado ao longo do texto, em alguns momentos houve a prioridade em utilizar o termo espiritualidade.



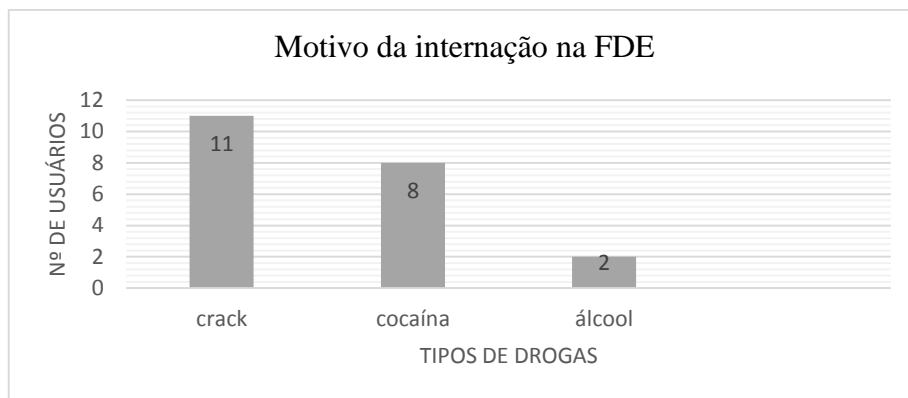
(Figura 6)

Sobre o uso de drogas, a primeira droga lícita que usaram foi o álcool, em sua maioria entre os 11 e 13 anos, sendo que entre as drogas ilícitas, declararam que começaram a usar primeiro a maconha entre os 12 e 15 anos. Com exceção de 1 que só fez uso de álcool na vida, todos eles já fizeram uso na vida de múltiplas drogas, sendo as drogas mais consumidas, em ordem mais citado, o álcool (16), seguidos pela maconha (14), cocaína (14) e crack (14) com o mesmo número de pessoas que declararam já ter feito uso na vida, o tabaco (12), e depois inalantes (3), fármacos (3) e LSD (3), também citados de forma igual como uso na vida, e um declarou já ter feito uso de chá alucinógeno (chá de trombeta¹⁹) sem objetivos terapêuticos. Porém, quando perguntado o motivo pelo qual se internaram, podendo dar mais de uma resposta, 11 declaram o crack, 8 declaram cocaína e 2 o álcool.



(Figura 7)

¹⁹ Trombeta, é uma planta do gênero *Brugmansia*, e possui propriedades anticolinérgica quando em infusão.



(Figura 8)

Esses dados sobre o uso de drogas na vida em comparação com os dados apresentados na sociedade brasileira também apresentam algumas diferenças (Carlini et al., 2002; Bastos et al. 2008). Isso pode ocorrer por serem estudo de metodologia diferentes, em que estudos em estudos quantitativos os dados são diluídos na amostra, assim como, em estudos qualitativos não há uma amostra significativa para determinar uma percentagem segura. Porém, essa diferença pode indicar que as pessoas que buscam as comunidades terapêuticas religiosas tendem a buscar ajuda mais pelo uso de crack/cocaína do que de álcool, diferente dos contextos ambulatoriais e em hospitais psiquiátricos, que apresentam grande número de internamento devido ao uso de álcool (Monteiro et al. 2011, Cavarini et al., 2012)

Quando indagados sobre como chegaram à FDE, 6 disseram que foi através da família, 2 através de meios de comunicação, 2 através do trabalho, 2 por antigos frequentadores, 3 através de programas do governo, 1 através da própria instituição religiosa. Esses agentes que participam do processo terapêutico e da escolha da terapia a ser empregada são importantes na gerência da terapia como veremos no capítulo III: Itinerário e gestão da terapia. Dos 16 entrevistados, 13 já passaram por outras internações, tanto do serviço público (hospitais psiquiátricos) quanto pela rede privada e por outras instituições religiosas, demonstrando assim, ser grande o número de recaídas. Apenas 3 entrevistados estão internados pela primeira vez, porém, dois deles frequentavam grupos de autoajuda e psiquiatra no intuito de parar de usar droga. Essas constantes entradas e saídas em diversos tipos de terapias para usuários de drogas demonstram um itinerário terapêutico que podem estar vinculadas tanto ao tipo de terapia empregada, interesses do 'doente' e da família no momento da escolha entre outros motivos que veremos melhor também no capítulo III.

2. Fazenda da Esperança e *Instituições Totais*: Um projeto para mudar a si

Apesar de algumas diferenças entre manicômios e comunidades terapêuticas, nesta parte enfatizo mais o que possuem em comum do que as separam. As CT's e CTR, ainda que possam se caracterizar como instituições democráticas, se aproximam do que Goffman denomina de *Instituições Totais*, ou seja,

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. (2010:11)

Com o conceito proposto por Goffman (2010), manicômios e prisões são igualmente consideradas instituições totais, sendo a principal diferença no fato de haver ou não a prática de uma atividade ilegal, porém em ambos os casos o isolamento social²⁰ e a submissão às ordens são um ponto fundamental. Quando o problema das drogas passa a se compor, são justamente essas duas alternativas que se estabelecem, de um lado o tráfico de drogas e o uso de drogas ilegais sob a responsabilidade das prisões e de outro o 'doente' adicto com o tratamento-internamento. Quando há uma discussão na sociedade de que o uso de drogas é um problema de saúde mental e não jurídico, seu local de tratamento são os manicômios, que agora se revestem numa nova roupagem, as CT / CTR. Porém, como observa o próprio Goffman, 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 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

²⁰ Porém é necessário ressaltar que o isolamento social dificilmente é atingido de forma completa, uma vez que não há uma ruptura total com o 'mundo de fora', em que alguns contatos ainda são estabelecidos, e, do mesmo modo, as relações e práticas que se estabelecem no 'mundo de fora' acabam por ser reproduzidas no 'mundo de dentro', demonstrando uma porosidade das *Instituições Totais* (Cunha, 2002). Essa porosidade apresentada por Cunha (2002) acerca de uma penitenciária feminina, também pode ser observada na FDE, em que o isolamento social não ocorre de forma completa, uma vez que os internos podem trocar correspondência com parentes, telefonemas e visitas a partir do terceiro mês, os internos também tem acesso a alguns programas de televisão e contatos com outras pessoas que visitam a FDE.

pela sociedade. 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 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*”(1973:268).

Apesar de a FDE 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 internos 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 isolados, 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 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. Goffman observa que as *Instituições Totais* funcionam como “*estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento sobre o que se pode fazer ao eu*” (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*” (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 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. Outros privilégios que passa a adquirir com o tempo é 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. Porém, 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 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*” (2010:24)²¹. 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 FDE como um período de adaptação, pois é preciso antes de tudo moldar os sujeitos às regras, hábitos e valores da FDE, 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 FDE. 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

²¹ Como observado na nota 18, apesar de haver algumas rupturas, ela nunca ocorre de forma total.

querem cumprir com as obrigações. Porém, mesmo que não haja uma obrigatoriedade em cumprir a rotina da FDE, 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 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 GEV. Assim, se a pessoa não se enquadra no projeto terapêutico empreendido pela FDE, não deve estar no grupo, como em uma reunião que estive presente no GEV, 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’²², Maria, coordenadora do grupo, foi enfática ao dizer que a FDE possui regras e que se ele não concordasse com elas poderia procurar outra instituição que melhor se encaixasse em

²² Essas outras drogas não foram explicitadas.

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 as principais exigências da conduta esperada pelo internado.

Porém, os que não aderiram ao tratamento da FDE ou que saíram antes de completar um ano é sempre visto como aquele que não queria realmente deixar as drogas. Esse discurso é constantemente enfatizado pelo padre durante as missas e no GEV. Em outra reunião do GEV em que estive presente também pude presenciar esse tipo de abordagem, em que uma das voluntárias do grupo narra a experiência de visita à Fazenda de outro estado, e que, ao voltar para casa deparou-se com uma mulher que lhe pediu ajuda. Esta mulher parecia-lhe 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 FDE convidando-a a procurar o GEV de Vila Velha. Porém, em seu testemunho diz que até o momento não tivera informação de que a mulher abordada chegara ao GEV. No entanto, a voluntária dizia-se feliz por ter feito o que era certo, e que se a mulher não apareceu era porque ‘não era o momento’. Esse discurso de ‘se deixar a FDE é porque a pessoa realmente não quis mudar e deixar as drogas’ também é assumido pelos próprios internos, em que quando indagados o 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, 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*” (2010:23-24). Assim, se a pessoa sair da FDE, 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 tratamento²³.

“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)

Todas essas tensões geradas entre o ‘mundo de fora’ que representa o vício e velhos hábitos e o ‘mundo de dentro’ que representa a mudança de si, e consequentemente, a cura, há uma aparente democracia em que o indivíduo é ‘livre’ para ir onde desejar, mas não antes sem criar 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, 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. Por isso, quando se fala em vício em substâncias enquanto uma doença é comum associar essa doença as 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 praquele 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)

²³ Muitos dizem e enfatizam que devem deixar a droga por causa de si mesmo, já que são os maiores prejudicados, porém esse discurso me pareceu ambíguo, uma vez que relatam constantemente problemas com a família e o trabalho, e que estes também foram fatores motivadores para procurarem um tratamento.

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 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*” (2010:113). Deste modo, 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 FDE 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, 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 FDE, desenvolver a espiritualidade parece ser o único caminho para a ‘cura’ ocorrer, 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 irrecuperável e, por isso, a proposta terapêutica que prevê a abstinência é sempre dúbia, já que estão sempre dispostos a reincidência. Mudar de vida é então converter-se e seguir os caminhos de Deus, em que além de desenvolver a espiritualidade

é preciso mantê-la. Como num caso em que o interno Fábio, internado pela segunda vez na FDE, diz ter voltado a usar drogas quando começou a 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.

Cap. III O papel da Fazenda da Esperança na gestão da terapia dos usuários de drogas

O interessante a observar nas relações micro sociais que se compõem é que, ainda que a biomedicina tenha alcançado grandes avanços na terapia do ‘doente’, e ainda que a discussão da luta antimanicomial tenha avançado no sentido da desincorporação de *Instituições Totais* na gestão das terapias de usuários de drogas com a instauração de programas como o CAPS ad, há uma crescente demanda por *Instituições Totais* disciplinares que oferecem longos períodos de internação e uma ideia de que a incorporação da religiosidade / espiritualidade são fatores importantes para a ‘cura’ do usuário de drogas. Os próprios entrevistados, que não se consideravam pessoas muito religiosas, não hesitam em dizer que a religiosidade / espiritualidade é um fator essencial no tratamento. Para entender esse processo, é preciso então entender as relações micro sociais que envolvem saúde e doença. Csordas & Kleinman (1990) apontam que o *processo*, os *procedimentos* e os *resultados* terapêuticos também compõem uma parte importante na escolha dos indivíduos na busca por terapia, e esse processo como um todo vai compor os fatores relevantes na gestão da melhor terapia a ser empregada. O grande número de comunidades terapêuticas de cunho religioso e a própria expansão da FDE, que a cada ano vem abrindo mais comunidades no Brasil e no Mundo, indica um sucesso destas instituições, e em certa medida, uma eficácia da terapêutica empregada, uma vez que, se as pessoas continuam a buscar a FDE como forma de tratamento, de alguma forma, significa que *produzem resultados* (Csordas & Kelinman 1990). Nesse sentido, é preciso considerar como funciona o sistema médico da FDE e qual é o seu papel na gestão da terapia dos usuários de drogas. Assim, neste capítulo, passo a abordar como saúde e doença são abordados dentro da antropologia e como podem assumir uma série de significados e influenciam diretamente na gestão da terapia a ser empregada.

1. Adição sob o olhar antropológico

Antes de tudo é necessário ter em mente que para a Antropologia Médica Crítica (Singer, 1989; Singer, 2012) o uso de drogas não deve ser percebido apenas em seu aspecto micro social e cultural, sem levar em consideração o contexto macro das desigualdades sociais e econômicas, instituições de controle, discriminação social e racial e interesses de grandes corporações que também podem afetar no estado de saúde de uma população. Dessa forma, fatores como pobreza e desigualdade social também contribuem na sinergia

da produção da doença, e torna-se um meio propício para o uso de drogas e os problemas que a dependência pode gerar.

“Eu nasci em Afonso Claudio mas fui criado em Cariacica, um local muito propício, aí eu conheci a maconha, o álcool e logo após os meus 17anos eu conheci o crack... Geralmente, uma pessoa que tem muitos problemas, igual a eu, eu tive muitos problemas, não morei com meu pai biológico, sempre tive uma grande família, não é culpa dela, mas não tive uma estrutura, uma educação legal, minha mãe também passou por muita dificuldade, tudo isso acarretou numa revolta na minha infância, minha adolescência” (Nuno)

“Eu perdi meu pai com 9 anos assassinado no interior. Então eu cresci revoltado. Eu era o mais velho, tenho 2 irmãs, eram 3 né, uma morreu, então eu fui crescendo um pouco revoltado. Minha irmãzinha caçula teve câncer... minha irmã faleceu e isso me machucou muito também e eu comecei a conviver com pessoas que gostavam do mundo do crime, aquilo começou a me encantar, eu tinha 12 anos.” (Tomás)

No contexto macrossocial também é possível chamar a atenção de interesses farmacológicos na medicalização de usuários de drogas, e do Estado no controle social de corpos para a produção de indivíduos saudáveis para o trabalho. Esses fatores macrossociais que acabam por contribuir para os problemas de uso de drogas também são enfatizados por alguns entrevistados, que quando recorreram aos serviços públicos de saúde acabavam por ser excessivamente medicados.

“eu passei 20 dias na psiquiatria, no HPM [Hospital da polícia Militar], aí depois de passar pelos remédios você vai pra sala de repouso, aí eu fui e fiquei 45 dias, fiquei quase 2 meses lá internado... foi uma experiência muito forte que eu tive lá, passa pelo psicólogo, pelo psiquiatra, eu tomava 6 [remédios] de manhã e 6 de noite e depois dormia” (Alexandre)

“Já fiquei internado uma vez lá no Santa Isabel [hospital psiquiátrico público]. Me levaram pra lá eu fui enganado... eu não fui voluntario... aí eu passei lá 39 dias, o tratamento lá é comprimido, tomava 9 comprimidos por dia” (André)

É preciso salientar também que o problema do uso de drogas, dentro da antropologia, é melhor compreendido sob o conceito de *syndemic*, termo introduzido dentro da antropologia médica na década de 80 a fim de expressar a sinergia da interação de dois ou mais fatores na produção da doença (Singer & Clair, 2003; Singer, 2012). Assim, o uso de substâncias torna-se um problema quando associada a outros fatores como isolamento social, depressão, cirrose (Rehm et al., 2004), suicídio, (Room, 2001), violência (Room, 2001), acidentes no trânsito (Rehm et al. 2004) comportamento de risco de DST/AIDS (Singer et al. 2011), redução dos anos de vida (Mascarenhas et al. 2009) e de trabalho (McKee, 1999), grande número de internamentos em hospitais psiquiátricos (Monteiro et al. 2011; Cavarini et al. 2012), e, devido a proibição de determinadas drogas, um problema policial e jurídico (Page & Singer, 2010). Essa percepção da sinergia de

múltiplos fatores nos problemas causados pelo uso de drogas também é relatada pelos entrevistados, que quando narram os problemas causados pelo uso de drogas, se traduzem em baixa autoestima, isolamento social, encarceramento, e na influência direta de outras doenças, cito aqui um o exemplo de um dos entrevistados.

“O fator câncer (cancro) é consequência das escolhas que eu fiz há alguns anos atrás, foi a escolha do tabagismo, do alcoolismo. E as discussões de sempre [com a família] um prejuízo emocional” (Raul)

O uso de drogas e a doença-adição tornam-se então uma questão complexa que além de assumir outros significados em contextos culturais específicos, estão associados à uma série de problemas sociais e de saúde/saúde pública, e intrinsecamente ligados aos aspectos macrosociais que circunscrevem uma sociedade, e acaba por contribuir para um ambiente propício ao uso de drogas.

2. Religião enquanto agente de cura

A adição, pode assumir diferentes significados dentro de cada contexto, e quando a ausência de saúde não está somente na ausência de uma bio-patologia, mas também se instaura na desordem do mundo e das relações sociais e na desordem espiritual, o indivíduo passa a ter o seu mundo em conflito. Assim, ter ‘saúde’ significa estar em seu estado normal, tanto no corpo-biológico quanto nas relações sociais e espirituais, e estar ‘doente’ significa que algum conflito foi instaurado no mundo do indivíduo, seja na ordem corpo-biológico seja nas suas relações sociais, seja na ordem espiritual.

Quando a religião passa a explicar saúde e doença, é preciso entender o papel da religião em nossa sociedade e como ela se relaciona com as práticas de cura. Brown (1998) observa que todas as culturas, independentemente de sua complexidade tecnológica, possuem algum sistema de cura que auxiliam as pessoas a enfrentar a inevitabilidade da doença e da morte, assim como, todas as culturas possuem um sistema religioso que ajudam a lidar com a morte (op.cit p. 1). Para Durkheim (1996), a religião é um fenômeno mais ou menos complexo com um certo número de representações fundamentais de crenças, rituais, mitos, dogmas e cerimônias, que apesar da diversidade de formas, possuem a mesma significação objetiva e desempenham a mesma função, em que as representações religiosas são essencialmente *‘representações coletivas que exprimem realidades coletivas; os ritos são maneiras de agir que só surgem no interior de grupos*

coordenados e que se destinam a suscitar, manter ou refazer alguns estados mentais desses grupos” (1996:XVI). Geertz (1989) define religião como

um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal áurea de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (1989: 105).

Como as representações religiosas são também representações coletivas (Durkheim, 1996) e sendo um sistema de símbolos incorporados à vida social (Geertz, 1989) é possível observar que preceitos religiosos muitas vezes acabam por ser incorporados também na maneira como entendemos o mundo, saúde e doença e o uso de drogas. A religião, portanto, constitui-se como um aspecto cultural e social, de caráter essencialmente coletivo, em que as abstrações religiosas são incorporadas concretamente pelos indivíduos e fazem parte de suas relações com o mundo, oferecendo uma garantia não apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas para que, compreendendo-o, deem significado ao seu sentimento, suas emoções e a realidade.

Lévi-Strauss (1989), no texto *A eficácia simbólica*, também torna possível analisar a eficácia das práticas de cura religiosas num plano antropológico. Essa eficácia consistiria na maneira pela qual representações psicológicas determinadas são invocadas para combater perturbações fisiológicas numa manipulação de elementos para que seu fim e sua eficácia sejam bem sucedidos. Deste modo, é possível compreender os aspectos não fisiológicos da cura, uma vez que a cura envolve uma experiência corporal, que metaforicamente são representados no ritual e no mito, e, em que, no ritual, os participantes passam para um espaço de representação, e com esse movimento, transforma sua experiência corporal e posição social no plano simbólico, que são traduzidas ao nível da experiência corporal e fisiológica. Viegas (2005) também ressalta que a religião enquanto sistema cultural e social, e relacionada com saúde e doença, pode oferecer a “cura cultural” ou “cura simbólica” que não se baseia “*em nenhum tratamento farmacológico para ser eficaz, mas sim na linguagem, no ritual e na manipulação de símbolos culturais poderosos*” (2005:31).

2.1 Doença-desordem e doença-espiritual

Quando a adição é vista dentro da medicina científica como uma doença-patologia (*disease*) fica mais fácil diagnosticá-la, porém, passa a ignorar uma série de outros fatores que se relacionam com a doença e uso de drogas. Além disso, é necessário ter em mente que na doença-adicção sua classificação enquanto bio-patologia é constantemente negociada entre os participantes do processo terapêutico, como veremos mais adiante. Assim, em contextos específicos e como gestores da terapia lidam com a doença-adicção (*illness*) envolve o que significa a doença, os sintomas e sinais da doença, e o tratamento adequado, e que podem assumir outros significados que não o biomédico. Quando o ‘doente’ adicto não considera que sua doença esteja na ordem bio-patológico, mas sim que estão no plano das relações sociais e espirituais, a biomedicina acaba por perder seu valor enquanto agente de cura.

E é isso que muitas vezes ocorre, em que, por mais que os entrevistados busquem uma resposta bio-patológica para sua enfermidade, ao descreverem sua doença, ela está sempre associada às relações sociais e à espiritualidade. Quando relacionada às relações sociais a doença ‘adicção’ insere-se como “*conflito ou tensões no tecido social*” (Viegas, 2005:30). Como é o caso de Pedro que percebeu estar ‘doente’ quando passou a gastar grande parte de seu salário com drogas e acabou por trocar seu telemóvel por pedras de crack, ou João e Lucas que deixaram de ir trabalhar por longos períodos e por isso quando estavam prestes a perder o emprego precisaram se assumir ‘doentes’ e buscar tratamento. Também é o caso de Rui, que por ter desobedecido muitas vezes as regras do abrigo onde morava poderia ser expulso e passaria a morar na rua. Em todos esses casos a ‘doença-desordem’ não estava em seus ‘corpos’, mas sim nas relações sociais de seu cotidiano, e como esta não é uma bio-patologia, talvez o médico e os remédios não sejam os melhores agentes de cura e terapia.

Quando a doença é transferida de seu corpo biológico para outro plano, a religião e a FDE então assumem um papel essencial na gestão e escolha da terapia a ser empregada. Comaroff (1985) e, em estudos mais recentes de Rabelo (1994) e Viegas (2005), observam que a religião tem sido um fator capaz de dar sentido a uma realidade caótica do ‘enfermo’ e das pessoas envolvidas. Neste sentido, há uma importância da religião no tratamento de enfermidades. Quando uma pessoa fica doente, e quando a doença passa a ser a ausência de saúde, o mundo do sofredor passa a estar em desordem, e não é só o seu

corpo em desordem, mas também outros aspectos da vida, como as relações familiares, profissional, situação econômica e de poder, e, assim, nos sistemas religiosos de cura, oferece-se uma explicação no contexto sócio-cultural mais amplo do sofredor (Comaroff, 1985). Para isso, a ‘cura’, no sentido de reordenar seus conflitos sociais, e que a biomedicina ao utilizar como terapêutica a medicalização não irá solucionar, na FDE pode ganhar outro significado. Assim, a religião e a FDE acabam por se apresentar como uma melhor opção para gestão de sua terapia. No caso do Tomás, quando lhe perguntei o porquê queria se internar, ele diz que, além de sua saúde, devido ao uso de drogas, passou a ter muitos conflitos com sua família, problemas por causa de dinheiro e que queria ser um bom exemplo para seu filho adolescente, por isso, a sua doença não estava em seu corpo-biológico, mas nas relações sociais. Então, procurar uma CTR passa a ser uma melhor opção para reordenar seus conflitos.

“Esse aqui foi pela minha saúde né e a minha família, porque eu tenho um filho, já tá rapaz, eu acho que não é exemplo que dê pra um adolescente. Então eu procurei essa ajuda pra poder tá convivendo mais e melhor com a minha família. Eu tava quase perdendo a família já, questão de brigas, mudar de casa, por causa de esposa, de filho, por causa de dinheiro. Quando um dependente fica sem dinheiro, ele quer por que quer dinheiro e tal. A família estava se sufocando ali, e no meu caso eu estava quase perdendo a família” (Tomás)

Tomás, que já frequentou outras terapias e já passou pela biomedicina, por ter uma esposa muito religiosa e católica, ao internar-se em uma comunidade terapêutica que traduz os valores de sua família, passa a voltar a ter o status que perdeu perante eles por ser usuário de drogas. Na tentativa de tornar-se religioso e desenvolver a espiritualidade, e que a FDE pode proporcionar, internar-se passa a ser uma opção legítima, e no momento, a melhor alternativa para gerenciar sua terapia, em que, na reordenação de seus conflitos e no restabelecimento da ordem incide a ‘cura’.

Neste universo em que a religião é um sistema cultural e que ligam-se estritamente com as noções de saúde e doença e terapêutica, Rabelo (1993) destaca que há uma separação entre doenças espirituais e doenças físicas²⁴, sendo a doença espiritual tratada através da religião e a física através da medicina, porém, aponta que, apesar de se reafirmar uma fronteira entre espírito e matéria, “a questão é sempre sujeita a contínua revisão” (1993: 318) uma vez que essa fronteira muitas vezes é ultrapassada. Essa doença no plano

²⁴ A cisão entre corpo e espírito vem do legado cartesiano, através desta lógica a natureza começa a ser lida pelo racionalismo, em que o real é o racional, e os desígnios de Deus não existem mais para a ciência, a partir do racionalismo cartesiano a vida passará a adquirir sentido mediante contraposições e dicotomias entre o mundo natural e sobrenatural, objetivo e subjetivo, realidade e imaginação, verdadeiro e falso, natureza e cultura (Scheper-Hughes & Lock 1987).

espiritual está estritamente ligada à religião, que sempre foi encarregada de seus cuidados. Esse é mais um fator que faz com que as comunidades terapêuticas religiosas sejam uma importante terapia para promover a cura, uma vez que são agenciadoras do mundo espiritual. Assim, a religião assume um papel de intermediadora entre o mundo terreno e o mundo divino. Para Nuno, a cura para o ‘vício’, que a biomedicina não consegue explicar o ‘como’ e o ‘porquê’, passa a ter uma solução quando recolocado no plano da espiritualidade:

“É, assim, eu acho que o grande o problema não é só a dependência química, isso requer é força de vontade. Eles falam que não tem cura, mas eu creio na cura, eu penso que é uma coisa meio que espiritual, se você realmente crê em Deus, se você se afastar de Deus, você volta. Por causa da coisa mal, do demônio, ele quer ver você usando droga.... A ciência estuda tanto pra descobrir o remédio, e eu que não estudei já sei qual é o remédio, o remédio pra tudo isso é Deus. Basta você crer nele e praticar o que ele te pede, ler a bíblia e pôr em prática o que está escrito na bíblia que você não vai ter vício” (Nuno)

Deste modo, as categorias de *espírito* e *fé*, são fundamentadas nas práticas religiosas, e assumem uma forma coesa e contextualizada para o indivíduo que a vivencia, e a concepção de saúde e doença no contexto religioso reinsere esses sujeitos em um novo contexto. A religião então oferece uma explicação sobre o estado de saúde, num plano que antes era inexplicável, oferecendo conforto e ordenação numa perspectiva holística, em que corpo e espírito devem estar em consonância para que a cura ocorra. No artigo *Religião, ritual e cura*, Rabelo (1994) destaca que a religião oferece uma explicação para o indivíduo do que antes era confuso e inexplicável e coloca a importância do ritual na eficácia da cura oferecida pelas religiões, uma vez que no ritual há uma manipulação de símbolos e emoções capazes de *“induzir seus participantes a perceberem de forma nova o universo circundante e sua posição particular nesse universo”* (1994:48). A ‘cura’ espiritual apresentada pela FDE precisa recorrer às explicações sobrenaturais e divinas para os problemas de ‘vício’, ‘desobediência’, ‘egoísmo’, ‘depressão’, ‘isolamento social’²⁵, e por isso seu método não se baseia na intervenção medicamentosa, mas sim na manipulação do eu.

“Eu não creio em cura química, em cura a base de remédio, isso é a minha forma de pensar, mas cada um tem a sua forma de pensar, eu acredito em Deus, na cura espiritual, se você estiver com o espírito bom, com a espiritualidade em dia você não vai procurar coisa ruim não” (Nuno)

²⁵ Todas as expressões aqui colocadas foram ditas pelos entrevistados

Essas explicações sobrenaturais também são evocadas para justificar tanto o uso de drogas quanto as recaídas após o ‘tratamento’ espiritual. Assim, as desordens, patologias, doenças-adição, que ocorreram na vida dos entrevistados foi por ‘intervenção’ divina, em que tudo tem uma justificativa para acontecer.

“Acho que aquela experiência me fez ver coisas melhores, pra tá aqui de novo, tem muitas outras coisas, até perto de casa tem, mas nada como isso aqui, o que me recuperou, é diário, mas o que me levou a ser uma pessoa melhor foi aqui eu encontro a palavra de Deus de verdade, foi onde eu pude experimentar” (Fábio)

Quando eles passaram a se afastar da religião e da espiritualidade, voltaram a usar drogas. Quando viram seu mundo em caos, voltam a procurar a religião e a espiritualidade, para assim, no final, ‘aprender’ a não se afastar dos designs de Deus. Assim, ao afastarem-se do universo religioso, as doenças, os problemas do cotidiano e as fraquezas espirituais voltam a ocorrer com o propósito de que não abandonem à igreja, à religião, ou que ‘fortaleçam’ a espiritualidade.

2.2. A cura pela fé

Quando estar doente não significa uma bio-patologia, mas sim uma desordem social e espiritual que passa a se instaurar na vida do usuário de drogas, a religião passa a oferecer uma explicação para o que antes era caótico. Assim, a religião passa a oferecer explicações culturalmente familiares no modo de esclarecer as causas das doenças no mundo social e sobrenatural sendo que o valor terapêutico consistiria em restituir a ordem dando uma nova reinterpretação simbólica aos problemas (Viegas, 2005) dos internos e familiares. Porém, no catolicismo o processo de ‘cura’ possui características diferenciadas de outras religiões (Loyola,1983). Minayo (1994) aponta que no catolicismo institucional o fenômeno da ‘cura’ está radicado essencialmente na fé, ou seja, há uma certa ruptura com práticas supersticiosas, profanas e imorais. Assim, na FDE, não foi possível vislumbrar práticas ritualísticas em que a doença-adição está ligada a possessão de “demônios”, comumente empregadas em rituais evangélicos neopentecostais²⁶. A técnica empregada baseia-se essencialmente na mudança de hábitos dos indivíduos associado à incorporação da religião/ espiritualidade, e para isso é preciso ter fé nos desígnios de Deus. Ao reordenar seus conflitos, para as pessoas em situações

²⁶ O novo pentecostalismo brasileiro tem como característica fundamental os rituais de exorcismo que põe em evidência a guerra espiritual entre Deus e o Diabo, os rituais ganham ares de espetáculo e o exorcismo acaba por desvelar um universo de batalhas espirituais contra os demônios instalados na vida das pessoas (Próchino et al. 2008)

de sofrimento e perturbações, o processo de cura no sistema médico religioso se daria pelo retorno de um estado de bem-estar das relações sociais e econômicas e onde corpo e espírito encontram-se interligados e estão indissociáveis da manutenção da fé e no desenvolvimento da espiritualidade e religiosidade para que a cura ocorra. Os agentes da cura funcionam então como normalizadores e que reordenam o que antes era ‘doença-desordem’ ou ‘doença-espiritual’.

O que podemos observar então, é que, seja sob influência positiva ou negativa, no domínio social entre saúde e religião, não se pode negar que a religião se liga em muitos aspectos com os cuidados de saúde e escolhas terapêuticas, principalmente quando relacionadas a transtornos mentais e uso de drogas, já que há uma procura maior por parte destes pela ajuda religiosa (Arnold et al. 2002; Rabelo, 1993; Beatz & Toews, 2009), e que usuários de drogas apresentam um alto índice de religiosidade (Arnold et al, 2002). A religião também vem desempenhando um forte papel na inclusão social e sentimento de pertencimento de grupos historicamente excluídos e estigmatizados, como as classes populares e usuários de drogas (Rabelo 1993; Casa-Rosa 2008). Fator também observado na FDE.

Taussig (1980) observa que a medicina é capaz de explicar *como* a doença ocorre, mas não o *porquê*, e justamente esse *porquê* é um importante aspecto para quem se encontra doente. No caso da adição, a situação é ainda mais especial pelo fato de a biomedicina ainda não conseguir explicar o *como* isso ocorre, mas sim apontar indícios para classificá-la. Assim, a religião, para muitos, acaba por explicar ‘como’ e ‘porquê’ a ‘doença’ do ‘*abuso e dependência em substâncias*’ passa a se instaurar na vida do indivíduo. E a partir de então é possível observar que na concepção de cura do sistema médico religioso vai além da cura espiritual, e perpassa na recuperação da segurança, do bem estar, do prestígio e da economia, ao reestabelecer a ordem das relações sociais, ou seja, tudo aquilo que antes na vida do usuário de drogas era caótico, conflituoso, imprevisível e desordenado, ter fé e acreditar que é possível curar-se dos vícios é fundamental.

3. Toda doença precisa ser explicada: o diagnóstico de ser adicto

Em todas as sociedades, a doença precisa ser explicada. Csordas & Kleinman (1990) apontam que, na relação entre *diagnóstico* e *tratamento* – que se diferenciam pela identificação do problema e a forma de resolver, respectivamente – dar nome ao problema

(diagnóstico) oferece a quem sofre e à família um certo grau de controle sobre a ‘doença’, e em certos casos o diagnóstico é tão elaborado que faz parte do processo terapêutico. Com a classificação formulada pelo DSM e estando a adição classificada pela CID, agora é possível dar nome à doença, mas ainda é preciso explicar como e porquê ela ocorre. Assim, no dia-a-dia, ela passa a adquirir novas interpretações e podem assumir uma série de significados, mostrando-se um campo fluxo e instável, onde estar doente é constantemente negociado entre os internos, família e Fazenda da Esperança. Assim, no plano religioso e na FDE, a doença-adição, o ‘como’ e o ‘porquê’ são inseparáveis, sendo que esta ocorre quando o indivíduo passa a se afastar dos desígnios de Deus e dos ensinamentos bíblicos e por isso desenvolver a espiritualidade é essencial. Esse diagnóstico é um importante aspecto na vida do enfermo e influencia diretamente na maneira como vai gerenciar sua terapia.

Na doença-adição, a doença é alocada no plano da desordem social e espiritual como visto anteriormente, e a partir dessa significação é possível analisar que terapêutica é mais eficaz para a ‘cura’. Porém, antes de tudo, é preciso ter um diagnóstico, e é aí que o DSM e a CID assumem seus valores nas relações micro sociais. Alguns dos entrevistados utilizam o tempo ‘*drogadicto*’, ‘*dependente químico*’ ou ‘*viciado*’, mas como explicitado anteriormente, preferi trabalhar com o termo adição/adicto, por uma escolha pessoal e do levantamento feito da discussão do uso de drogas enquanto doença, mas que no *campo* exprimem inúmeras formas, individualidades, subjetivações e símbolos. Esse diagnóstico envolve o que significa a adição em determinados contextos e os sintomas e sinais da doença, num jogo fluxo em que, dependendo do contexto, passa da esfera de *usuário de drogas* para *adicto*.

Na FDE, formular o diagnóstico de adicto, antes de tudo passa pelo fato de assumir-se doente. Assim, para entrar na FDE, é preciso fazer uma carta de próprio punho a dizer o porquê querer se internar, uma vez que a FDE não aceita internamentos que não sejam voluntários. Ninguém deve estar lá se não for por vontade própria e para isso é preciso reconhecer-se doente, e estando doente precisa de um tratamento.

“*A gente tem que querer, não adianta [o outro] querer ajudar se você não quer ser ajudado*” (Nuno)

“*Isso foi uma coisa difícil de admitir [que é uma doença], mas hoje eu admito que é, eu não considero, mas admito, ainda assim, no fundo no fundo eu não quero aceitar que é uma doença, a gente não quer aceitar que é um doente mas eu admito que é uma doença*” (Lucas)

Porém, nas relações sociais que se compõe, reconhecer-se doente é sempre uma ação sujeita a negociação. Lucas foi encaminhado para a FDE após ter faltado algumas vezes ao trabalho e, com medo de perder o emprego, resolveu ‘abrir o jogo’ para seu chefe. Essa já era a segunda empresa em que isso ocorria, e na primeira empresa Lucas foi demitido. Seu novo chefe, talvez por ter um entendimento de que os problemas com o uso de drogas não são uma falta de caráter moral ou um problema policial – como talvez seu primeiro empregador possa ter achado – mas sim um sintoma de uma doença, para ajudar seu funcionário, pergunta a Lucas se ele quer se afastar do trabalho para realizar o tratamento, e ele, para não perder o emprego precisou *admitir* ser uma doença, apesar de *não considerar*. Ao ter o diagnóstico de adicto, pode pedir afastamento do trabalho como um tramite legal, já que o transtorno relacionado ao uso de drogas é uma categoria reconhecida pela Classificação Internacional das Doenças²⁷, e agora ele passa a ter um respaldo para se afastar do trabalho e continuar a receber os benefícios por motivo de doença. Ter que assumir-se doente também foi o caso de Davi, que, apesar de reconhecer que seus problemas atuais não eram devido ao uso de drogas, mas sim pela morte de seu pai, ao escolher se internar em uma comunidade terapêutica para recuperação de usuários de drogas, era preciso ter o diagnóstico de dependente químico, mais do que depressão pela morte de um ente querido. Davi, já teve diversos problemas familiares devido ao uso de drogas, e por isso afastou-se do convívio familiar, quando o pai ficou doente passou a ter uma aproximação com a família, e quando este veio a falecer decidiu se internar, e passou a ter uma relação melhor com seus familiares.

“Na verdade, a pessoa nunca admite que é um dependente químico, ela sempre acha que tem o domínio da droga, eu perdi meu pai tem 5 meses, aí eu entrei em depressão... não tanto pela droga, mas pela situação dele. Pela minha depressão eu não queria mais saber de ninguém, já não conversava com a minha mãe, tava vivendo no meu mundo, eu cheguei ao ponto de falar, ou eu me mato ou eu caço a minha recuperação” (Davi)

Ter o diagnóstico de ‘doente- adicto’ também foi Nuno, preso por ‘tráfico de drogas’, e que perante o juiz assumiu a estratégia de estar ‘doente-adicto’ para livrar-se das acusações de tráfico, e já que passou por outras comunidades terapêuticas religiosas para a ‘reabilitação’, isso indicava que era dependente químico e, com o intuito de obter drogas para consumo próprio precisava traficar, assim foi encaminhado para FDE.

²⁷ No Brasil, quando a pessoa é afastada do trabalho por motivo de doenças graves, e onde não é mais capaz de exercer sua função de trabalhador, ao ter um diagnóstico e um laudo médico, pode afastar-se do trabalho e passa a receber os benefícios da previdência social, para isso é necessário que a doença seja reconhecida pela OMS/ CID.

Na formulação do diagnóstico de adicto, também é preciso assumir o *papel do doente* e no caso, é preciso reconhecer que perdeu o controle sobre o uso das drogas. Essa perda de controle indica que a pessoa precisa de algum tratamento para conseguir parar. Em outro caso, Fábio diz ter que admitir que perdeu o controle sobre o uso da droga, e essa falta de controle gerou prejuízos à sua família e a si mesmo porque acabou por perder muito peso, estava com baixa auto-estima e depressivo. Assim, quando passa a ter essas ‘doença-desordem’, precisava admitir que na verdade estava doente, e por isso a necessidade de se internar. Pedro e Raul também perceberam-se doente quando perderam o controle sobre a droga e passaram a consumi-la compulsivamente, característica apresentado por muitos entrevistados.

“eu não aceitava que eu não tinha controle, mas eu precisava muito ir, porque eu estava numa situação muito deprimente e já não conseguia conviver” (Fábio)

“é algo que te chama, que te puxa, eu não sei explicar, você se sente preso, você vira um escravo daquilo ali, você sente a necessidade de ter sempre, é obsessivo, é compulsivo, o crack é compulsivo, a maconha não me levou pro buraco, a cocaína não me levou pro buraco, o tabaco talvez sim, o tabaco também é compulsivo, e o crack também. Essas foram as drogas que me levaram ao fundo do poço, foram o tabaco e o crack.” (Pedro)

Essa perda de controle narrada por eles se exprime em momentos que passaram longos períodos consumindo drogas, quando passaram a roubar objetos dentro de casa para trocar por drogas, quando perderam muito peso, quando foram expulsos de casa ou tinham brigas constantes com os familiares por causa do uso de drogas. Essas desordem e tensões sociais do cotidiano precisavam de um nome, e nesses momentos de crises e perdas, ser um adicto, passa a justificar seu comportamento, e a necessidade de internar-se.

“se não fosse uma doença a gente não precisaria de tratamento ... então por isso eu considero uma doença, porque se não, a gente conseguiria também parar sozinho e eu acredito... [que] 99% dos dependentes químicos não conseguem parar sozinhos. É uma luta muito grande, e se fosse algo assim, que não é uma doença a gente não precisaria de um tratamento específico, especial pra tal coisa” (Tomás)

Quando ser diagnosticado como adicto significa assumir uma ‘falha moral’ e ‘falta de caráter’, a FDE também vem para cumprir seu papel de gestora dessas doenças. Assim, a falta de religião e espiritualidades, acaba por gerar comportamentos de vício e por isso desenvolver a espiritualidade significa a cura. Para a cura destas doenças as CTR’s passam a ser o melhor agente de cura, capaz de solucionar suas desordens. Como no diálogo com Fernando e nas falas de Lucas

“[Considera o vício em substâncias uma doença?]”

Fernando: *Considero. É um vício maldoso. Um vício.
[O que seria o melhor tratamento?]*

Fernando: *Religião né. Você buscando a Deus e ele te livra de todos os males”*

“É Deus né, quem sou eu pra dizer que não é, eu seria arrogante e prepotente se falar que não é Deus, eu entreguei isso a Deus, totalmente a ele, ele que pode me dar força me reerguer, me transformar numa pessoa melhor, sem viver com esse problema, carregar esse problema e não conseguir mais ser uma pessoa feliz, não ser um homem digno, não conseguir mais fazer família. Na medida que eu entrego pra Deus, eu abro as possibilidades todas. Quando eu perceber que é possível viver sem esse vício, sem esses problemas” (Lucas)

Assim, ao assumirem ou serem diagnosticados como adictos, é preciso desempenhar o *papel do doente*, esse papel baseia-se nas expectativas esperadas no comportamento do doente. Winkelman (2009) observa que ao assumir *papel do doente* o indivíduo espera que seu comportamento seja validado pelos familiares, pessoas do trabalho e biomedicina, para assim ver-se livre de algumas responsabilidades, como a obrigação de ir ao trabalho. Essa validação da biomedicina no diagnóstico de adicto acabar por ser necessário quando precisam se afastar do trabalho para se internar, ou mesmo para simplesmente estar na FDE, uma vez que, uma das condições para se internarem é ter um laudo médico a dizer que estão ‘doentes’ e estão aptos a conviver em grupo, esse contato com o médico é reivindicado para validar a condição do doente e assim receber o tratamento adequado, mesmo que depois o tratamento possa assumir outro direcionamento, como o fato de não utilizar a terapêutica biomédica (remédio), mas sim outra terapêutica (*trabalho, convivência e espiritualidade*). Por isso, muitos deles procuraram o próprio CAPS ad afim de obterem esse laudo.

“Isso, o médico lá... me deu a declaração indicando que eu precisaria de internação, mas foi no CAPS que eu peguei, mas antes eu [já] frequentava o CAPS pra reunião... Eu fui ao CAPS porque eu precisava de um laudo médico... como eu não conseguia médico eu tinha que ir ao CAPS... [tinha] a psicóloga, ela me encaminhou pro psiquiatra, o psiquiatra, ele me indicou os remédios, passei a tomar aqueles remédios que ele receitou e pela terceira vez eles me deram o laudo psiquiátrico pra ficar afastado do trabalho” (Tomás)

“Porque antes de você vir pra fazenda eles exigem uma bateria de exames, um laudo dentário e inclusive do psiquiatra. Uns dias antes tem que estar com todos esses documentos em mãos e um responsável pra estar marcando perícia, essas coisas.” (João)

Assim, no diagnóstico de adicto, há uma série de fatores envolvidos e que são constantemente negociados na vida dos internos da FDE, e agora, com o diagnóstico formado é possível analisar as possibilidades e disponibilidade dos tratamentos que se apresentam, e quais tem demonstrado melhores resultados para a ‘cura’ do uso de drogas e dos problemas que podem causar. E, sendo o uso de drogas uma ‘doença-desordem’

que principalmente afeta o mundo social e espiritual mais do que o objeto-corpo, a melhor terapêutica é aquela que consiga reordenar essas perturbações. Assim, a religião e a FDE assumem um papel importante na escolha da melhor terapia empregada. E agora com o diagnóstico formulado é possível recorrer a terapia que tem apresentado melhores resultados, e parece notório que para os entrevistados e familiares envolvidos no processo, o ato de se internar e desenvolver a espiritualidade/ religiosidade é a única alternativa viável para que a cura ocorra.

4. Itinerário Terapêutico e Gestão da terapia

Janzen (1987) em seu artigo sobre as *gerências das terapias* chama a atenção que uma série de pessoas e fatores estão envolvidos na decisão de escolha das terapias, e o que muitas vezes pode parecer uma escolha individual, antes de tudo está cercada por uma rede de relações sociais que também influenciam nas escolhas, deste modo

whenever an individual or set of individuals becomes ill or is confronted with overwhelming problems. Various maternal and paternal kinsmen, and occasionally their friends and associates, rally for the purpose of sifting information, lending moral support, making decisions, and arranging details of therapeutic consultation. The therapy managing group thus exercises a brokerage function between the sufferer and the specialist. (Janzen, 1978:4 in 1987:68)

Deste modo, é preciso levar em consideração que quando é formulado o diagnóstico de adicto, os indivíduos envolvidos, (co-dependentes²⁸) funcionam como gestores na seleção e avaliação dos procedimentos terapêuticos, intermediando a relação entre doente e especialistas. Segundo Janzen (1987), os atores envolvidos na gerência das terapias – no caso o usuário de drogas e os co-dependentes – influenciam diretamente na decisão de qual terapia será empregada, onde são levados em consideração: 1. as diferentes ofertas terapêuticas; 2. características de cada sistema médico; 3. fatores políticos e econômicos; 4. formas de conhecimento como mecanismos de controle social; 5. a disponibilidade dos recursos no momento da escolha do tratamento, e por fim; 6. o surgimento de comunidades especializadas em cuidados e curas. Assim, a presença da ‘doença-adição’ obriga o indivíduo a organizar como acha mais adequado as diferentes práticas,

²⁸ A família, os amigos e as pessoas do trabalho, que acabam por também serem afetados pelo uso de drogas de seu ente, são convencionalmente chamados de co-dependentes pelos atores envolvidos na FDE.

alternativas e disponibilidade dos serviços para o tratamento de adicto a fim de obter um equilíbrio social e espiritual.

Viegas (2005), ao retratar o contexto da cura religiosa em Angola observa que como a patologia-doença-desordem é uma questão complexa que envolve o ‘mundo natural’ e ‘sobrenatural’, a gerência da terapia deve abarcar os ‘dois mundos’, onde de um lado se encontram familiares, amigos e trabalho (mundo natural) e do outro os vícios, falhas morais e falta de caráter e de espiritualidade (mundo sobrenatural). No ‘mundo natural’ a família, os amigos e as pessoas do trabalho (co-dependentes), estão sempre intrincadas no processo de escolha e decisão de que lugar é melhor para o tratamento. Assim, para a maioria dos entrevistados, a escolha do espaço para internamento estava diretamente ligada as relações familiares e de trabalho (mundo natural), fosse porque os familiares eram católicos e estar em uma comunidade terapêutica católica os ajudaria a recuperar o status perdido, seja porque através das redes de relações familiares e do trabalho, parentes, vizinhos e amigos, acabam por indicar a FDE.

“Muito pela minha esposa, que ela tem uma base familiar toda católica, que ela é muito religiosa, e eu acabei mais sendo voltado por causa dela, acompanhando né, aí eu aprendi a gostar, então fez muita diferença sim. Inclusive uma das questões principais pra escolher igual a gente escolheu aqui era a questão de ser uma instituição católica, toda voltada pela instituição católica, porque ela era meio fanática assim” (Tomás)

“Na verdade não foi uma opção minha, foi uma opção da minha família, foi o caminho que me passaram, e foi o caminho que eu aceitei e é o que eu tenho gostado, o que eu ouvi de outros aqui que já passaram por outras clínicas, falam que o que pensa, o que segura eles aqui, e dá força na caminhada é a espiritualidade. Não importa se você é religioso, crente, católico, protestante, não importa, se você tem Deus é mais fácil você largar o vício” (Pedro)

“Eu pedi socorro à minha esposa, minha esposa procurou uma clínica que eu já conhecia lá em mimoso do sul, ela é católica” (Raul)

Quando passaram a ter problemas no trabalho e tiveram que pedir ajuda ao superior no trabalho, quando lhes indicaram o caminho da FDE, acabaram por aceitar, uma vez que estava em jogo a possibilidade de perder o emprego.

“[eu] faltava direto, trabalhava três dias, cinco dias, no outro dia eu recebia dinheiro na mão e não ia trabalhar. Correndo o risco de tomar justa causa no emprego. Aí foi quando o dono da empresa me chamou pra conversar. Aí perguntou o que que tava acontecendo e falou: ‘você é um rapaz bom, um rapaz trabalhador’, eu abri o jogo, falei que estava necessitando de ajuda, que eu estava me drogando, que eu tinha muito prazer pela droga. E quando ele me falou ‘você quer mesmo ser ajudado?’ Quero. ‘Você quer mesmo ser ajudado?’ Quero. ‘Eu posso te ajudar você quer ser ajudado?’ Quero. ‘Então continua trabalhando, não falta que eu vou te ajudar’. Duas semanas depois ele me apresentou o pessoal do GEV. Fiquei três meses frequentando e vim pra cá” (João)

“Foi assim, eu faltei uma semana de trabalho, eu tava usando droga, e aí eu cheguei lá e tinha que dar uma explicação do porque eu tinha faltado uma semana, tava todo mundo me procurando... aí eu falei, eu vou falar a verdade pra eles [os patrões]... cheguei lá no meu superior, e olha, eu tenho que falar uma coisa, eu tenho um problema com droga, uso cocaína desde a minha adolescência, e foi por isso que eu faltei, por isso que eu as vezes chego atrasado, meu mal comportamento é por causa disso... Só que passou um tempo e fiquei uma semana de novo sem trabalhar, usando droga, aí eu vi que não ia dar pra continuar daquele jeito... aí mandei uma mensagem pro trabalho falando que eu tinha que [me internar] ...Eles achavam que eu ia conseguir a vaga pela prefeitura, aí a prefeitura falou pra me encaminhar pro CAPS, mas eu não queria ir pro CAPS eu queria ir pra fazenda” (Lucas)

Assim há uma série de motivações e razões para a escolha de uma comunidade terapêutica religiosa, uma vez que os familiares, amigos e pessoas do trabalho também assumem um papel protagonista na gerência da escolha terapêutica, e, por muitas vezes possuem uma forte ligação com a religião e o catolicismo, a FDE passa a ser uma alternativa real para os problemas de vício e moral (mundo sobrenatural). Porém, quando o adicto é visto como uma pessoa incapaz de responder por si, e por isso deve ser tutelado pelas pessoas não usuárias de drogas e não adictas, muitas vezes, a internação compulsória acaba por fazer parte da vida de muitos deles:

“[na clínica psiquiátrica] foi internamento compulsório. Minha mãe decidiu me internar, eu tava demais. Pra mim foi horrível porque na clínica entrava droga, então além de tomar os remédios eu fumava maconha, fumava crack, então lá era liberado... Fiquei um mês e meio, até o dia que minha mãe chegou lá, me viu lezadão [drogado], com os olhos vermelho igual uma brasa, minha mãe me conhece, ela sabe muito bem quando eu me drogo. Quando ela chegou lá e viu o estado que eu tava ela decidiu me tirar porque sabia que eu tava me drogando ali do mesmo jeito” (João)

“Teve uma clínica eu fiquei nela várias vezes, inclusive dela eu tive uma fuga cinematográfica... aquilo é uma clínica particular e é um dos piores que eu já vi, mas aprendi muita coisa lá, tem terapeutas bons, infelizmente tem um dono que é um mercenário. Ele é mercenário da vida do dependente químico... Da vez que eu fugi, eu fui internado compulsoriamente. Mas eu sempre completei o tratamento.” (Raul)

“Eu era de menor também, foi internação compulsiva, a família internou, eu não queria, eu tinha 16 anos.” (Davi)

Também é preciso ter em mente de que o interno em reabilitação, ao assumir o discurso religioso, passa a ter a credibilidade perante os familiares que antes não tinha. Valderrutén observa que *“frente a este discurso de la impotencia del ‘adicto en recuperación’ para gestionar una autocredibilidad... el discurso religioso adquiere una importancia central, pues le ofrece un sostenimiento a largo plazo bajo la rúbrica de la trascendencia espiritual.”* (2008:87). Cito aqui o caso do Daniel, que em uma reunião do GEV em que estive presente, ele já estava a alguns dias de sair da comunidade. Ao dar seu testemunho diz que quando chegava a casa, após sair com os amigos e usar drogas, sua avó estava

rezando para que ele saísse dessa vida, porém ele não aceitava que era viciado e que não precisava que ninguém rezasse por ele. Mas agora Daniel dizia-se feliz por dar o testemunho de que 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 de Deus. Assim, ao assumir o discurso, as práticas, e a conversão religiosa, o interno, que antes não tinha a religião/espiritualidade incorporada em seu dia-a-dia precisa aprender e adquirir os hábitos religiosos para que, perante seus familiares, sua imagem, antes de pessoa irresponsável e voltada aos vícios, possa adquirir uma nova representação, de pessoa religiosa, e por isso ‘reabilitada’. Isso ocorre com muitos entrevistados de familiares religiosos, assim, assumir o discurso religioso é central para a ‘reabilitação’.

“Eu passei a frequentar a reunião do GEV eu via que tinha uma coisa que me chamava muito a atenção, sabe? Era a comunhão que eles faziam junto, a pessoa contava como foi a semana, a experiência da palavra e eu queria experimentar o que que aquele amor de grupo dava, eu ia lá, orava o terço, eu não gostava de orar o terço né, é um negócio chato, ave maria, ave maira, ave maria, pai nosso, pai nosso, pai nosso. Eu achava aquilo chato, só que tinha aquele momento em que eles tocavam música. Momento de partilha, que a gente partilhava ali, como é que foi a semana, e eu comecei a gostar daquele modo ali, daquele jeito de vida, foi quando ele falava comigo que a fazenda ia ser desse modo, espiritualidade daquele jeito, partilha, troca de experiência, comunhão de alma e terço, quem vê assim né, terço, eu não era acostumado a rezar né, sempre fiz oração do meu jeito né, mas graças a Deus a gente aprende” (João)

Porém, há sempre aqueles que, mesmo ao tentar adquirir a espiritualidade para conseguir se livrar do uso de drogas e assim agradar a família, continuam por se sentir deslocados. Bruno tem 25 anos e na época estava na fazenda há 5 meses, depois de nossa entrevista, enquanto eu esperava um outro interno para conversar, Bruno me perguntou se eu era uma pessoa religiosa, porque ele não conseguia sentir essa espiritualidade / religiosidade que todos os outros sentiam mesmo estando há tanto tempo ali. Bruno achava que jamais iria conseguir, tendo me contado também que sua mãe era muito católica e que só as mulheres de sua família tinham ‘dado certo’ enquanto que os homens não, e por essa razão, sentia-se desmotivado com a vida. Uns dias antes de nossa entrevista Bruno contou-me ter alguns desentendimentos na FDE e estava prestes a sair, porém quando ligou a mãe para ir buscá-lo ela pediu com muita veemência que continuasse. Para não desagradar a mãe, resolveu ficar. Assim, mesmo que não tenha assumido o discurso religioso que a família e a FDE gostariam, ele ainda assim continuava na FDE que, para

além de agradar sua mãe, não sabia muito bem o que faria de sua vida quando saísse dali, já que não tinha ‘dado certo’ e não tinha perspectivas sobre seu futuro.

Outro fator levado em consideração é a ‘eficácia da terapêutica empregada’, assim, se determinada terapia não alcançou o resultado esperado, é hora de buscar outra, como é o caso do Daniel, que frequentava o CAPS ad e apesar de gostar da terapêutica empregada continuou a usar drogas, isso aconteceu com muitos entrevistados, que mesmo internado em instituições consumiam droga no local, e por isso, como essas terapêuticas não surtiam o efeito desejado é hora de buscar outra instituição

“No caminho do CAPS mesmo eu deparava com meus amigos, com muita coisa, as vezes eu não conseguia nem chegar em casa, já saía de lá. Mas assim, lembrando que lá a gente não tem o tratamento que a gente tem aqui, da espiritualidade, desse amor mútuo, dessa coisa toda que a fazenda tem que faz com que.... É o maior índice de recuperação né, é da fazenda da esperança, esse carisma que a fazenda tem de um ajudar o outro. Realmente eu senti que aquelas pessoas que estavam ali na frente do CAPS tavam ali e tal, mas a fazenda tem algo em si que é a doação né, pessoas que estão dispostas a dor a vida, ninguém da fazenda é assalariado, são pessoas que vem voluntariamente, a fazenda é aberta, assim como lá no CAPS também era, as eu vi que no CAPS eu não seria capaz de me firmar” (Daniel)

“no CAPS a gente ia, fazia reunião em grupo, mas tinha muito índice de recaimento sabe. Toda semana a pessoa ia lá contava o que tinha acontecido, ah mas eu recaí, eu bebi, sempre tomando remédio bebendo, pra mim aquilo não funcionava, eu também fazia a mesma coisa, eu ia pro CAPS, ah você fumou droga, fumei, você fumou droga, fumei, então pra mim ficou banal, eu ia mesmo por ir, porque a empresa exigia que eu fosse pra pegar o laudo certinho.” (João)

Quando o interno também passa a ter experiências negativas com outros tipos de instituições e o problema-doença-desordem continua sem resolução, é preciso então buscar uma outra instituição, com outro método terapêutico. Tomás conta um pouco sua experiência quando ficou internado em um Hospital Psiquiátrico público e que, por não ter gostado de seus métodos e por não ter sido eficaz, teve que procurar outra terapia.

“Então eu acredito que, por exemplo, as outras clínicas te oferecem remédio, tratamento com remédios e tal eu acho que não resolve muito porque você acaba abandonando uma droga e substituindo por outras, substituir uma ilegal por uma legal. Eu acho que só o remédio, não funciona, pelo menos pra mim não funcionou, porque no HPM [Hospital da Polícia Militar] a gente tinha remédio e eu acredito que, como aqui, a gente olha e não se parece uma clínica, você pode entrar e sair a hora que você quiser. Ninguém te impede de ir embora, não tem guarda no portão não tem nada, você fica aqui por livre e espontânea vontade, e aqui você sente uma paz muito grande.” (Tomás)

Assim, através de indicações de familiares, de pessoas do trabalho e da justiça, a oferta terapêutica, o tipo de terapia empregada, a religião das pessoas envolvidas no processo, os programas governamentais, chega-se as comunidades terapêuticas religiosas. Mas esse constante tratar e não se curar – ou seja, atingir a abstinência ou pelo menos o controle

sobre o uso da droga – e a busca por uma nova terapia, parece fazer parte da vida dos entrevistados que já entraram e saíram de inúmeras instituições, fossem elas laicas ou religiosas, ambulatoriais ou internamento. De fato, não me parece estar no ato de se internar ou não a ‘cura’ para a dependência química, adição, vício ou falha moral, porque muitos deles relatam ter consumido droga dentro das próprias instituições de internamento, e, muitos deles, mesmo tendo se internado em outras comunidades religiosas, com o tempo voltaram a usar drogas, mas internar-se está sempre em jogo quando há uma série de interesses envolvidos. Esses interesses podem ser, ter que se internar para não perder o emprego, o interesse da própria FDE em ter um público, o interesse da família na conversão do usuário de drogas em uma pessoa religiosa e espiritualizada, ou mesmo o interesse do governo em promover políticas públicas para usuários de drogas que favoreçam as comunidades terapêuticas, já que alguns dos entrevistados chegaram através de programas sociais e que as comunidades terapêuticas religiosas tem feito parte do programa do governo estadual *Rede Abraço*. Também pode ser uma escolha circunstancial, em que dependendo do momento pode procurar esta ou aquela terapia, como o intuito de ‘ter um momento para relaxar’, ‘sair do estresse da cidade’, ‘sumir da sociedade por estar ameaçado de morte’, ‘escolher viver em uma comunidade terapêutica ao invés de ser preso e cumprir pena de tráfico’, são alguns dos casos que motivaram os entrevistados a procurar e estar numa comunidade terapêutica.

A gerência das terapias também pode ser uma escolha do paciente e não dos médicos, dos familiares, do trabalho, ou da justiça. No caso da biomedicina, isso se aplica quando o paciente, mesmo tendo recorrido ao médico que lhe receita alguma terapia e prescreve dietas e remédios, acaba por não seguir.

“Porque você vai sair de um vício e ir pra outro, você toma antiansiolítico e é altamente viciante. Foi passado pra mim, quando eu fui fazer um exame no psiquiatra ele passou e eu não tomei nenhum... E isso ajudou na minha escolha, não quero medicamento, ficar me dopando e tal. Apesar de alguns aqui necessitarem de algum medicamento, porque há casos e casos, eu consigo fazer a minha caminhada sem o uso de remédios, eu consigo controlar a minha ansiedade de outras formas, eu busco outras formas, mas tem alguns irmãos que precisam” (Miguel)

“até porque pelo que eu fico sabendo, que geralmente o tratamento de rede pública eles dão um tratamento com remédio, meio como uma substituição, cura sua abstinência com algum medicamento. Eu creio que isso aí não é legal. Eu vim pra cá pra me libertar de qualquer tipo de droga. Quer queira quer não, o medicamento se torna um vício. Desde que eu cheguei aqui não tomei nenhum remédio. Só pra dor de cabeça pra dor, alguma coisa assim.” (Nuno)

No primeiro caso, Miguel é categórico ao afirmar que, mesmo o médico tendo prescrito remédios para a sua doença, escolheu não tomar porque acredita que isso não iria resolver o problema, e por isso buscou outras formas terapêuticas. E para Nuno, por saber que se recorresse a espaços geridos pela biomedicina acabariam por lhe receitar remédios, desde o início preferiu buscar outra terapia que não utilizasse esse recurso. No caso de aceitar ou não as normas da sociedade para deixar os vícios, as falhas morais e deixar de ser ‘adicto’, a pessoa pode ou não aceitar as regras impostas, como é o caso do Rui, 29 anos, que quando entrevistado estava apenas há 3 semanas na FDE. Ele, entre todos os entrevistados, parece ser o mais ‘rebelde’, ou seja, o que menos aceitava se subordinar às regras da sociedade e da FDE. Rui foi ‘expulso’ de casa por uma série de conflitos com a família devido ao uso de drogas e as insubordinações, fora de casa trabalhou em diversos estabelecimentos, sempre entrando e saindo, também porque não cumpria as regras, chegou a ser detido por porte ilegal de armas, mas por ser réu primário foi solto. Por ter uma arma e conhecer os ‘bandidos’ de sua cidade, um comerciante local o chama para ser ‘segurança’ de seu estabelecimento, neste momento se envolve em uma briga onde esfaqueia uma pessoa, e com medo de ter problemas com a justiça, procurou a ajuda de um familiar que decidiu ser melhor colocá-lo em uma comunidade terapêutica evangélica, após 8 meses, um outro familiar o convida para trabalhar em sua casa, porém, ao sair da comunidade terapêutica continua a usar drogas e novamente é expulso da ‘família’, indo morar num abrigo, no abrigo também não cumpria as normas, já tinha sido expulso de um e estava em outro, e quando estava prestes a ser expulso do segundo abrigo diz a assistente social que é usuário de drogas, e ao assumir-se doente-adicto, é encaminhado para a FDE, também através de um programa do governo. Na FDE não cumpri nenhuma atividade que lhe é colocada, ninguém da FDE diz que ele tem que sair, mas o próprio Rui me diz que não vai ‘aguentar’ ficar ali por muito tempo. A ‘cura’ para o Rui seria aceitar subordinar-se às regras e normas impostas pela sociedade, mas pelo que me parece, até o momento, Rui não quer ser ‘curado’.

A escolha pela instituição também perpassa pela relação entre o agente de cura e o ‘doente’. A forma com que se estabelece o contrato “curandeiro” - doente é também um importante processo que influencia diretamente na escolha, por isso a necessidade de uma instituição que corrobore com os mesmos valores do interno e de seus familiares.

“A instituição católica ela tem algo a mais por pregar esse amor mútuo, esse amor que pra muitos que estão fora é difícil de compreender, mas pra quem tá aqui dentro sabe, então é assim, talvez

o Estado dê tudo, pessoas formadas, mas não tem como dar o que [aqui] tem, que é o voluntariado, a pessoa se doar por amor, fazer por amor, a gente tem aqui a pessoa responsável, a gente tem o padrinho, são pessoas que se doam por amor, tiveram um preparo espiritual, mas estão aqui por amor. Não dizendo que os outros tratamentos não funcionem, mas aqui tem algo a mais... A gente vive o evangelho, e o evangelho é fundamental na vida de qualquer ser humano. O evangelho me ensina todo dia a amar o próximo, a fazer gestos de amor, a ser tolerante, a saber perdoar, saber a como me dirigir as pessoas, não ser ignorante, o nosso evangelho é todo esse, a espiritualidade que vem acompanhado da religião” (Daniel)

Essa relação que se estabelece, entre outros aspectos, também é fundamental no processo terapêutico e cura. Lévi-Strauss (1975), no texto *O feiticeiro e sua Magia*, já chamava a atenção de que em contextos culturais específicos a cura ocorre devido a 3 fatores essenciais: 1, na crença dos sujeitos envolvidos no ‘feiticeiro’ e nas técnicas empregadas (aqui se traduziria em acreditar que os valores e técnicas da FDE são eficazes); 2, a confiança do doente no poder de seu agente de cura, e por fim; 3, a confiança do coletivo no processo terapêutico, são elementos essenciais e estão estritamente envolvidos no processo de cura e eficácia da terapêutica. Assim, as famílias, em sua maioria religiosas, participam ativamente no processo de escolha da melhor terapia a ser empregada e acreditam que a FDE, uma comunidade terapêutica católica, traduz seus valores e, por isso, acreditam em sua eficácia. O ‘doente’, por sua vez, sendo ou não religioso, também acredita que a religiosidade / espiritualidade é importante para que a ‘cura’ ocorra, tal como a crença dos entrevistados que se encontram em uma instituição com 80% de chances de cura, como ouvi em muitas entrevistas. E por último, os agentes da cura que acreditam em seu trabalho na recuperação do usuário de drogas. Essa triangulação pode permitir a eficácia da terapêutica empregada para que obtenha melhores sucessos, e do mesmo modo, se não houve sucesso é porque os sujeitos são estavam realmente dispostos a se tornarem abstinências e convertidos, ou seja, não acreditavam na cura. Csordas & Kleinman (1990) apontam, que no *processo terapêutico* o curso do tratamento é preciso levar em consideração os procedimentos terapêuticos, os resultados obtidos e o controle social e ideológico exercido, que vão influenciar na escolha desta ou daquela terapia. Assim, no *procedimento terapêutico* é definido o papel de cada um, de quem administra as técnicas ou opera os cuidados, uma vez que manipular símbolos e objetos altera o estado de consciência, e nos *resultados* obtidos, onde é possível vislumbrar a disposição dos participantes na designação do fim do processo terapêutico expressos na satisfação e na mudança dos sintomas.

5. Pluralismo médico e a gestão da terapia

Como observado anteriormente no capítulo I (3.2), a rede de atenção à saúde destinada aos usuários de drogas é vasta, complexa e diferenciada. Também foi possível notar o surgimento de redes especializadas em tratar usuários de drogas, como é o caso das comunidades terapêuticas religiosas no Espírito Santo. Há então um *pluralismo médico* que podem estar diretamente ligadas no itinerário terapêutico a que os gestores da terapia recorrem. Esse pluralismo permite aos envolvidos na gestão da terapia escolher ou negociar as práticas terapêuticas a serem empregadas. Assim, é possível observar que os entrevistados transitam na terapia que melhor lhes convém, formando um grande fluxo entre diversas práticas terapêuticas, mesmo que elas conflitem entre si. Esse trânsito pode ocorrer devido a: 1.cada sistema médico apresentar características diferenciadas; 2. se o sistema médico a que recorreram produziu ou não resultados, e, em se tratando das CTR, os resultados esperados podem ser o retorno de um estado de bem-estar, a conversão a uma religião, a reordenação de conflitos, e as curas espirituais, e por fim; 3. fatores econômicos, ou seja, se a família ou o indivíduo possuem ou não condição de pagar por determinada terapêutica.

Como o índice de recaídas entre os entrevistados é muito grande, a cada momento de suas recaídas recorreram à terapia que melhor lhes convinha no momento. Assim, quando não veem a necessidade de se internar podem recorrer às terapêuticas como CAPS ad e grupos de auto-ajuda, ou quando não possuem condições de pagar por um tratamento privado, internar-se em hospitais psiquiátricos do governo (portanto gratuito). Quando passam então a recorrer a religião para gerenciar a ‘cura’, a espiritualidade e a religiosidades, assumir um papel protagonista e tornam-se fatores motivadores na escolha por uma comunidade terapêutica religiosa. Por isso, quando lhes perguntei o porquê da escolha pela FDE, as respostas mais comuns foram:

“Porque eu queria trabalhar esse lado espiritual meu, na verdade eu precisava me encontrar espiritualmente. Voltar a me encontrar com Deus” (Davi)

“A espiritualidade, tem que estar sempre buscando sempre perseverando, pedindo, até hoje eu tenho dificuldade... Não importa se você é religioso, crente, católico, protestante, não importa, se você tem Deus é mais fácil, você largar o vício” (Pedro)

“É uma doença que não necessariamente você precisa de remédio pra curar, é uma doença mais psicológica, mas espiritual. Eu acredito que seja uma doença espiritual e psicológica, não uma doença como uma gripe. Se a pessoa não for religiosa ela busca outra coisa, fazer uma ioga, mas pra mim é a espiritualidade, é a religião” (Miguel)

Deste modo, quando o usuário de drogas e os gestores da terapia viam a necessidade de desenvolver a espiritualidade/ religiosidade, as CTR's tornam-se a melhor alternativa porque priorizam esse tipo de terapêutica. Do mesmo modo, quando não achavam que desenvolver a religiosidade/ espiritualidade fosse importante para livrarem-se das drogas, mesmo que tivessem se internado em um CTR, as motivações foram outras.

“eu gostei muito, só que eu mesmo deixei por infidelidade, porque a batista também prega uma religião, o mesmo Deus, e na época que eu fui lá eu me preocupei mais com o meu físico, em melhorar a aparência, saí de lá... fiquei lá 2 meses, só que malhando, não vivi espiritualidade nenhuma. O pastor vinha falar com a gente pra gente se preocupar com o mentalmente, psicologicamente, espiritualmente, e eu trabalhei mais a foça física saí de lá mais ou menos e voltei pra rua detonando todo mundo” (João)

Quando lhes perguntei se já recorreram ao SUS (exceto CAPS ad e hospitais psiquiátricos) por motivos relacionados ao uso de drogas, poucos disseram que sim. Quando recorreram, os motivos citados foram ‘convulsão’ por longos períodos usando drogas, ‘overdose’ e ‘desintoxicação’, assim, a maioria não procurava o SUS a fim de manter um tratamento contínuo e com o intuito de parar, mas somente para diagnósticos e terapêuticas situacionais.

“Já, por princípio do ataque e convulsão, já tive contato com o SUS, até mesmo pra tomar medicação” (Daniel)

Quando também não querem recorrer ao remédio para deixar o usar drogas, procurar uma terapêutica que não priorize esse tipo de intervenção também é um fator levado em consideração. A FDE não proíbe que seus utentes usem medicamentos, porém há incentivos constantes para que não recorram a esse tipo de terapia. Assim, muitos deles também veem o uso de medicamentos como a substituição de uma droga por outra, e por vezes preferem não utilizar o SUS/CAPS ad por saberem que nessas instituições faz-se o uso de remédio como terapêutica para usuários de drogas.

“quando eu cheguei a primeira vez na fazenda ninguém tomava remédio, a única dificuldade que eu tinha era de dormir sem o remédio, o remédio me ajudou por muito tempo, mas também me ajudou muito a me iludir, porque, ficava dentro de casa o dia inteiro zonzo [tonto], pra ficar em casa o dia inteiro e acordar e tomar remédio, dormir e acordar e tomar remédio, ou tomar o remédio, sair e beber, pra mim é se iludir, eu me iludi demais, e quando eu vi que era possível ficar sem remédio, só que ter que morrer um pouco, tudo que eu largo e continuo a vida, faz falta, dói, machuca, até mesmo a droga, porque por mais que eu me sinta muito bem comigo mesmo, deixar aquilo ali dói, porque era um refúgio muito seguro, por mais sofrimento que me causasse... eu não me sinto à vontade com o remédio, não me sinto bem, me sinto zonzo [tonto], pra mim não funciona” (Fábio)

Assim, pelo menos no que diz respeito aos usuários de drogas e adictos, a biomedicina deixa de ser a intervenção terapêutica hegemônica, e a cada dia, no Estado do Espírito Santo há uma nova comunidade terapêutica religiosa especializada na intervenção de saúde aos usuários de drogas. Essas comunidades terapêuticas passam a ganhar mais força com a instauração de programas como o Rede Abraço, que prioriza a intervenção feita pelas comunidades terapêuticas e que pode significar uma provável deterioração de programas já consolidados como o CAPS ad.

Considerações Finais

Há, então, uma série de fatores que envolvem a maneira como definimos saúde, doença, processos de diagnóstico, terapêuticas e cura, que vão além da questão biológica, espiritual e problemas sociais, também se relacionam com as redes de poder, interesses políticos, interesses pessoais, disponibilidade dos serviços, e resultados obtidos. Essas alternativas terapêuticas que se dispõem ao indivíduo que busca a solução de seus problemas, as ofertas que se compõem em determinadas sociedades e culturas, os resultados obtidos em cada terapêutica, a rede de relações na gerência das terapêuticas e os recursos sociais e econômicos, passam a ser parte do processo na escolha pela terapia que melhor convém a todos os envolvidos, desde o doente à família, dos agentes de cura às políticas públicas.

Finalizo aqui com um caso que particularmente me chamou a atenção e que envolve alguns aspectos abordados na dissertação. André, que já buscou ajuda algumas vezes por causa do álcool mas diz ter parado há quatro anos, consome *crack* há sete, e estava com dificuldade para conseguir emprego por causa de uma série de tramites burocráticos que não conseguia resolver. Em uma ida a um órgão público para conseguir tentar acertar as ‘papelas’ que precisava, mais uma vez não conseguiu sucesso e saiu de lá ‘estressado’ tendo ido direto ao Hospital da Polícia Militar (público e gratuito) para se internar. Porém, também não conseguiu porque não tinha os documentos necessários, tendo ido de lá a casa da irmã buscar ajuda. Ela, por ter alguns contatos, sabia de um projeto do estado que encaminhava usuários de drogas para internamento, o *Rede Abraço*. No *Rede Abraço* foi entrevistado por meia hora e depois encaminhado para a FDE. Quando lhe indaguei se conhecia a FDE e como era o tratamento, ele afirmou que não conhecia, mas acreditava ter sido encaminhado por ser católico, uma vez que a mulher que o atendeu perguntou sua religião. André, que gostaria de trabalhar mas não conseguia, a princípio, decidiu procurar um local para se internar por uma situação de ‘estresse’, mas por também ser usuário de drogas, passou a ter o diagnóstico de adicto e por isso estava ‘apto’ a ser internado. Nessa situação, também envolve o fato de o uso de drogas estar associado a outros problemas, tais como o fator ‘estresse’, e a necessidade de um diagnóstico de adicto para se internar. As pessoas envolvidas no processo e a rede de relações, no caso a irmã que possuía um contato com um programa do governo, facilitaram sua entrada em uma comunidade terapêutica, e sua estadia ali é financiada por eles. Ser católico e vir de uma família católica é um fator levado em consideração pela pessoa que o encaminhou

para a FDE, por ser uma CT que utiliza recursos católicos como método para a ‘reabilitação’ do usuário de drogas.

Assim, as CTR acabam por funcionar como políticas públicas para usuários de drogas mesmo que conflitem com as diretrizes do SUS. E sendo a discussão do consumo de drogas tão presente na sociedade brasileira e considerado um grande mal-estar social (Rodriguez, 2009), promover uma política pública para tal grupo parece ser de grande apelo social. Numa sociedade em que a religião se encontra tão presente e que as pessoas envolvidas na gestão da terapia dos usuários de drogas acreditam ser necessária para livrar-se do vício, as CTR acabam por cumprir seu papel de ‘reformadora’ de falhas morais e adictos. Assim, as instituições encarregadas da doença-adição são simultaneamente religiosas, políticas e terapêuticas, subordinando a eficácia terapêutica aos poderes tutelares, e relações de força e poder (Viegas, 2005).

Numa reflexão acerca das ‘medicinas alternativas’, Last (1992) observa que a dúvida no diagnóstico e no tratamento – no caso a dúvida na biomedicina enquanto agente de cura – acaba por diminuir suas chances de êxito. Essa questão parece se aplicar particularmente no caso da adição, uma vez que no cotidiano dos entrevistados não é vista como uma biopatologia, sendo por isso um motivo para o ceticismo no diagnóstico da doença-patológica. Enquanto doença não-patológica o tratamento oferecido pela biomedicina perde seu valor. Simultaneamente e paradoxalmente, isso parece encorajar a proliferação de práticas que oferecem novas curas, especialmente panaceias (op. cit. 401), ou seja, pretensão remédio universal para todos os males físicos e morais, como é o caso das comunidades terapêuticas / comunidades terapêuticas religiosas.

Assim, seriam mesmo as comunidades terapêuticas religiosas tão eficazes na ‘cura’, no sentido da abstinência e resolução das desordens, do usuário de drogas e adicto? Os biomédicos, céticos, racionalistas e ateus, certamente diriam não, uma vez que muitos dos entrevistados já se internaram mais de uma vez em comunidades terapêuticas religiosas, e o fato de se internarem novamente significa que a terapêutica de fato não foi bem sucedida. Porém, a religião vem para cumprir outro papel na ‘cura’ de usuários de drogas, ao ‘reabilitarem’ sujeitos para um padrão pleiteado pela sociedade: abstinência e convertido. Assim, as comunidades terapêuticas religiosas vêm crescendo e assumindo um papel protagonista na gestão da terapia de usuários de drogas, uma vez que elas traduzem o anseio social de abstinência e conversão, e sendo um anseio social, promover políticas

públicas que englobem essa prática terapêutica enquanto ‘reformadoras’ de usuários de drogas passa a ser uma estratégia a fim de dar uma resposta a sociedade por seu forte apelo social, de uma vida sem vícios, sem falhas morais e religiosa e portanto, não usuários de drogas. O que nos resta então é montar, analisar e compor essa rede de relações no processo terapêutico que estão ligadas com as instâncias que regem as relações sociais, sejam elas por interesses do governo, dos agentes de cura (a FDE), dos familiares envolvidos, do usuário de drogas e do adicto, sendo sempre negociada quando melhor lhe convém e a partir de interesses. E que na FDE ao manipularem a religiosidade/espiritualidade recriam a crença na religião levando a comunidade religiosa a reforçar o exercício da fé cristã e da oração, como elementos simbólicos e poderosos para combater qualquer mal e restituir a ordem.

Nessa disputa de quem será a responsabilidade do usuário de drogas, policial/jurídica ou de saúde, acredito que a antropologia tem muito a contribuir. Para além do bem e do mal, a moralização do uso de drogas, sua trajetória de proibições ou não, quem financia as pesquisas sobre uso de drogas, e a quem interessa a proibição e ver o uso de drogas como uma doença, há muitos fatores em jogo. É preciso levar em consideração que as relações sociais são mais fluidas do que, o uso do crack faz mal, o crack é proibido, se for apreendido com crack será preso e punido, logo, deduz-se que ninguém irá usar. Há outras racionalidades e motivações envolvendo o uso de qualquer droga que vão além do proibição-encarceramento e da saúde-medicação. Entender essas relações é também um exercício antropológico-etnográfico. Assim, entender o uso de drogas sob a ótica científica, também implica entendê-la sob a ótica histórica, sociológica e antropológica, e também na discussão filosófica da moralidade que o uso de drogas pode trazer.

A maioria dos estudos sobre adição vem questionando a eficácia das políticas de abstinência, porém, apesar disso, a maioria dos governos continuam a colocar a abstinência como centro de suas políticas. Kushner (2010) observa que as políticas de abstinência (tanto por parte da saúde quanto pela repressão e encarceramento) são falhas porque desconsideram as evidências históricas que em todas as sociedades e culturas faz-se o uso de substâncias para alterar a consciência, e que o comportamento da adição, mais do que danoso, é considerada uma doença em favorecimento de uma indústria farmacêutica. Assim o questionamento básico para a compreensão antropológica não deve se ater ao modelo de saúde pública do tratamento e medicalização e a uma visão proibitiva do uso de determinadas da droga, que possuem como principal objetivo a

abstinência. Hunt & Backer (2001) ponderam que a teoria antropológica contemporânea é importante precisamente porque expõem as relações e interpretações inerentes a ideia de vigilância e intervenção, permitindo uma visão mais holística do “problema” chamado droga.

Referências Bibliográficas

- Alavarse, G.M.A. & Carvalho, M.D. de B., 2006. Álcool e adolescência : o perfil de consumidores de um município do norte do paraná. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10(3), pp.408–416
- Almeida, A. et al., 2007. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fen menos de transe e possessão Brazilian. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(1), pp.34–41.
- Alves, P.C., 1994. O discurso sobre a enfermidade mental. In *Saúde e doença: um olhar antropológico.* / Ed. By Alves, P.C & Minayo, M.C. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arnold, R. et al., 2002. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 23, pp.319–26. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12495793>.
- Bastos, F.I., Bertoni, N. & Hacker, M.A., 2008. Consumo de álcool e drogas : principais achados de pesquisa de âmbito nacional , Brasil 2005. *Rev Saúde Pública*, 42(1), pp.109–117.
- Beatz, M. & Toews, J., 2009. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), pp.292–301. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19497161>.
- Becker, H.S., 2008. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio/ trad. Maria Luiza de Borges.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Biehl, J. 2011 Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, 17 (35), pp. 257-296.
- Biehl, J., 2008 Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, 51(2), pp. 413-449.
- Boiteux, L. et. al., 2009. Tráfico e Constitui o: um estudo sobre a atua o da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. *Re. Jur. Brasílica*, 11(94), pp.1–29.
- Bourgois, P., 2000. Disciplining addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, pp. 165–195.
- Bourgois, P., 2003. *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio.* New York and Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourguignon, L.N.; Guimarães, E.dos S.; Siqueira, M.M., 2010. A Atua o do Enfermeiro nos Grupos Terapêuticos Dos CAPS ad do Estado do Espírito Santo. *Cogitare Enferm.* 15(3) pp. 467–73.
- Brasil, 1992. Portaria/SAS n. 224, de 29 de Janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 30 jan. 1992. Se o 1:1168.
- Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos, 2013. Pesquisa promete definir classes econ micas. *Jornal do Comércio*, Brasília, Seg, 12-08-2013 [disponível em: <http://www.sae.gov.br/site/?p=17711#ixzz38UeXHY7P> acesso em:25/07/2013]
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordena o Nacional de DST/Aids, 2003. *A Política do Ministério da Saúde para aten o integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordena o Nacional de DST e Aids.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brown, P.J., 1998. Understanding Medical Anthropology: Biocultural and cultural approaches. In *Understanding and applying medical anthropology.* Mayfield Publishing Company: California.

- Carlini E., 2014. *Globo News, Entre Aspas*. [disponível em <http://globo.com/globo-news/entre-aspas/t/todos-os-ideos/v/relatorio-da-onu-indica-que-consumo-de-cocaina-no-brasil-e-quatro-vezes-maior-que-a-media/3195790/> acesso: 05/03/2014]
- Carlini, E.A. et al., 2002. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001*. São Paulo: CEBRID.
- Carneiro, H., 2008. 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.
- Cavarini, M.B et al., 2012. Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(7), pp.1394–1404.
- Cohen, A., 2004. Mental Disorders. In *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in world's cultures/ Ed. by Ember, C. R. & Ember, M.* Springer Science Business Media.
- Cohen, A.I., 1973. The therapeutic community. *American Journal of Community Psychology*, 1(3), pp.266–271.
- Cohen, A.P., 1984. *The symbolic construction of community*. London: Routledge.
- Comaroff, J., 1980. Healing and the cultural order : the case of the Barolong boo Ratshidi of southern Africa. *American Ethnologist*, 7(4), pp.637–657.
- Comaroff, J., 1981. Healing and cultural transformation: the Tswana of southern Africa. *Social science & medicine.*, 15B, pp.367–78.
- Comaroff, J., 1985. *Body of power, spirit of resistance: the culture and history of a South African people*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Costa-Rosa, A. da, 2008. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. *Psicologia USP* 19(4), pp. 561–90.
- Csordas, T.J. & Kleinman, A., 1990. The Therapeutic Process. In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method/ Ed. by Johnson, T.M. & Sargent, C.F.* Westport, Connecticut, London.
- Cunha, Manuela I. P. P.. 2002. *Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajectos*, Lisboa: Fim de Século.
- Dalgarrondo, P. et al., 2004. Religion and drug use by adolescents. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(2), pp.82–90. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15517058>.
- Dalgarrondo, P., 2007. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; pp. 25-33.
- Deslandes, S. F., 2003. Drogas e vulnerabilidade às violências. In *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dias, A.C. et al., 2011. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of substance abuse treatment*, 41(3), pp.273–8.
- DSM-IV, 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Published by The American Psychiatric Association Washington, DC.
- Durkheim, E. *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- Edwards, G. (2002) *Alcohol: The World's Favorite Drug*. New York: St. Martin's Press.
- Eisenberg, L., 1977. Disease and illness: Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1, pp. 9-23.

- Faria, J. G. de; Schneider, D. R., 2009. O perfil dos usuários do capsad-blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade* 21(3), pp. 324–33.
- Ferreira, V.S., 2007. Política do corpo e política de vida: a tatuagem e o body piercing como expressão corporal de uma ética da dissidência. *Etnografica*, 11(2), pp.291–326
- Foucault, M., 1997. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M., 2007. *Vigiar e punir: nascimento da prisão: história da violência nas prisões* / trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Editora Vozes.
- Freitas, E.A.M. de, Mendes, I.D. & Oliveira, L.C.M. de, 2008. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Rev Saúde Pública*, 42(5), pp.813–821.
- Galduróz, J.C.F. et al., 2005. Uso de drogas psicotrópicas no brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13, pp.888–895.
- Garbi, S.L., Touris, M.C. & Epele, M., 2012. Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), pp.1865–1874.
- Geertz, C., 1989. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ghodse, H., Galea, S., 2005. Families of people with drug abuse. In *Families and mental disorders: from burden to empowerment.* / Ed. by Norman, S. et al. Wiley.
- Goffman, E., 1983. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* / trad. Márcia Nunes. Rio de Janeiro: Zahar.
- Goffman, E., 2010 [1961]. *Manicômios, prisões e conventos.* / trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva.
- Halpern, J.H. et al., 2005. Psychological and cognitive effects of long-term peyote use among Native Americans. *Biological psychiatry*, 58, pp.624–31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16271313> [Accessed December 1, 2013].
- Hastings, G. et al., 2005. Alcohol Marketing and Young People's Drinking : A Review of the Research. *Journal of Public Health Policy*, 26(3), pp.296–311.
- Heath, D.B., 1992. US Drug Control Policy: A Cultural Perspective. *The MIT Press*, 121(3), pp. 269-291.
- Hills, S. 1980. *Demystifying social deviance*. New York: McGraw-Hill.
- Hunt, G. & Backer, J.C., 2001. Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: towards a unified theory. *Social Science & Medicine*, 53, pp.165–188.
- IBGE. CENSO 2010. *População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de religião - Brasil - 2010*. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_4.pdf
- Janzen, J.M., 1987. Therapy Management: Concept, Reality, Process. *Medical Anthropology Quarterly*. 1 (1), pp. 68–84.
- Kleinman, A., 1978. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, 12, pp. 85–93.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B., 1978. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, pp.251–258.s
- Koenig, H. G., 2009. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *Can J Psychiatry*. 54(5), pp. 283–291.

- Kushner, H.I., 2010. Toward a cultural biology of addiction. *BioSocieties*, 5(1), pp. 8-24.
- Last, M. 1992. 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
- Last, M., 1990. Professionalization of indigenous healers. In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method/ Ed. by Johnson, T.M. & Sargent, C.F.* Westport, Connecticut, London.
- Levi-Strauss, C. 1975. O feiticeiro e sua magia. In *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Levi-Strauss, C. 1989 A eficácia simbólica. In *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Loyola C.M.D., et al., 2009. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(Esp.), pp.817-23.
- Loyola, M., 1983. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL.
- Mascarenhas, M.D.M. et al., 2009. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil , 2006 e 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), pp.1789–1796.
- McKee, M., 1999. Alcohol in Russia. *Alcohol & Alcoholism*, 34(6), pp.824–829.
- Miles, M.B.; Huberman, M. & Saldana, J., 2012. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. Arizona State University. 3ª ed.
- Minayo, M.C.S., 1994. Representações da cura no catolicismo popular. In *Saúde e doença: um olhar antropológico/ Alves, P.C.& Minayo, M.C.S.(orgs.)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Modelli, M.E. dos S., Pratesi, R. & Taulil, P.L., 2008. Alcoolemia em vítimas fatais de acidentes de trânsito no Distrito Federal , Brasil. *Rev Saúde Pública*, 42(2), pp.350–352.
- Monteiro, C. F. de S. et al., 2011. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em caps-ad do Piauí. *Esc Anna Nery* 15(1), pp. 90–95.
- Noto, A.R. & Galduróz, J.C.F., 1999. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), pp.145–151.
- Nunes, M.N. & Nascimento, L.F.C., 2012. 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), pp.685–690.
- O GLOBO. *Censo: o perfil religioso do país*. Ed. by Daniel Lima | Fonte: IBGE/CENSO 2010. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/infograficos/censo-religiao/> [acesso em: 01/12/2013]
- Page, B., 2004. Drug Use. In *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in world's cultures/ Ed by. Ember, C. R. & Ember, M.* Springer Science + Busness Media.
- Page, J.P. & Singer, M., 2010. *Comprehending drug use: ethnographic research at the social margins*. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, and London.
- Peltro, P. J. & Peltro, G. H., 1990. Field methods in medical anthropology. In *Medical Anthropology: contemporary theory and method/ Ed. by Johnson, T. M. & Sargent, C.F.* Westport, Connecticut, London.
- Priester, P. E.; Khalili, S. & Luvathingal, J. E., 2009. Placing the soul back into psychology: religion in the psychotherapy process. In *Culture and mental health: sociocultural influence, theory, and practice*. Wiley-Blackwell.

- Próchino, C.C.S.C., Paradvini, J.L.L. & Gonçalves, M.A., 2008. Subjetivação e Cura no Neopentecostalismo. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 28(3), pp.586–60
- Rabelo, M. C., 1993. Religion and Cure: Some Thoughts on the Religious Experience of Urban Popular Classes. *Cad. Saúde Públ.*, 9 (3), pp. 316-325.
- Rabelo, M. C., 1994. Religião, ritual e cura. In *Saúde e doença: um olhar antropológico/ Ed by Alves, P. & Minayo, M.C.* Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rasic, D., Kisely, S. & Langille, D.B., 2011. Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Journal of affective disorders*, 132, pp.389–95.
- Ravindran, T.K.S., 1996. Research in women's health: some methodological issues. In *Development in Practice*. Routledge.
- Rehm, J. et al., 2004. Alcohol use. In *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors/ Ed.by Ezzati, M. et al. Murray.* pp. 959–1108.
- Rocha et al. 2012. O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus. *Comunicação Saúde Educação*, 16(40), p.177-90.
- Rodrigues, T., 2008. Tráfico, Guerra, Proibição. In *Drogas e cultura: novas perspectivas/ Beatriz Caiuby Labate et al., (orgs.)*. Salvador: EDUFBA, pp 91-104.
- Rodríguez, A.C., 2009. Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *CUADERNOS FHyCS-UNJu*, 37, pp.317–327.
- Room, R., 2001. Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social science & medicine*, 53(2), pp.189–98. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11414386>.
- Rui, T., 2010 A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica. *DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 3(8), pp. 45-73.
- Sanchez, Z.V.D.M. & Nappo, S.A., 2007. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(1), pp.73–81.
- Sanchez, Z.V.D.M. & Nappo, S.A., 2008a. Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. *Social science & medicine*, 67, pp.638–46. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18501491> [Accessed October 3, 2013].
- Sanchez, Z.V.D.M. & Nappo, S.A., 2008b. Religious intervention and recovery from drug addiction. *Rev Saúde Pública*, 42(2), pp.1–7.
- Santos, C.A. dos, 2009. *Aconteceu e se espalhou: a história, o carisma e a espiritualidade da Fazenda da Esperança*. Guaratinguetá, SP: Fazenda da Esperança.
- Sayd, I. D., 1998. *Mediar, Mediar, Remediar: aspectos terapêuticos da medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Scheper-hughes, A.N. & Lock, M.M., 1987. The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp.6–41.
- Schneider, J., 2010. Trama terapêutica: um estudo sobre a (re)constituição da identidade de usuários de drogas. *cadernos de campo*, 19, pp.91–112.
- Segatto, M.L. et al., 2008. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiq Clín*, 35(4), pp.138–143.
- Silva, C.L. & Rotta, C. V., 2012. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Textos & Contextos*, pp.333–345.

- Silva, L.L. de, 2013. *A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira*. Brasília: FUNAG.
- Singer, M. & Clair, S., 2003. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), pp.423–41. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14716917>.
- Singer, M. et al., 2011. Doubts remain, risks persist: HIV prevention knowledge and HIV testing among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Substance use & misuse*, 46(4), pp.511–22. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20392169> [Accessed November 29, 2013].
- Singer, M., 1989. The coming of age of critical medical anthropology. *Soc. Sci. Med.*, 28(11), pp.1193–1203.
- Singer, M., 2012. Anthropology and addiction: an historical review. *Addiction*, 107, pp.1747–1755.
- Siqueira, M. M. de, et al. 2007. Psychoactive substances and the provision of specialized care : the case of Espirito Santo. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 29(4), pp. 315–23.
- Sobo, E. J., 2009. *Culture and meaning in health services research: a practical field guide*. Walnut Creek, California.
- Szasz, T., 1993. *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Szasz, T., 2006. The Pretense of Psychology as Science: The Myth of Mental Illness in Statu Nascendi. *Current Psychology*, 25(1), pp.42–49.
- Taussig, M., 1980. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 14B: pp. 3-13.
- Tinoco, R., 2006. Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 12(1), pp.21–30.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 1997. *World Drug Report*. New York, United Nations Publications.
- Valderrutén, M.C.C., 2008. Entre ‘teoterapias’ y ‘laicoterapias’. Comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicologia & Sociedade*, 20(1): pp. 80-90.
- Vargas, E.V., 2005. Drogas: armas ou ferramentas? In *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. / Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Júnior (org.)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 587-208.
- Vargas, E.V., 2006. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, 49(2), pp. 582-623.
- Vargas, E.V., 2008. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In *Drogas e cultura: novas perspectivas/ Beatriz Caiuby Labate et al., (orgs.)*. Salvador: EDUFBA, pp.41-64.
- Ventura, C.A.A. et al., 2009. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na cidade de Ribeirão Preto, Pão Paulo, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(Esp.), pp. 810-6.
- Viegas, Fátima (2005). 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*.
- Vieira, C., 2007. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 13(3), pp.15–22.
- Vieira, F.S., 2009. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), pp.1565–1577.

Winkelman, M., 2009. Disease, illness, sickness, and the sick role. In *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*. Jossey-Bass.

World Health Organization (WHO), 2010. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 - 10th revision*, 3 v.

World Health Organization, 2010. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. WHO Library Cataloguing.

ANEXOS

SESA - Secretaria de Saúde

Imprimir: 

Tamanho do texto: A- A+

Aplicação de Penalidades

Início > SESA > Notícias

 0Gosto  22Tweeter  0

Assistência Farmacêutica

Audiências Públicas

Conselho de Saúde

Consulta Pública

Estrutura

Eventos

Fale Conosco

Guia da Saúde

Licitações

Notícias

O que fazemos

Organizações Sociais

Organograma da SESA

Plano Municipal de Saúde da Serra
-2010-2013

Processos Seletivos

Programação Anual de Saúde de
2011

Relatório de Gestão 2010

Relatórios

Saúde do cidadão

Vigilância Sanitária

Centro de Recuperação para Dependentes Químicos é entregue dia 2

Arcebispo de Vitória vai celebrar missa no evento, em Muribeca

Maria Angela Siqueira

maria.angela@serra.es.gov.br

O Prefeito da Serra, Sérgio Vidigal, inaugura neste sábado (02/06), às 9 horas, o Centro Municipal de Recuperação de Dependentes Químicos, em Muribeca, região rural do município. O evento vai contar com missa solene presidida pelo arcebispo de Vitória, dom Luiz Mancilha Vilela, e seus bispos auxiliares.

A Prefeitura da Serra entrega a unidade para funcionamento em solenidade às 9 horas, no próximo dia 02, ao cofundador da Fazenda da Esperança, Nelson Giovanelli Rosendo. A instituição, que atua no país há 28 anos, possui um índice de recuperação dos seus internos de cerca de 80%. Pessoas de qualquer religião podem participar do projeto.

A obra, com custo de R\$ 2,7 milhões, compreende quatro edificações isoladas, mas interligadas entre si. São três casas, que terão função de alojamento, com área aproximada de 260 metros quadrados e uma edificação principal, que funcionará como refeitório e terá 409 metros quadrados de área construída.

A Edificação Principal terá três salões de refeitório, cozinha industrial, despensa, armazenagem de frios, área de serviço, vestiário para funcionários e sanitários para os pacientes, inclusive adaptados para pessoas com deficiência. As três casas, que terão a função de abrigar os pacientes, são formadas pelos ambientes: terraço, sala de estar, jantar, cozinha, despensa, área de serviço, lavabo e quatro suítes, sendo que em cada casa uma delas terá banheiro adaptado para pessoas com deficiência.

Atendimento - Com a entrega do Centro, a Prefeitura pretende ampliar a capacidade municipal de oferta de serviços terapêuticos para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas e recuperar e resgatar a cidadania dos pacientes atendidos. Hoje, o município já conta com o programa de Saúde Mental implantado em seis unidades regionais de saúde e o CAPS-ad, em Laranjeiras, que faz o atendimento especializado e multidisciplinar em regime semi-intensivo, de segunda a sexta-feira.

Edson Reis



O Centro de Recuperação para Dependentes Químicos fica em Muribeca

Reuters



Legenda da foto em exibição.

XVI, no dia 12 de maio de 2007.

A unidade que está sendo implantada na Serra vai atuar no modelo de comunidade terapêutica. O projeto Fazenda da Esperança, que visa a recuperação de dependentes químicos, atua com base no tripé: trabalho, família e espiritualidade. São os próprios dependentes que desenvolvem atividades para sustentar a casa. Na unidade da serra, eles poderão criar tilápias

Além disso, implantou o Consultório de Rua, para abordagem e assistência terapêutica a usuários de drogas em áreas da cidade mapeadas como de frequência e permanência dessas pessoas. O serviço itinerante conta com equipe formada por psicólogo, enfermeiro e assistente social, atua das 15 às 21 horas e começa a funcionar nesta segunda-feira, dia 28.

O secretário de Saúde da Serra, Silvani Alves Pereira, diz que o município estuda implantar uma unidade só para mulheres, na Serra. O secretário informa também que está em construção o CAPS-i, para atender crianças e adolescentes.

O Centro de Recuperação de Dependentes Químicos da Serra será a 87ª unidade da Fazenda da Esperança, que nasceu em 1983, em Guaratinguetá (SP), cresceu e se espalhou por países da América Latina e Europa. A primeira Fazenda chegou a receber a visita do Papa Bento

em dois tanques já existentes no local.

Para participar do projeto, é preciso que o dependente químico escreva uma carta de próprio punho declarando que tem vontade de se recuperar e que quer ser internado. A Fazenda da Esperança avalia a carta e dá retorno. O contato pode ser feito através do telefone 9638-3737 e pelo endereço eletrônico serra.m@fazenda.org.br

PROCURA

Antes mesmo da entrega da obra, construída pela Prefeitura da Serra, em Muribeca, já é grande a procura por vagas de internação na unidade que será gerenciada pela Fazenda da Esperança. A maioria dos pedidos chega por carta ou telefone. Voluntários interessados em ajudar no projeto também estão se cadastrando por email.

Enquanto a unidade não é aberta, os dependentes químicos e os familiares dessas pessoas que estão pedindo ajuda para largar o vício através do trabalho realizado pela Fazenda da Esperança estão sendo encaminhadas para acompanhamento do Grupo Esperança Viva, em Laranjeiras.

O grupo é um braço da Fazenda que acolhe e dá suporte espiritual e solidário aos dependentes químicos e seus familiares antes da internação e também após, auxiliando na reintegração ao convívio social, explica Valsi dos Santos.

"A fazenda é parte fechada do tratamento, que tem de ter continuidade. Quem sai da Fazenda, passa a ter acompanhamento do Grupo Esperança Viva, com reuniões semanais, todas as segundas-feiras, às 19h30, na Paróquia São Francisco de Assis. O grupo dá suporte espiritual, através da solidariedade, dos laços de amizade. É um espaço onde essas podem dar seu testemunho e que ajuda no retorno ao convívio da sociedade", diz o missionário.

O missionário Valsi destaca também que pessoas de qualquer religião podem buscar assistência do projeto.

FIQUE POR DENTRO

Centro de Recuperação de Dependentes Químicos (CRDQ)

Capacidade – O Centro terá capacidade para atender 60 pessoas e será o primeiro no Estado a ser construído por uma prefeitura.

Público alvo – Homens dependentes químicos, entre 15 e 45 anos, moradores da Serra, prioritariamente.

Investimento – R\$ 2,7 milhões. Dos recursos investidos, R\$ 591 mil se referem à desapropriação de uma área de 336,5 mil metros quadrados em Muribeca, área rural da Serra.

Objetivo – A Prefeitura da Serra pretende, com a entrega do Centro, ampliar a capacidade municipal de oferta de serviços terapêuticos para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas e recuperar e resgatar a cidadania dos pacientes atendidos.

Fazenda da Esperança

Criada em 1983, a Fazenda da Esperança tem como objetivo ajudar na recuperação de jovens dependentes químicos. Com a unidade da Serra, sobe para 87 o número de unidades do projeto espalhadas pelo mundo. Há centros de recuperação no México, Guatemala, Argentina, Paraguai, Alemanha, Rússia, Filipinas e Moçambique.

Como atua – Com base no tripé: trabalho, família e espiritualidade. São os próprios dependentes que desenvolvem atividades para sustentar a casa.

Critério para internação – Para participar do projeto, é preciso que o próprio dependente declare vontade de se recuperar. Ele precisa escrever uma carta de próprio punho mostrando que quer ser internado. A Fazenda da Esperança avalia a carta e dá retorno. Contato através do telefone 9638-3737 e pelo endereço eletrônico serra.m@fazenda.org.br.

Tempo de internação – Um ano. Nos três primeiros meses, o interno não pode receber visitas, apenas se comunicar com parentes por meio de carta.

Voluntários – O trabalho voluntário e as doações são importantes na manutenção do projeto. Para oferecer atendimento psicológico e médico aos internos, a fazenda está recrutando voluntários. Quem quiser participar pode enviar um e-mail para serra.m@fazenda.org.br ou telefonar para 9638-3737. A instituição também precisa de enfermeiros voluntários.

Depoimento de Frei Hans

"Eu queria ajudar esses jovens"

"Eu ainda era vigário na Paróquia Nossa Senhora da Glória (em Guaratinguetá, interior de São Paulo), quando, em 1983, apareceram os primeiros jovens com problemas com as drogas. O Nelson, um jovem da paróquia, os encontrou na esquina e os trouxe para junto de nós. Ali começou uma "aventura" que eu não poderia imaginar que fosse atingir o ponto em que chegamos. Eu queria ajudar esses jovens, ensiná-los a viver a Palavra de Deus, pois esse é o nosso estilo, colocar em prática as frases do Evangelho. Para a minha surpresa, eles foram muito radicais na vivência dela. E essa forma de viver completamente a Palavra, libertou-os das drogas".

Depoimento de frei Hans Stapel, franciscano nascido na Alemanha, que veio ao Brasil em 1972 e se tornou pároco em uma igreja no local

Serviço

Onde buscar atendimento a dependentes químicos na Serra

Programa Saúde Mental – A assistência primária é realizada em seis unidades regionais de saúde (Feu Rosa, Novo Horizonte, Serra Sede, Jacaraípe, Boa Vista e Serra Dourada), de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas.

CAPS AD (Álcool e drogas)

Endereço: Rua Bethoven, 156, Laranjeiras

Contato: 3328-4137 3328-4745

Consultório de Rua

Contato: 3328-4137 3328-4745

Como agendar: através das unidades regionais de saúde pelos profissionais do Programa Saúde Mental Centro de Tratamento de Dependentes Químicos (Fazenda da Esperança-unidade Serra)

Contato: telefone 9638-3737

Email: serra.m@fazenda.org.br

CRÉDITOS: [Secretaria de Saúde](#) | 31/05/2012



Rua Maestro Antônio Cicero , 111, Bairro Caçaroça, Distrito Sede, Município de Serra/ES, CEP 29176-439 | 2014
Prefeitura da Serra - Todos os direitos reservados

segunda-feira, 30 de dezembro de 2013 | 13h00

Centro de Acolhimento da Rede Abraço completa um mês de atendimento

O Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos do Estado, da Rede Abraço, completou, em dezembro, um mês de atendimento aos usuários de drogas e familiares que precisam de ajuda. Ao todo, 696 encaminhamentos foram realizados, sendo 268 acolhidos pelas Comunidades Terapêuticas, 116 para as Redes Hospitalares, 87 para Centros de Atenção Psicossocial e 225 para Grupos de Ajuda Mútua.

O Serviço de Acolhimento possibilita a opção de tratamento no período de até seis meses, de forma voluntária, em comunidades terapêuticas credenciadas com o Estado. O primeiro contato é realizado no Centro de Acolhimento, onde é feita uma triagem por uma equipe composta por profissionais da área de serviço social, psicologia, medicina clínica e psiquiátrica que define o melhor serviço a ser encaminhado. A média do serviço psicossocial é de 14 atendimentos por dia e sete atendimentos diários de serviço médico.

Durante o período de acolhimento, o paciente recebe cuidado assistencial, psicológico e espiritual e desenvolve atividades visando à reinserção à família e ao mercado de trabalho. “O projeto tem ajudado bastante na minha organização, levando em consideração que antes eu não tinha horário para nada. Além de melhorar a minha saúde, tive segurança e acesso à educação. Uma oportunidade única”, ressaltou A.F.F., 29, acolhido pela Rede Abraço.

“Neste um mês de trabalho do Centro de Acolhimento da Rede Abraço, criado pelo Governo do Espírito Santo, pudemos notar que está sendo muito importante para os dependentes químicos e suas famílias. Os resultados já estão sendo notados e esperamos que mais casas terapêuticas se adequem ao que é solicitado no edital para que haja mais vagas disponíveis”, disse o Coordenador Estadual sobre Drogas, Ledir Porto.

As comunidades terapêuticas, para serem credenciadas, devem estar em conformidade com edital de credenciamento da Rede Abraço. “O tratamento psicossocial tem me ajudado bastante. Se não fosse essa ajuda, eu já estaria acidentado”, disse A.E.C., acolhido de 43 anos que se encontra em uma comunidade terapêutica no interior do Estado.

Há casos no Centro de Acolhimento que são encaminhados para tratamento em outros serviços da rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPS Ad, CAPS Adi). Foram realizados, em um mês, 87 encaminhamentos para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (adulto e infanto-juvenil). Outro importante encaminhamento realizado foi para os Grupos de Ajuda Mútua, como os Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente dentre outros, contabilizando 225 atendimentos.

Call Center da Rede Abraço

No lançamento do Serviço de Acolhimento, também foi inaugurado o Call Center do Programa Rede Abraço. Um serviço telefônico gratuito, 0800 - 0281028, especializado para prestar orientações e informações sobre diversos cuidados na temática da drogadicção. Por meio deste serviço é acionado o Serviço Volante realizado pela equipe móvel do Centro de Acolhimento. O horário de funcionamento é de segunda a sábado. Sendo nos dias úteis de 7h às 19h e de 8h às 18h no sábado. Em média, são recebidas 30 ligações por dia e realizadas sete viagens diárias.

Serviço:

Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos da Rede Abraço

Atendimento: segundas-feiras das 07h às 18h, e de terça à sexta-feira das 8h às 18h.

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 285, Centro de Vitória – ao lado da Praça Oito.

Informações adicionais: 0800-028 10 28

Governo firma contrato com mais quatro comunidades terapêuticas

Especialistas em saúde mental ressaltam que a rede de atendimento que já existe deveria ser fortalecida

Livia Francez

A Secretaria de Estado de Governo (SEG) firmou contrato com mais quatro comunidades terapêuticas que fazem parte do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas, a Rede Abraço. As instituições estão localizadas nos municípios de Mimoso do Sul (sul do Estado), Vila Velha, Cariacica e São Mateus (norte do Estado). Os valores dos contratos variam entre R\$ 240 mil e R\$ 408 mil.

A contratação de comunidades terapêuticas e a própria instalação da Rede Abraço vêm sendo questionadas pelo Movimento Cidadão em Defesa dos Direitos Humanos e das Políticas Sociais, composto pelo Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região (CRP16); Grupo Estadual de Luta Antimanicomial; Conselho Regional de Serviço Social da 17ª Região (Cress-17); Sindicato dos Psicólogos do Estado (Sindpsi-ES); Fórum Estadual de Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), além de movimentos da sociedade civil organizada.

Para a psicóloga Andréia Romanholi, que faz parte do movimento, o Estado já têm uma rede própria de atendimento à saúde mental e a dependentes químicos que deveria ser fortalecida. No entanto, o governo criou uma rede paralela, por meio da Coordenação Estadual sobre Drogas, no âmbito da SEG, em vez da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa). Andréia salienta que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Álcool e Drogas (CAPS-AD) deveriam ser ampliados e fortalecidos. "Não se sustenta a tese de que é mais uma porta de entrada para atendimento, porque ela já existe".

Ela acrescenta que o governo deveria ter investido na ampliação de leitos em hospitais públicos, nas equipes dos CAPS, que hoje são reduzidas, e na ampliação do serviço para atender um número maior de pessoas.

Aos questionamentos das entidades, o governo responde que os recursos para implantação e operacionalização da Rede Abraço não são da Saúde, mas do Fundo Nacional Antidrogas. No entanto, Andréia pondera, isso não exclui a possibilidade de que eles sejam investidos na rede própria do Estado.

Nesta sexta-feira (22) o governo colocou em funcionamento o Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos, que também faz parte da Rede Abraço. O objetivo é acolher dependentes químicos e familiares. São ofertadas 312 vagas de acolhimento voluntário, distribuídas em 12 comunidades terapêuticas, localizadas nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Alegre, Mimoso do Sul e Piúma, no sul do Estado; Sooretama e São Mateus, no norte; Santa Maria de Jetibá, Marechal Floriano, na região serrana; e Cariacica, Serra e Viana, na Grande Vitória.

A equipe do Centro de Acolhimento será composta por médico, psicólogo, assistente social, psiquiatra, educador físico, arte terapeuta, terapeuta ocupacional, sociólogo, advogado e administrador, que farão acolhimento, orientação acompanhamento e fiscalização e reinserção social.

Todos estes instrumentos e profissionais, no entanto, já poderiam ter ajudado a fortalecer as os CAPS, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas).

A adoção das comunidades terapêuticas é rechaçada pelo Movimento Cidadão em Defesa dos Direitos Humanos e das Políticas Sociais, já que adotam a estratégia de isolamento dos usuários e são ligadas, na maioria dos casos, a instituições religiosas. O Estado, em contrapartida, quando oferece o serviço público, destina a todos os sujeitos, preservando a laicidade.

A política nacional de saúde mental também tem leis que definem a atenção à saúde e outros mecanismos que poderiam ser implementados ou melhorados no Estado, e que também estão em consonância com organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

A Rede Abraço, segundo as entidades, fura as atribuições do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com terapias que isolam o usuário, misturando religião e trabalho com políticas de saúde mental. Além

disso, o Estado não tem pronto-socorro de álcool e drogas, sendo que o único que funciona precariamente é o Hospital Estadual de Atenção Clínica (Heac) - antigo Adalto Botelho –, mas não há estrutura de atendimento.

Notícia publicada em 22/11/2013 17:31 | Atualizada em 27/11/2013 11:55 | Impressa em 07/07/2014 06:38

sábado, 22 de fevereiro de 2014 | 16h00

ES repassa R\$ 650 mil para tratar dependentes químicos em Alegre

O município de Alegre recebeu neste sábado (22) R\$ 650 mil do Governo do Espírito Santo para investir na ampliação do tratamento de mulheres que enfrentam problemas com a dependência de álcool e outras drogas na região. O recurso será destinado para a construção de mais alojamentos na Fazenda Esperança São Francisco de Assis.

Atualmente, a Fazenda Esperança de Alegre, que atende especificamente o público feminino, tem a capacidade de acolher oito pacientes. O recurso estadual será usado na construção de duas casas, aumentando em 20 o número de vagas, totalizando 28 acomodações. As obras já começaram. Uma casa abrigará 16 pessoas. Na outra, haverá espaço para ambiente administrativo e área para mais quatro alojamentos.

"Acreditamos nas parcerias para ampliarmos o bom atendimento à população, em todas as áreas de atuação do Governo, e a Fazenda da Esperança realiza um importante trabalho auxiliar para a saúde e a assistência social aos dependentes químicos, junto aos nossos CAPSad, que tratam usuários de álcool e drogas. E vamos seguir apoiando as organizações que possam fazer dessa rede estadual para cuidarmos de quem sofre desse mal da atualidade, que é ser usuário de drogas", afirmou o governador Renato Casagrande.

O governador também lembrou da Rede Abraço, o Programa de Ações Integradas sobre Drogas, que atua na internação voluntária, em quatro frentes: prevenção; tratamento e reinserção social; governança e pesquisa; e capacitação e informação. "Essa nova rede trabalha a humanização do atendimento e uma presença ativa com a qual todos possam contar, nos seus momentos mais difíceis", destacou.

Além de fortalecer as redes de atenção psicossocial dos municípios, na estruturação de serviços como: CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Serviço de Abordagem, Centros POP (Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua), PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e demais atores intersetoriais, o programa conta também com um Centro de Acolhimento, em Vitória.

Fazenda

Para o procurador da Fazenda Esperança no Espírito Santo, padre Evaldo Praça Ferreira, a parceria com o poder público é importante para manter o trabalho de recuperação.

“Este é um grande investimento do Governo do Estado, e que a gente precisa dessas parcerias porque somos uma instituição sem fins lucrativos. Temos um índice alto de mulheres com algum tipo de dependência. Eu vejo essa iniciativa como uma oportunidade para livrar as pessoas desse mal, pois elas precisam desse espaço para refazer a vida”, ressalta.

Essa não é a primeira vez que a instituição recebe recursos do Estado. Em 2010, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) também repassou R\$ 1,3 milhão para a compra do terreno da unidade, localizado a um

quilômetro da entrada principal de Alegre.

A Fazenda Esperança

A Fazenda Esperança é uma comunidade terapêutica católica presente no Brasil e em mais 10 países. A internação deve ser voluntária e a recuperação leva o período de um ano. Durante esse tempo, os pacientes têm o tratamento pautado no resgate dos laços familiares, no trabalho e na espiritualidade.

As pacientes realizam tarefas do dia a dia, como cuidar dos animais, da horta e afazeres domésticos, por exemplo. Elas produzem doces (trufas) e biscoitos caseiros para serem vendidos. Durante o tempo de internação, os familiares podem fazer visitas uma vez por mês. A instituição conta com uma equipe especializada que inclui médico, profissionais da área da saúde e também orientadores.

A Fazenda Esperança é um modelo de comunidade terapêutica não governamental. Além de incentivar iniciativa, o Governo do Espírito Santo também investe diretamente na construção de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad).

Um total de R\$ 10,5 milhões estão sendo destinados para financiar obras de 10 CAPSad, dos quais, cinco foram inaugurados: em Cachoeiro de Itapemirim, Santa Maria de Jetibá, Anchieta, Colatina e Barra de São Francisco. Os demais estão sendo construídos em Serra, Cariacica, Linhares, Marataízes e Vila Velha.

Rede Abraço

O Governo do Estado colocou em funcionamento o Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos, que faz parte do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas, o Rede Abraço.

O objetivo é acolher dependentes químicos e familiares. Estão sendo ofertadas 312 vagas de acolhimento voluntário, distribuídas em comunidades terapêuticas, localizadas nos municípios de Piúma, Viana, Sooretama, Santa Maria de Jetibá, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Mimoso do Sul, São Mateus, Marechal Floriano, Serra e Alegre.

O Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos da Rede Abraço já está funcionando na Avenida Getúlio Vargas, número 285, Centro de Vitória (ao lado da Praça Oito). A equipe do Centro de Acolhimento será composta por médico, psicólogo, assistente social, psiquiatra, educador físico, arte terapeuta, terapeuta ocupacional, sociólogo, advogado e administrador que farão acolhimento, orientação, acompanhamento e fiscalização e reinserção social. Em parceria com a Escola de Serviço Público do Espírito Santo (Esesp) a equipe participou de uma formação realizada no mês de outubro.

Durante o período de acolhimento, que pode variar de 0 a 6 meses, o acolhido terá além de assistência social, sessões com psicólogos, cursos profissionalizantes e outras atividades para que quando esteja de saída do acolhimento, possa se reinserir no mercado de trabalho.

O Centro de Acolhimento conta também com unidades móveis, um serviço volante que irá até às famílias e dependentes químicos quando acionadas do número 0800 281 028. Quando acionados por dependentes químicos e familiares estes profissionais irão fazer o atendimento inicial de modo a estimular e estabelecer vínculo com o cidadão para adesão ao tratamento.

O Call Center do Rede Abraço já está em funcionamento. Pelo número 0800-281-028 os cidadãos em geral poderão também tirar dúvidas, obter orientação do serviço, informação e mediação do Centro com os

órgãos intersetoriais de afinidade e sociedade em geral.

O Rede Abraço é o Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas. O programa faz parte do Programa Estado Presente. Está inserido nas atividades da Secretaria de Estado de Governo e é gerenciado pela Coordenação Estadual sobre Drogas. O programa vai contar com parcerias entre o Terceiro Setor, Prefeituras, Governo Federal e as famílias.

SERVIÇO

:: Atendimento: O atendimento ao público será às segundas-feiras das 7 às 18 horas, e de terça à sexta-feira das 8 às 18 horas.

:: Local: Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos da Rede Abraço.

:: Endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 285, Centro de Vitória – ao lado da Praça Oito.

Informações à Imprensa: Assessoria de Comunicação da Sesa Dannielly Valory/Kárita Iana/Marcos Bonn/Maria Ângela Siqueira Texto: Marcos Bonn marcosbonn@saude.es.gov.br Tels.: 3345-8074/3345-8137/9969-8271/9983-3246/9943-2776 asscom@saude.es.gov.br

MINISTÉRIO DA

Previdência Social

A Previdência



A Previdência Social é o seguro social para a pessoa que contribui. É uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão.

Sua missão é garantir proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com o objetivo de promover o bem-estar social e tem como visão ser reconhecida como patrimônio do trabalhador e sua família, pela sustentabilidade dos regimes previdenciários e pela excelência na gestão, cobertura e atendimento.

Clique aqui para mais informações.

Nome: _____

1. Idades:2. **A quanto tempo está aqui?** _____**3. Cor:**

- a) Negro b) branco c) pardo
d) Indígena e) amarelo

3. Estado civil?

- a) Solteiro b) casado
c) divorciado d) viúvo
e) união estável f) separado

4. **Tem filhos? Quantos?** _____**5. Religião:**

- a) Católico
b) Católico ortodoxo
c) Evangélico tradicional (Batista, Luterano, Metodista, Presbiteriano)
d) Evangélico pentecostal (Universal, Ass. de Deus, Deus é Amor, Maranata)
e) Espírita Kardecista
f) Umbandista
g) Candomblecista
h) Ateu
i) Não possui religião
j) Outro: _____

6. Município de nascimento:

- a) Serra f) Guarapari
b) Vitória g) Fundão
c) Vila-Velha h) Interior do ES
d) Cariacica i) outro estado
e) Viana

7. Município de residência:

- a) Serra f) Guarapari
b) Vitória g) Fundão
c) Vila-Velha h) Interior do ES
d) Cariacica i) outro estado
e) Viana

8. Escolaridade:

- a) Não tem/ analfabeto
b) 1º ao 4º ano do ensino primário
c) 5º ao 9º ano do ensino fundamental incompleto
d) 5º ao 9º ano do ensino fundamental completo
e) 1º ao 3º ano do ensino médio incompleto
f) 1º ao 3º ano do ensino médio completo
g) Ensino superior incompleto
h) Ensino superior completo

9. Profissão:

- a) Autônomo
b) Servidor público
c) Professor
d) Prestador de serviço

- e) Comerciante
f) Serviços domésticos
g) Construção civil
h) Técnico
i) Agricultura
j) Estudante
k) Desempregado
l) Outro: _____

10. Renda familiar:

- a) Até 2 salário mínimo (E)
b) 2 a 4 salários mínimo (D)
c) 4 a 10 salários mínimo (C)
d) 10 à 20 salários mínimo (B)
e) Acima de 20 salários mínimo (A)

11. **Quantas pessoas residem na casa?** _____12. **Como paga pelo tratamento?** _____

Numa escala de 1 a 5

13. **Você se considera uma pessoa religiosa?**

1 2 3 4 5

14. **Você se considera uma pessoa espiritualizada?**

1 2 3 4 5

15. **Considera a religião importante para o tratamento da dependência química?**

1 2 3 4 5

16. **Considera a espiritualidade importante para o tratamento da dependência química?**

1 2 3 4 5

17. **Considera que teve uma educação religiosa na infância?**

- a) Sim b) não

18. **Praticava/ frequentava alguma religião antes da internação? Qual?**

- a) Não
b) Católico
c) Católico ortodoxo
d) Evangélico tradicional (Batista, Luterano, Metodista, Presbiteriano)
e) Evangélico pentecostal (Universal, Ass. de Deus, Deus é Amor, Maranata)
f) Espírita Kardecista
g) Umbandista
h) Candomblecista
i) Outro: _____

19. **Motivo da internação:**

- a) Álcool
b) Tabaco
c) Maconha
d) Crack
e) Cocaína
f) Inalantes (cola de sapateiro)

g) Fármacos

h) LSD

i) Outro: _____

20. Com quanto anos você experimentou álcool pela primeira vez?

a) 8 - 11

b) 12 - 15

c) 16 - 18

d) Mais de 18

21. Com quantos anos você experimentou drogas ilícitas ela primeira vez?

a) 8 - 11

b) 12 - 15

c) 16 - 18

d) Mais de 18

22. Qual foi a droga? _____

23. Como ficou sabendo da Fazenda Esperança?

a) Família

b) Amigos

c) Instituição religiosa

d) Televisão/mídia/ internet

e) Antigos frequentadores da fazenda

f) Na rua/ com outros usuários

24. Você se internou voluntariamente?

a) Sim

b) não

25. Quantas vezes já se internou? _____

26. As instituições que se internou, eram de caráter?

a) Público

b) privado

c) religioso

27. Conhece o CAPS ad?

a) Sim

b) não

28. Se já frequentou outras instituições porque abandonou, voltou ao vício? Por que você acha que não deu certo?

29. Conte um pouco sobre suas experiências em outras instituições que já frequentou por causa do vício

30. O que te fez procurar por tratamento?

31. Recebeu ajuda e apoio de familiares?

32. Conhece o CAPS ad? Já frequentou? O que achou da instituição? Se sim, porque preferiu vir pra Fazenda Esperança, qual a diferença do tratamento oferecido pelo CAPS ad e pela Fazenda?

33. Já buscou alguma instituição pública ou atendimento no SUS por causa do vício? Se sim, como foi a experiência?

34. Já buscou alguma instituição privada por causa do vício, algum médico? Se sim, como foi a experiência?

35. Porque a escolha por uma instituição religiosa e não pública, ou privada?

36. Você considera o vício em substâncias uma doença? Considera que está Doente? Por quê?

37. Se é uma doença, o que considera que seja o melhor tratamento para o vício?

38. Como é o processo de tratamento oferecido pela Fazenda Esperança?

39. O que você aprendeu aqui que é importante?

40. Toma algum tipo de medicamento para o tratamento? Por quê?

41. Desde quando você está aqui, quantas pessoas viu sair sem completar o tratamento? E porque você acha que elas saíram?

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA MÉDICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa, sob a responsabilidade da pesquisadora Camila Bravim Silveira, a qual pretende investigar os caminhos percorridos na busca de instituições que oferecem tratamento à toxicodependentes.
Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas.
Se você aceitar participar, estará contribuindo para entender o processo de busca por instituições de atendimento à toxicodependentes. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço eletrônico camilasilveira.09@gmail.com, pelo telefone (27 3026 3812).

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/___/_____
Assinatura do participante

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Assinatura do Pesquisador Responsável