



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**LAURA PAES MACHADO**

**DO CRACK A JESUS:**  
**UM ESTUDO SOBRE CARREIRAS DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**  
**EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA**

Salvador  
2011

**LAURA PAES MACHADO**

**DO CRACK A JESUS:  
UM ESTUDO SOBRE CARREIRAS DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS  
EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Edward John Baptista das Neves MacRae

Salvador  
2011

---

Machado, Laura Paes  
M149 Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa / Laura Paes Machado. – Salvador, 2011.  
142f.

Orientador: Prof. Dr. Edward John Baptista das Neves MacRae.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

1. Crack (Drogas) – Aspectos religiosos – Salvador, Região Metropolitana de. 2. Drogas – Abuso – Aspectos morais e éticos. 3. Drogas – Abuso – Tratamento. I. MacRae, Edward John Baptista das Neves II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD –362.298

---

**LAURA PAES MACHADO**

**DO CRACK A JESUS: UM ESTUDO SOBRE CARREIRAS  
DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais e, aprovado em 30 de setembro de 2011, pela Comissão formada pelos professores:

*Edward John Batista das Neves MacRae*

Prof. Edward John Batista das Neves MacRae (UFBA)  
Doutor em Ciência Social pela Universidade de São Paulo

*Elena Calvo Gonzalez*

Profa. Elena Calvo Gonzalez (UFBA)  
Doutor em Antropologia Social pela University of Manchester

*Vânia Sampaio Alves*

Profa. Vânia Sampaio Alves (UFRB)  
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para a realização desse trabalho, a começar por minha família, meus pais, Ligia e Eduardo, e meu irmão, Estêvão, que sempre me apoiaram incondicionalmente. Destaco, também, o amor de minhas primas e grandes amigas, Marina, Carol e Andréa, e meu primo Gustavo; de meus maravilhosos tios, Maria e Dalmário, João e Elieide, e José; minhas avós, Hélvea e Cotinha, e de minha companheira, Lisi, pessoas que sempre acreditaram em mim e estiveram ao meu lado. Declaro minha eterna gratidão ao Professor Edward John Baptista das Neves MacRae, meu orientador, que ofereceu apoio e a liberdade necessária para que essa dissertação fosse construída. Sou imensamente grata às professoras que compuseram a banca, Elena Calvo Gonzalez e Vânia Sampaio Alves. Também, à Professora Iara Maria de Almeida Souza, cuja contribuição e compreensão, nesse processo, foram essenciais. Agradeço aos amigos que conheci em campo, principalmente ao senhor Pedro, por sua dedicação a minha pesquisa e suas palavras de sabedoria e gratidão à vida.

É com muito orgulho e felicidade que descreverei minha passagem pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), um período marcado por amizades, companheirismo e solidariedade, que constituiu, para mim, alicerce fundamental de conhecimento. Agradeço aos excelentes professores que tive a oportunidade de cursar as matérias, dentre eles, Paulo César Borges Alves e Miriam Cristina Marcílio Rabelo, que admiro desde a infância e tive a sorte grande de reencontrar no PPGCS. Também, aos professores Anete Brito Leal Ivo, Jorge Alberto Bernstein Iriart, Gláucia dos Santos Marcondes e Antônio da Silva Câmara. Professo meu carinho especial pela Professora Guaraci Adeodato Alves de Souza, um exemplo de ser humano a ser seguido por todos. Agradeço aos funcionários que permitem o funcionamento das atividades do PPGCS, em especial a Maria Auxiliadora dos Santos Alencar e Reinaldo Pires. Ainda, agradeço a todos os meus colegas que compartilharam da experiência do mestrado, e que se tornaram grandes amigos nos últimos anos.

Além disso, agradeço às pessoas que me formaram como profissional e cidadã, em especial à professora Márcia dos Santos Macêdo e minha querida Maria de Fátima Cardoso.

Agradeço, também, a meus amigos e companheiros nessa vida: meu “novo francês” Diego Pacheco Damasceno e a minha grande amiga Clarissa de Sousa Rebouças, e suas respectivas famílias. A Maria, Júlia, Marcela e Thaís, a Rose e Odaléia, a Luíza e Elon, e a minhas parceiras de música, Carla e Michele. Agradeço também aos amigos recém-chegados em minha vida, a Gustavo, Daniel, Fabrícia e Igor e ao fantástico casal Cíntia e Mateus. Por fim, reconheço que foi essa base que me permitiu chegar até aqui e é sabendo de onde vim que me sinto preparada para ingressar em uma nova jornada.

“Está na cara  
Você não vê  
Que a caretice está no medo  
Você não vê  
Está na cara  
Você não vê  
Que o medo está na medula  
Você não vê  
Está na cara  
Você não vê  
Que o segredo está na cura, está na cara  
Está na cura desse medo  
Quem tem cara tem medo  
Quem tem medo tem cura  
Essa história de medo é caretice pura  
Vou brincar que ainda é cedo  
Que o brinquedo está na cara  
Está na cara, está na cara  
Que o segredo está na cura do medo”

## RESUMO

Pode-se observar que nas últimas décadas simultaneamente às tentativas de consolidação da rede pública de atenção a usuários de substâncias psicoativas (SPAs), ocorreu a proliferação de comunidades terapêuticas como iniciativa voluntária de grupos religiosos. Situadas em um cenário no qual se evidencia a fragilidade dos serviços públicos de saúde, a rápida difusão das comunidades terapêuticas recebe, no Brasil, uma conotação política. As causas desse fenômeno é preocupação de fundo sobre a qual se estrutura esse estudo. No sentido de elucidá-las causas, deve-se, também, considerar o crescente mercado religioso e a luta por legitimação de instituições religiosas, bem como a visibilidade da questão das “drogas” na contemporaneidade. Desse modo, o presente trabalho objetiva refletir sobre a institucionalização de usuários de crack, a partir da análise de suas carreiras em uma comunidade terapêutica religiosa, localizada na Região Metropolitana de Salvador. Procura, também, verificar a inserção das comunidades terapêuticas na rede de atenção a usuários de SPAs. Além disso, propõe revelar contradições, ambigüidades e disposições institucionais, analisar sua eficácia em oferecer respostas para as aflições humanas, assim como compreender os sentidos da internação para o universo pesquisado. Busca desvendar os significados das práticas religiosas institucionais e seus efeitos na carreira e sociabilidade dos atores. Nessa pesquisa, serão utilizados como instrumento metodológico a observação direta das rotinas institucionais, entrevistas semi-estruturadas e questionário diretivo com conteúdo sócio-demográfico. Também, análise de documental e participação de atividades extra-institucionais. O percurso etnográfico revela que, embora enfrente forte resistência na rede de atenção, a comunidade terapêutica estudada é eficaz em re-significar o consumo abusivo de SPAs, principalmente por forjar sentidos para que sejam elaboradas narrativas sobre a carreira desviante de usuários.

Palavras-chave: “Drogas”. Religião. Comunidades terapêuticas. Carreira moral.

## ABSTRACT

It is observed that, while attempts at consolidation of public attention to users of psychoactive substances (PAS), occurred the proliferation of therapeutic communities, as voluntary initiative of religious groups. The cause of this phenomenon is the concern of background that structures this study. Located in a scenario which highlights the fragility of public health services, the spread of therapeutic communities receive, in Brazil, a political connotation. In order to elucidate the causes, one must also consider the growing religious market, the struggle for legitimacy of religious institution, and the visibility of the issue "drugs" in contemporary times. Thus, this paper aims to reflect the institutionalization of crack users, from the analysis of their careers in a therapeutic community, located in the grand Salvador area. It also aims to verify the insertion of the therapeutic community in the care network. It also proposes to reveal contradiction, ambiguities and institutional arrangements, analyze its effectiveness in providing answers to human affliction, as well as understand the meanings of admission to the group studied. Seeks to unravel the meanings of religious practices, their effects on the institutional career and sociability of the actors. In this research, it will be used as methodological tool, the direct observation of institutional routines, semi-structures interviews and questionnaires with socio-demographic content. Also draws on documentary analysis and reporting of extra-institucional activities. Thus, this ethnography reveals that, although it faces strong resistance in the network care, the therapeutic community is effective on provide meanings of PAS abuse, mainly for forge senses to be drawn on the narrative of users' deviant career.

Keywords: "Drugs". Religion. Therapeutic communities. Career.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Classificação das instituições que realizam tratamento no Brasil quanto à natureza .....	27
Tabela 2: Tratamento complementar de acordo com a natureza da instituição .....	30
Tabela 3: Distribuição de entrevistas de acordo com a composição da comunidade terapêutica .....	36
Tabela 4: Distribuição de entrevistas de acordo com substância psicoativa de preferência	37
Quadro 1: Conteúdo do panfleto de divulgação da comunidade terapêutica .....	51
Quadro 2: Dinâmicas de auto-sustentabilidade e expansão da comunidade terapêutica...	55

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 QUADRO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 PROIBICIONISMO E RELAÇÕES DE PODER .....	15
2.2 CULTURA E DESVIO .....	19
<b>3 A REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....</b>	<b>23</b>
3.1 POLÍTICA E SAÚDE .....	23
3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS .....	26
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
4.1 PERCURSO AFETIVO METODOLÓGICO .....	32
4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	41
<b>5 O MINISTÉRIO DE RECUPERAÇÃO DE USUÁRIOS DE “DROGAS” .....</b>	<b>43</b>
5.1 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO EMPREENDIMENTO MORAL .....	44
5.2 A DINÂMICA FINANCEIRA AUTO-SUSTENTÁVEL E O PLANO DE CARREIRA DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	48
5.3 OS DEMÔNIOS INSTITUCIONAIS.....	56
5.4 A COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	61
<b>6 A CARREIRA DE USUÁRIOS DE CRACK NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA .....</b>	<b>67</b>
6.1 A ORIENTAÇÃO RETROSPECTIVA DAS NARRATIVAS.....	67
6.2 A FASE PRÉ-PACIENTE: “O MAIS FORTE QUE SE AGÜENTE, O MAIS FRACO QUE SE ARREBENTE” .....	69
6.3 A FASE DE INTERNAÇÃO: UMA DESPEDIDA E UM COMEÇO .....	81
<b>6.3.1 Disposição dos candidatos .....</b>	<b>81</b>
<b>6.3.2 Desintoxicação e o início da carreira institucional .....</b>	<b>84</b>

6.3.3 A rotina institucional e a autoridade da equipe dirigente .....	89
6.3.4 Castigos, punições e sistema de privilégio.....	92
6.3.5 Os cultos e a <i>conversão</i> institucional.....	95
6.3.6 A <i>re-socialização</i> e as atividades laborais.....	104
6.4 A FASE EX-PACIENTE E A EQUIPE DIRIGENTE: “O MUNDO NÃO É PRA MIM” .....	117
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE 3 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE 4 – PLANTA BAIXA DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: FILIAL RMS .....</b>	<b>142</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe apresentar resultados de uma pesquisa que tem como objeto o estudo de carreiras institucionais de usuários de crack em uma comunidade terapêutica específica, localizada na Região Metropolitana de Salvador (RMS). Pode-se observar a proliferação, nas três últimas décadas, desse tipo de organização assistencial, como sistema social calcado no voluntarismo e na iniciativa de grupos religiosos. O desenvolvimento e expansão das comunidades terapêuticas receberam, no Brasil, uma conotação política, pois ocorreram simultaneamente às tentativas de consolidação da reforma psiquiátrica, na rede de atenção a usuários de substâncias psicoativas (SPAs). Logo, as comunidades terapêuticas passaram a representar forte concorrência, na disputa por recursos, aos serviços públicos de saúde, e a enfrentar resistência, principalmente de profissionais de saúde imbuídos dos ideais da reforma.

Embora não seja objeto de investigação, a difusão com tamanha rapidez das comunidades terapêuticas é preocupação de fundo sobre a qual se estrutura esse trabalho. Situo as causas desse fenômeno em um cenário no qual se evidencia a fragilidade da rede pública na proposição de políticas para minimizar os efeitos nocivos do consumo abusivo de SPAs. Entendo que, também, deve-se considerar o mercado religioso de oferta de bens de salvação e o crescente campo de luta por legitimação de instituições religiosas, bem como o apelo e visibilidade da questão das SPAs na contemporaneidade, especialmente, do *crack*.

Desse modo, busquei, através desse trabalho, refletir sobre a institucionalização de usuários de crack a partir da análise de suas carreiras, e revelar aspectos do sistema social da comunidade terapêutica, assim como os sentidos que a internação tem para os atores institucionais e as mortificações que ela provoca. Além disso, objetivei, aqui, desvendar os significados das práticas religiosas institucionais do programa terapêutico e seus efeitos na carreira dos internos. Complementar a esse aspecto, analiso a obrigatoriedade da atividade laboral, que, de acordo com o discurso oficial da instituição, possibilita a *re-socialização* dos internos. Para tanto, proponho iluminar a trajetória institucional que consolidou, gradativamente, o programa terapêutico, expondo suas contradições, ambigüidades e disposições. A partir da análise da sua eficácia em oferecer respostas para aflições humanas,

procurei desvendar os significados e os efeitos da religiosidade na sociabilidade dos atores. Intensionei, também, compreender como é formulada a inserção da comunidade terapêutica na rede de atenção a usuários de SPAs, principalmente na relação com a rede pública e articulação com outras comunidades terapêuticas.

Visando alcançar os objetivos mencionados, valho-me de instrumentos etnográficos e da articulação de uma diversidade de fontes e dados coletados. Percorri o campo empírico estudado priorizando, inicialmente, o reconhecimento do espaço e das rotinas institucionais, e o estreitamento de vínculos com o universo pesquisado. Considerando as características totais da comunidade terapêutica, nem sempre me foi possível escolher de modo aleatório a amostra de entrevistados – constituída por 15 (quinze) atores, dentre os quais 5 (cinco) são membros da equipe dirigente e 10 (dez) são internos. Durante o curso da pesquisa de campo, coletei histórias de vida, a partir de um roteiro semi-estruturado, mas também apliquei questionários com questões diretivas, a fim de traçar o perfil sócio-demográfico dos entrevistados. Valiosos, também, foram os momentos em que participei intensa e continuamente das rotinas institucionais, pois foi quando pude observar os atores interagindo em situações diversas. Com relação à duração do trabalho de campo, as atividades de investigação empírica se desenvolveram entre os finais dos anos de 2008 e 2010.

De modo geral, distribui os capítulos dessa dissertação em função das descobertas sobre um objeto transversal, que toca em questões variadas. No capítulo 2 disponho a contextualização geral da política proibicionista de “drogas”, da qual emergem formas variadas de controle e de governo de usuários. Embaso-me, nesse capítulo, na literatura interacionista existente sobre cultura e desvio, que enfatiza a construção social da realidade e a apreensão do consumo de SPAs de modo relacional, entre indivíduos, substâncias e contextos sócio-culturais. Complemento essa perspectiva com o olhar para a materialidade das SPAs na fabricação de corpos específicos, e também para a microfísica reguladora institucional que subjetiva práticas de controle e de governo. A partir desse quadro teórico, no capítulo 3 apresento as políticas de saúde que consolidaram a rede de atenção a usuários de SPAs no Brasil e que ratificaram a emergência de modelos de intervenção dos efeitos nocivos do consumo abusivo. Entendo, também, que esse contexto possibilita a expansão da

atuação das comunidades terapêuticas no cenário nacional, e, a partir de uma perspectiva histórica, caracterizo-as a fim de elucidar suas disposições gerais.

Antes de adentrar a descrição detalhada do campo de pesquisa, no capítulo 4 apresento o percurso de imersão em campo, ressaltando a contribuição e generosidade dos atores institucionais, bem como a constituição de laços de amizade, que possibilitaram o desenvolvimento desse trabalho. Além disso, apresento os instrumentos metodológicos, as estratégias de campo, e caracterizo o universo investigado.

No capítulo 5, busco reconstruir a trajetória institucional, tomando como referência o empreendedorismo moral do fundador da comunidade terapêutica, que concebe um programa terapêutico auto-sustentado e fundamentado prioritariamente no trabalho dos internos. Analiso, também, as práticas religiosas institucionais, compreendendo a comunidade terapêutica como universo teológico-institucional capaz de re-significar a experiência do consumo abusivo de SPAs. Além das disposições propriamente institucionais, articulo a comunidade terapêutica ao cenário mais abrangente e exponho os embates que enfrenta na relação com a rede de atenção pública. Finalmente, no capítulo 6, avalio as carreiras dos internos na instituição, salientando a orientação retrospectiva das histórias de vida por eles narradas. Disponho a análise das carreiras, considerando suas fases com relação à institucionalização e a centralidade da comunidade da terapêutica no cotidiano dos atores, recortado em espaço e tempo.

Enfim, entendo que esse trabalho não tem a pretensão de encerrar os objetivos a que se propõe. Acredito, antes, que sua leitura deve ser norteada pela consideração de que se trata de um esforço de levantar questões relevantes a respeito de histórias de vidas marcadas por restrições materiais, contextuais e simbólicas. De igual modo, entendo que, aquém da homogeneidade, as comunidades terapêuticas, de modo geral, possuem práticas distintas e, portanto, não retiro desse estudo conclusões passíveis de generalização. Entretanto, por ter se tornado referência entre as demais comunidades terapêuticas, percebo o universo estudado como, no mínimo, um caso paradigmático.

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 PROIBICIONISMO E RELAÇÕES DE PODER

Embora haja um consenso, entre estudiosos, sobre o fato de que as sociedades foram historicamente matizadas pelo consumo de substâncias psicoativas (SPAs), observa-se, na contemporaneidade, que a ênfase determinista na equação “drogas”<sup>1</sup> e violência se destaca nos debates travados a respeito do tema. Recentemente a retórica estatística dos números inundou os meios de comunicação do país, revelada em campanhas públicas de terror e “pânico moral” com relação ao risco existente na interação com as “drogas” e, mais fortemente, com o crack. Dois exemplos significativos dessas campanhas foram veiculados no ano de 2010: o primeiro pela Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia (SSP-BA), que atribuiu ao crack a responsabilidade por 80% dos homicídios no estado (ANDRADE, 2010); e o segundo por grupos baianos de comunicação, que alardearam que “Crack é cadeia ou caixão: sem consumo o tráfico para” (CIRINO, 2010). Ao incitar a “histeria nacional”, termo já utilizado por Zinberg em 1984, essas campanhas ignoram a complexidade das questões derivadas do consumo de SPAs. Também, expressam a falência da política oficial proibicionista<sup>2</sup> da “guerra às drogas”, que além de não contribuir para erradicação das mesmas, não consegue ao menos reduzir os efeitos nocivos de seu consumo abusivo (MACRAE, 2009).

Subjaz ao discurso dos porta-vozes dessa política, claramente visível nos exemplos supracitados, em primeiro lugar, a proposição de uma sociedade abstinente e “livre das drogas” (ilícitas, claro), a demonização das “drogas” e a visão geral de estigmatização e criminalização de usuários. Bucher (1996), Espinheira (2004), MacRae (2000), dentre muitos outros autores, reconhecem a antiguidade das “drogas” e a conseqüente improcedência do

---

<sup>1</sup> Utilizo o termo “drogas” entre aspas visando questionar seu *status* de objetividade e cientificidade, bem como desestabilizar o complexo político e moral subjacente a essa categoria.

<sup>2</sup> “Antes de ser uma doutrina legal para tratar a ‘questão das drogas’, o proibicionismo é uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização” (RODRIGUES, 2008, p. 91).

pressuposto da abstinência social. Escohotado (2004), a partir de uma exaustiva investigação sobre o consumo de SPAs ao longo da história da civilização humana, refuta a alternativa de um mundo sem elas. Para esse autor “a alternativa é instruir sobre o seu emprego correto ou demonizá-lo indiscriminadamente: semear o conhecimento ou semear a ignorância” (ESCOHOTADO, 2004, p. 1). Sobre isso, também, Bucher (1996) chama atenção para o fato de que “o fenômeno das drogas é um fenômeno situado no centro da sociedade, produzido por ela”. Desse modo, o foco da mediação da política proibicionista, a partir de uma “pedagogia do terror”, seria o imaginário social e a mobilização em torno de um “inimigo oculto”. Haveria a necessidade de fabricação desse inimigo para justificar a manutenção e ampliação de aparelhos repressivos pelo Estado. Portanto, em se tratando dos perigos reais da interação com as “drogas”, para esse autor caberia antes saber se essa fabricação seria superdimensionada e quais seriam os limites reais da periculosidade (ou risco) dessa interação – que essas campanhas não ajudam a elucidar.

Outro exemplo da atuação midiática vendida à opinião pública sobre a política “antidrogas” foi a recente cobertura da invasão do Complexo do Alemão, por forças policiais e militares, nacionais e do Estado do Rio de Janeiro. Termos como “terrorismo” e “guerra” foram empregados para qualificar o conflito deflagrado no dia 21 de novembro de 2010. Damasceno (*apud* MERLINO, 2010) afirma que a mediação desses termos é, no mínimo, inapropriada: “fala-se em terrorismo, quando o terrorismo é a atuação de um grupo político ideológico, visando à tomada de poder. Fala-se em guerra, mas toda guerra tem um motivo e um momento para começar e terminar, o que é diferente do crime” (ZACONI, *apud* MERLINO, 2010). Para esse autor, a colocação ideológica de “bem” (forças militares e policiais) contra o “mal” (“traficantes de drogas”), nos meios de comunicação de massa, esteve a serviço da legitimação de determinadas ações violentas e repressivas (por ora, às margens da legalidade) e da exterminação do “mal”, através de homicídios sumários e encarceramentos. De acordo com Zacconi (*apud* MERLINO, 2010), atribuir à favela (Complexo do Alemão) a ideia de enfrentamento ao crime organizado, sob o pretexto de combate ao “tráfico de drogas”, representa uma falácia que vislumbra, em última instância, a criminalização, dominação e exercício de poder sobre setores populares. A respeito disso, Karam (2008) se refere ao termo “criminalidade de massa” para designar os efeitos da política proibicionista, cuja “figura do ‘inimigo’ ou de quem tenha comportamentos vistos

como diferentes, ‘anormais’ ou estranhos à moral dominante, se confunde nos criados perfis do ‘criminoso’, ‘terrorista’ ou do ‘dissidente’” (KARAM, 2008, p. 117).

O segundo aspecto de destaque relacionado à abordagem proibicionista – manifesta principalmente na campanha “Crack é cadeia ou caixão: sem consumo o tráfico pára” – refere-se à saúde pública e à histórica desproporção entre recursos destinados à construção de uma rede eficaz de atenção a usuários com transtornos decorrentes do consumo abusivo de SPAs em relação aos recursos empregados em ações repressivas e belicosas em vista da segurança pública. Nesse sentido, Nery (2010B) questiona até mesmo a dicotomia posta pela campanha mencionada, que prefere desconsiderar a alternativa do tratamento e da recuperação de usuários de crack, realçar sobremaneira a criminalização dos usuários e valorizar a SPA crack por suas características exclusivamente farmacológicas. Posto de outro modo, o reducionismo presente nesse tipo de campanha exerce uma função encobridora da complexidade das questões derivadas da interação de indivíduos com essa SPA, ao apresentá-la como objeto dotado da capacidade de definir destinos humanos e sociais pelo seu mero valor farmacológico. Sobre isso, Karam (2008) percebe o proibicionismo não apenas como responsável pela violência dos mercados ilegais de “drogas”, mas também como obstáculo para a saúde pública e para o acesso de usuários a tratamento adequado.

[...] o proibicionismo oculta também o fato de que a proteção da saúde pública, que estaria a formalmente fundamentar a criminalização de condutas relacionadas às drogas qualificadas de ilícitas, é afetada por essa mesma criminalização, que impede um controle de qualidade das substâncias entregues ao consumo, impõe obstáculos a seu uso medicinal, dificulta a informação e a assistência, cria a necessidade de aproveitamento de circunstâncias que permitam um consumo que não seja descoberto, incentivando o consumo descuidado ou anti-higiênico propagador de doenças (KARAM, 2008, p. 118).

Ainda sobre o proibicionismo e seus efeitos sociais nefastos, as respostas do Estado brasileiro às questões referentes às “drogas”, estiveram fortemente influenciadas por um discurso internacional hegemônico, liderado pelo Estado norte-americano. Esse discurso foi construído em termos de risco, como modalidade de governo de problemas sociais, através da gestão da população por técnicas morais, políticas e econômicas, de direcionamento de condutas (FOUCAULT, 1991; O’MALLEY, 2006). Nota-se na política vigente sobre “drogas” a persistência em naturalizar e estabilizar um presente proibicionista arbitrário, resultante de contingências históricas, que estabeleceram uma partilha moral entre “drogas” lícitas e “drogas” ilícitas (Vargas, 2001). Essas técnicas de governo se apóiam na invenção de um

risco que não é intrinsecamente real, mas um modo específico de como o fenômeno das “drogas” foi concebido e enfrentado historicamente. A superação da política vigente sobre “drogas” residiria, portanto, no conhecimento do regime de verdade do proibicionismo e na desestabilização de um presente que é tomado como real e natural.

Quanto a isso, uma crítica recorrente nos estudos sócio-antropológicos sobre as SPAs diz respeito aos mecanismos de controle e repressão presentes também nos discursos da biomedicina, que atuariam em uma cadeia de retroalimentação ideológica com o discurso jurídico, articulando-se na defesa de uma mesma política de “drogas”, a proibicionista. Percebe-se o investimento histórico de autoridade aos saberes e práticas médicas e jurídicas com relação à elaboração da mencionada “partilha moral” e à naturalização do risco, que visa a “[...] emergência e instalação de estratégias [...] de gerenciamento da vida, considerando e assumindo, principalmente, o corpo como uma realidade biopolítica e a medicina como uma estratégia biopolítica” (SCHNEIDER, 2009, p. 24).

Velho (1981) chama atenção para o fato de que há uma coerção normalizadora que caracterizara o comportamento do usuário de “drogas” como “anormal”, “patológico” e “doente”. Esse autor entende que a própria categoria “drogado” seria “[...] uma acusação moral e médica que assume explicitamente uma dimensão política[...]” (VELHO, 1981, p. 60). Assim, “um verdadeiro complexo de demonologia” (VELHO, 1981, p. 60) em torno da questão das “drogas” ilícitas decorreria da hegemonia desses discursos normativos e reguladores de condutas humanas:

Nossa cultura não reconhece plenamente, muito menos apóia, o uso controlado de muitas drogas. Usuários são declarados “desviantes”, constituem uma ameaça à sociedade, ou uma “doença” que necessita de ajuda ou um “crime” com merecimento de punição (ZINBERG, 1984, p. 12).

Ainda sobre o poder disciplinar sobre corpos, articula-se ao eixo biomédico e jurídico, especialmente no campo proibicionista brasileiro, a moral religiosa cristã. Sobre isso, a proposição da abstinência de “drogas” reflete eixos de reflexões éticas que compõem, de acordo com Souza (2007), uma arena de interdição moral que recai sobre práticas e modos de subjetivação e “corporificação” do “mal”:

Ao associar as drogas, sobretudo as ilícitas, à figura do mal, a guerra às drogas solapou toda uma tradição moderna que buscou excluir aspectos morais e religiosas do campo político. “Apresentar o inimigo como a encarnação do mal serve para torná-lo absoluto, assim como a guerra contra ele, tirando-o da esfera política – o mal é o inimigo de toda humanidade” (SOUZA, 2007, p. 23).

Entende-se que o desempenho desse eixo no campo de intervenção sobre as “drogas” pode ser analisado a partir de múltiplos discursos disciplinares que, em muitas ocasiões, articulam-se.

Do exposto, o que norteia o presente trabalho é o imperativo de buscar refletir sobre técnicas de governo, que atuam como instrumentos de uma “microfísica controladora”, a partir da fabricação intensa de riscos e de “patologias” sociais. Contudo, a contemporaneidade revela esforços das ciências humanas, principalmente da sócio-antropologia, em reconhecer e denunciar mecanismos de controle, visando a compreensão da complexidade do fenômeno das “drogas”. Busca-se, portanto, uma ruptura com o “processo de auto-reprodução ideológica” e com o reducionismo de discursos “naturalistas”, a partir da discussão de questões derivadas da interação entre indivíduos, SPAs e contextos sócio-culturais diversos (BUCHER, 1996).

## 2.2 CULTURA E DESVIO

Temas como a construção social da realidade, papéis, carreira, desvio, interação e negociação de situação entre atores sociais, foram elevados a um patamar importante nos trabalhos inaugurados pela Escola de Chicago, em 1915. Inspirado em autores do interacionismo norte-americano – tais como Thomas, Park e Mead –, Blumer (1969) define o interacionismo simbólico como uma abordagem teórica que “[...] sublinhou a natureza simbólica da vida social: as significações sociais devem ser consideradas como produzidas pelas atividades interativas dos agentes” (COULON, 1995, p. 19). Por compreender o caráter substancialmente simbólico do comportamento humano e as interações sociais, nos quais os seres humanos criam e re-significam os símbolos que circulam entre eles, essa abordagem entende que o ambiente é dotado de características capazes de fornecer sentido para a realidade.

Em termos de procedimentos metodológicos, a contribuição do interacionismo simbólico para as ciências sociais foi expressa pela ênfase na pesquisa empírica e pelo

desenvolvimento de métodos originais de investigação qualitativa. Pela primeira vez na história da sociologia, uma abordagem teórica

[...] dá um lugar ao agente social como intérprete do mundo que o rodeia e, por conseguinte, põe em prática métodos de pesquisa que dão prioridade aos pontos de vista dos agentes. A meta do emprego desses métodos é elucidar as significações que os próprios agentes põem em prática para construir seu mundo social (COULON, 1995, p. 22).

Ao mesmo tempo, as abordagens interacionistas se caracterizaram por desenvolver uma sociologia urbana, destacando-se estudos sobre a criminalidade e a delinquência (COULON, 1995). MacRae (2004) analisa a relevância específica do interacionismo simbólico para as pesquisas sobre o consumo de SPAs:

Sua premissa básica é que o comportamento humano é autodirigido e voltado para o simbólico e o interacional. Segundo a concepção interacionista, a vida social seria baseada em um consenso estabelecido na inter-relação, o que permitiria que o sentido atribuído às ações fosse manipulado através de um processo interpretativo e consensual ao grupo (MACRAE, 2004, p. 1).

Em um segundo momento dessa escola, Becker (1976, 2008) apresenta um dos estudos pioneiros sobre as SPAs nas ciências sociais e fornece elementos para se pensar a influência da cultura sobre os efeitos e as experiências de interação com as SPAs. Em *“Outsiders: Estudos de sociologia do desvio”* (2008) esse autor propõe que o consumo de “drogas” seja compreendido a partir de situações sociais, além das variações fisiológicas, psicológicas e do estado em que os indivíduos que as consomem se encontram. Essa perspectiva de Becker (2008) questiona o reducionismo das abordagens “naturalistas” e unidimensionais que enfatizam sobremaneira a propriedade farmacológica das “drogas” e relegam a um segundo plano ou descartam completamente elementos sócio-culturais. Prefere, por outro lado, fortalecer a noção de uma “cultura da droga”, na qual a circulação de saberes seria fundamental para o “aprendizado” dos usuários sobre os efeitos desejados na interação com as “drogas”.

Nessa mesma linha, Zinberg (1984) sugere que para se entender a motivação e os efeitos do consumo de “drogas” nos indivíduos, deve-se levar em consideração três fatores: *“Drug* (droga, a ação farmacológica da substância em si mesma), *set* (a atitude da pessoa ao tempo de uso, incluindo sua estrutura e personalidade) e *setting* (a influência do contexto físico e social, no qual ocorre o uso)” (ZINBERG, 1984, p. 4). Também, Bucher (1996) se refere a uma

[...] equação triangular da toxicomania ou da dependência química, resultante de um encontro infeliz entre os três fatores envolvidos, o produto, a personalidade e o momento sociocultural, com conseqüências imprevisíveis, mas, de certo modo, nunca desesperançosas ao ponto de impossibilitar um retorno ou uma 'recuperação' do sujeitos vitimizado (BUCHER, 1996, p. 55).

É comum entre os autores mencionados a ênfase na compreensão dos mecanismos de “controle social” na definição dos padrões de auto-regulação dos usuários. Zinberg (1984) defende que as “sanções sociais” (valores e regras de conduta) e “rituais sociais” (padrões de comportamento) seriam elementos desse controle, enquanto Bucher (1996) prefere se referir a circunstâncias favoráveis ou desfavoráveis da estrutura de vida do usuário. Ainda, Grund (1993) introduz na análise de Zinberg (1984) sobre o controle social do consumo de SPAs, dois outros elementos: “[...] além do conceito de rituais e regras, são considerados como sendo determinantes essenciais do processo de auto-regulação que controlam o uso de drogas, [...] a disponibilidade da droga e a estrutura de vida” (GRUND, 1993, p. 22).

Ao mesmo tempo em que reforçou o entendimento dos aspectos sócio-culturais do consumo das SPAs, o legado do interacionismo simbólico para a sócio-antropologia das SPAs contribuiu imensamente para o questionamento das teorias sociológicas sobre o desvio<sup>3</sup>. Becker (2008) refuta as concepções anteriores que entendem o desvio como resultado de motivações ou de comportamentos individuais. Para esse autor, mais importante seria a construção social do desvio e os processos de interação entre desviantes e não desviantes, que constituem um importante mecanismo de hierarquização.

grupos sociais criam desvio ao fazer regras cuja infração constitui desvio, e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como *outsider* [desviante]. Desse ponto de vista, desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma conseqüência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator”. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal (Becker, 2008, p. 22).

Visto que o conceito de desvio não está relacionado às qualidades de um comportamento percebido como desviante e que não há um consenso nas sociedades sobre a formulação de regras para comportamentos específicos, para Becker (2008) caberia incluir nesse debate a questão: regras de quem?

Reitzer (*apud*, BECKER, 2008) ressalta a relevância da reorientação da abordagem de Becker (2008), proposta por Gilberto Velho (1981, 1998), na compreensão do desvio a partir

---

<sup>3</sup> Ver Giddens (2005).

de “processos de acusação”. Para Velho (1981, p. 58), “[...] a acusação de desvio sempre tem uma dimensão moral que denuncia a crise de certos padrões ou convenções que dão ou que davam sentido a um estilo de vida de uma sociedade, de uma classe, de um grupo ou de um segmento social específico”. Verifica-se, desse modo, que o comportamento desviante emerge de um campo de disputas, no qual a reação a determinados comportamentos deve ser compreendida a partir de um “[...] processo político e econômico pela qual as regras são criadas e impostas” (Becker, 2008, p. 29).

Nesse sentido, ao adentrar a experiência do consumo de SPAs, o interacionismo ressalta a localização da categoria “droga” em uma avaliação política e moral, o que refuta perspectivas “naturalistas” e retira seu *status* objetivo e científico (RUGGIERO, 2000; VELHO, 1974). Isso porque essa categoria está veiculada tanto a uma noção de norma e proibição, como a uma alusão moral ao desvio de conduta e exclusão social. Outro reducionismo recorrente nas abordagens “naturalistas”, e combatido por essa literatura, refere-se à noção de desvio e à construção de uma ideologia persecutória, na qual “[...] opera-se uma desqualificação e demonização do usuário [...], que acaba por levar a uma cristalização de uma subcultura e à sua maior marginalização” (MAC RAE, 2000, p. 14). Para Becker (1976) é justamente sob essas concepções, subjacentes à terminologia “droga”, que se delineia a identidade desviante do usuário de SPAs, de modo a personificá-la em ameaça palpável à sociedade.

Mesmo quando se reconhece que a sociedade possa não funcionar de maneira ideal, aos descontentes só se reservam duas saídas: a adaptação ou a exclusão. Culpada por sua incapacidade adaptativa, a vítima é hostilizada e transformada em bode expiatório (MAC RAE, 2000, p. 15).

Para esse estudo, o embasamento teórico nessa literatura significa dar conta de um objeto de pesquisa que toca em questões diversas, pois se trata de um tema transversal. Em primeiro lugar, porque considera a proeminência de uma SPA poderosa, que tem uma materialidade específica na fabricação de determinados indivíduos – o crack. Também, por entender que o programa terapêutico da instituição estudada atua como instrumento de uma “microfísica reguladora”, a partir da contenção institucional de indivíduos usuários de crack, que produzem discursos a partir da subjetivação e corporificação de práticas de controle e governo. Posto isso, esse quadro teórico significou um norte para a compreensão dos questionamentos que emergiram da experiência com o campo de pesquisa, definindo e redefinindo meu olhar sobre seu objeto.

### 3 A REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

#### 3.1 POLÍTICA E SAÚDE

As questões derivadas da profusão de debates em torno do “fenômeno das drogas” na contemporaneidade, e suas implicações no campo das políticas – públicas ou privadas –, são, também, temas sobre os quais a sócio-anthropologia tem se debruçado. Percebe-se a coexistência de uma heterogeneidade de concepções sobre o consumo abusivo de SPAs e das práticas de serviços de atenção a usuários (ALVES, 2008). Essas concepções ratificaram, historicamente, diversos modelos de intervenção, que constituem o que hoje se entende por rede de atenção a usuários de SPAs. Busco, nesse capítulo, compreender o surgimento dessa rede e os objetivos que embasam propostas terapêuticas distintas, visando contextualizar a emergência do campo empírico da presente pesquisa. Nesse sentido, compreendo que as diferentes práticas institucionais delimitam um complexo de abordagens, com dimensões políticas, que se configuram problema de pesquisa sócio-antropológica.

Sem embargo, o enquadramento da questão das “drogas” como questão de saúde pública é recente, tal como a opção política e econômica pelo proibicionismo. Forjada pela partilha moral entre “drogas” lícitas e “drogas” ilícitas, a política internacional sobre “drogas”, capitaneada pelos Estados Unidos, influenciou fortemente a elaboração da legislação sobre “drogas” no Brasil, entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX. A crescente intervenção reguladora do Estado, nesse período, resultou na criação incipiente de aparatos jurídico-penais destinados a estabelecer o controle do uso e do comércio de “drogas” (MACHADO; MIRANDA, 2006). De acordo com Carneiro (1992), antes da promulgação da primeira legislação específica de repressão ao comércio de “narcóticos” de âmbito nacional (Lei nº 4.294/21 e Decreto nº 14.969/21), o controle sobre as SPAs era realizado exclusivamente em relação à comercialização efetuada nas farmácias, nas drogarias e nas alfândegas, conforme o artigo 159 do Código Penal de 1890.

Após esse momento, o conteúdo das leis e decretos sancionados em 1921 determinou a adoção de medidas repressivas que criminalizavam o consumo de determinadas SPAs. Além disso, definiu a classificação de usuários como doentes e penas de

internação compulsória em “sanatórios especiais de desintoxicação” – o que na prática ocorria em manicômios comuns para portadores de sofrimento psíquico.

A partir desse período inicial, é possível distinguir três principais momentos das ações desenvolvidas pelo Estado brasileiro para o controle da produção, comercialização e consumo de “drogas” no âmbito nacional (Pereira, 2001). O primeiro período, compreendido entre as décadas de 70 e 80 do século passado, é marcado pela influência das contribuições médicas e psiquiátricas na interpretação do consumo de SPAs, que foram utilizadas como complemento das ações de repressão jurídico-penais. Assim, sob as determinações da Lei nº 6.368, de 1976, a tendência à medicalização é reafirmada pela “[...] proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de ‘drogas’ na rede pública de saúde [...]” (MACHADO; MIRANDA, 2006, p. 3). Souza (2008) chama atenção, inclusive, para o fato de que a legitimação da psiquiatria garantiu tanto a estigmatização do usuário de SPAs, quanto seu confinamento em hospícios.

[...] a psiquiatria se insurge [...] disputando com o direito penal o papel de gestora do criminoso, através de uma relação, progressivamente mais íntima, entre crime e doença mental. [...] Ao invés da repressão, a psiquiatria propunha a cura e, com ela, uma caráter técnico-científico para suas ações, pautando sua justificativa no campo da saúde pública (SOUZA, 2008, p. 28)

Logo, a penalização por medidas compulsórias e excludentes de internação, favoreceu o surgimento dos primeiros centros de tratamento (públicos ou privados) no Brasil, visando ao cumprimento da prescrição legal. Desse modo, prevaleceu nesse período, o modelo assistencial hospitalocêntrico e a emergência de modelos de atenção da iniciativa privada.

Em um segundo momento, a partir da década de 80, emerge no cenário nacional o movimento de reforma sanitária e psiquiátrica, protagonizado por profissionais de saúde, usuários de serviços de saúde mental e seus familiares. A articulação nacional em torno da reestruturação desse serviço, enfatizando as noções de direitos humanos e da cidadania, culminou nas conquistas representadas pela Constituição de 1988 e, mais especificamente, a Lei Orgânica 8080 de 1990 que regularizou o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, esse fato político que tinha como marco o direito universal à saúde, encontrou uma série de restrições, inclusive no caso da atenção a usuários de SPAs. Por outro lado, nesse período, quando o consumo abusivo de “drogas” assume o centro das preocupações sociais, surgem, no cenário nacional, novas proposições e alternativas para a intervenção e tratamento de usuários de SPAs. Buscou-se uma combinação do modelo repressivo de redução da oferta,

com a chamada redução da demanda – ações referentes à prevenção do consumo de SPAs, tratamento e reinserção social dos usuários abusivos (CAVALCANTI, 2007).

Foi somente a partir da década de 90 que o consumo abusivo de SPAs passou a ser visto de forma ampliada e não apenas como questão de segurança pública. Entretanto, essas intervenções, realizadas sob forte pressão de organismos internacionais, ainda hoje têm como finalidade combater as “drogas” dentro de um direcionamento repressivo. Esse novo período é marcado pela criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República, em 1998; pelo sancionamento da Lei nº 11.343, de 2006, que institui o Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas (SISNAD); e pela aprovação da nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em 2005.

Tendo em vista que essa reordenação representou, de certo modo, uma conquista social e trouxe, portanto, modificações na abordagem sobre as “drogas” no Brasil, aqui vale apenas destacar alguns dos princípios que a embasaram. Primeiramente, os inúmeros avanços decorrentes dessas medidas se referem ao direcionamento alternativo dado ao tratamento e reinserção social do usuário, e, em seguida, à prioridade na prevenção do consumo de “drogas”. Outro aspecto importante diz respeito à gradativa incorporação da lógica da redução de danos<sup>4</sup> nas intervenções do Estado, que privilegia o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade do usuário com relação ao consumo abusivo de SPAs. O PNAD, nesse período, reconhece a necessidade de se criar uma rede de assistência integrada, pública e privada, e intersetorial, de atenção a usuários – mesmo que diversos entraves se apresentem para efetivação dessa rede. Além disso, o SENAD expressa oficialmente a notoriedade da “[...] ancestral relação do ser humano com substâncias psicoativas [...]” (OBID, 2010, p. 1).

Cabe, entretanto, ressaltar que as políticas nacionais sobre “drogas” se caracterizaram historicamente pela fragilidade da rede de atenção ao usuário de SPAs, com relação às demandas sociais. Desse modo, a articulação com iniciativas privadas se tornou particularmente indispensável no cenário nacional. Assim, durante o final da década de 90

---

<sup>4</sup> A redução de danos reconhece as particularidades de cada sujeito e acolhe o que está sendo solicitado, na perspectiva de que o objeto da assistência prestada deve ser construído com o sujeito e não sobre ele. Tem como princípio fundamental estimular a valorização da vida e a capacidade do sujeito de administrar suas decisões, colocando-o como autor da sua própria vida (CAVALCANTE, 2007).

se evidencia maior expansão, às margens do serviço público, de serviços de atenção a usuários de SPAs, principalmente das comunidades terapêuticas. Esse fato é um dos elementos indispensáveis para reflexão sobre a emergência e o protagonismo das comunidades terapêuticas no Brasil – que hoje representam 38,5% da rede de atenção a usuários de SPAs, como veremos no tópico subseqüente.

### 3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Sobre o desenvolvimento das comunidades terapêuticas (CTs), o OBID (2010) reconhece seus antecedentes históricos a partir de 1860, quando foi fundada a organização religiosa Oxford, na Inglaterra. Representado pelo pastor Buchman, esse grupo encontrava-se semanalmente para estudar a Bíblia e era norteado por princípios que valorizavam o “renascimento espiritual da humanidade”. Décadas depois da sua fundação, em 1935, a organização Oxford deu origem aos grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos (OBID, 2010). Em 1958, a primeira comunidade terapêutica é inaugurada, por um grupo de alcoolistas em recuperação, que decidiram viver juntos para buscar um estilo alternativo de vida. Apesar da origem das CTs ser controversa – Glaser (1981), por exemplo, informa que comunidades voluntárias, que trabalham na intervenção terapêutica do consumo abusivo de “drogas”, datam de mais dois mil anos de existência –, sabe-se, de fato, que o termo “comunidade terapêutica” foi consagrado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959 (Queiroz, 2001), e que foi durante o século XX que este tipo de prática terapêutica se consolidou e expandiu.

A expansão das CTs no Brasil, a partir da década de 80, recebeu conotação política e representou uma alternativa à tendência histórica de omissão do Estado na proposição de políticas para minimizar os efeitos do consumo abusivo de SPAs. Para Reale (2004), as CTs significaram uma resposta ao

“[...] cenário mais amplo de restrição de recursos financeiros para saúde pública, [cujo] investimento em serviços especializados no tratamento de dependência de drogas está muito aquém das necessidades da população [...]” (REALE, 2004, p. 10).

De acordo com o mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil (BRASIL, 2007), realizado nos anos de 2006 e 2007, a maioria (38,5%) das instituições de tratamento de usuários de SPAs que atuam no Brasil, é definida por seus dirigentes como comunidades terapêuticas:

TABELA 1: CLASSIFICAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE REALIZAM TRATAMENTO NO BRASIL QUANTO À NATUREZA						
	GOVERNAMENTAL		NÃO-GOVERNAMENTAL		TOTAL	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Não resposta	12	42,9	15	53,6	28	2,2
Clínica particular	1	2,4	39	95,1	41	3,3
Hospital psiquiátrico	10	13,2	64	84,2	76	6,1
Hopital geral	8	57,1	6	42,9	14	1,1
Hospital-dia	4	36,4	7	63,6	11	0,9
<b>Comunidade terapêutica</b>	<b>9</b>	<b>1,9</b>	<b>469</b>	<b>97,1</b>	<b>483</b>	<b>38,5</b>
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)	131	85,6	20	13,1	153	12,2
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)	91	95,8	4	4,2	95	7,6
Residência terapêutica	2	4	48	96	50	4
Grupo de auto-ajuda	12	9,7	110	88,7	124	9,9
Instituição de redução de danos	10	31,3	22	68,8	32	2,5
Outras	124	48,4	127	49,6	256	20,4
Total	414	30,4	931	68,3	1256	

Fonte: BRASIL, 2007, p. 93

Percebe-se, de acordo com a Tabela 4, a superioridade numérica das CTs na rede de atenção a usuários de SPAs – fato que contrasta com a quase inexistência de estudos sobre as mesmas. Não apenas as CTs representam o maior número com relação às demais

instituições, como também, a maior parte (68,3%) do total de instituições que atuam na rede de atenção a usuários de SPAs é não-governamental. Por sua vez, o Estado aparece como responsável por apenas 30,4% dessas instituições (total de instituições governamentais), enquanto 68,3% das instituições são não-governamentais.

Com relação à Tabela 4, deve-se, ainda, levar em consideração a atuação de comunidades terapêuticas clandestinas, que, caso fossem contabilizadas, os dados apresentados revelariam outro panorama, no qual a participação governamental na rede de atenção a usuários de SPAs seria ainda menos representativa numericamente com relação às CTs.

Com respeito à legislação, em 2001 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sancionou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, que estabelece normas mínimas para o funcionamento das CTs. A partir dessa resolução as comunidades terapêuticas se tornam mais vulneráveis às interpelações públicas. Como aponta Machado e Miranda (2006), em consequência também do crescente controle sobre a atuação CTs, uma maior organização da demanda por recursos e financiamentos públicos foi favorecida.

As comunidades terapêuticas, por meio da organização alcançada e de seu vínculo com instituições religiosas, conseguiram exercer pressão política junto aos órgãos governamentais, buscando estabelecerem-se na área como modelo de tratamento (MACHADO; MIRANDA, 2006, p. 16).

No tocante ao Ministério da Saúde, entretanto havia uma “[...] resistência à consolidação de uma concepção que não se pautava por aspectos técnicos e ideológicos, próprios ao campo da saúde” (MACHADO; MIRANDA, 2006, p. 12). Essa política de resistência às CTs visou criar empecilhos para a liberação de financiamentos que pudessem facilitar a consolidação desse modelo de intervenção, o que foi visto, por membros das CTs, obviamente, como discriminação e desconhecimento dos resultados da sua atuação (MACHADO; MIRANDA, 2006, p. 12).

Entretanto, com a “especularização” midiática da nomeada (equivocadamente) “epidemia” do crack nos últimos anos, as CTs se tornaram pauta do gabinete presidencial de Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2011), que prometeu transferência de recursos do Ministério da Saúde para as CTs. Sobre isso, chamou atenção, também, os debates realizados pela Rede de TV Bandeirantes e Rede Globo de Televisão, em 2010, entre os candidatos à presidência da República Federativa do Brasil, José Serra, Marina Silva e Dilma Roussef, que também

prometeram publicamente oferecer maior apoio às CTs em seus programas de governo. Dentre os tópicos abordados pelos candidatos com relação a esse apoio, destacou-se a capacitação técnica dos dirigentes e profissionais que atuam nas CTs e a garantia de recursos públicos.

Além de estabelecer um dispositivo legal para disciplinar as exigências mínimas de funcionamento das CTs, a ANVISA, através da RDC nº 101, propõe, em conjunto com dirigentes de CTs, a conceituação dessas instituições como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (ANVISA, 2001).

A despeito da conceituação das CTs, Maxwell Jones (*apud* OBID, 2010, p. 6), também as define como: “[...] grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum e que possui uma forte motivação para provocar mudanças”. Desse modo, o programa terapêutico das CTs teria como objetivo priorizar a transformação no estilo de vida de usuários de SPAs, a partir de experiências compartilhadas de recuperação em grupo (Sabino e Cezaneve, 2005). Como sistema social organizado, as CTs estabelecem mecanismos de controle interno, de coresponsabilidade, que perpassam a elaboração de um conjunto de normas de convivência e enquadramento de tarefas. Tornam-se, ao longo do tratamento dos usuários de SPAs, uma matriz que o permite ver, pensar e agir no mundo a partir do seu programa terapêutico.

Sobre a introdução da moral religiosa no programa terapêutico das CTs, Mowrer (*apud* OBID, 2010, p. 3) identifica como ponto comum do conteúdo das CTs, a espiritualidade, conforme apresentação:

Todos esses grupos são capazes de resgatar e mobilizar a energia espiritual de seus componentes para que os mesmos encontrem a coragem necessária para enfrentar e buscar os objetivos propostos. A energia espiritual pode reintegrar a pessoa consigo mesma, com o grupo, com a comunidade, com a sociedade, com o seu Poder Superior. A CT tem capacidade de criar um ambiente ecumênico e oferecer os instrumentos para que o indivíduo tenha a oportunidade e a liberdade necessária para procurar sua própria origem e responder de maneira adequada a sua própria dimensão espiritual (OBID, 2010, p 3).

Outro dado relevante a ser notado, diz respeito à preponderância do caráter religioso nas CTs, com relação à laicidade das instituições governamentais que atuam no tratamento de usuários de SPAs. A propósito disso, o mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil (BRASIL, 2007) pondera que 92,9% das instituições não-governamentais que atuam no tratamento de usuários abusivos de SPAs, oferecem como serviço a assistência religiosa, enquanto apenas 5,8% das instituições governamentais oferecem o mesmo serviço, como aponta a Tabela 2:

TABELA 2: TRATAMENTO COMPLEMENTAR DE ACORDO COM A NATUREZA DA INSTITUIÇÃO				
	GOVERNAMENTAL		NÃO-GOVERNAMENTAL	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Não resposta	25	50	24	48
Acompanhamento social	267	38,6	416	60,2
Acompanhamento familiar	297	30,8	656	68
Grupo de auto-ajuda	138	19,7	554	79
Grupo de apoio em geral	121	23,5	384	74,7
Assistência religiosa	36	5,8	578	92,9
Assistência jurídica	38	16,7	188	82,8
Assistência previdenciária	60	25,3	176	74,3
Realização de atividades físicas, esportivas, de lazer e culturais	196	26	548	72,7
Atividades agrícolas / jardinagem	118	20	465	78,7
Atividades de artesanato	216	32,7	435	65,9
Visita domiciliar	273	39,9	402	58,8
Outros	42	29,8	98	69,5

Fonte: BRASIL, 2007, p. 104

Do exposto, irei me afastar do contexto de emergência das comunidades terapêuticas, que permitiu elucidar, a partir de uma perspectiva histórica, as estratégias de enfrentamento do consumo abusivo de SPAs, para indicar o percurso metodológico que

possibilitou a análise do objeto dessa pesquisa: as carreiras de usuários de SPAs e o programa terapêutico da CT estudada.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 PERCURSO AFETIVO METODOLÓGICO

O interesse pelo objeto da presente pesquisa surgiu em 2008, a partir de uma aproximação com os trabalhos de intervenção terapêutica no consumo abusivo de SPAs, realizados pelo Centro de Estudos de Tratamento do Abuso de Drogas (CETAD). Em diversos debates entre os profissionais de saúde (psiquiatras e psicólogos, principalmente) que atuavam no CETAD, nesse período, evidenciou-se a fragilidade da rede pública, a intensidade da demanda social por serviços de atenção a usuários de SPAs e o crescente protagonismo das comunidades terapêuticas. Ainda em 2008, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outra Drogas (CAPSad) realizou um debate entre profissionais da área de saúde e dirigentes de comunidades terapêuticas que atuavam na Região Metropolitana de Salvador (RMS). Nessa oportunidade conheci o diretor da comunidade terapêutica que veio a ser, em seguida, meu campo de pesquisa.

Após esse primeiro encontro com o diretor, o senhor Pedro, estabeleci um contato mais próximo, agendei uma entrevista e investiguei a possibilidade de realizar a pesquisa sobre a comunidade terapêutica que dirigia. O segundo encontro ocorreu na semana subsequente, em outubro de 2008, quando realizei uma primeira entrevista exploratória e adentrei o campo de pesquisa. As impressões e informações colhidas nessa incursão à comunidade terapêutica foram descritas em caderno de campo:

A chegada à instituição foi penosa, não apenas pela distância, mas também porque depois de passar pelas estradas principais que ligam o centro da cidade à RMS, percorri um longo trecho em estradas de barro, com grandes buracos e muita lama. Localizada há poucos quarteirões de uma praia, a instituição é conhecida por moradores e veranistas da região: em vários momentos solicitei indicações para localizá-la e todos foram diligentes em me ajudar a chegar ao meu destino. Embora a casa em que a instituição funciona tenha aspectos de uma casa comum de veraneio, chamou-me atenção a preocupação com segurança: muros altos, grades e cercas elétricas destacavam-na das construções vizinhas. Também uma pequena placa fixada em sua fachada sinalizava para o fato de que não se tratava de uma casa qualquer. Toquei a campainha e ouvi do lado oposto à porta de entrada: “A paz do senhor”. Identifiquei-me, passei por um segundo portão de ferro, fui conduzida a uma sala de espera e informada que em instantes o senhor Pedro viria a meu encontro. Nesse momento observei que outras pessoas, assim como eu, aguardavam atendimento. Essas pessoas, o senhor Pedro explicou posteriormente, eram famílias que procuravam tratamento para seus filhos, sobrinhos ou

conhecidos, que estavam em sofrimento pelo consumo abusivo de “drogas”. Outro aspecto que chamou minha atenção diz respeito à decoração da sala de espera, com inúmeros pôsteres de paisagens e trechos de salmos bíblicos, e à música “gospel”, evangélica, tocando em volume estridente. Após alguns minutos, o senhor Pedro apareceu na sala de espera acompanhado de uma família, despediu-se dela e deu orientação a um rapaz – o mesmo que havia me conduzido àquela sala – que realizasse as próximas entrevistas com as famílias, pois iria me atender naquele momento. Fui conduzida a uma segunda sala, a sala de cultos, que era igualmente decorada com pôsteres e com caixas de sons que tocavam a mesma música da sala de espera. Nossa conversa informal, que teve uma duração de quase 2 (duas) horas, foi iniciada por um pedido de desculpa do senhor Pedro pelo tempo que eu havia aguardado, seguida de um relato sobre a crescente demanda de internação por famílias de usuários de “drogas” e do intenso trabalho que desenvolve em função disso. Revelou que boa parte desses usuários utiliza o crack e que essa “droga”, atualmente, é a responsável por essa demanda, pois teria um efeito de destruição rápido e o usuário acabava se conscientizando para o fato de que seria um “doente”. Um segundo tópico abordado pelo senhor Pedro, nessa conversa, foi sobre a crítica aos tratamentos psiquiátricos, que não resolveriam o problema maior do usuário: a necessidade de um suporte religioso, do aprendizado, do autocontrole e da reeducação para a vida em sociedade. De acordo com ele: “eles substituem uma droga pela outra, enchem os meninos de remédio. Mas o remédio passa o efeito, ai eu quero ver”. Assim, o diferencial da comunidade terapêutica em que trabalha foi descrito como o diálogo, o conselho e a orientação que oferecem, sobretudo, uma base espiritual para que o usuário tenha algo “para se agarrar”. Ele próprio, o senhor Pedro, teria se recuperado do “vício” da “droga” na comunidade terapêutica e acreditava tanto nesse trabalho que havia decidido permanecer nela após o tratamento e ajudar pessoas que, como ele, estavam em sofrimento. Falamos também sobre a demanda das “classes mais baixas”, que não teriam recursos para dispor de um tratamento particular, e que essa seria sua principal demanda. Após essa fala, o senhor Pedro me levou para conhecer a casa e suas dependências. Todos esses espaços são ocupados por homens jovens, em tratamento, internos ou *alunos*<sup>5</sup> como o senhor Pedro prefere se referir. Alguns circulavam pela casa, desenvolvendo alguma atividade, enquanto outros estavam deitados no quarto do fundo. Esses seriam, segundo o senhor Pedro, os que acabaram de chegar e que estavam sofrendo com a abstinência. A casa é simples, mas muito bem cuidada, e sobre isso o senhor Pedro revela que todos devem ajudar nas atividades diárias, desde a limpeza e alimentação, até a manutenção mais pesada, como pintura de paredes, substituição de equipamentos quebrados, jardinagem, ampliações, etc. A estrutura dispõe de 2 (dois) quartos com inúmeros beliches e cômodas, a sala de recepção e outra de cultos, uma área externa com piscina, cozinha e refeitório e um banheiro com chuveiros externos. Não tive acesso a esse último espaço, pois alguns *alunos* estavam utilizando-o. Depois de conhecer a casa, perguntei sobre a possibilidade de desenvolver uma pesquisa sobre a comunidade terapêutica e o senhor Pedro me informou que estava aberto a esse tipo de abordagem e que me ajudaria a colher as informações e dados necessários à pesquisa. Até esse ponto da conversa, elaborei poucas perguntas, o senhor Pedro conduziu o diálogo, como se fizesse isso habitualmente. Entretanto, algumas dúvidas não foram contempladas em sua explanação e iniciei uma série de perguntas sobre o funcionamento da comunidade terapêutica, fases de tratamento, unidades existentes no país e abrangência de atendimento [...]. Todas as perguntas foram respondidas com muita simpatia pelo senhor Pedro e com essa impressão deixei meu novo campo de pesquisa.

(TRECHO EXTRAÍDO DO DIÁRIO DE CAMPO, 10/10/2008).

---

<sup>5</sup> Todos os termos êmicos foram grafados em itálico.

Após 4 (quatro) meses dessa primeira incursão em campo, comecei a freqüentar a comunidade terapêutica semanal ou quinzenalmente, com visitas sempre mediadas pelo senhor Pedro. Posteriormente, conheci Adílson e os outros obreiros auxiliares que trabalhavam na instituição e que colaboraram muito para a coleta dos dados necessários à elaboração da pesquisa.

De modo geral, a pesquisa foi dividida em 3 (três) fases: a primeira referente ao reconhecimento do espaço, estrutura institucional, funcionamento e rotinas; a segunda com entrevistas e conversas informais com a equipe dirigente e com os *alunos*, com vistas a estreitar vínculos e constituir laços de confiabilidade com o universo pesquisado; e a terceira fase, quando realizei entrevistas aprofundadas, histórias de vida dos atores institucionais (equipe dirigente e *alunos*) e participação intensa de parte das rotinas institucionais, principalmente das entrevistas de triagem com candidatos à internação, os cultos e das atividades laborais. Em todo o período da pesquisa, entre os finais de 2008 e 2011, estive empenhada em captar o “universo afetivo-existencial” dos atores da pesquisa, como sugerem MacRae (2004) e Zaluar (2000), percebendo os instrumentos metodológicos que poderiam compor o quadro que situa fatos etnográficos em contextos mais amplos.

Nesse tipo de pesquisa o envolvimento do entrevistador com o entrevistado torna-se a condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva, essencial para o êxito de uma pesquisa, já que é justamente o nível afetivo-existencial aquele que mais determina comportamentos (MACRAE, 2004, p. 3).

Entretanto, o contato com esses atores em muitos momentos foi de desconfiança, principalmente pelos membros da equipe dirigente, visto que a comunidade terapêutica é freqüentemente desacreditada pela população de modo geral e inspecionada por agentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou fiscalizado por promotores do Ministério Público da Bahia. Essa desconfiança se diluiu lentamente, com a convivência contínua, mas repetidas vezes fui submetida a uma série de interrogatórios e indagada sobre o meu posicionamento com relação aos mais diversos temas, inclusive sobre as “drogas”. Em uma oportunidade que estive com o presidente da comunidade, questionada sobre a descriminalização das “drogas”, percebi-me respondendo as perguntas de maneira ambígua para não comprometer o andamento da pesquisa.

Em todos os momentos em que estive em campo a minha presença foi imediatamente notada, pela razão óbvia de adentrar um universo inteiramente masculino.

No entanto, em alguns momentos, meu gênero parece ter sido esquecido, como quando ao entrevistar o obreiro auxiliar Mateus, ele relatou:

Mateus: [...] naquela época era bom, eu tinha muita droga, muito dinheiro e muita mulher. Eu, feio desse jeito, não tinha essa: enchia o cu delas com cocaína e depois comia tudo, duas, três, quatro, de vez. Pegava todas, mulher só liga pra isso, né? Dinheiro!

Entrevistadora: [...]

Mateus: Vixe, desculpa. Foi mau ai, não é toda mulher, não. Tem umas direitas que nem a senhora.

(TRECHO EXTRAÍDO DO DIÁRIO DE CAMPO)

De modo geral, mesmo com algumas dificuldades iniciais no campo de pesquisa, o que predominou foi a generosidade, tanto da equipe dirigente quanto dos *alunos*. O sentimento de solidariedade e ajuda prevaleceu, todos se viam como parte de algo importante, e rapidamente a “minha” pesquisa se tornou a “nossa” pesquisa. Em 2010, quando a pesquisa de campo estava em fase de finalização, notei que a sala de espera da instituição exibia uma foto minha ao lado do senhor Pedro, emoldurada e fixada à parede – foto tirada em um debate sobre o “drogas” na Assembléia Legislativa, que fui a convite do senhor Pedro –, o que de certo modo demonstrava que eu passei a fazer parte da vida daquelas pessoas.

Ainda nas duas primeiras fases da pesquisa acessei documentos institucionais, muitos deles disponíveis no *website* e nos sites de redes sociais (*Orkut*, *Facebook* e *Twitter*) da comunidade terapêutica. Também, acompanhei a campanha política do presidente da comunidade – que se candidatou às eleições na RMS durante o período em que realizei pesquisa de campo – e participei de eventos institucionais externos, sempre que convidada por algum membro da equipe dirigente, que foram bastante valiosos para a pesquisa.

Após as primeiras entrevistas exploratórias e de longas conversas em grupo com os atores institucionais, iniciei a terceira fase de entrevistas semi-estruturadas, guiada por um roteiro que valorizou as histórias de vida dos entrevistados (ver Apêndice 1). Seguindo a proposição da pesquisa qualitativa, a presente etnografia foi construída privilegiando a narrativa das experiências e “[...] tomando como base a idéia que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam” (VÍCTORA, 2000, p. 53).

O universo institucional é composto por *alunos* e membros da equipe dirigente: 1 (um) presidente da comunidade terapêutica, 1 (um) diretor e 3 (três) obreiros auxiliares –

todos eles foram entrevistados. Para essa pesquisa, foram realizadas um total 15 (quinze) entrevistas semi-estruturadas (ver Apêndice 3), distribuídas da seguintes maneira:

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DE ENTREVISTAS DE ACORDO COM A COMPOSIÇÃO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA	
EQUIPE DIRIGENTE	
Presidente	1
Diretor	1
Obreiros auxiliares	3
<i>ALUNOS</i>	
Primeira fase	4
Segunda fase	6

Além disso, apliquei questionários (ver Apêndice 3) com itens diretivos e de caráter estruturado, direcionado à verificação dos dados sócio-demográficos dos entrevistados. Esse questionário foi aplicado ao final da entrevista, visando não envolver o entrevistado em uma dinâmica de pergunta e resposta e, assim, comprometer a narrativa das histórias de vida.

A instituição tem capacidade para receber 50 (cinquenta) *alunos* e, freqüentemente, atinge esse número de internações. Contudo, esses *alunos* permanecem internados na comunidade terapêutica por 9 (nove) meses (tempo do tratamento), o que marca certa rotatividade de atores institucionais. Durante a pesquisa de campo vivenciei inúmeras chegadas e despedidas, acompanhei fragmentos de trajetórias de vidas, novidades como o nascimento de um filho, certa namorada que aceitou um pedido de desculpa, a mãe que conseguiu comprar a casa própria para a família.

Em decorrência de a pesquisa ser realizada em uma instituição com características totais (GOFFMAN, 1961), inicialmente percebi a dificuldade em escolher de maneira imparcial e aleatória os entrevistados, conforme a recomendação de qualquer metodologia científica. Meu acesso à instituição não era livre e irrestrito, mas sim mediado pelo senhor Pedro ou por algum obreiro auxiliar que ele designava para me acompanhar quando não estava presente. Quando compreendi que essa interferência surtiria efeito negativo na pesquisa, privilegiei entrevistar primeiramente membros da equipe dirigente e, desse modo, tornei mais claras minhas intenções como pesquisadora, evitando representar uma possível

ameaça. Também, durante esse primeiro período, após cada entrevista, que teve uma duração média de 3 (três) horas, muitas vezes, formava-se um grupo de *alunos* para conversar sobre assuntos diversos, como futebol, eleições, notícias do dia, etc.

Logo, comecei a apresentar para o senhor Pedro o interesse em entrevistar determinados *alunos*, considerando, principalmente, a necessidade de conhecer as diferentes fases da internação e selecionando-os de acordo com o tempo que cada um estava na comunidade terapêutica. O senhor Pedro foi solícito a minha demanda, mas combinávamos com uma semana de antecedência o próximo *aluno* a ser entrevistado. No dia da entrevista, esse *aluno* se apresentava, invariavelmente, de banho tomado, portando uma Bíblia e trajando calça e camisa social, diferentes dos demais, que costumam usar diariamente o uniforme da instituição.

Ainda sobre o universo da pesquisa, considerei a idade dos entrevistados, visto que a comunidade terapêutica tem como critério de admissão ao tratamento homens entre 18 (dezoito) e 40 (quarenta) anos de idade. Contudo, mesmo considerando a rotatividade de *alunos*, sobressaem-se, nesse universo, homens entre 20 (vinte) e 30 (trinta) anos. No início da pesquisa, não intencionei selecionar entrevistados de acordo com a SPA de preferência, entretanto, a maior parte das internações eram decorrentes do consumo abusivo de crack. O restante oscilava entre o consumo abusivo de álcool ou cocaína – durante todo o período da realização de pesquisa, houve apenas 1 (um) caso de internação em decorrência do consumo abusivo de cocaína. Assim, o recorte do universo dessa pesquisa privilegiou os usuários de crack e as entrevistas, por recorte de SPAs foram organizadas do seguinte modo:

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DE ENTREVISTAS DE ACORDO COM SUBSTÂNCIA PSICOATIVA DE PREFERÊNCIA	
SPA DE PREFERÊNCIA	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
Crack	14
Álcool	1

Obedeci ao critério de “saturação” para estabelecer o número de entrevistados e priorizei entrevistas aprofundadas. Assim, o tamanho do universo entrevistado não foi uma preocupação dessa pesquisa.

“[...] uma das maneiras de determinar o número de entrevistas a serem realizadas é estipular que a atividade só deve cessar uma vez que se comecem a colher muitas

informações repetidas, ou seja, não há muito interesse em contabilizar o número de indivíduos manifestando determinadas posições, mas só o de elencá-las” (MACRAE, 2004, p. 4).

De modo geral, as entrevistas foram realizadas às quartas-feiras ou aos sábados, obedecendo aos limites estabelecidos pelo senhor Pedro. Acostumei-me a chegar na comunidade terapêutica em torno das 13 (treze) horas, concluía a entrevista entre às 16 (dezesesseis) e às 17 (dezessete) horas, sempre respeitando o horário do culto que ocorria antes do horário do jantar dos *alunos*, às 17 (dezessete) horas. Entre o final da entrevista e o início do culto, muitas vezes conversei informalmente com parte dos atores institucionais e algumas vezes participei dos cultos. Esses momentos foram bastante valiosos para a pesquisa, pois estabelecia uma ruptura com a relação fixa entre pesquisadora e entrevistados.

Nunca consegui realizar 2 (duas) entrevistas em um mesmo dia, e muitas vezes as entrevistas foram estendidas a 2 (duas) sessões ou múltiplos encontros. Em inúmeras ocasiões em que cheguei ao campo de pesquisa, algum *aluno* que já havia sido entrevistado solicitava minha presença para revelar uma nova informação que teria esquecido de mencionar na entrevista anterior e que considerava importante para a “nossa” pesquisa. Percebi que esse comportamento demonstrava o sentido da troca que é a pesquisa, como aponta Zaluar (2000, p. 15): “se nada nos garante o direito de perturbar-lhes a vida [...], só nos resta concluir que contamos também com a paciência e a generosidade do nosso ‘objeto’”. Por outro lado, embora estivesse imbuída de objetivos próprios na interação com os entrevistados, notei que eles também recebiam com certa alegria a possibilidade de poder conversar com alguém que estivesse verdadeiramente interessada em ouvir suas histórias, sem emitir julgamentos ou condenações.

Após a primeira sessão de entrevistas com a equipe dirigente da comunidade, comecei a utilizar um gravador digital para registrar as entrevistas com os *alunos*. Entretanto, vali-me de anotações no caderno de campo durante a primeira sessão, pois acreditei que o gravador poderia ampliar o clima inicial de desconfiança. Com relação às conversas informais, procedi de modo diferente, pois o gravador tornaria confusa a profusão de falas e de atores; por outro lado, as anotações fortaleceriam a mencionada relação fixa entre a pesquisadora e os entrevistados; e a memória é sempre instrumento falho. Optei por

registrar a memória de tópicos relevantes da conversa e, no longo caminho de volta para casa, adquirir o hábito de ditar e armazenar minhas lembranças recentes no gravador.

Além disso, as 3 (três) fases da pesquisa foram atravessadas pela observação direta das rotinas institucionais e da interação entre a membros da equipe dirigente, entre a equipe dirigente e *alunos* e entre *alunos* e *alunos*. De acordo com MacRae (2004, p. 7),

“[...] a observação tende a se limitar ao necessário para a detecção de informantes adequados [...]. [Ainda], a dependência de entrevistas corre o risco de levar ao privilegiamento do levantamento das representações sociais, relegando outros aspectos mais comportamentais”.

A utilização dessa técnica, cujos resultados foram registrados em caderno de campo, possibilitou flagrar e compreender os atores em diversas situações. Aqui, também, devo sinalizar o fato de que as características totais da comunidade terapêutica, bem como minha imersão em campo como pesquisadora, ofereceram limites à observação. Contudo, a participação intensa em algumas atividades institucionais atuou na diluição parcial desses limites.

Destaco, entre as atividades institucionais observadas, minha participação nas 3 (três) mais relevantes: as entrevistas de triagem com candidatos à internação, os cultos e as atividades laborais. De modo geral, as famílias ou pessoas da rede social de origem dos candidatos ao tratamento na comunidade terapêutica, os mediadores, entram em contato com a instituição através do telefone, e agendam uma entrevista com a equipe dirigente. Participam dessa entrevista, tanto o candidato ao tratamento quanto o mediador, uma pessoa, que por ser ligada a ele, estaria interessada em sua recuperação. Essas entrevistas de triagem são realizadas na maior parte das vezes pelo senhor Pedro, porém durante o período em que estive em campo, o obreiro auxiliar Adílson foi treinado para também realizar entrevistas, e passou, aos poucos, a assumir essa tarefa. Sobre o conteúdo da entrevista – que ocorre na sala de espera, às vistas de todos que aguardam atendimento –, um roteiro preciso norteava as falas dos atores, centrado principalmente na explanação do funcionamento da instituição, bem como na verificação da disposição do candidato de iniciar o tratamento. Acompanhei essas entrevistas de triagem durante as duas primeiras fases da pesquisa, muitas vezes enquanto aguardava pelo atendimento do senhor Pedro ou de algum dos obreiros auxiliares na sala de espera.

Também participei mensalmente dos cultos de domingo, realizado às 20 (vinte) horas e, poucas vezes, dos cultos que ocorriam após as entrevistas, como já foi mencionado. Nessas situações, interagi com todos os atores da pesquisa – a exceção do presidente da instituição, que tem uma atuação mais externa. De posse de uma Bíblia neopentecostal, fui introduzida ao evangelho e, em algumas ocasiões, solicitei ajuda de algum *aluno* para localizar o trecho que estava sendo proferido do púlpito. Com relação às atividades laborais, assisti a montagem dos *kits* na instituição e sua venda, posterior, em ônibus municipais e intermunicipais da RMS. Entre os dias 2 (dois) e 6 (seis) de agosto de 2010, acompanhei 5 (cinco) duplas de *alunos* – uma dupla por dia – que deixavam a comunidade terapêutica pelo turno da manhã para realizar a venda dos *kits*, seguindo-as em seu itinerário pela RMS dentro dos *coletivos*. A participação nessa atividade, além de custosa – em todos os ônibus que entrei, paguei pela passagem – exigiu a elaboração de estratégias com cada dupla para evitar desencontros.

Outras atividades institucionais também foram acompanhadas, como a rotina de organização e limpeza da casa, a preparação das refeições, o grupo de estudo bíblico, dentre outras que também serão comentadas posteriormente. Com relação ao grupo de estudo bíblico, fui alvo constante das investidas proselitistas do obreiro auxiliar Adílson e sempre convidada a participar. Contudo, freqüentei o grupo poucas vezes, pois não considerei demasiadamente relevante para a pesquisa.

Procurei, nesse tópico, apresentar os instrumentos de formulação etnográfica, bem como articulação a diversidade de fontes e de dados coletados, no curso dessa pesquisa, a fim de responder aos objetivos propostos por esse estudo. Desse modo, a ida sistemática a campo resultou na maior compreensão e intimidade com o objeto, bem como no estreitamento de laços de amizade com os atores da pesquisa, a quem sou imensamente grata pela generosidade e contribuições valiosas. O contato direto com esses atores e a imersão contínua no campo, por fim, compreenderam instrumentos indispensáveis do percurso afetivo metodológico, atuando na superação de dificuldades e na construção dessa pesquisa.

## 4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa com usuários de SPAs internados, em regime fechado ou semi-aberto, em instituições de tratamento, deve obedecer a certas orientações éticas, visando a não contribuir para o cenário de intensa vulnerabilidade e estigmatização que esses usuários estão imersos. Entende-se que o envolvimento com “drogas” ilícitas constitui uma atividade passível de criminalização. Além disso, a trajetória de todos os *alunos* e membros da equipe dirigente que foram entrevistados esteve fortemente marcada por situações de abusos, maus-tratos, envolvimento com o crime, encarceramentos ou abandonos de suas redes sociais de origem. Essas circunstâncias desfavoráveis de interação com SPAs, descritas como “[...] um encontro infeliz entre os três fatores envolvidos, o produto, a personalidade e o momento sociocultural [...]” (BUCHER, 1996, p. 55), culminaram na internação dos atores na comunidade terapêutica que é campo da presente pesquisa. Desse modo, a apresentação dos dados coletados será norteadas visando evitar causar transtornos ou intensificar danos a esses atores.

Primeiramente, respeitei o princípio de autonomia na seleção de entrevistados: todos os atores dessa pesquisa concordaram em participar das entrevistas e tiveram liberdade para recusar a participação. Principalmente quando indicados pela equipe dirigente da comunidade terapêutica, os entrevistados foram consultados sobre seu interesse em contribuir para a pesquisa. Antes de dar início às entrevistas, tornei claros meus objetivos, sendo facultada a revogação do consentimento dos entrevistados. Também, cerquei-me de cuidados para preservar o sigilo dos atores, utilizando sempre nomes fictícios – retirados de personagens bíblicos – para me referir a eles, bem como evito nomear a instituição, visando dificultar sua identificação. Ao mesmo tempo, a preservação do sigilo da comunidade terapêutica possibilitou que críticas fossem tecidas com relação à sua atuação, sem comprometer a análise ou quebrar os laços de confiança que foram conquistados ao longo da coleta de dados.

Do mesmo modo, certifiquei-me que as entrevistas fossem realizadas em local isolado, onde não houvesse trânsito ou a presença de outras pessoas. Apenas em um momento específico, ao entrevistar o *aluno* João, percebi que o obreiro auxiliar Mateus, estava escondido atrás da porta da sala de cultos, onde estava sendo realizada a entrevista,

e escutava nosso diálogo. Essa foi a primeira entrevista realizada em campo de pesquisa, quando ainda pairava um clima de desconfiança sobre minha presença, e que exigiu a elaboração de novas estratégias. Contudo, no momento em que notei a presença de Mateus, encerrei a entrevista, preferindo dar continuidade a ela na semana subsequente. Depois desse episódio, conversei com o senhor Pedro sobre a possibilidade de utilizar a área externa, próxima à piscina, a fim de oferecer privacidade aos entrevistados.

## 5 O MINISTÉRIO DE RECUPERAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS

Visando analisar e refletir sobre a carreira de usuários de SPAs internados para tratamento do consumo abusivo de “drogas”, apresento a descrição do campo empírico e de seu programa terapêutico, que revelam elementos importantes sobre esse universo institucional, pouco conhecido e pouco estudado, que são as comunidades terapêuticas. Para tanto, examino o percurso da instituição – desde a origem e expansão, até a consolidação na rede de atenção a usuários de SPAs – a partir da história de vida de seu fundador, o Pastor Isaías, de sua iniciativa moral e empreendedora, e sua relação com o campo religioso neopentecostal brasileiro. Também, proponho a avaliação desse modo específico de conceber o tratamento de usuários de SPAs a partir da problematização dos traços totais dessa estrutura institucional semi-fechada, que circunscreve a vida dos usuários em recuperação, forja sentidos e inculca disposições para que esses usuários invistam em uma imagem peculiar de si, na reconstrução do eu (GOFFMAN, 1961).

Em linhas gerais, a comunidade terapêutica estudada é uma instituição religiosa evangélica que funciona como local de residência e tratamento de usuários de SPAs. Em seu interior, *alunos* desempenham suas atividades cotidianas de forma relativamente fechada e formalmente administrada por uma equipe dirigente, responsável por fazer cumprir um programa terapêutico próprio (GOFFMAN, 1961). Embasado prioritariamente no trabalho, na disciplina e na religião, esse programa terapêutico enfatiza uma rotina diária de atividades e tarefas rigorosa, imposta a todos os *alunos*, em um conjunto de regras internas que deve ser obedecida como critério de continuidade ao tratamento. Embora a obediência às regras da comunidade terapêutica esteja, no discurso da equipe dirigente, a serviço do objetivo formal de recuperar usuários de SPAs, muitas vezes, como será visto, observa-se que não há muita coerência entre determinadas regras e a finalidade da instituição.

Desse modo, é particularmente interessante perceber o modo como o sistema social da comunidade terapêutica foi elaborado em torno de objetivos formais próprios, por ora humanitários, como empreendimento moral, religioso e voluntário de uma pessoa: o Pastor Isaías. Assim, antes de apontar para as contradições decorrentes da relação entre os objetivos propostos e as disposições concretas da comunidade terapêutica, torna-se relevante enunciar a trajetória que delineou os contornos institucionais e pontuar alguns

traços característicos de seu programa terapêutico, a partir, principalmente, da análise de seu estatuto interno, mas também dos relatos coletados entre os atores.

### 5.1 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO EMPREENDIMENTO MORAL

Sem embargo, a comunidade terapêutica estudada é definida pela equipe dirigente como “ministério de recuperação de usuários de drogas” e, apesar de sua recente história, já possui uma estrutura interna bem definida. Chama atenção a abrangência da comunidade terapêutica, que atende atualmente mais de 1.000 (mil) usuários de SPAs em suas 11 (onze) unidades, distribuídas em 10 (dez) estados brasileiros – entre o início da pesquisa no ano de 2008 e a redação final desse trabalho, em 2011, 4 (quatro) novas unidades foram inauguradas, e mais uma unidade está em construção, com previsão de inauguração ainda em 2011.

Em estatuto próprio, acessível ao público, inclusive aos candidatos ao seu programa – homens entre 18 e 40 anos que se voluntariam ao tratamento – e suas respectivas redes sociais de origem, são descritas as finalidades institucionais:

ajudar pessoas de comunidades carentes que querem sair do submundo das drogas, mas sozinhos não conseguem. As pessoas que se envolvem com drogas que são da classe média ou a família tem condição financeira de pagar um tratamento particular, vão ter oportunidade de mudança de vida, mas as pessoas de comunidades carentes estão condenadas a hospícios, cadeia e cemitério, pois a dependência química leva a loucura, leva a cadeia e leva a morte (ESTATUTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA).

Assim como a finalidade institucional, a *metodologia* de tratamento da comunidade terapêutica também está disponível no estatuto da instituição:

Projetos: reabilitação do ser humano; recuperar sua dignidade; elevar a sua auto-estima; conscientizá-lo de que ele possui uma doença e não um desvio de caráter como prega o senso comum; reativar a auto-confiança em si mesmo; reinseri-lo no contexto religioso-espiritual, o que implica no reconhecimento de num Poder Superior maior do que ele (bondoso, compreensivo e amoroso); reintegração à vida familiar e social, transformando-o num indivíduo útil e feliz; prevenção às drogas utilizando o esporte como principal meio (ESTATUTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA).

Esse estatuto, que conduz a uma caracterização geral do programa terapêutico da comunidade, foi elaborado e modificado ao longo da trajetória institucional. Contudo, o

Pastor Isaías se refere a percalços encontrados na concepção da comunidade terapêutica, e ao modo como diversos impasses contribuíram para a elaboração de um modelo institucional “aperfeiçoado”.

As dificuldades que encontramos foram todas possíveis. Desde o local, desde a discriminação, desde a dificuldade financeira, desde, inclusive, a falta de experiência, de orientação de pessoas qualificadas, de assistência de órgãos do governo, orientação em geral. A única coisa que a gente tinha no começo era a boa vontade de se fazer a coisa, mas sem experiência, sem estrutura, sem parte financeira. Hoje não, hoje a gente tem uma estrutura fantástica. Infelizmente, a prática levou a gente à perfeição, ou felizmente. Tudo aquilo que é focado dentro de um segmento, que o propósito é um único, e você não perde o foco dele, que é a recuperação do indivíduo, a recuperação do ser humano, aí o negócio funciona (PASTOR ISAÍAS).

Inaugurada no final da década de 90, no sudeste brasileiro, por iniciativa pessoal do Pastor Isaías, a comunidade terapêutica tem uma história imbricada com seu fundador, que aos 14 (quatorze) anos iniciou o consumo de álcool, maconha e, alguns anos depois, cocaína. Em uma experiência de perdas sucessivas, relata com arrependimento o abandono dos estudos (não conseguiu completar o ensino fundamental), transtornos familiares causados por seu “comportamento viciado” e a ruptura de importantes vínculos afetivos. Após uma reflexão sobre as perdas causadas pelo abuso dessas substâncias, inicia-se um período em que Isaías busca sua própria recuperação, com participações freqüentes nas reuniões dos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). No início da década de 80, conciliou as reuniões nos mencionados grupos de auto-ajuda com o trabalho em uma empresa de representações e comércio. Dedicou-se, também nesse período, à prestação voluntária de serviços comunitários em um hospital de internação de usuários de SPAs.

Contudo, relata que em meados da década de 90 um novo “ciclo de sofrimento” tem início, pois um de seus filhos inicia o consumo de drogas. Esse fato funcionou como uma motivação para que fundasse a instituição e forneceu elementos para a construção de seu posicionamento a respeito do consumo de “drogas”, como o observado em seu discurso proferido em espaço público para representantes da sociedade civil e política da Bahia:

Eu senti na própria pele o que é ter um filho viciado, ele fez uso das drogas aos quatorze anos e foi resolvido o problema dele com muita luta, com muito sacrifício. [...] É muito difícil o tratamento, e qual seria a solução? Bem, a repressão aos traficantes, a mesma [repressão] das drogas, a prevenção através da política e o tratamento através do trabalho social dos pastores ou com as demais instituições que fazem esse trabalho. Eu senti na própria pele o que é ter um filho drogado, porque quando um filho está nas drogas, se arrebatam as estruturas da família, arrebatam a estrutura do ser humano. Quando meu filho começou a usar drogas, o meu lar, a minha casa desmoronou, tudo veio abaixo. Eu quase acabei com o meu

casamento e cheguei ao ponto de quase tirar a vida do meu próprio filho. Só não tirei porque deus arranhou uma providência e não permitiu que isso acontecesse de fato, mas a situação me levou e foi por muito pouco que eu não tirei a vida do meu próprio filho. Como tem assim, a polícia mata o usuário de drogas, o traficante mata, mas pai e mãe estão matando seus próprios filhos com o problema do crack. Outro dia, a própria mãe tirou a vida do seu único filho no Rio Grande do Sul, porque não agüentava mais com o desespero dela. Já que nós estamos aqui reunidos e falando a respeito do crack, todo mundo tem que saber que o problema do crack é muito maior, muito maior! Hoje o problema do crack não é só das grandes cidades não, agora é da cidadezinha do interior, da cidadezinha que não tinha problema com a violência, podia dormir com janela aberta, com as portas abertas. Agora, estão todas de grades! Sabe por quê? Chama-se crack, crack! Solução sim! Existe solução sim! Principalmente quando os homens e mulheres se reúnem num lugar como esse aqui e começa a se falar sobre isso. Só não existe solução pra morte, pro resto tudo existe solução (PASTOR ISAÍAS).

Na fala do Pastor Isaías, nota-se com nitidez a defesa intransigente do discurso proibicionista, na qual ancora de forma auto-evidente ações policiais e individuais violentas na argumentação da “justiça” e do “desespero de famílias” vitimadas por usuários de “drogas”. Também, percebe-se que as finalidades supracitadas da comunidade terapêutica corroboram com a perspectiva de “pânico moral” com relação à expansão do consumo de “drogas”, em especial do crack, nas últimas décadas. Principalmente por estabelecer uma demonização do “submundo das drogas”, essa perspectiva o compreende como um mal em si, sem nenhuma qualificação (BECKER, 2008). Também a possibilidade do “uso controlado”, como sugerem Zinberg (1984), Bucher (1996), Grund (1993), MacRae (2000, 2004A, 2004B, 2009) ou Velho (1974, 1981, 1998) é descartada. Em lugar disso, a carreira dos usuários de “drogas” é percebida como uma progressão negativa: o consumo experimental ou irregular necessariamente significará a primeira etapa do consumo abusivo.

Ainda sobre a orientação proibicionista do Pastor Isaías, é interessante notar em seu discurso, a demonização que realiza da SPA crack – que acredita que sozinha tem o poder de levar pais a matarem seus próprios filhos, como ele próprio foi tentado a fazer, na relação com seu filho, e de introduzir a violência em contextos pacificados – e a legitimação da proposição de uma sociedade abstinente e livre das “drogas”. Como solução desses “males”, enfatiza a ação de grupos religiosos que atuam na rede de atenção a usuários de SPAs, explicitando a relevância das comunidades terapêuticas como mecanismo adequado de governo de usuários de “drogas” que perderam o controle sobre suas próprias vidas. A respeito disso é apropriado pensar o Pastor Isaías como um cruzado de uma missão vista como sagrada, como sugere Becker (2008), um empreendedor que além de estar

interessado em difundir sua própria moral, acredita verdadeiramente que a adoção dessa moral é o mais correto para todos.

Não obstante, a respeito do destino de seu filho, optou por não pôr fim a sua vida e preferiu interná-lo. É precisamente durante o tratamento do filho, que Isaías resolveu iniciar, em sua própria casa, a comunidade terapêutica que hoje é objeto da presente pesquisa. Com esse empreendimento buscou oferecer ajuda a famílias que compartilhavam da mesma história que a sua, mas que não dispunham de recursos para internar seus filhos em clínicas particulares. De acordo com Isaías, não havia na região em que morava tratamento qualificado na rede pública para atender usuários de “drogas”. Relata, também, que o *vício* de seu filho representou um impasse nesse primeiro momento em que concebeu a comunidade terapêutica:

Eu já tinha começado nesse trabalho e tinha um filho ainda em tratamento. Uma das dificuldades no começo tremenda, né? O camarada não consegue nem tirar o filho das drogas e quer tirar o filho dos outros (PASTOR ISAÍAS).

No que tange a essa questão, Becker (2008) entende que o destino de muitos cruzados ou empreendedores morais é o de tornar sua preocupação uma ocupação. Esse autor sugere que a ênfase desmedida sobre o problema ao qual a preocupação está relacionada objetiva justificar a existência de sua ocupação. Por outro lado, visando à manutenção de sua ocupação, o cruzado deve apontar a eficácia do mecanismo moral de seu empreendimento.

Portanto, organizações de imposição, em particular quando estão em busca de recursos, oscilam em geral entre dois tipos de afirmação. Primeiro, dizem que, em decorrência de seus esforços, o problema a que se dedicam se aproxima de uma solução. Mas, ao mesmo tempo, dizem que o problema está talvez mais grave que nunca (embora não por culpa delas próprias) e requer um esforço renovado e intensificado para mantê-lo sob controle. Encarregados da imposição podem ser mais veementes que qualquer pessoa em sua insistência de que o problema com que devem lidar continua presente, de fato mais que nunca. Ao fazer essas afirmações, esses encarregados da imposição fornecem boa razão para que a posição que ocupam continue a existir (BECKER, 2008, p. 162).

Desse modo, pode-se perceber que a veemência com que o Pastor Isaías defende seu posicionamento de demonização do consumo de “drogas” é motivada por uma preocupação humanitária que embasa um empreendimento que, de fato, aspira amenizar aflições humanas. Contudo, a partir da inauguração da comunidade terapêutica, essa preocupação se torna também uma ocupação, o trabalho ao qual dedica todos os seus esforços. Portanto, visando ao assentimento da moral que profere e ao respeito social de seu empreendimento,

há necessidade de enfatizar aquela preocupação humanitária inicial e de reforçar o trabalho desenvolvido pela comunidade terapêutica como solução ideal para essa preocupação.

## 5.2 A DINÂMICA FINANCEIRA AUTO-SUSTENTÁVEL E O PLANO DE CARREIRA DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Na origem do empreendimento inaugurado pelo Pastor Isaías, a comunidade terapêutica se esbarra em problemas estruturais e financeiros que o conduziram à concepção de um modelo institucional auto-sustentável. Ao optar por oferecer um serviço de recuperação de usuários de SPAs para as classes populares, desprovidas de recursos, e por não haver políticas de financiamento público para comunidades terapêuticas na época – fato que o Pastor ressentia –, percebeu que não conseguiria fazer “a coisa acontecer”: precisava de uma estrutura institucional adequada e, para isso, superar restrições orçamentárias. Resolveu aplicar sua habilidade empreendedora de compra e venda de mercadoria, que adquiriu através da sua experiência profissional, e empregar a força de trabalho dos internos.

Logo, a partir da necessidade de obter recursos para manter a instituição, emerge, no programa terapêutico da comunidade, o trabalho compulsório, justificado oficialmente pela necessidade de *re-socialização* dos internos. Como contrapartida do trabalho prestado à comunidade terapêutica os *alunos* recebem tratamento gratuito na instituição e participam, de forma irrisória, de parte dos lucros obtidos pelo trabalho realizado:

[A comunidade terapêutica] é auto-suficiente. A gente não precisa de dinheiro do governo, do Estado e nem das próprias famílias. Porque nós ajudamos as pessoas sem cobrar mensalidade. É a única das casas de recuperação que não cobra mensalidade para as famílias para o tratamento de dependente. Isso não significa que, por exemplo, se nós tivéssemos condições, quanto mais condições quanto mais vidas, com certeza. Nós também trabalhamos dentro de um limite, para que não fuja à qualidade do tratamento e à qualidade da estrutura e de tudo que é dado para os alunos (PASTOR ISAÍAS).

Assim, a comunidade terapêutica, organizada sob a lógica empresarial do Pastor Isaías, expressou grande potencial lucrativo, visto que a força de trabalho não representaria custos significativos – pois os *alunos* desempenhariam o trabalho. Como consequência, o modelo

de auto-sustentabilidade da comunidade terapêutica ampliou de forma rápida a capacidade financeira da instituição e gerou, conseqüentemente, a oferta de vagas, a demanda crescente por força de trabalho e a necessidade de expansão estrutural para comportá-la.

Outro aspecto interessante diz respeito à natureza ambígua do trabalho desenvolvido pelos *alunos* – que será descrita mais detalhadamente no capítulo subsequente: o Pastor Isaías responsabiliza-se pela compra de mercadorias de bem inferior (dentre elas, peças de canetas, chaveiros, lanternas de bolso e capas de aparelhos telefônicos móveis), que são montadas na instituição por *alunos*, anexadas a um panfleto da instituição, e vendidas como *kits*, posteriormente, também por *alunos*, em ônibus municipais e intermunicipais, que descrevem seus itinerários nas proximidades de cada unidade da comunidade terapêutica:

Essa idéia de [venda de mercadorias em] coletivos veio de encontro primeiro para a situação financeira e [...] a experiência que eu tenho, né? De ir de ponto em ponto com mercadoria. Foi onde eu sempre ganhei, foi comprando e vendendo as coisas. Eu sempre trabalhei com compra e venda, [...] e coloquei isso em prática (PASTOR ISAÍAS).

Primeiramente, esse aspecto propicia certa abertura no modelo semi-fechado da estrutura da comunidade terapêutica, pois introduz de forma acintosa a permeabilidade da comunidade terapêutica à sociedade mais abrangente. Contudo, embora os *alunos* realizem parte do trabalho no mundo exterior à instituição, esse trabalho é cercado de cuidados, vigilância e marcadores de distinção (como uso de uniforme, por exemplo), que simbolizam barreiras que os distanciam da sociedade externa. No entanto, mesmo considerando o esforço da equipe dirigente de controlar os *alunos* na realização do trabalho, é possível perceber uma relativa diluição do poder total da comunidade terapêutica, pois é através do trabalho que o mundo (institucional) dentro de outro mundo (a sociedade) é tensionado.

Também, longe de preparar os *alunos* para a “vida em sociedade”, como defende o Pastor Isaías, o trabalho de venda de mercadorias não estimula re-socialização dos *alunos*, pois não existe qualquer equiparação deste com o mercado formal de trabalho. Antes, o trabalho institucional significa um meio possível de subsistência da comunidade terapêutica, e apenas isso, pois não capacita nem representa, para o *aluno*, o seu retorno ao mundo do trabalho. Nesse sentido, Dias (2008, p. 158) sugere que esse tipo de trabalho, inclusive, pode ter efeito contrário ao pretendido:

Recrudescendo sentimentos de injustiça, descrença na sua capacidade produtiva, desvalorização de si mesmo enquanto ser humano, sentimento de indignidade, e a

percepção da dificuldade ou impossibilidade de reintegração social por meio do trabalho.

Ainda, a abordagem dos *alunos*, no trabalho de venda de mercadorias, prioriza o apelo aos clientes com relação a suas carreiras infelizes na interação com as “drogas”, e, principalmente, a divulgação do programa terapêutico institucional. Desse modo, as mercadorias são vendidas pelos *alunos* não por seu valor de uso, mas como símbolo da solidariedade dos clientes com relação às carreiras e do assentimento com a moral da instituição. Frequentemente, nas entrevistas de campo, os *alunos* relataram as dificuldades encontradas em expor suas histórias de vida a estranhos, como meio de realização do trabalho e de dar continuidade ao tratamento. Entretanto, a equipe dirigente, visando estimular os *alunos* ao trabalho, enfatiza a percepção de que a *libertação* das “drogas” será alcançada mediante essa atividade, que seria redentora de um passado pecador:

Mas aqui não foi fácil, teve dificuldade. O pior era a timidez de fazer o trabalho do ônibus. O que me ajudou é que eu lembrava das coisas que eu fazia e não tinha vergonha, então eu não podia desistir de fazer um trabalho que ia me dar libertação. E eu não podia voltar pra casa mais uma vez derrotado. O pessoal aqui ajudou, me deram força no começo, me incentivavam. A gente lá fora ficava fora da realidade, e o cara que é usuário de droga tem que escutar a realidade, pra gente enfrentar, tem que ser realista (IMAEL, *aluno* há três meses na CT).

Além disso, outro elemento indispensável na composição dos *kits* vendidos pelos *alunos* são os panfletos informativos – muitos *alunos*, inclusive, relatam que tiveram acesso à instituição através desses panfletos. Assim como divulgam ativamente a instituição, disponibilizando seus contatos, esses panfletos informam seus dados bancários, potencializando a arrecadação geral da comunidade terapêutica, através da doação de particulares. Segue o modelo utilizado na confecção dos panfletos:

QUADRO 1: CONTEÚDO DO PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA
FRENTE
Nome da instituição
"Doações": dados bancários
Endereço
"Internações ligue": telefones
Site e e-mails
VERSO
Lista das unidades estaduais da instituição com endereços e telefones
Trecho de um salmo bíblico
"Presidente e fundador da instituição social resgatando jovens das drogas e do alcoolismo, reconstruindo famílias, conscientizando às pessoas da epidemia das drogas no nosso país".
"Diga não às drogas que estará dizendo não à violência"
"Doações": dados bancários

Portanto, ao passo que constitui a manutenção da comunidade terapêutica, o trabalho também significa maior divulgação da instituição, igualmente, a um baixo custo.

Logo, em 2001, após 3 (três) anos inaugurada a comunidade terapêutica, o Pastor Isaías inaugura uma segunda unidade no estado do Rio de Janeiro e inicia sua expansão por todo o país:

O trabalho foi aos poucos, nós fomos moldando, aliás, nós fomos moldados a cada dia, a cada ano, fomos aprendendo com os erros o que era certo. Os erros nós não cometíamos, fomos aprendendo com nossos próprios erros e fomos botando tudo pra funcionar pra chegar na forma que chegou hoje (PASTOR ISAÍAS).

Com a rápida ampliação institucional em unidades distribuídas por diversos estados brasileiros, o Pastor Isaías se torna, gradativamente, gerente de seu empreendimento e se afasta das atividades cotidianas da comunidade terapêutica. Como conseqüência disso, distribui entre *ex-alunos*, que completaram o tratamento na própria comunidade terapêutica, cargos de confiança, e eles passam a assumir a responsabilidade pela direção e atividades relacionadas ao funcionamento das unidades que inaugura. Esse aspecto

administrativo é fundamental para compreender a composição do quadro funcional de cada unidade, que se define, grosso modo, da seguinte forma:

- 1) Presidente da comunidade terapêutica – Pastor Isaías;
- 2) Diretor de unidade;
- 3) 3 (três) obreiros auxiliares.

Afastado das atividades cotidianas da comunidade terapêutica, o Pastor Isaías deu início a sua trajetória política, candidatando-se a cargos políticos e obtendo quantidade de votos insuficiente para se eleger. Sobre isso relata que sua maior dificuldade nas candidaturas se refere ao fato de estar radicado na cidade de Salvador há poucos anos.

Embora cada diretor e obreiro auxiliar limite suas atividades a uma unidade específica da comunidade terapêutica – inclusive, a equipe dirigente, em geral, reside na unidade em que trabalha –, há certa flexibilidade na dinâmica institucional que permite, de acordo com os interesses do Pastor Isaías, certa movimentação deles entre as unidades. Esse é o caso relatado pelo obreiro auxiliar Tiago, que trabalha na unidade do Paraná, mas esteve na unidade da Região Metropolitana de Salvador (RMS), durante 3 (três) meses, a convite do Pastor Isaías, para auxiliá-lo em sua campanha política.

Portanto, além de comportar os interesses morais, políticos e materiais do Pastor Isaías, a comunidade terapêutica admite para a equipe dirigente *alunos* que concluíram a recuperação, e que passam a vislumbrar um plano de carreira dentro do universo institucional. Esse plano de carreira envolve privilégios e o desenvolvimento de laços de confiabilidade com o Pastor Isaías, que define e nomeia *alunos* para ocupar posições de obreiros auxiliares e de diretor, formando a equipe dirigente de cada unidade. Em geral, tornam-se diretores os obreiros que se destacam no cumprimento das atribuições na unidade.

Obreiro ele tem que tá na casa dois anos, três anos. O cara pra ser obreiro ele tem que ter o tratamento concluído e mais de um ano de casa. Para o cara ser diretor de uma casa, ele tem que se importar, ter amor pelo que faz. Primeiro passo é que ele tem que se esforçar (PASTOR ISAÍAS).

Ao mesmo tempo, o plano de carreira dos *alunos* na instituição é um dos elementos mais importantes da expansão da comunidade terapêutica. Em primeiro lugar, para inaugurar uma nova unidade, o Pastor Isaías não necessita de uma avaliação prévia das dinâmicas locais a respeito da demanda pelo serviço que oferece, pois os candidatos à

recuperação em seu programa terapêutico são necessariamente transferidos de estado assim que admitidos na comunidade – essa transferência é requisito indispensável ao tratamento. Em geral, a origem de serviços de atenção a usuários de SPAs costuma ocorrer conforme a observância do crescimento de uma demanda local por esses serviços. Contudo, no caso da comunidade terapêutica estudada, ocorre o contrário: ela primeiro se instala em determinada região, recebe *alunos* de outros estados, para depois obter candidatos da região ao seu programa terapêutico, a partir da divulgação realizada pelos seus *alunos* que foram transferidos de outros estados brasileiros. Trata-se, portanto, de um serviço oferecido sem compromissos restritos com uma comunidade moral específica.

Logo, assim que percebe que a estrutura institucional das unidades existentes não comporta a demanda geral de candidatos, o Pastor Isaías elege uma cidade – invariavelmente na região metropolitana de uma das capitais dos estados brasileiros – para inaugurar uma nova unidade, que imediatamente recebe o excedente dessa demanda, através da transferência de candidatos. Sobre isso, é importante ressaltar que o projeto do Pastor é contemplar com uma unidade da comunidade terapêutica todos os estados brasileiros. Por conseguinte, emerge como preocupação do Pastor Isaías a formação de um quadro funcional de uma equipe dirigente que ocupe e dê início às atividades na nova unidade. Esse quadro funcional, como já foi dito, é composto, quase que exclusivamente, por *ex-alunos* que completaram o tratamento na comunidade terapêutica e decidiram dedicar suas vidas a ela, contemplados pelo mencionado plano de carreira institucional.

Outro aspecto digno de nota se refere à contratação de profissionais, necessária ao cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que define a obrigatoriedade mínima de profissionais que atuem em comunidades terapêuticas, a fim de comprovar o caráter psicossocial de seus programas terapêuticos. Assim, embora eu nunca os tenha encontrado durante a pesquisa empírica, o Pastor Isaías me informou que para o quadro funcional geral da comunidade terapêutica, além da equipe dirigente de *ex-alunos*, foram contratados dois funcionários, que respondem por todas as unidades da comunidade terapêutica no Brasil: uma psicóloga e um advogado. Também, relata que freqüentemente realiza uma articulação com universidades, visando ampliar o apoio profissional ao seu empreendimento.

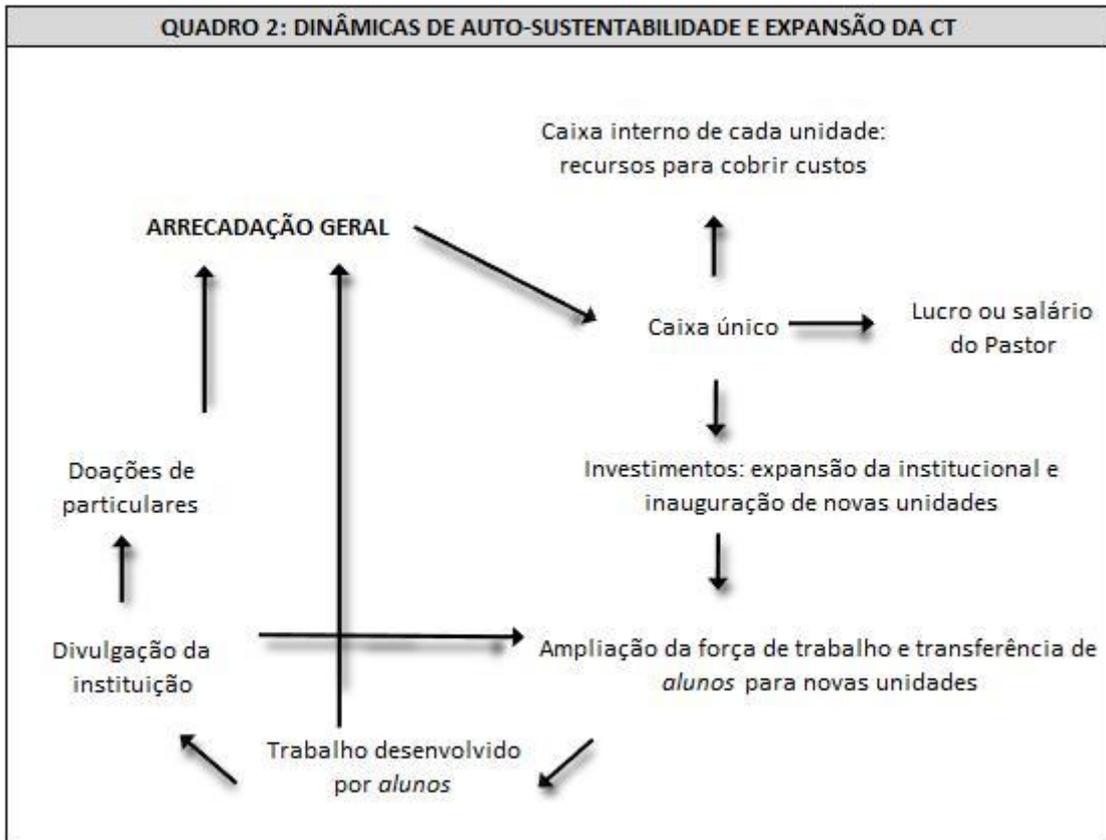
Isso é lei, né? Mas isso é a parte mais fácil da coisa. Porque tem as pessoas que trabalham e você pode estar contratando. Tem as pessoas estão se formando e que acabaram de se formar na faculdade, que é a custo zero, porque elas estão querendo buscar experiência, estão de pronto ali pra prestar serviço ali voluntário pra adquirir experiência, pra conseguir certificado de prova e tudo. Isso não tem dificuldade, inclusive nós temos psicóloga e advogado que assinam pela instituição. Assim, nós não temos presente, mas nós temos os profissionais porque senão a gente não teria a documentação que nós temos dificuldade de ter (PASTOR ISAÍAS).

Questionado sobre a necessidade de profissionais, o Pastor Isaías responde que essa é uma “preocupação burocrática”, que visa apenas ao acesso da comunidade terapêutica à documentação necessária para funcionamento. Essa maneira particular de se comprometer com as exigências legais necessárias, diz respeito claramente à percepção e defesa do programa terapêutico da comunidade como modelo ideal, na qual esse tipo de exigência aparece como obstáculo incômodo que requer estratégias pragmáticas de superação.

Ainda sobre isso, de acordo com o Pastor Isaías, a comunidade terapêutica é “vítima” constante das investidas dos órgãos públicos de fiscalização e controle. A ANVISA, por exemplo, realiza visitas periódicas à instituição, instruindo sobre seus direitos e deveres. Além disso, a comunidade terapêutica não é registrada na Associação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (ABRACT), nem tampouco na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) – organizações que têm como finalidade congregar as comunidades terapêuticas brasileiras que objetivam a prevenção, recuperação e a reinserção social dos usuários abusivos de SPAs. Através da ANVISA, no entanto, a instituição foi mapeada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e, em função disso, não atua mais na clandestinidade, como tantas outras comunidades terapêuticas:

Nós estamos encontrados na Região Metropolitana de Salvador e tem uma burocracia da parte da prefeitura ou do cartório ou não sei, eu não consigo entender ainda, por exemplo do termo de renovação do alvará de funcionamento. Ai eles vão lá, a vigilância sanitária, vai lá e pede pra preencher outro documento, ai a gente faz tudo novo. Só pra você ter uma idéia do que nós fizemos pra vigilância sanitária, a gente teve até que colocar protetor de tomada nas tomadas, entendeu? Ai vai fazer uma lista, né? Olha, precisa papel toalha nos banheiros, precisa saboneteira, nós colocamos colocamos três, a saboneteira tem que ser líquida, colocamos três. Precisa cobrir ali aquela área toda, precisa saber o ph, o ph da água da piscina e fazer uma lavagem semanal e colocar os produtos dentro. Precisa colocar os protetor das tomadas, colocamos. Precisa colocar o piso, o piso ali precisa ser substituído, colocamos. E ai vai, tudo que a gente tem. Ai você dá entrada e fica um mês, dois meses, três meses. Eu chego e falo: faça uma lista, me passa uma lista, ai eu sou picuinha e faço o dobro. Você me pede que eu instale um chuveiro, eu instalo três, quatro de água quente. Você pede que eu instale o piso pelo menos até meia parede, eu fiz a parede toda. Eles pedem, o piso tá rachado, eu mando trocar o piso do quarto todo, e ai vai. Pra não ter condições, que eles inventam. Mas tem dificuldade, tem coisas que a gente passa o ano todo e não consegue resolver (PASTOR ISAÍAS).

A propósito do movimento de expansão, com transferência de *alunos*, inauguração de novas unidades e os ganhos materiais da comunidade terapêutica, elaborei – com base nas entrevistas que realizei com o Pastor Isaías, com o diretor e obreiros auxiliares da unidade da Região Metropolitana de Salvador, e da observação de conversas informais entre esses atores – um quadro que esboça, de modo simplificado, a dinâmica de auto-sustentabilidade institucional:



Esse quadro dispõe a “arrecadação geral” da instituição, centralizada em um “caixa único” controlado pelo Pastor Isaías, que se distribuí em passivos – a transferência de recursos para o “caixa interno” de cada unidade, visando cobrir seus custos, e o lucro ou salário do Pastor Isaías; e ativos – investimentos na expansão da estrutura institucional e a inauguração de unidades. Esses investimentos possibilitam a ampliação da força de trabalho da comunidade terapêutica e a transferência dos *alunos*, que constituem essa força de trabalho para as novas unidades. A partir desse ponto, 3 (três) movimentos são iniciados: no primeiro, o trabalho desenvolvido por esses *alunos* gera a principal fonte de recurso institucional, que compõe a maior parte da “arrecadação geral” da instituição; no segundo, esse trabalho divulga a comunidade terapêutica, potencializando doações de particulares – como já foi

explanado anteriormente; e, no último, essa divulgação atua ativamente na ampliação da força de trabalho, na medida em que a instituição se torna mais conhecida e a demanda por seus serviços é incrementada.

Alguns aspectos a respeito da elaboração desse quadro devem ser indicados a fim de não induzir o leitor a enganos. Primeiramente, como já foi dito, esse quadro representa apenas um esboço da dinâmica institucional, podendo haver variações e informações que nele não são contempladas. Em seguida, circula na dinâmica proposta apenas o capital econômico (financeiro) da comunidade terapêutica, e, talvez, o capital social e político do Pastor Isaías tenham peso relevante nas definições sobre o capital global da instituição (BOURDIEU, 1996), introduzindo novos elementos passíveis de análise. A exemplo disso, em função da vida política do Pastor Isaías, presenciei uma reunião na instituição, em 2010, com empresários locais dispostos a financiar sua candidatura a cargo público. Assim, acredito que pode haver uma relação direta entre as contas pessoais do Pastor Isaías e as contas da comunidade terapêutica.

Percebe-se, desse modo, que a comunidade terapêutica, em função da ampliação de seus ganhos e de um notável sucesso, representa um ponto de uma vasta rede de interesses que não se esgota nos limites institucionais: parte de uma cruzada moral contra as “drogas” e torna-se rapidamente um empreendimento material e político bastante lucrativo.

### 5.3 OS DEMÔNIOS INSTITUCIONAIS

Como já foi dito anteriormente, o programa terapêutico institucional prioriza a articulação do trabalho, da religião e da disciplina, como elementos que potencializam a recuperação de usuários de “drogas”. Além de incluir em seu programa terapêutico o trabalho compulsório de *alunos* – como instrumento que objetiva oficialmente a *re-socialização dos alunos* –, a religiosidade é introduzida na lógica institucional através das práticas religiosas institucionais. Portanto, analiso nesse tópico a disposição específica da religião para forjar uma concepção própria de *vício* e de *libertação*, a partir da relação do Pastor Isaías com o campo neopentecostal brasileiro. Nesse sentido, compreendo a

comunidade terapêutica como um universo teológico-institucional, no qual o elemento religioso se apresenta não apenas como instrumento eficaz na disputa por espaços e arregimentação de adeptos, mas também capaz de re-significar a experiência do consumo abusivo de “drogas” e hábil para estimular determinados valores e modelos de comportamento.

Embora não tenha vivenciado em sua formação a religiosidade, a história de vida de Isaías esteve marcada por sofrimentos que o conduziram à experiência cognitiva e emocional com o sagrado e a filiação institucional com a religião. Ainda na década de 90, estimulado por sua esposa evangélica, começou a freqüentar, de maneira irregular, os cultos ministrados pela Igreja do Evangelho Quadrangular. Revela que buscava na religião algo que havia encontrado apenas no “submundo das drogas” e que sua recuperação o teria deixado com um “vazio no peito”. Assim, objetivando superar os transtornos decorrentes do envolvimento de seu filho com as “drogas”, estreitou vínculos com essa igreja, pois encontrou receptividade, apoio espiritual e solidariedade do Pastor Adonias, líder de um projeto voltado para usuários de “drogas” vinculado à Igreja do Evangelho Quadrangular.

No momento inicial de fundação da comunidade terapêutica, Isaías se articula com o Pastor Adonias e introduz a atividade religiosa como fundamento da comunidade terapêutica. Visando oferecer um “alicerce espiritual” para os internos, Isaías propõe que eles participem diariamente dos cultos ministrados pelo Pastor Adonias, sempre após as atividades laborais. Contudo, ao passo que a comunidade terapêutica começou a se expandir, Isaías e o Pastor Adonias romperam a aliança formada, e Isaías inaugura, ainda em sua casa, seu próprio ministério:

No começo [o ministério] era principalmente na igreja que eu freqüentava, era do projeto do pastou Adonias, um projeto muito bom. Foi quando eu me afastei do ministério que eu freqüentava [que foi criado meu próprio Ministério]. O pastor da igreja onde eu freqüentava, ele fazia esse trabalho de recuperação. Foi onde o meu filho se tratou. Ai ele disse pra mim que não teria condições de ministrar, de fazer esse trabalho lá, ele achou que naquela época que não tinha capacidade de administrar e fazer a coisa acontecer (PASTOR ISAÍAS).

Desse modo, Isaías assume as atividades religiosas da comunidade terapêutica, mesmo sem ter formação de Pastor. Entretanto, com o passar dos meses, percebendo as dificuldades em ministrar cultos, inscreve-se no curso de teologia da Igreja do Ministério Quadrangular, como descreve:

Eu fiz um trabalho sem ser pastor, agora pastor eu comecei depois do projeto em andamento, eu fiz por essa, essa, da consagração pelo Ministério Quadrangular. Eu freqüentei e fiz Curso de Teologia. Eu fazia o curso de teologia, entendeu? Eu não tinha nenhum interesse em ser pastor, nunca tive esse tipo de pensamento. Foi uma coisa que aconteceu, assim, bem sutil. Foi uma coisa assim, natural. [No nosso Ministério], nós somos evangélicos, mas não seguimos nenhuma denominação, somos um Ministério independente (PASTOR ISAÍAS).

É, portanto, nesse período de dissidência do Ministério da Igreja do Evangelho Quadrangular, que o Pastor Isaías passa a reconhecer a comunidade terapêutica como um “ministério de recuperação de usuários de drogas”, marcando a íntima relação das práticas religiosas da comunidade terapêutica com o campo religioso neopentecostal brasileiro.

Sobre esse último aspecto apontado, faz-se necessário mencionar que o crescimento, a partir da década de 50 do século passado, do pentecostalismo no Brasil, sucedeu também em função de dissidências, como aponta Almeida (2001, p. 2):

Ocorreu [...] a multiplicação das alternativas religiosas, encontrando sua expressão máxima entre os evangélicos, cuja fragmentação institucional é estrutural ao seu próprio movimento de expansão. Nesse processo sempre renovado de divisão por “cissiparidade”, as denominações continuamente dão origem a novos grupos.

Além disso, para esse autor, seria apropriado pensar o campo neopentecostal brasileiro a partir de uma metáfora com o mercado, pois a racionalização do sagrado passou a representar a busca pela “[...] transformação das crenças em mercadorias a serem consumidas pelos adeptos que, volúveis, escolheriam os produtos segundo suas necessidades imediatas” (ALMEIDA, 2001, p. 2). Ainda, o fracionamento institucional religioso foi capaz de potencializar a liberdade e autonomia das dissidências, que objetivam arregimentar adeptos a partir de mensagens de salvação e linguagem apropriadas e direcionadas a públicos específicos. Por conseguinte, as aflições humanas contemporâneas foram incorporadas como bens de salvação pela religião, ampliando significativamente a atuação de instituições religiosas (MARIANO, 1999).

A breve menção a esse contexto é capaz de fornecer pistas para solucionar uma questão que aparece como preocupação de fundo sobre a qual se estrutura esse trabalho: o que permitiu a rápida difusão das comunidades terapêuticas evangélicas nas últimas décadas? Visto que o neopentecostalismo foi um movimento religioso capaz de extrapolar as práticas propriamente religiosas e propor maior participação na sociedade, a mensagem de libertação cristã evangélica neopentecostal alcançou, de forma estruturada e institucionalizada, o universo de aflições humanas decorrentes de sua interação com as

“drogas”. Posto de outro modo, se historicamente a religião, e especialmente o cristianismo, estimulou valores e modelos de comportamento, é aqui que a apropriação das “drogas” como mecanismo de controle é possibilitada pela expansão institucional de comunidades terapêuticas como bem de salvação.

Logo, compreendo a comunidade terapêutica estudada não como caso único, mas, no mínimo, paradigmático, que permite elucidar alguns traços da expansão e variedade das comunidades terapêuticas em geral. Nesse trabalho, portanto, entendo dois fenômenos fundamentais que se colidem: o primeiro diz respeito à expansão religiosa neopentecostal nas últimas décadas, com ampliação de adeptos e intenso proselitismo, e a eficácia específica da religião em fornecer respostas às aflições humanas; o segundo, de ordem política, na qual as comunidades terapêuticas assumem o espaço deixado pelo estado, ofertando serviços dos quais há demanda social.

Intensifica-se, assim, nesse campo de governo de usuários de “drogas” – as comunidades terapêuticas evangélicas – uma visão particular que entende a interação entre homens e SPAs como problema moral e religioso: o consumo de “drogas” é percebido como “fraqueza de espírito” e desapego com deus, que permitiram que o demônio conduzisse a vida dos usuários. Assim, a “droga” passa a significar um instrumento utilizado pelo diabo para arruinar vidas e o “viciado” um sujeito que não desfruta de liberdade ou autonomia, pois o sentido específico do sofrimento é encontrado na conseqüência da ação direta do demônio, e sua *libertação* se dará apenas por meio da experiência com deus.

Além de fornecer resposta imediata às ansiedades de parte da população, as comunidades terapêuticas evangélicas forjam uma solução definitiva para o passado pecaminoso do usuário de “drogas”: a adesão aos seus programas terapêuticos, e, conseqüentemente, a aceitação da palavra de deus e a *libertação* do diabo, que implicam diretamente nas idéias de pecado, culpa pessoal e arrependimento (ALMEIDA, 2009):

Eu não sou contra a nenhum tipo de fé. Eu acredito, eu tenho minha maneira de acreditar em deus e respeito a maneira das outras pessoas e não forço nada. Fé é uma coisa natural, entendeu? É motivo de eu sair pro ministério e pensar: eu consigo fazer uma pergunta pro pessoal [alunos], pros meninos, que é assim que eu os chamo todos, quem que chegou próximo da morte e o que que eles pensaram na hora? Quem eles pensavam na hora, mãe, pai? Quem foi que eles pensam, pra quem eles pensam, ou aqueles que chegaram próximo a morte. Eles falam: em deus. Não foi! Foi em si mesmo, porque eles estavam sob o domínio do inimigo [demônio]. Eu quero apresentar aqui pra vocês aqui, quando vocês tiverem num momento de tribulação, fraqueza, quando precisa de tratamento, esse deus aqui

que na hora do aperreio, na hora do desespero que vocês tão, que vocês vão pedir. E essa é minha maneira de pregar o evangelho e o cristianismo pra eles. Esse é meu ministério, que é um ministério de casa de recuperação de tratar dependente químico, de libertar eles do satanás. Não é um outro, entendeu? O que nós fazemos é focar nesse objetivo, por isso que nossos cultos são direcionados à motivação, à recuperação do usuário de droga. É o fortalecimento espiritual deles vem do segmento que vem afetando a vida deles no pessoal (PASTOR ISAÍAS).

Aqui, além da polaridade cristã, entre deus e o diabo, ser enfatizada pelo Pastor Isaías, os sentidos das práticas religiosas se apresentam como uma busca pessoal que anseia o alívio de aflições de modo imediatista e pragmático. Observa-se, também, a extensão e propagação da mensagem de salvação cristã no deslocamento simbólico da experiência do consumo de SPAs. Nesse sentido, a associação das “drogas” ao diabo fortalece o sentimento e a postura beligerante de defesa do modelo religioso na intervenção sobre o consumo de SPAs, e a negação de outros modelos. Aqui, o comportamento religioso da comunidade terapêutica é dotado de posição belicosa e de intenso proselitismo, principalmente ao ressaltar a superioridade do deus cristão e a universalização da sua mensagem de salvação, como objetivos religiosos últimos.

Assim, a perspectiva religiosa, não apenas do Pastor Isaías, mas das comunidades terapêuticas evangélicas, em geral, sobre a importância das práticas religiosas, como melhor ou único meio de *libertação* das “drogas”, projeta sobre a religião atribuições e competências aquém da sua capacidade real. Além disso, considerando as concepções que norteiam o Estado laico, o perigo de tomar essa perspectiva como norte residiria na distorção daquilo que a religião poderia representar:

De um direito, podem passar a significar um dever, sendo que aqueles que exercem o seu direito de não-participação correm o risco de serem mal-vistos ou até mesmo perseguidos. [...] Historicamente há inúmeros exemplos de violências e crimes cometidos em nome dos mais diversos sistemas religiosos ou com a anuência deles (Dias, 2008, p. 73 e 75).

Por outro lado, segundo Dias (2008), refutar a importância e a influência das práticas religiosas sobre o comportamento de atores em recuperação seria incorrer em outro risco: o de compreendê-las de maneira instrumental, na qual seriam capazes, apenas, de fornecer benefícios materiais ou simbólicos aos atores. Sobre isso, é comum, em debates na rede de atenção a usuários de SPAs, a percepção infértil acerca de uma função alienadora das comunidades terapêuticas evangélicas. Frequentemente, a religião é percebida, no tratamento de usuários de SPAs, como mero substituto da “droga”, através da máxima em que “uma ‘droga’ estaria sendo substituída por outra”, a religião.

Ambas as perspectivas, no entanto, não dão conta de explicar como a religião é capaz de fornecer significado para experiência de consumo de SPAs: no primeiro caso porque inexistiria a possibilidade de crítica ao modelo proposto pelas comunidades terapêuticas; no segundo caso, ao eliminar a importância dessas práticas, haveria uma dissolução do elemento central do sistema social das comunidades terapêuticas evangélicas, e, portanto, a incapacidade de compreendê-las em suas ambigüidades e contradições inerentes. Antes de adotar as mencionadas perspectivas, portanto, seria necessário compreender as práticas religiosas dentro do contexto geral do sistema social da comunidade terapêutica.

Posto isso, sustento como hipótese para esse trabalho que o elemento religioso da comunidade terapêutica estudada, não atua exclusivamente no constrangimento do consumo de SPAs ou no estímulo de valores e modelos cristãos de comportamento. Antes, inclusive, de forjar concepções próprias de *vício e libertação*, mais importante é o fato de que a religião é capaz de re-significar a experiência dos usuários em tratamento, ao desempenhar um papel claro de formação de um universo cultural próprio, em redes de solidariedade e sociabilidade religiosa. Não apenas no caso específico dos evangélicos, mas outras religiões também atuam na valorização das relações pessoais, na ajuda mútua e nos laços de confiança e fidelidade, que surtem efeitos específicos em seus adeptos (ALMEIDA, 2001).

Assim, ao contrário do trabalho desenvolvido pelos *alunos* em recuperação na instituição – que deveria, como é proposto oficialmente, atuar na *re-socialização* –, a religião seria competente para, de fato, socializá-los em uma vida religiosa, na qual a abstinência pode ser exercitada diariamente.

#### 5.4 A COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Observa-se, curiosamente, que a proliferação das comunidades terapêuticas, nas últimas décadas, como organizações assistenciais, calcadas no voluntarismo e na iniciativa de grupos religiosos, ocorreu em concomitância às tentativas de consolidação das conquistas

alcançadas pela reforma psiquiátrica na rede de atenção a usuários de SPAs. Embora não seja objeto de investigação do presente trabalho a análise das causas desse fenômeno, situei-a em um cenário no qual se evidencia a fragilidade da rede pública na proposição de políticas sociais para minimizar os efeitos nocivos do consumo abusivo de SPAs – conforme apresentado no capítulo 3. Considerei, também, o crescente mercado de bens de salvação neopentecostal e o campo de luta por legitimação de instituições religiosas – como mencionado no tópico anterior –, bem como o apelo e visibilidade das questões em torno das SPAs na contemporaneidade, em especial, do crack – no capítulo 2.

Nesse tópico, discuto que a significativa participação das comunidades terapêuticas na rede de atenção a usuários de SPAs, foi acompanhada de intensa resistência dos profissionais que atuam na rede pública, principalmente daqueles imbuídos dos ideais da reforma. Posto de outro modo, a apreensão possível que se fez das comunidades terapêuticas, na rede de atenção a usuários de SPAs, privilegiou posicioná-las no extremo de um *continuum* cujo pólo oposto seria ocupado pelas noções de liberdade, autonomia e direitos de usuários. Apesar de serem paulatinamente acusadas de ferir essas noções, as comunidades terapêuticas religiosas não apenas ampliaram sua expressão na sociedade, como se tornaram progressivamente um mercado estruturado em busca de reconhecimento e de recursos públicos.

Por conseguinte, se as comunidades terapêuticas eram percebidas apenas como alternativa precária aos serviços de atenção aos usuários de SPAs na rede pública (também precários), elas passam a representar concorrência e, conseqüentemente, um impasse para efetivação da reforma e da qualificação desses serviços. Portanto, é inegável ignorar o caráter político da contraposição dos mencionados modelos de atenção. Contudo, tomo como hipótese para esse tópico de discussão, que na medida em que é fortalecida a resistência às comunidades terapêuticas e negados quaisquer que sejam seus méritos, incrementa-se a necessidade de articulação de seus dirigentes em torno de maior coesão na defesa de seus propósitos. Ou seja, a resistência gera maior coesão. Também, entendo que ao optar por assumir uma postura exclusiva de contraposição às comunidades terapêuticas, perde-se de vista qualquer tentativa de compreender o que, além de um impasse, elas representam – suas disposições, ambigüidades e contradições. Além disso, instaura-se a concepção na qual a eficácia das práticas religiosas é refutada ou diluída, visto que a

especificidade do modelo de atenção das comunidades terapêuticas religiosas reside na utilização dessas práticas como técnica de intervenção.

Portanto, acredito que para adentrar o debate acerca das comunidades terapêuticas na rede de atenção a usuários de SPAs, é necessário enfatizar a centralidade da experiência individual e dos processos de interação com as “drogas”, no âmbito de um amplo debate no campo da antropologia da saúde, que é a propriedade terapêutica da religião. Portanto, para dar continuidade à análise proposta por esse tópico, algumas reflexões serão norteadoras do debate sobre a legitimidade das intervenções propostas pelos diversos campos de saber sobre consumo abusivo de SPAs.

De que modo os discursos correntes sobre distintas intervenções são construídos, legitimam-se e diferem-se? Como esses discursos estão ancorados em uma determinação do que é considerado consumo abusivo de SPAs para cada campo? Para Csordas (2008, p. 29), “uma compreensão de cura como um processo existencial requer a descrição dos processos de tratamento e especificação dos efeitos sociais e concretos de práticas terapêuticas”. Outras questões serão levantadas no curso desse tópico, a partir da descrição de algumas observações sobre a atuação da comunidade terapêutica estudada.

No ano de 2008, em evento realizado no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad), acompanhei um debate entre profissionais da área de saúde e dirigentes de comunidades terapêuticas que atuavam na RMS. Os discursos dos profissionais de saúde convergiam para uma forte resistência ao trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas. Seus dirigentes eram questionados sobre os métodos e funcionamento da intervenção no consumo abusivo de SPAs, a partir de parâmetros próprios que legitimavam a prática dos profissionais de saúde. O debate esteve centrado nas seguintes questões:

- 1) Por que as comunidades terapêuticas enfatizam e generalizam a internação de usuários?
- 2) Como seria possível atender a esse público específico sem o apoio de uma equipe tecnicamente qualificada?
- 3) Seriam as comunidades terapêuticas eficazes? Existiriam estudos comprovando resultados de eficácia?

Após esse debate, na primeira oportunidade em que estive com o Pastor Isaías,

indaguei-o sobre a relação da comunidade terapêutica estudada com a rede de atenção a usuários de SPAs. Embora seja contrário aos modelos de atenção distintos do que propõe, Isaías apresentou em seu discurso a preferência por manter publicamente um clima pacífico com profissionais de saúde, a fim de evitar tornar a comunidade terapêutica alvo de críticas:

Eu não julgo o trabalho de ninguém porque eu também não gostaria que meu trabalho fosse julgado, mas existem trabalhos importantes. Tem muita gente morrendo aí, muita gente que poderia ter uma oportunidade, nós buscamos um tratamento qualificado. Não só a gente, mas tem muita gente aí fazendo um trabalho bom. Mas a maioria não faz um trabalho qualificado por falta de apoio (PASTOR ISAÍAS).

Além disso, informou que prefere se articular com outras comunidades terapêuticas, visto que não acredita no trabalho desenvolvido pela rede pública de saúde. Relatou, inclusive, que essa articulação é fundamental para ocupar um espaço relegado pelo Estado. Também, que embora seja necessário defender as comunidades terapêuticas para manter maior coesão entre os dirigentes, muitas vezes, percebe que o que está em jogo não é a defesa de um propósito comum, mas a busca por um mercado lucrativo na atenção a usuários de “drogas”:

E qual é o trabalho importante que nós fazemos que é reconhecido pelas outras instituições? Nós estamos lotando as outras casas de recuperação, porque as pessoas que não se enquadram em nosso perfil estão buscando ajuda e a gente encaminha. Então as outras instituições estão como estão, com as casas lotadas. As pessoas estão buscando ajuda, porque existe o vício que deve ser tratado e não tem o governo fazendo a parte dele. As pessoas têm que ter a oportunidade de mudar de vida, entendeu? Então, as casas de recuperação não tem dificuldade nenhuma de pegar alunos, de pegar pessoas pra se tratar, porque essas pessoas estão largadas pelo governo. A gente já encaminha para as casas de recuperação e isso eles adoram, porque principalmente a maioria das casas cobra mensalidade, em todas eles cobram mensalidade. As pessoas a frente do trabalho conseguem ser nocivos e inocivos. E eu não acho que esteja errado, desde que faça um trabalho qualificado. O tratamento é pra tratar os fins, porque quem usa droga precisa ser tratado. Uma outra coisa que eu acho, politicamente, é que os políticos tinham que fazer a parte deles, que é o justo. Tem que ter prevenção, tinha que fazer esse trabalho. Mas eles não fazem e sobra pra gente (PASTOR ISAÍAS).

Entrevistei também, o senhor Pedro, diretor da comunidade terapêutica estudada, que assume algumas atividades extra-institucionais, participando de eventos que objetivam sua divulgação. Ele demonstrou certo incômodo com as críticas tecidas à comunidade terapêutica e devolveu essas críticas ao trazer à tona a fragilidade da rede pública e a precariedade dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde – que também havia sido pauta do debate:

A gente trabalha aqui com amor. Não fica que nem eles [profissionais de saúde] reclamando que o governo não manda dinheiro, que não tem remédio, que não

tem isso, não tem aquilo. Eles trabalham pelo dinheiro, não ganham direito e é por isso que ficam reclamando o tempo todo. Deus colocou a gente aqui com essa missão e a gente se agarra nele pra fazer esse trabalho. A gente sabe que ele não vai deixar faltar nada pra gente e é por isso que a gente encontra força. Porque não é fácil, não. Mas ele me ajudou também. Eu vim aqui me tratar, eu não tinha nada, vivia na rua. Não visitava minha mãe, minha família, só queria saber de usar [“drogas”]. Daí eu encontrei esse caminho e agora estou aqui, trabalhando. Isso é porque eu tenho fé em deus e acredito nesse caminho que ele me colocou. É por isso que nosso trabalho é sério, se não fosse por isso não tava crescendo pelo Brasil. A gente não trabalha por dinheiro, é isso que é o diferencial, a gente trabalha é por amor, pra ajudar as pessoas, porque a gente já passou pelo que elas tão passando, a gente sabe o que é isso (SENHOR PEDRO).

Um aspecto curioso, também com relação à devolução de críticas pelo senhor Pedro aos serviços públicos, diz respeito à acusação e ao argumento para deslegitimar suas práticas – que são exatamente os mesmos que embasam as críticas dos profissionais de saúde às comunidades terapêuticas:

O problema é que eles [profissionais de saúde] não resolvem o problema maior do usuário. Eles não dão um suporte religioso, não focam no aprendizado do autocontrole e da reeducação para a vida em sociedade. O trabalho deles é limitado e engana as pessoas. Eles substituem uma droga pela outra, enchem os meninos de remédio. Mas o remédio passa o efeito, ai eu quero ver (SENHOR PEDRO).

Nessa mesma entrevista, o senhor Pedro se mostrou pouco preocupado em respaldar a prática da comunidade terapêutica ou sua eficácia, em dados objetivos. Ainda que tenha revelado em números alguns resultados, não se deteve em explicar a origem deles. O que de fato ficou bastante claro, em sua fala, foi a primazia da experiência empírica da equipe dirigente da comunidade terapêutica na interação com as “drogas”, com relação ao conhecimento “teórico” dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a contraposição aos profissionais de saúde é evidente quando afirma que: “a gente sabe o que é isso, porque a gente já passou por isso” (senhor Pedro). Logo, ao privilegiar o conhecimento empírico do consumo abusivo de SPAs, destitui o saber acadêmico, disciplinar ou profissional, de importância, e legitima o programa da comunidade terapêutica. Por conseguinte, não considera relevante e passível de discussão a necessidade de demonstrar interesse em utilizar substratos próprios da ciência para legitimar a atuação da comunidade terapêutica na rede de atenção a usuários de SPAs:

Aqui a gente serve mais de instrumento de deus, a gente aconselha, orienta os meninos. Eles chegam aqui e muitos querem logo desistir. Ai eu vou e conto minha história, um dá força pro outro e eles vão ficando. Quando vê eles já estão ajudando outros que vão chegando. Porque se eu pude me livrar e estou aqui vivo, com a graça de deus, eles também podem, né? E o caminho da droga é triste, nunca tem final feliz, é isso que a gente diz pra eles.

Outro aspecto interessante a ser mencionado na relação da comunidade terapêutica com a rede de atenção a usuários de SPAs, diz respeito à contraposição de modelos de intervenção. Ao buscar relevar a competência do trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas, o senhor Pedro se opõe a alguns traços comuns presente no modelo da saúde pública. Assim, por oposição, procura defender a comunidade terapêutica de críticas, mostrando-se contrário ao trabalho desenvolvido por profissionais de saúde:

Eles [profissionais de saúde] ficam falando de tratamento psiquiátrico... não adianta botar um dependente químico num hospital e ficar dopando com remédio, isso não vai resolver o problema. O efeito do remédio passa, e aí eu quero ver. Às vezes a gente precisa levar um paciente [em situação] mais grave pra um posto de saúde, ou mesmo lá pro CAPS. Isso não é sempre, mas se precisar a gente faz. Também, deixar o usuário lá no hospital, não resolve. O usuário tem que aprender a desenvolver controle próprio da doença, ele precisa de deus, porque o vício da droga é uma doença. E também ele tem que ser reeducado pra viver na sociedade, isso eles não dizem lá (SENHOR PEDRO).

## 6 A CARREIRA DE USUÁRIOS DE CRACK NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

### 6.1 A ORIENTAÇÃO RETROSPECTIVA DAS NARRATIVAS

O que foi dito nos capítulos anteriores diz muito a respeito dos cenários mais amplos do sistema social da comunidade terapêutica estudada. No intuito de compreender como os atores buscam expressar e organizar as suas experiências, adentro, nesse capítulo, a estrutura interna das rotinas e as fases do programa terapêutico da instituição. Para tanto, levanto a questão da narrativa progressiva e dos modos particulares de como as carreiras dos internos são por eles interpretadas. Examinando o discurso dos entrevistados, entendendo-os como esforços de reconstrução biográfica, pelos quais o passado é desmantelado e reconstruído, a fim de dotar de significado a experiência presente da internação, bem como perspectivas de futuro – pois “[...] a interpretação do mundo dada por um grupo atua de modo a manter seus participantes e deve dar a eles uma definição autojustificadora de sua situação” (Goffman, 1961, p. 8).

Percebo que esses discursos revelam os sentidos do processo de mortificação do eu, no qual as concepções de si dos internos, anteriores à internação, são reinterpretadas durante a carreira institucional. Embora no contexto do universo conceitual fornecido pela comunidade terapêutica, esses processos apareçam como consequência inevitável da interação com o crack, entendo que a mortificação do eu é também possibilitada por contingências na carreira dos atores e complementada pela experiência de institucionalização.

Para começar, tomo o conceito de carreira, tal como sugerido por Goffman (1961), como elemento fundamental de compreensão da temporalidade nos estudos institucionais do eu. De acordo com esse autor, a carreira pode ser interpretada como trajetória e tem como vantagem o seu caráter ambivalente, pois:

Um lado está ligado a assuntos íntimos e preciosos, tais como, por exemplo, a imagem do eu e a segurança sentida; o outro lado se liga à posição oficial, relações jurídicas e um estilo de vida, e é parte de um complexo institucional acessível ao público. Portanto, o conceito de carreira permite que andemos do público para o íntimo, e vice-versa, entre o eu e sua sociedade significativa, sem precisar depender manifestadamente os dados a respeito do que a pessoa diz que imagina ser (GOFFMAN, 1961, p. 111-112)

Assim, foi durante a imersão em campo de pesquisa que percebi a comunidade terapêutica como um mundo social que define sentidos para interpretação de carreiras. Na narrativa dos entrevistados, a centralidade da instituição significa exatamente a inscrição e a contenção física dos atores: ela é oferecida borda, fronteira e ambiente onde se instalam juízos sobre o pensar e agir de cotidianos recortados em espaço e tempo. De acordo com Goffman (1961, p. 16), o caráter relativamente fechado das instituições totais – aqui, a comunidade terapêutica – é “[...] simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”.

Outro aspecto a ser mencionado, refere-se ao fato da dimensão espacial da instituição definir uma temporalidade narrativa própria para os entrevistados. Deve-se ao fato de as narrativas dos entrevistados serem elaboradas no contexto institucional a própria orientação das narrativas. Por conseguinte, é a partir do conhecimento de que os enredos das narrativas se encerram na experiência de internação que se pode compreender a orientação das mesmas e a seleção, por parte dos entrevistados, de eventos relevantes que irão compor suas histórias de vida. Além disso, tratar a instituição como contenção física de corpos é fundamental por revelar um meio pelo qual a mencionada relação com tempo e espaço é incorporada pelos atores que estão sob o domínio institucional.

Aqui está um ponto muito delicado para a sociologia das carreiras. Um aspecto importante de qualquer carreira é a interpretação que a pessoa constrói quando olha retrospectivamente para o seu progresso; em certo sentido, no entanto, toda a carreira do pré-paciente decorre dessa reconstrução (GOFFMAN, 1961, p. 125).

A despeito disso, não são escassas narrativas, ou *testemunhos*, que contemplem o discurso de superação pessoal durante a recuperação. As lembranças do período anterior a internação são elencadas a fim de fornecer significado para a experiência presente e revelam a culminância dos processos de mortificação na automortificação dos internos: “os internados, bem como os diretores, ativamente buscam [...] reduções do eu de forma que a mortificação seja complementada pela automortificação, as restrições pela renúncia, as pancadas pela autoflagelação, a inquisição pela confissão” (Goffman, 1961, p. 48). Também, Goffman (1961) menciona a necessidade da elaboração de “histórias tristes” para dar sentido à situação de ter a trajetória interrompida pela condução de uma internação, quando a carreira desviante é encerrada na institucionalização e, conseqüentemente, na carreira moral dos atores. Esse tipo de narrativa, na qual o interno se apresenta durante a recuperação, possibilita aos atores reelaborarem seu eu, na afirmação em uma narrativa

realizada em um presente e com os objetivos desse presente. É, portanto, a partir da temporalidade das narrativas dos atores, descritas progressivamente, que serão analisadas as carreiras e os processos de mortificação do eu dos atores institucionais.

Proponho, inspirada em Goffman (1961), a reformulação das fases da internação previstas pelo programa terapêutico institucional, a fim de contemplar os três períodos distintos, porém interligados, do tratamento: 1) Período anterior à admissão na comunidade terapêutica – fase de pré-paciente; 2) Período de reclusão na comunidade terapêutica – fase de internação; e, finalmente, 3) Período de saída da comunidade terapêutica – fase de ex-paciente.

## 6.2 A FASE PRÉ-PACIENTE: “O MAIS FORTE QUE SE AGÜENTE, O MAIS FRACO QUE SE ARREBENTE”

A droga entrou na minha vida através do cigarro, quando eu estava na escola. Depois que veio o álcool nas festinhas. Quando era loló, roupinol, maconha, ainda estava bom. Mas daí veio o crack, quando eu tinha uns quinze, dezesseis anos. E foi aí que eu perdi o controle, perdi tudo, os colegas, a família. Chegou ao nível de meus irmãos, meus tios me botarem pra fora de casa. Fui morar na rua. Fiquei na faixa de vinte, trinta dias na rua, nem sei direito. Ficava toda hora sob o efeito de drogas, ou era álcool ou crack ou era outra droga. Às vezes enganava as pessoas, às vezes furtava mesmo. Eu roubava porque queria usar. Um dia minha irmã me viu na praça, no meio da rua, eu não tinha nem onde dormir e por conta de dívida não podia ficar no bairro que eu me criei. Ela perguntou se eu queria me tratar, e eu aceitei, porque do jeito que estava não dava mais. [...] Quando eu decidi mesmo, eu já queria sair dessa coisa, mudar de vida. Fui eu mesmo que decidi que queria um lugar que eu pudesse recomeçar, mudar de vida. Mas aí minha irmã veio e o pessoal da minha família se juntou pra ajudar (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Quando completou três anos de drogas eu pedi ajuda de minha mãe. Ninguém queria mais amizade comigo, porque eu cheguei até a roubar. Não roubei minha mãe, como muitos fazem, mas cheguei a roubar. A droga é como se ela me dominasse. Tudo o que vinha na minha cabeça eu queria fazer, ia lá e fazia. Eu peguei e pedi ajuda de minha mãe e ela me ajudou através dessa casa de recuperação. Minha mãe achava que eu precisava de uma casa de recuperação porque eu tava pedindo ajuda. Foi assim que cheguei aqui (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Procurei minha irmã, pedi ajuda a ela também. Mas aí eu roubei o celular do meu cunhado, sempre inventando situações para conseguir o crack. Eu pedi ajuda, aquela não era pra ser minha vida. Meu cunhado intercedeu por mim, foi ele que marcou entrevista com o diretor [da comunidade terapêutica]. O propósito de deus comigo foi maior (MATEUS, *obreiro auxiliar* há dois anos na CT).

Trago os relatos acima visando discutir a importância da disposição dos *alunos* para admissão na comunidade terapêutica. Tal como previsto no programa terapêutico, a entrada na instituição deve ser voluntária e, portanto, o candidato ao tratamento deve confirmar, na entrevista de admissão, que tem um problema com uso de “drogas” e que está disposto a se tratar. Essa “avaliação desintegradora” ou reconhecimento de “perda de controle”, anterior à institucionalização, conforme apontado por Goffman (1961, p. 25), demonstra que “[...] o novato parcialmente já se afastara de seu mundo doméstico; o que é nitidamente cortado pela instituição é algo que já tinha começado a se definir”.

Logo, a carreira pré-paciente dos candidatos ao tratamento na comunidade terapêutica estudada é marcada pela desorganização e desvalimento na interação infeliz com o crack e com possíveis contextos sócio-culturais de consumo. Conforme mencionado no capítulo 4, não intencionei inicialmente selecionar entrevistados de acordo com a substância psicoativa de preferência, entretanto, a maior parte das internações na comunidade terapêutica eram decorrentes do consumo abusivo de crack. Portanto, a própria dinâmica da pesquisa, conduziu-a a privilegiar usuários de crack em detrimento a usuários de outras SPAs – ver Tabela 4.

De acordo com Rui (2010) em seu estudo sobre comunidades terapêuticas, são elaborados elos discursivos nas trajetórias dos internos, entre “droga”, descontrole e autodestruição. Contudo, levando em consideração a possibilidade do consumo controlado de SPAs, faz-se necessário enfatizar que o universo entrevistado não representa de modo algum o universo de usuários de crack, mas sim um universo específico, no qual o consumo abusivo dessa substância culminou na institucionalização do usuário na comunidade terapêutica estudada. Sobre isso, inclusive, não foram escassos os relatos dos entrevistados sobre pessoas próximas que fizeram uso controlado de SPAs.

Quando iniciei o uso de cocaína foi com um patrão meu no lava a jato. Ele usava a droga todo final de semana. Mas tinha o controle, era forte, ele parava até no meio da noite e guardava a droga para depois, parava mesmo. Se ele comprasse cinco gramas ele conseguia guardar duas para a outra semana. Eu era fraco, não entendia como ele conseguia ter esse controle (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Tenho muitos amigos mesmo que eu desandei e o cara continua lá. Só às vezes ele usa. E se agüenta, se sustenta assim. Tem muitos casos que o cara só usa quando bebe ou quando já tá na curtição. Mas não deixa de honrar os compromissos. Eu já fui com muita sede ao pote, se eu ia pra praia usava o mesclado, ia pro futebol usava também. Eu queria usar o tempo todo (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

O vício depende de pessoa para pessoa, eu sempre fui descontrolado, eu usava muito. Eu nunca consegui me controlar. Eu acho que foi porque meus irmãos me culpavam pela morte de meu pai, [diziam] que ele morreu de desgosto porque eu segui o exemplo de meu irmão e eu cresci com essa culpa (IMAEL, *aluno* há três meses na CT).

Não obstante, como afirma Becker (2008) os atores interpretam a experiência com a “droga” de acordo com o conhecimento que têm sobre ela. Assim, ao passo que afirmam conhecer pessoas que fazem uso controlado de SPAs e avaliam suas trajetórias de interação com o crack salientando o descontrole pessoal, os entrevistados destacam o significado negativo que o crack tem em suas carreiras. Relatam, muitas vezes, a infelicidade do encontro com essa “droga” e a responsabilizam por perdas, envolvimento com o crime, situação de rua e ruptura de vínculos afetivos.

Namorei sério por três anos, aos dezenove anos comecei a cheirar cocaína. Comecei a ir mal na escola, mas consegui terminar os estudos. Mas sempre ficava usando cocaína e maconha escondido. Foi quando meu pai faleceu. Apareceu um amigo de infância... quer dizer, amigo não, né? Ele me ofereceu crack e eu experimentei. Fiquei usando o mesclado, que é o crack misturado com a maconha. A droga chega como uma coisa boa, nunca como uma coisa ruim. Em quatro anos de uso de crack perdi emprego e minha namorada (ADÍLSON, *obreiro auxiliar* há um ano e quatro meses na CT).

No primeiro dia logo [que experimentei] eu já fumei umas dez pedras e terminei foi ficando viciado. Com um ano de crack eu perdi meu casamento. Minha mulher não agüentava mais e pediu pra eu escolher. Ela pegou as coisas dela e foi embora. Perdi meu trabalho de motoboy de quatro anos, com carteira assinada e tudo. Perdi a confiança de minha família. Eu estava usando todos os dias. Meus pais são separados e eu morava com minha mãe. Já estava pedindo dez centavos na rua, pedia dinheiro, cheguei a roubar. A droga me dominava, eu não tinha domínio próprio (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Embora esses discursos estejam parcialmente atrelados ao contexto do universo conceitual fornecido pela comunidade terapêutica, nota-se que a percepção angustiada dos entrevistados aponta para a existência de uma mortificação anterior à internação, provocada pelo consumo abusivo de crack. De acordo com Goffman (1961, p. 28), “[...] um conjunto de bens individuais tem uma relação muito grande com o eu”. De igual modo, o sentido da perda, aparece no relato dos entrevistados, como “deformação” e “desfiguração” pessoal, em sucessivas mortificações através do corpo (Goffman, 1961). Frequentemente, a relação fusional com o crack propiciou a perda do “sentido de segurança pessoal” e de “integridade física” dos usuários (Goffman, 1961). Conforme os relatos, o crack é aparentemente revelado na forma com que o indivíduo lida, nega ou produz o eu através do corpo.

A maioria dos casos o cara morre dessas coisas. Mas eu passava dois, três dias, e comia um iogurte ou um miojo [macarrão instantâneo]. Porque a comida mais dura, mais forte, arranhava e doía a garganta e o céu da boca. Por isso que a diferença do crack é essa, de imediato a pessoa perde o porte físico. Se meio dia a pessoa botasse uma pedra ou um almoço pra escolher, eu escolhia a pedra. Em uma semana eu fiz um avião [transporte de SPA ilícita] e o cara me deu uma lata de maconha. O inimigo [demônio] me iludiu bastante. Eu tinha tudo, várias namoradas, duas bicicletas. O inimigo me iludiu bastante. Assim como a doença, a droga não chega na fase terminal na vida da pessoa, ela chega aos poucos. Às vezes eu pegava em dinheiro, e na mesma hora sentia a barriga embrulhar (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Deixei de fazer assalto porque minha aparência estava muito feia, cheguei aqui pesando cinquenta e dois quilos, enquanto o meu normal é oitenta quilos (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

Eu cheguei aqui na misericórdia de deus, magricela, com uns quarenta e seis, quarenta e oito quilos. Eu não tenho mais nenhum dente, irmã. Perdi os dentes com crack e com a fumaça do cigarro (HIRAN, *aluno* há quatro meses na CT).

Outro fato digno de atenção, diz respeito ao estigma social que os usuários de SPAs, especialmente de crack, carregam. De acordo com a exposição dos entrevistados, os pré-pacientes se perceberam, em algum momento de suas carreiras, como desviantes, mediante a relação com a sociedade mais abrangente, que os considerava incapazes de cumprir as expectativas normativas por ela fornecidas. Visto que os contextos sociais em que os entrevistados interagiram com SPAs não apenas possibilita, mas estimula uma postura que estigmatiza, a consequência imediata do estigma é cristalizada na ruptura de vínculos entre os usuários e a esfera social.

Eu já tava denominado um nóia, um pedreiro como dizem, que aqui na Bahia é sacizeiro. As pessoas dizem que não tenho jeito. Diariamente ouço isso, mas na hora eu fico em silêncio, porque quem tem boca fala o que quer (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

A gente sente quando o pessoal trata a gente diferente. Eu mesmo não estou preparado pra voltar pra casa, tem muita desconfiança em mim (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

De tanto eu ouvir o pessoal dizer que eu não tinha jeito, eu acreditava (HIRAN, *aluno* há quatro meses na CT).

É comum no nosso dia-a-dia a gente ser questionado, as pessoas chamam de drogado, de mentiroso (IMAEEL, *aluno* há três meses na CT).

Assim, o tripé relacional entre a substância crack, contextos de consumo e usuários não é relatado na afirmação de um universo social estável do pré-paciente. Ao contrário, as tensões colocadas entre esse universo e os entrevistados, admitem a inferência perigosa de que a internação não significa ruptura, pois a ruptura já havia ocorrido anteriormente. Por considerar a disposição dos atores para o tratamento, e compreender o elevado grau de mortificação da interação com o crack e o contexto de consumo que os estigmatiza, seria

possível concluir algo sobre a inevitabilidade da internação. Contudo, proponho analisar os sentidos da internação, para o universo entrevistado, a partir da observância das contingências de carreira do pré-paciente, tal como recomenda Goffman (1961, p. 117):

Separando-se as transgressões que poderiam ter sido usadas para a hospitalização do transgressor das que são efetivamente usadas para isso, encontramos um grande número daquilo que os estudiosos de profissões denominam “contingências de carreira”. Entre algumas dessas contingências da carreira do doente mental que já foram sugeridas [...] encontramos: status sócio-econômico, visibilidade da transgressão, proximidade de um hospital para doentes mentais, recursos disponíveis de tratamento, avaliação, pela comunidade, do tipo de tratamento dado pelo hospital para doentes mentais, e assim por diante.

Logo, antes de inferir sobre os sentidos da internação, ou valorá-lo, devo antes me ater, nesse estudo, à contingência de carreira do universo estudado considerando dois aspectos fundamentais: o primeiro propriamente contextual, em que são desenhados os perfis sócio-demográficos dos entrevistados, a partir das suas histórias de vida e da análise do Apêndice 3; e o segundo institucional, que revela as estratégias da comunidade terapêutica para arregimentar usuários de “drogas” para o seu programa.

No que concerne ao primeiro aspecto, em análise do Apêndice 3, traço o perfil sócio-demográfico dos entrevistados – como já foi dito, todos homens entre 18 (dezoito) e 40 (quarenta) anos de idade –, visando elucidar o contexto de vulnerabilidade e estigma que estão inseridos. De acordo com o mencionado quadro, com relação à escolaridade, dentre os 15 (quinze) entrevistados, incluindo os membros da equipe dirigente, apenas 2 (dois) possuem ensino médio, enquanto 3 (três) possuem o ensino fundamental completo e 1 (um) entrevistado é analfabeto. Nenhum entrevistado possui nível superior de escolaridade. Verifica-se comportamento semelhante com relação à estratificação socioeconômica: apenas 3 (três) dos entrevistados possuíam vínculo empregatício de assalariamento, antes da internação. Os demais entrevistados ou nunca trabalharam ou trabalharam em situação precária, fazendo biscates ou trabalhos informais.

Aqui é um trabalho que dá certo, que funciona pras pessoas que não tem poder aquisitivo, que andam de ônibus. E a droga chega mais nos mais pobres. A gente vê também a felicidade das pessoas com nosso trabalho (IMAEL, *aluno* há três meses na CT).

Com relação à composição familiar, os entrevistados, em sua maioria, pertencem a famílias numerosas, e mais da metade possui filhos. Os genitores ou familiares que foram responsáveis pela formação dos entrevistados, assim como eles, são ou eram assalariados ou possuíam vínculos precários de trabalho.

Segue trecho do relato do *aluno* Dimas sobre sua interpretação do trabalho no mercado ilícito de “drogas”:

A pessoa passa o mês pra tirar quinhentos reais [salário mínimo nacional aproximado no período da entrevista], sendo que a pedra custa oitenta. Você separa a pedra toda, divide e dá pra vender por até seiscentos reais. E isso você faz em uma semana, no máximo. Ai você fica pensando (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Outro fato importante que aparece como contingência de carreira, diz respeito à formação religiosa dos entrevistados: 7 (sete) cresceram em famílias evangélicas, 4 (quatro) em famílias católicas e apenas 2 (dois) não tiveram formação religiosa em casa. Assim, considerando o mercado religioso, analisado no capítulo anterior, não é possível se tratar aqui de conversão religiosa em todos os casos. Na comunidade terapêutica – conforme será visto mais adiante –, a *conversão* religiosa significa mais um rito de passagem entre as fases de tratamento do que a transformação de crenças e bens de salvação a serem apropriados pelos internos. Assim, mesmo durante a fase pré-paciente, os entrevistados relataram que recorriam a deus em momentos de dificuldade ou de aflição, solicitando *livramentos* e ajuda para superar o *vício*.

Eu sempre pedia ajuda a deus, porque é o satanás investe no crack. O crack é tão ruim que era uma droga que eu tinha até vergonha de dizer que usava. Eu sempre fazia uma oração e pedia livramento, mas voltava a usar e depois ficava envergonhado perante o senhor [deus] (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Com relação à raça, apenas 5 (cinco) entrevistados são brancos. Os demais se declararam pardos ou negros. O início do consumo de SPAs, entre os entrevistados, deu-se anteriormente a maioria. Apenas 1 (um) entrevistado iniciou o consumo de SPAs aos 18 (dezoito) anos e 2 (dois) entrevistados interagiram com alguma SPA aos 12 (doze) anos. A idade de início de consumo do crack é, em média, 23,7 anos, sendo que 5 (cinco) dos entrevistados iniciaram esse consumo antes de completarem 18 (dezoito) anos de idade. Entre os 12 (doze) entrevistados que responderam à questão sobre situação de rua, 6 (seis) relataram que foram expulsos de casa e que residiram na rua por um período superior a 1 (um) mês:

Um dia, deu três da manhã e eu fugi de casa. Peguei uma carona de caminhão pro Maranhão. Depois de grande voltei pra casa de novo e meu pai me botou pra fora, mas minha mãe sempre me ajudava. Eu mentia, dizia que o traficante estava querendo me matar, fazia chantagem com eles. Quando eu vi, não tinha para onde ir. Os poucos amigos que tinha, perderam a confiança. Acabei ficando na rua. Virei mendigo mesmo, barbudo, cabeludo, sem tomar banho. Teve umas horas que eu pensava mesmo que tava é doido (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

O Nia que é meu melhor amigo, hoje está lá no presídio. A gente era muito amigo e usava juntos. Antes de ser preso ele ainda disse pra gente procurar a igreja. Ele disse: “[Dimas], hoje é o dia da irmãzinha vim pra cá, vamos pra igreja com ela”. A gente não foi, ficou usando e esqueceu. Logo depois ele foi preso. Eu falei pra minha mãe que estava precisando de ajuda e fiquei esperando ela um dia em casa, mas ficava de olho na janela pra ver se vinha algum inimigo cobrar dívida. Eu já tava vendo a morte chegar. Demorou da gente achar ajuda e eu tive que ir pra rua, porque não tinha pra onde ir (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Eu fiquei morando na rua mesmo, uns seis meses. Ficava em um posto de gasolina. Tinha um carro velho lá, abandonado, e eu dormia dentro (HIRAN, *aluno* há quatro meses na CT).

Eu estragava tudo, casamento, relacionamento, mas trabalhava. Uma época, depois de homem, voltei a morar com minha mãe. Mas nos últimos meses já não queria trabalhar mais. Nessa época fui morar na rua, não queria nem mais viver (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na CT).

Um último ponto que considero relevante para análise contextual da contingência de carreira e, conseqüentemente, dos sentidos da internação, refere-se ao envolvimento dos entrevistados com atividades ilícitas e ao acerto de contas com os fornecedores de SPAs. Dentre os entrevistados, 7 (sete) relataram envolvimento com atividades ilícitas, dentre as quais, sobressaem-se os furtos, roubos e mercado ilegal de SPAs. Frequentemente essas atividades culminaram em ameaças de morte:

Arranjei vários empregos bons, mas o melhor foi na [empresa de venda de alimentos], que foi quando conheci o crack. Começou aos poucos e foi aumentando, aumentando. Ao ponto de eu faltar dois dias de trabalho só usando. Já cheguei a gastar mil e duzentos [reais] de crack em uma noite. Vendi tudo que eu tinha e meu salário não dava mais conta. Como eu trabalhava como conferente nessa empresa, eu fazia desvios. Cheguei a desviar quinhentos quilos de presunto num dia. Começaram a desconfiar, a investigar. Quando estavam quase descobrindo e eu pedi pra sair. Fiz uma farra com o dinheiro (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

Mas o momento mais difícil pra mim foi quando eu comecei a roubar dentro de casa. Minha mãe chamava a polícia, daí discutia com meu pai e falava “você prefere ele preso ou morto?” Ela queria me ajudar, porque eu estava fora do sério já. Antes deles me botarem pra fora de casa, eu cheguei um dia noiado. Só estava eu e meu pai. Eu levei o aparelho de asma dele pra trocar por crack. Ai no meio da noite ele começou a passar mal, precisava do aparelho. Nesses momentos que a gente pensa mais, mas não adianta. Não pára. Graças a deus mesmo, e só por ele, minha mãe hoje não tem o peito vazio. Porque eu já estava jurado de morte. Roubava na área, fazia tudo errado. Os traficantes tavam todos já pra me pegar (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Eu furtava coisa dentro de casa, não tem como não fazer. Quando eu trabalhava gastava tudo, já ficava devendo. Roubava as próprias coisas. A gente passa a roubar até o que é nosso, vendia roupa, tênis, celular, pedia emprestado e não pagava, revendia a droga. Cheguei a roubar o próprio traficante. Rubei uma quantia de três mil [reais] e consumi tudo, não vendi. Minha mãe só conseguiu resolver porque o cara era meu primo. Mas ele ficou de me matar por um tempo, foi uma confusão grande (IMAEEL, *aluno* há três meses na CT).

Com relação ao pagamento de dívidas, ou acerto de contas, com fornecedores de SPAs, muitos entrevistados também relataram que estavam jurados de morte por não fazer cumprir o acordo com o fornecedor.

Não é nem uma questão de dívida alta ou baixa, é uma questão de honra, porque o traficante está ali, ele é o dono, o autoritário dali é ele. Ai pra ele não perder a honra, ele faz qualquer coisa. Se disser que tem alguém devendo cinco reais ou roubando dentro da comunidade, ai já chama atenção da polícia. É honra. Tem um lema mesmo no submundo que diz “o mais forte que se agüente, o mais fracos que se arrebeste”. Meus irmãos diziam que eu ia ser culpado pela morte de minha mãe. Quando não era a polícia, era traficante, quando não era traficante, era uma pessoa que eu tava com dívida. Eu fico olhando pra trás e vejo, em caso de pai mesmo é pior. Aqui tem uns caras que são pais de famílias. Eu já vi foi pai vendendo fralda do filho, vendendo a sandalhinha do menino. O cara perde o controle e muitos não compreendem (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

O segundo aspecto a ser analisado, para compreender o sentido que a internação tem para os entrevistados, discute a rede de atenção a usuários de SPAs e os discursos que permeiam o imaginário social acerca da internação. Entendo que o pânico gerado pelo consumo de crack – representado socialmente como “a droga do diabo”, “a pedra da morte” ou “a raspa do chifre do diabo” – na contemporaneidade, vem ampliando os debates sobre a atuação das comunidades terapêuticas e a aprovação de dispositivos legais que regulamentam a internação compulsória, contrariando a política de saúde vigente. Com a pressão social e o cenário de pânico, a questão da internação parece mesmo ressurgir. Durante as entrevistas de triagem que acompanhei na comunidade terapêutica, com candidatos ao tratamento, as demandas por internação são apresentadas, pelas respectivas redes sociais de origem dos candidatos, como sinônimo de tratamento. Portanto, tomo como hipótese, aqui, de que há um desconhecimento comum ou descrédito em outras formas de tratamento do consumo abusivo de SPAs.

Além disso, é inegável – como já foi dito no capítulo anterior, bem como no capítulo 3 – o fato de que os serviços oferecidos pela rede pública de atenção a usuários de SPAs não são compatíveis com a demanda geral da população. Ao mesmo tempo, o acesso a esses serviços parece limitado, principalmente nos locais onde tal demanda aparece com maior frequência ou intensidade.

Todavia, existe a noção de que para o ser humano é estabelecido um padrão de comportamento do qual as instâncias reguladoras, e também as comunidades terapêuticas, apropriam-se. Se o consumo de “drogas” é percebido como algo que corrompe essas

instâncias, as comunidades terapêuticas enfatizam a necessidade de regulação dos usuários de SPAs. Esse aspecto é muito importante, primeiro porque permeia esse mesmo imaginário social, estigmatizador, a percepção de que para os usuários de “drogas” não há “jeito” ou que o único “jeito” possível é a internação. Também porque, em função da necessidade de arregimentação de usuários de SPAs e da ocupação da oferta de vagas de tratamento, as comunidades terapêuticas salientam o sentido da internação, visando suprir as demandas sociais por serviços de atenção a usuários de SPAs.

Não somente na relação com os candidatos ao tratamento, como também em eventos sobre o consumo SPAs, escolas, universidades, reuniões de associações de moradores de bairros, programas de rádio e de televisão, e em muitos outros contextos, a comunidade terapêutica estudada realça a possibilidade de recuperação de usuários de “drogas” e apresenta os serviços que oferece. Como já foi dito no capítulo anterior, mesmo o trabalho dos *alunos* da instituição prioriza a divulgação da comunidade terapêutica, tornando-a, também, acessível à população. Inclusive, a respeito disso, é notável a utilização dos meios de comunicação midiática pela instituição, como instrumentos de arregimentação de usuários de SPAs, dentre os quais destaco: *website*, redes sociais (*Orkut*, *Facebook* e *Twitter*), comunicação eletrônica (*e-mail* e *MSN*), anúncios em canais de televisão, rádio, periódicos e *outdoors*.

Além disso, a implicação da ênfase do imaginário social sobre a internação aparece, no discurso dos entrevistados, como um amplificador da contingência de carreira capaz de conduzir usuários ao tratamento. Porque, embora a internação seja percebida como único meio, as redes sociais de origem dos usuários ou eles próprios a evitam ou a protelam, na esperança de que a situação seja. Conseqüentemente, os usuários são somente estimulados a buscar tratamento após a ocorrência de um marcador grave na carreira, tais como: risco de vida iminente, fuga do acerto de contas com o fornecedor de SPAs, da polícia, mandatos de prisão, situação de rua, agravamento da condição de saúde, abandono familiar, dentre outros.

Tem gente que tem que se acabar com a droga pra tomar a decisão de parar, você tem que usar a muito tempo, ver os estragos que ela faz na sua vida. Tem muitos que chegam aqui mesmo sem condição, no osso, tudo acabado. Muitos que vem fugido de traficante, jurado de morte (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Outro fato relevante, diz respeito mesmo à questão da segurança dos usuários. E, por isso, a internação significa, também, a suspensão, ainda que temporária, das contingências de carreira:

Os caras estavam todos doidos, a gente já tinha usado a noite toda. No dia seguinte eu fui dirigindo. Tive que furar uma blitz porque tava todo mundo armado. A polícia veio seguindo, mas eu consegui fugir. Eles viram que eu dirigia bem e me chamaram pra fazer uns assaltos. Nessa época eu tinha uns vinte e um anos. Eu não aceitei. Mas quando acabou o meu dinheiro eu me lembrei do convite. Eles faziam assalto a banco e eu topei. Fiquei recebendo bem, mas só dirigia o carro, não entrava nos bancos com arma, não. Depois do assalto a gente se encontrava em um lugar combinado e fazia o ratatá [divisão do dinheiro]. Na última vez, antes de pegar o dinheiro, eu escutei uma voz dizendo: “vai-te embora”. Só deu tempo de sair na porta e entrar no carro. Vi a polícia vindo pelo retrovisor. Todos os quatro foram presos, eu escapei, mas até hoje a polícia me procura. Eu não vou dizer que nunca fui preso, mas nunca fui pego. Eles me extorquiam, me batiam. Saí de minha terra fugido, com vários mandatos, todo mundo atrás de mim (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

A respeito disso, inclusive, mesmo na comunidade terapêutica cobradores já vieram em busca do acerto de contas com algum interno. De acordo com o relato do Pastor Isaías, houve um episódio em que antes de ser transferido de estado, um *aluno* foi assassinado dentro da instituição:

Em Recife, um traficante invadiu a casa do aluno e ameaçou a esposa dele, que estava em casa sozinha com os filhos. Ela disse pro traficante aonde o aluno estava e ele foi lá e executou o rapaz com dez tiros. Por isso a gente transfere. A gente foi aprendendo com o erro [...] Você tira a pessoa do estado e isso faz com que afaste a pessoa do convívio. Também a segurança, no caso, o traficante mesmo. Quando tira do estado, a gente pode garantir a segurança dos meninos (PASTOR ISAÍAS).

Por fim, antes de passar para análise da fase seguinte, a internação, gostaria de mencionar alguns relatos sobre itinerários terapêuticos e, em seguida, apresentar como são realizados os primeiros contatos entre os entrevistados e a comunidade terapêutica. Em 5 (cinco) situações, entrevistados relataram internações ou tratamentos anteriores ao da comunidade terapêutica estudada, em seus itinerários terapêuticos. Obtive 3 (três) relatos sobre caso de reincidência na própria comunidade terapêutica e destaco o mais relevante:

Depois dos dois anos limpo aqui na instituição, passei sete meses em casa. Já estava trabalhando, era porteiro em um prédio. Ai comecei a beber e começou tudo de novo. A [comunidade terapêutica] é uma instituição evangélica e eu me afastei da igreja, da palavra de deus. Eu só vim acreditar que tava na droga de novo depois. Usei um dia só. Hoje o problema não está no dependente químico parar de usar, é a sociedade acreditar também. Muitos diziam isso, que era questão de dia pra eu voltar a vender tudo de novo, ninguém confia. Muitos acreditavam que eu melhorei, mas por falta de vigilância da minha parte, de cuidado, aconteceu. Foi recaída, foi tudo muito rápido. É uma droga rápida, age rápido naquele gozo momentâneo. A pessoa não quer saber de namoro, de família, de zelo próprio. É

questão de tempo, a pessoa acaba virando escravo da droga (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Sobre internações em outras instituições e outras formas de tratamento, segue a exposição de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e outra sobre sucessivas internações que culminaram em tentativa de suicídio, antes da entrada na comunidade terapêutica (esse relato é do único entrevistado que fazia uso abusivo de álcool):

Estou aqui e já tentei entrar em outras casas, pelo governo. Frequentei CAPS de drogas por um tempo, mas não deu resultado porque não era uma coisa que me completava, meu desejo de usar droga não diminuiu, por causa de influência também, das amizades. Às vezes você quer parar de usar, mas vem um e lhe oferece. Fica difícil de dizer não (IMAEL, *aluno* há três meses na CT).

Quando eu virei alcoólatra mesmo, eu passei por diversas clínicas, não adiantou de nada. Acabei foi aprendendo a manipular medicamento com bebida, misturava tudo. Gostava mesmo de vodka, de pinga. Meu organismo pedia. Sem álcool eu ficava nervoso, irritado. Quando fui para a [comunidade terapêutica] eu já tinha tentado tirar minha vida, taquei álcool por cima de mim e joguei fogo. E eu ainda insisti, mas fiquei internado em um hospital. Uma evangélica falou que o suicida não tinha perdão de deus e eu parei de tentar [suicídio] (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na CT).

Logo, de acordo com Goffman (1961), a internação pode trazer alívio à angústia resultante da percepção de si mesmo. Apesar disso, no caso de todos os entrevistados, foi necessário o papel de um agente externo, na condução do pré-paciente à instituição, que aqui chamarei, também inspirada por Goffman (1961, p. 118), de mediador.

As circunstâncias de carreira ocorrem juntamente com um segundo aspecto da carreira do pré-paciente – o circuito de agentes e agências que participam de maneira decisiva em sua passagem do status civil para o de internado.

Assim, nas entrevistas de admissão na instituição, comumente os candidatos se apresentam acompanhados pelo mediador: em sua maioria, mães, mas também outros membros da rede social de origem do candidato. Raras vezes, no entanto, o mediador é do sexo masculino. Poucas vezes presenciei candidatos acompanhados de pais, padrastos, irmãos ou amigos, e, assisti somente uma vez um candidato acompanhado de um estranho que se voluntariou a conduzi-lo à instituição.

De acordo com o universo entrevistado (ver Apêndice 3), entre os 12 (doze) relatos de *alunos* sobre o mediador da internação, 8 (oito) foram suas respectivas mães. Em 3 (três) casos, o mediador foi algum parente (irmãos, irmã e cunhado, e irmã) e em apenas 1 (um) caso o mediador foi um amigo da família – esse cenário se tornará interessante, quando, no último tópico desse capítulo, abordo a percepção institucional sobre a distribuição de papéis

de gênero e a visão geral sobre as mulheres como desencaminhadoras do tratamento e instrumentos utilizados pelo demônio para desviar o *aluno* de sua recuperação. Contudo, atendo-me ao fato de que muitos mediadores tiveram acesso à comunidade terapêutica através de suas redes religiosas. Alguns, inclusive, foram indicados, por pastores locais, a procurar os serviços oferecidos pela instituição. Outros tiveram acesso à comunidade terapêutica através do trabalho de divulgação realizado pelos *alunos* em ônibus que descrevem seus itinerários pelas suas respectivas cidades de origem. Observa-se, nesse sentido, que na ausência de uma rede pública e formal, consolida-se na informalidade redes de solidariedade e sociabilidades.

Acompanhava o trabalho da [comunidade terapêutica] no coletivo [ônibus], sempre ouvia o testemunho dos meninos. Mas o satanás não permitia que essa luz tocasse em meu coração. No dia que ouvia os testemunhos no coletivo, fazia até oração, pensava em sair daquela vida, mas sempre voltava a usar a droga (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

O roteiro de entrevista de admissão obedece, quase que invariavelmente, ao seguinte modelo: primeiro o mediador relata o problema do candidato, enquanto o candidato acata sua exposição em silêncio. Esse relato é sempre emotivo e muitas vezes, termina em lágrimas e expressões de desespero do mediador. Nesse momento, o entrevistador da comunidade terapêutica interrompe o mediador e enfatiza a necessidade dele acreditar na recuperação do candidato, revela que também já foi usuário de “drogas”, mas que deus tinha outro plano para ele, assim como teria para o candidato. Segue a fala do entrevistador sobre a possibilidade de recuperação do candidato e sobre o funcionamento do trabalho da instituição. Após esse momento, o entrevistador se dirige ao candidato, inquirindo-o sobre as “drogas” que já havia consumido e sua “droga” de preferência, o tempo de consumo e a disposição em dar início à recuperação. Por fim, o entrevistador discute com o mediador sobre os trâmites institucionais para oficializar a internação.

A percepção geral dos entrevistados sobre o agente mediador da internação, não é de traição ou abandono, como ocorre comumente em outros casos de institucionalização. Ao contrário, em todas as entrevistas que realizei, os internos revelaram que foram amparados pelo mediador, que acreditou em sua recuperação, acompanhando-os até a despedida. O sentimento geral entre os *alunos* é de saudade e, embora a equipe dirigente tenha optado por não regressar a seus lares e continuar residindo na instituição, o saudosismo é ainda mais presente entre seus membros – como será descrito no último

tópico desse capítulo. Finalmente, como bem informa Goffman (1961, p. 118), “quando os mediadores saem de cena, o pré-paciente se torna um paciente internado, e o agente significativo se torna o administrador do hospital”, aqui, a equipe dirigente da comunidade terapêutica.

### 6.3 A FASE DE INTERNAÇÃO: UMA DESPEDIDA E UM COMEÇO

Após análise da fase pré-paciente dos candidatos ao tratamento na comunidade terapêutica estudada, detenho-me à fase de internação, que é marcada pela despedida do “mundo das drogas” e reclusão institucional. Grosso modo, o programa terapêutico também é subdividido em fases: no primeiro momento, os candidatos ao tratamento são transferidos para alguma unidade da comunidade terapêutica fora do estado em que residem e que foi realizada a primeira entrevista de admissão. Logo, na chegada à unidade, inicia-se a internação, na qual o novato passa por um período de reclusão total na instituição, para *desintoxicação* da “droga” – esse período pode durar entre 15 (quinze) dias e 1 (um) mês. A segunda fase da internação, a *re-socialização*, é caracterizada pela introdução, nas atividades cotidianas institucionais, do trabalho e de outras atividades que permitem maior liberdade e autonomia dos atores. No discurso oficial da equipe dirigente da comunidade terapêutica, o período total de internação, de 9 (nove) meses, tem a função de *renascimento* do *aluno* para uma nova vida, religiosa e abstinente.

#### 6.3.1 Disposição dos candidatos

Com relação ao primeiro momento, de transferência de candidatos ao tratamento do estado em que reside, gostaria de retomar a questão da disposição – tratada brevemente no tópico anterior. De acordo com o senhor Pedro, diretor da unidade da comunidade terapêutica situada Região Metropolitana de Salvador (RMS), o critério para admissão no

tratamento é que o candidato seja do sexo masculino e tenha entre 18 (dezoito) e 40 (quarenta) anos. Nota-se que a porta de entrada da comunidade terapêutica, principalmente em função da inexistência de mensalidade de tratamento, é bastante larga. Aos candidatos, inclusive, o custo do tratamento se resume às passagens de ida e de volta para a viagem entre seus estados de origem e a unidade da instituição. No entanto, os candidatos também devem demonstrar estar dispostos a iniciar e participar de todas as atividades previstas pelo programa terapêutico da instituição.

Nesse sentido, Csordas (2008) entende que para análise de eficácia de qualquer tratamento, a disposição é ressaltada como primeiro passo do processo terapêutico. No entanto, a disposição é apreendida a partir de seu duplo significado,

de um ânimo ou tendência preponderante e do ato de dispor ou arranjar de uma forma ordeira. Em outras palavras, sob esse título estamos olhando não apenas para estados psicológicos, tais como a expectativa ou a ‘fé de ser curado’, mas para a disposição de pessoas no processo de cura diante das redes sociais e dos recursos simbólicos (Csordas, 2008, p. 84).

No campo empírico aqui tratado, a disposição dos participantes não apenas terá influência direta na eficácia do tratamento, como também é considerada pela instituição pré-requisito de admissão. Com relação ao segundo significado, no qual a disposição positiva é entendida como estado maleável do novato para aceitação das condições impostas institucionalmente, a comunidade terapêutica o entende como indispensável para eficácia do tratamento:

Fica difícil para a pessoa ter libertação total se ela bate de frente e não se entrega, isso não vai ter sucesso, não vai dar força para ele continuar. O que faz deus trazer o renovo pra gente é a gente acreditar. A gente tem que acreditar. Se a gente não faz isso, não vai funcionar. A gente busca essa fé na gente em deus (PASTOR ISAÍAS).

Sobre esse aspecto, também, Goffman (1961, p. 104) informa que a disposição e o voluntarismo dos candidatos representam a condição desejável pela equipe dirigente:

Nos campos de “lavagem de cérebro”, nos estabelecimentos religiosos e nas instituições para psicoterapia intensiva, os sentimentos íntimos do internado devem constituir um problema. Aqui, a simples obediência às regras de trabalho não seria suficiente, e a aceitação, pelo internado, dos padrões da equipe dirigente, é um objetivo ativo, e não apenas uma consequência incidental.

Não obstante, embora nas entrevistas de admissão os candidatos informem a disposição positiva em participar do programa terapêutico institucional, alguns relatos sugeriram que os entrevistados dessa pesquisa buscavam, de fato, recuperação, porém que não estavam dispostos à reclusão. Muitas vezes fui informada que a aceitação do

tratamento foi dolorosa, mediada pela ameaça de familiares ou pela necessidade de fuga de problemas decorrentes das contingências de carreira. É, por esse motivo, portanto, que acredito que a internação, para esse grupo de pessoas, não representa uma escolha, mas talvez o único meio possível de dar continuidade às próprias vidas.

Quando cheguei aqui, cheguei sem a intenção de ficar na casa. Queria largar aquela vida pra trás, mas não queria ficar preso na casa. Mas fui me apegando e ficando. Pensava, às vezes, em voltar. Mas eu ia voltar pra onde? Porque aquela terra que eu vim, pra mim, é seca. [...] Mas a chegada foi muito difícil. A gente vem sem querer vir, sente saudade (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Eu quis vim fugido. Na verdade eu não vim pensando em me tratar, eu era bicho solto. Ai, quando disseram que era na Bahia, eu pensei que podia ficar um tempo na casa e depois sair e começar a vida aqui. Eu sempre quis vim pra cá, mas nunca tive a condição. Eu ia chegar aqui em janeiro, depois em fevereiro tem carnaval, né? Podia largar a casa e trabalhar e começar de novo. Mas acabei ficando. Não estou pronto pra começar uma vida nova, tenho que me tratar primeiro. E tem a dificuldade também, né? Eu não conheço ninguém aqui, ai fica difícil, porque não quero ficar na rua (SILAS, *aluno* há seis meses na CT).

Eu já pensei em desistir, não queria ficar tanto tempo longe. Fico aperreado pra ficar com meu filho, com minha mãe. Mas ela já disse que eu só vou poder ver meu menino se eu me tratar, então eu botei na cabeça que vou é fazer a coisa direito (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Como demonstro no Apêndice 3, entre os 13 (treze) *alunos* e obreiros auxiliares entrevistados na unidade da Região Metropolitana de Salvador (RMS), 7 (sete) são radicados em no Ceará, 4 (quatro) em Pernambuco, 1 (um) no Paraná e o último em São Paulo. Existe uma lógica interna da equipe dirigente para efetuar transferências: de modo geral, opta-se por transferir os candidatos para estados mais próximos, visando à redução do custo com as passagens. Também, não são aceitos membros da mesma família na mesma unidade e, no caso desse tipo de ocorrência, os membros da família são direcionados para unidades distintas. De igual modo, candidatos reincidentes na instituição são transferidos para unidades distintas daquela em que esteve internado anteriormente. Em caso de indisciplina na unidade, também o *aluno* pode ser transferido para outra unidade como forma de punição. Sobre esse tema, segue o relato de Hiran, *aluno* que tem um irmão reincidente em tratamento na unidade de Pernambuco e que esteve anteriormente internado na unidade da RMS:

Um dia, no shopping, eu estava pastorando um carro e um rapaz veio me perguntar se eu queria me tratar. Ele trabalhava em loja e sempre me via no estacionamento. Eu nem acreditei, mas ele mandou eu voltar lá no dia seguinte. Ele me deu quarenta reais para eu ir tirar os documentos, só que eu fumei tudo. Ai eu voltei lá no dia seguinte. Ele não desistiu. Primeiro ele já tinha ajudado meu irmão. Meu irmão ficou seis meses aqui por causa do crack e depois voltou pra

casa. Ele chegou a trabalhar no shopping e tudo, esse rapaz botou ele lá. Mas depois ele terminou com a mulher, você acredita que ele voltou pra droga de novo? Estava se acabando todo. Mas eu já tinha vindo pra cá, por isso ele voltou pro tratamento, mas foi pra casa de Recife, porque aqui não pode ter familiar, eles dizem que atrapalha no tratamento. Não veio pra cá também porque eu tenho cuidar de mim, não posso ficar preocupado com outra pessoa, né? Tenho mais é que cuidar de mim pra depois pensar nos outros (HIRAN, *aluno* há quatro meses na CT).

Freqüentemente, o caminho percorrido entre o lar e a institucionalização foi relatado, pelos entrevistados, como um rito de *despedida do mundo*, quando os candidatos descrevem o consumo de “drogas” – muitas vezes maconha ou *mesclado* (maconha misturada ao crack) – pelas estradas que os conduzem à internação. Nos últimos dias, também, antes da institucionalização, os entrevistados relataram o consumo intenso como uma forma de despedida. Sobre isso, Adílson expôs que a cada parada de ônibus, fumava maconha e *mesclado*:

Eu tava tão perdido, irmã, que vim o caminho todo fumando, porque sabia que ia ser difícil ficar longe da droga. O que mais senti a falta mesmo foi da maconha, eu não tinha comigo a maconha como droga. Porque a maconha desperta o neurônio da pessoa, mas com o tempo tem uma seqüela muito grande. Os meninos [*alunos*] não dizem, mas eles vem usando a droga. Por isso que aqui a gente faz a revista quando eles chegam. Se deixar eles entram com droga e tudo na casa, ai já viu. Eu mesmo vim usando, fumando um mescladinho aqui, um baseado ali, até chegar. Mas não fiquei com flagrância [*flagra*]. Usei tudo no caminho pra chegar limpo na casa. Tem que respeitar as regras, né? (ADÍLSON, *aluno* há um ano e quatro meses na CT).

### 6.3.2 *Desintoxicação* e o início da carreira institucional

Do mesmo modo, assim como a despedida, a admissão na comunidade terapêutica é constituída por ritos próprios, mas esses são estabelecidos pela equipe dirigente. Como o novato chega à rodoviária de Salvador, o diretor o recebe e o conduz, no automóvel da instituição, até a unidade. Antes de entrar na casa, o novato é revistado e apresentado às regras institucionais, que são lidas pelo diretor. Ainda na chegada, são distribuídos uniformes da instituição – que passa a ter uso diário obrigatório – e preparados os espaços a serem ocupados pelo novato: o quarto que dividirá com outros internos, bem como a cama e a cômoda para guardar seus pertences. No primeiro culto após sua chegada, o novato é apresentado aos atores institucionais e saudado por todos através do grito uníssono: “seja

bem-vindo em nome de Jesus!” – nesse momento não resta dúvida a respeito do início de sua carreira institucional.

Considerando a centralidade do espaço institucional na vida de reclusão dos internos, apresento um esboço da planta baixa da casa na qual funciona a comunidade terapêutica, elaborado a partir de observação e uso do *software* AutoCAD 2010 – ver Apêndice 4. Além de nortear a descrição do cotidiano, o detalhamento desses espaços revelará os sentidos de privilégios e hierarquia entre os atores no esquema físico institucional, que incita ostensivamente a vigilância, a economia de suas ações e os processos de mortificação do eu (GOFFMAN, 1961).

Conforme o relato do Pastor Isaías, as unidades da comunidade terapêutica são construídas, de acordo com as características do local e com o tamanho do terreno disponível. Portanto, nas cidades litorâneas, o modelo de construção é de uma “casa de veraneio” e nas cidades de interior, “casa fazenda”. Assim como a manutenção da casa, a construção de unidades também é realizada por *alunos*, que ajudam o obreiro auxiliar Tiago na multiplicação de unidades.

Como eu trabalhava na construção de pedreiro, carpinteiro, eu fiquei [na comunidade terapêutica] ajudando. Essa casa [unidade da RMS] fui eu que fiz, a de Fortaleza também. Os meninos também ajudam, vou descobrindo que tem um que já trabalhou, que já tem experiência em construção, mas eles todos ajudam. Eu viajo, vou e volto, mas eu fico mais lá na casa do interior de Curitiba. Comecei a viajar mais em 2006 pra construir, fui obreiro da casa de Curitiba por cinco anos e depois comecei a viajar pra construir. Em 2005 vim para São Paulo, e agora o Pastor pediu pra eu ficar [...] pra ajudar e pra trocar o telhado (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na comunidade terapêutica).

Localizada há poucos quarteirões da praia, embora a casa da unidade da RMS tenha o aspecto de uma casa comum de veraneio, chama atenção a excessiva preocupação com segurança: muros altos, grades e cercas elétricas destacam-na das construções vizinhas. Também, para adentrar a casa, é necessário passar por 2 (dois) portões de ferro, e somente a equipe dirigente possui as chaves para abri-los. Logo, o novato, assim que recebido na instituição, é enquadrado em um contexto no qual o mero direito de ir e vir lhe é retirado, representando, de acordo com Goffman (1961), os primeiros sinais de mutilação do eu.

A alocação física do novato na comunidade terapêutica o destina a ocupar o quarto localizado no fundo da casa, o *quarto do sítio*, onde divide espaço com outros novatos, *alunos* que são punidos por indisciplina ou mau comportamento e a maior parte da equipe

dirigente – 2 (dois) obreiros auxiliares e o diretor. Em geral, estar no *quarto do sítio*, para os atores, significa não apenas maior controle e vigilância, como também a divisão de um espaço restrito com um maior número de pessoas – em comparação com o *quarto dos caneteiros*. Também, a distribuição de tarefas entre os residentes do *sítio* – denominados pejorativamente por *pipocas*, na gíria institucional – é percebida como hierarquicamente inferior: eles cuidam da limpeza e da manutenção da casa, bem como das atividades de cozinha, pois não trabalham fora da instituição como os internos da *fase de re-socialização* – os *caneteiros* (a origem dessa gíria institucional está relacionada ao fato de os *kits* vendidos pelos *alunos* conterem quase sempre uma caneta). Também são eles os responsáveis pela montagem dos *kits* que são vendidos, posteriormente, pelos *caneteiros*.

Ainda, o *sítio* recebe conotação negativa, pois a fiscalização de conversas sobre a carreira pré-paciente – a vida pregressa *pecaminosa* – abrange os demais *alunos*. Além da equipe dirigente, todos são incentivados a controlar o conteúdo dos diálogos entre os *pipocas*, restringindo-os, conforme exposição dos entrevistados:

Na primeira fase os obreiros têm que controlar os alunos, porque sempre escapa umas conversas. A gente tem que tá e cima para evitar essas conversas (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

O pessoal do sítio fala sempre do passado, a gente reclama e diz pra parar. Na verdade, aqui é uma família, um ajudando o outro, melhorando, apoiando, mas todo mundo se preocupa mesmo com o sítio, que ali que os meninos ficam com a cabeça pensando bobagem (JOÃO, aluno há seis meses na CT).

Amiúde todos passam a se sentir aptos a participar da vida dos *pipocas*, que se tornam o alvo das atenções na comunidade terapêutica. A exemplo disso, o obreiro auxiliar Adílson, revela que se sente o “psicólogo e conselheiro” do *sítio*, e que prefere, inclusive, dividir quarto com os novatos, de modo a apoiá-los e passar sua experiência de vida para eles.

Eu me identifico com os meninos do sítio, porque os problemas deles eu já sei, eu já passei por isso. Eles tem saudade também, aí eu aconselho. Chamo eles pra orar, chamo na hora do culto (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Conforme as impressões relatadas no caderno de campo, percebi que a chegada à instituição é marcada por apatia e depressão. Recordo-me da angustia que senti quando visitei o *quarto do sítio* e observei a ociosidade dos novatos, que passam muitas horas do dia reclusos e estirados sob suas camas, visivelmente impassíveis diante dos acontecimentos em suas carreiras. Acredito que esse clima, intensifica a conotação negativa que o *sítio* recebe entre atores institucionais.

De acordo com o interesse dos novatos, eles passam gradativamente a participar da rotina institucional. Entretanto, a tolerância da equipe dirigente não dura muito tempo: passada a primeira semana na comunidade terapêutica, o novato deve participar ativamente das rotinas institucionais ou então é ameaçado de desligamento. Portanto, no processo de admissão e de enquadramento na comunidade terapêutica, são perceptíveis os processos de perda e mortificação do eu dos novatos. Em todas as entrevistas que realizei, inclusive com a equipe dirigente, fui informada que a primeira semana na instituição é a mais difícil, pois significa sucessivas tentativas de fuga e de desistência por parte dos novatos. Aqui, não apenas a equipe dirigente, mas os *alunos* mais antigos, estimulam, incentivam e, por vezes, controlam fisicamente os novatos, visando à continuidade do seu tratamento.

Nessa primeira fase também, a alimentação e o repouso dos novatos são monitorados, a fim de melhorar as suas “aparências” e possibilitar melhor desempenho do trabalho. O foco da alimentação, inclusive, incide poderosamente sobre o peso dos *alunos* e representa uma preocupação constante da equipe dirigente. Descrevo, portanto, as refeições, conforme observação de campo, como padronizadas, ricas em carboidratos, pobres em nutrientes e distribuídas em bacias que devem ser completamente esvaziadas pelos *alunos*, sob risco de punição. Bem como as refeições, a higiene pessoal dos *alunos* é objeto de controle da equipe dirigente. Todos são obrigados a se banhar antes de irem dormir, porém exceder a quantidade de banhos diários ou prolongar o tempo de uso no banheiro pode perturbar a seqüência das atividades institucionais, e é somente admitido em casos excepcionais ou nos finais de semana, quando aos *alunos* é permitido o uso da piscina. Ainda, como já foi dito, todos os *alunos* são incitados a cuidar da própria “aparência” e por isso são obrigados a usar roupas limpas e cabelos aparados.

Logo, visto que a carreira pré-paciente é marcada pelo processo de mortificação do eu na interação infeliz com a “droga”, entendo que a mortificação promovida pela comunidade terapêutica atua na complementação desse processo. Segundo Goffman (1961, p. 42), nas instituições de caráter total, a mortificação do eu ainda é agravada pela “economia pessoal da ação” do interno, pois

[...] os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade de

equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato.

Assim, na comunidade terapêutica a economia pessoal de ação também é representada por um processo de controle e vigilância minuciosos, especialmente na fase de *desintoxicação*. Apesar disso, por exemplo, a comunicação do novato com o mundo externo é terminantemente proibida. Agrava a reclusão compulsória no espaço institucional, a proibição de comunicação entre os novatos e as suas redes sociais de origem por telefone.

Principalmente considerando as características individuais do pré-paciente, observa-se a substituição do repertório construído ao longo de suas histórias de vida pela padronização discursiva institucional, esta possibilitada pela internação. Por outro lado, o sentido de perda não é percebido entre os entrevistados como algo negativo. O que Goffman (1961) entende por “supressão das distinções sociais externas” dos internos, em um “ambiente destrutivo de histórias”, que promove a destituição de individualidade, pode também significar certo conforto e funcionar como uma base de apoio comum entre pares. Nesse sentido, ao passo que extingue as diferenças entre atores que possuem histórias de vida distintas, a comunidade terapêutica fornece um ambiente em que são partilhados estigmas semelhantes e que substitui as mencionadas perdas de histórias pela expectativa comum de reconstrução de vidas. Ainda, essa expectativa é fortalecida pelo reconhecimento dos internos das contingências e mortificações presentes na carreira pré-paciente.

O tratamento aqui é decente, se for comparar onde eu tava, estou no céu. Eu tenho mais mesmo é que agradecer. Às vezes eu fico olhando aqui e pensando que eu não tinha nem um teto pra morar. Em casa mesmo, eu sempre corri atrás, vendia flanela na rua, bandeirinha do Brasil na copa, pra ajudar a família. Então eu só tenho que agradecer a deus por me dar essa oportunidade (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

O que fez a instituição crescer foi a organização da gente. Aqui nós temos piscina, salas de jogos, dormitório. Eu tenho mania de limpeza. A gente usa os alunos para manter a casa limpa, porque eu sou perfeccionista. Um ambiente desse a pessoa acha agradável, é prazeroso. Às vezes tem a estrutura melhor que da própria casa dos meninos. Tem muitos que chegam aqui, nunca tinha dormido nem em uma cama, um colchão, nem sabem o que é isso. Então eles saem no lucro, né? (PASTOR ISAÍAS)

Todavia, os perigos decorrentes da anulação total de marcadores sociais de diferenciação de carreiras se manifestam mais gravemente em situações nas quais os internos possuem transtornos psiquiátricos (co-morbidade). Observei, em campo de pesquisa, muitas situações desse tipo que passam despercebidas pela equipe dirigente. Ao mesmo tempo, não são oferecidos pela instituição acompanhamentos apropriados, nem tampouco há

encaminhamentos externos visando minimizar os efeitos nocivos desse tipo de transtorno. Sobre esse aspecto, Goffman (1961, p. 133) menciona que

é um tributo ao poder das forças sociais que o status uniforme de paciente mental possa assegurar, não apenas um destino comum a um conjunto de pessoa, e finalmente, por isso, um caráter comum, mas que essa reelaboração social possa ser feita com relação ao que é talvez a mais irredutível diversidade de material humano que pode ser reunida pela sociedade.

### 6.3.3 A rotina institucional e a autoridade da equipe dirigente

Com relação aos horários em que ocorrem cada atividade e tarefa na instituição, descrevo a rotina institucional, para posteriormente tratar dos modos como se legitima a autoridade da equipe dirigente entre os internos. Na comunidade terapêutica o dia começa cedo, às 4 (quatro) horas da manhã todos são acordados pela equipe dirigente e conduzidos, ainda em jejum, à sala onde acontecem os cultos. Após o primeiro culto do dia, os atores se dirigem para o refeitório, enquanto os *cozinhas* (novatos responsáveis pela preparação dos alimentos) distribuem a refeição. Logo depois do café da manhã, os *caneteiros* saem da instituição para trabalhar e os novatos ficam na casa para realizar os serviços gerais internos, que mantêm e possibilita o funcionamento da instituição: limpam a casa, lavam roupas, preparam as refeições, arrumam as camas, consertam avarias, dentre outros. Às 11 (onze) horas os *caneteiros* começam a retornar para a casa, de acordo com a capacidade individual de atingir a meta diária de vendas, estabelecida institucionalmente – alguns demoram mais tempo. Antes de ser servido o almoço, às 12 (doze) horas, todos participam do culto.

No período vespertino, após o almoço, às 13 (treze) horas os *caneteiros* retomam o trabalho externo, enquanto os novatos regressam às atividades internas. Após organizar a casa, eles iniciam o trabalho de montagem de *kits*. Esse trabalho é minucioso e pode levar a tarde inteira, pois são vendidos diariamente 100 (cem) *kits* por cada *caneteiro* em atividade e todos os *kits* são preparados na véspera da sua venda. Frequentemente a equipe dirigente participa dessa atividade, visando aumentar a produtividade, mas também monitorar o desempenho dos novatos e controlar a comunicação entre eles. Às 16 (dezesesseis) horas os *caneteiros* mais rápidos e eficientes começam a retornar à instituição e conduzem,

juntamente com a equipe dirigente, a *escolinha*. Logo, com a chegada de todos os *caneteiros*, às 17 (dezessete) horas todos são dirigidos para a sala de cultos e, posteriormente, para o refeitório, onde jantam a mesma refeição que foi preparada para o almoço.

Enquanto os novatos organizam a cozinha, os *caneteiros* prestam conta, um a um, das vendas realizadas no dia e entregam os valores obtidos pelo trabalho ao diretor da comunidade terapêutica. Depois de desempenhadas as principais atividades do dia, todos os *alunos* dispõem de um período para cuidar das suas necessidades íntimas, como tomar banho e organizar seus pertences. Até às 20 (vinte) horas, quando é iniciado o culto noturno, existe um período em que as atividades são opcionais: alguns *alunos* interagem na área de lazer, jogam sinuca ou *ping pong*, ou descansam, enquanto outros participam do grupo estudo bíblico, orientados pelo obreiro auxiliar Adílson. Logo, após o quarto e último culto do dia, os *alunos* fazem uma *ceia* no refeitório e às 21 (vinte e uma) horas se preparam para dormir – por isso, é proibido transitar, a partir desse horário, pelas dependências da instituição.

Todas as tarefas acima descritas são compulsórias e realizadas sempre na presença de um grande número de pessoas. A rotina e as regras internas são rígidas e obedecem a horários fixos, pois toda e qualquer atividade leva necessariamente a outra – compete, portanto, à equipe dirigente se certificar que a seqüências de atividades não seja perturbada pelos internos (GOFFMAN, 1961). Com relação aos finais de semana, a rotina institucional é alterada. Todavia, apresentá-la-ei no próximo tópico, quando analiso as atividades de lazer que ocorrem na comunidade terapêutica e fora dela.

Devo apontar, aqui, alguns aspectos sobre as rotinas institucionais acima mencionadas. Primeiramente, observei em campo, assim como Rui (2010), em seu estudo sobre comunidades terapêuticas, que apesar de a instituição realizar um trabalho voltado para o tratamento de usuários de SPAs, a equipe dirigente pouco ou nada discute, com os *alunos*, sobre a materialidade e os significados do consumo de “drogas”. Não há qualquer atividade de orientação dos *alunos* nesse sentido. Ainda, esse cenário é agravado pela uniformização do programa terapêutico, que não prevê especificidades, inclusive, de tratamento de consumidores de SPAs distintas.

Por conseguinte, visto que sob o teto institucional são agrupados de forma padronizada usuários com carreiras distintas, emerge na comunidade terapêutica uma forma específica de hierarquizar os sentidos do consumo de SPAs. No discurso oficial da instituição, a partilha moral que se estabelece na sociedade mais abrangente entre “drogas” lícitas e ilícitas não é elencada ou validada como forma de inferir moralmente sobre as carreiras dos internos. Antes, as “drogas”, lícitas ou ilícitas, são percebidas a partir de uma progressão material, classificadas pelo seu poder de destruição, que encontram no crack seu ponto de culminância. Portanto, o exercício da abstinência é afirmado institucionalmente visando à eliminação total da progressão da carreira, destinada necessariamente à “morte, cadeia ou loucura”.

A menina lá [profissional de saúde] vem dizer que se uma pessoa usa crack ela pode substituir por maconha, isso é porque ela não sabe o poder da droga. A gente sabe que a maconha não é tão forte quanto o crack, mas pra uma pessoa que é viciada, um gole de bebida já leva pra perdição. Tudo é droga, né? Não vai resolver o problema dando outra droga, é por isso que aqui, a pessoa que entra tem que concordar: não pode fumar nem cigarro. Uma droga é porta de entrada para outra e aí vai, até a destruição do crack” (SENHOR PEDRO).

Desse modo, entendo que a partir da dissolução das distinções do mundo externo, na comunidade terapêutica se originam novas formas de distinção, que, inclusive, legitimam a autoridade da equipe dirigente.

Sobre isso, muitas vezes as histórias de vida da equipe dirigente são por seus membros narradas priorizando o exagero de eventos de suas carreiras pré-pacientes, com objetivos claros de delimitar o saber pela experiência extrema na interação com a “droga” e autorizá-los ao poder de disciplinar os *alunos*. Percebi esse fato ao entrevistar os obreiros auxiliares Mateus e Tiago. No primeiro caso, ao final de uma entrevista, na qual Mateus narrava eventos dignos do gênero policial ou dos filmes de ação de *Hollywood*, um grupo de *alunos* se aproximou – como de costume ocorria no final das entrevistas –, e imediatamente Mateus interrompeu sua explanação e exclamou: “Eles nem acreditam nas minhas histórias”. Os *alunos* riram e um deles emitiu em tom de sarcasmo: “É muita história mesmo!”

Apesar de situações como essas ocorrerem freqüentemente na vida social cotidiana, compreendi que o sentido de elencar de forma exagerada eventos da própria história de vida, entre a equipe dirigente, reside no imperativo de legitimar sua autoridade. Já que essa autoridade não se estabelece pelo conhecimento teórico, profissional ou acadêmico, o

conhecimento empírico é apresentado nos contornos de aventuras fantásticas ou de tragédias desgraçadas. Na entrevista que realizei com o obreiro auxiliar Tiago, era patente, dentro do raciocínio institucional, a sua “inferioridade” empírica com relação à maior parte dos *alunos* da instituição: em sua carreira alcoolista, consumiu crack apenas uma vez. Visando marcar sua autoridade sob os *alunos*, contudo, Tiago se vale de dois eventos, que repetidas vezes informa e, conseqüentemente, legitima-se: o primeiro diz respeito às sucessivas tentativas de suicídio, uma até mesmo, por ele relatada, de auto-imolação; e o segundo, que marca seu esforço de subestimar a materialidade do crack, conforme a seguinte exposição:

Meu problema maior mesmo de droga é o alcoolismo, usei até outras drogas, mas o álcool é minha droga. O crack me deixava sóbrio e eu não gostava. Experimentei uma vez e fiquei aborrecido porque o crack me deixava lúcido. A cocaína mesmo também era assim. Eu cheguei a usar dois, três anos, mas sempre voltei pro álcool (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na CT).

Essa forma de emitir autoridade entre os atores institucionais se torna ainda mais necessária quando consideramos o fato de que a equipe dirigente reside na comunidade terapêutica e partilha dos mesmos espaços com os internos.

Outra técnica de manutenção de hierarquia entre os atores, da qual se vale a equipe dirigente, diz respeito ao carisma do diretor da instituição, que representa uma figura paterna na instituição. Sobre esse aspecto, segue alguns depoimentos sobre o senhor Pedro:

A pessoa tem que estar muito bem espiritualmente [para ser diretor]. A autoridade não pode ser do homem, porque a autoridade estraga. A pessoa tem que ter muita humildade. Ele [senhor Pedro] está aqui sempre, ele é um pai mesmo. Tem que ter cuidado e amor ao próximo. Eu mesmo não estou preparado, eu ainda tenho mágoa e rancor às vezes. Autoridade tem que ser espiritual (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Eu tenho ele hoje como um pai, chamo ele de senhor. Tem dias que ele dá um chega na gente, mas ele me ajuda muito. Me ajudou muito e eu gosto muito dele. Tenho que agradecer a deus mesmo (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Logo, é o senhor Pedro quem deposita a confiança entre os obreiros auxiliares, somando esforços para manter a autoridades sobre os internos e por fazer cumprir as regras da comunidade terapêutica, que possibilitam que a rotina institucional não seja perturbada.

#### 6.3.4 Castigos, punições e sistema de privilégio

Como já foi dito, a maior dificuldade encontrada pela equipe dirigente, na interação com os novatos, diz respeito, principalmente, a fazê-los dar continuidade ao tratamento. Nas primeiras semanas, muitos novatos querem desistir do tratamento ou fugir da comunidade terapêutica. Além do *aconselhamento*, a equipe dirigente e os *alunos* mais experientes podem tentar contê-los fisicamente. Entretanto, de acordo com as entrevistas realizadas, não obtive informação sobre violência física empregada na instituição para tornar os novatos maleáveis ou mesmo para disciplinar os *alunos*.

Por outro lado, quando os novatos são resilientes, indisciplinados ou insistem em se abster da participação nas atividades, a equipe dirigente pode ameaçá-los de desligamento do programa terapêutico. Porém, freqüentemente a ameaça da equipe dirigente é um blefe, pois antes de comunicar, de fato, o *aluno* sobre seu desligamento, o diretor da comunidade terapêutica entra em contato com o mediador da internação, relata a ocorrência e notifica-o sobre a possibilidade do desligamento ocorrer. Assim, quando a ameaça é colocada para o *aluno*, a equipe dirigente se certifica de informá-lo que ele não será recebido em casa pela sua família ou rede social de origem. Conseqüentemente, mais uma vez o novato é colocado em situação de desamparo, na qual os métodos para alcançar o objetivos institucionais demonstram claramente que a internação não representa uma escolha.

O mesmo ocorre com a ameaça, por parte da equipe dirigente, de transferência do *aluno* para outra unidade – outra forma de punição institucional. Visto que quem arca com os custos de passagem é a rede social de origem dos candidatos, a transferência significa maior incômodo para essa rede, que muitas vezes não dispõe de recursos suficientes para tal investimento.

Desse modo, cabe ao novato somente se adaptar, aceitar a internação e participar das atividades institucionais, sem que seja possível agir de encontro ou transgredir as regras estabelecidas. Pois, como aprendeu o *aluno* João, “tem que ser participativo, ter disciplina, se não tem desligamento”. Nesse sentido, Goffman (1961, p. 26) entende que

os processos de admissão talvez pudessem ser denominados “arrumação” ou “programação”, pois, ao ser “enquadrado”, o novato admite ser conformato e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelando suavemente pelas operações de rotina.

Contudo, incorrendo no erro, o desligamento do programa terapêutico não somente é possível, como já foi muitas vezes aplicado. De acordo com as informações obtidas em campo, entretanto, somente nos casos em que as outras formas de punição institucional não deram conta de “enquadrar” o interno, ou em casos de agressão física entre eles, ocorre o desligamento.

Quando tem confusão, se o diretor não tá aqui, eu, o Tiago ou o Adílson [obreiros auxiliares] tem que tá aqui pra ficar na casa. Agressão a gente desliga na hora, se for outra coisa a pessoa vai orar, ler um salmo. Tem uns que chegam aqui e tão meio perturbados e a gente tem que relevar, explicar, ler as normas da casa (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

As outras formas de punição para transgressão das regras institucionais são os castigos de cunho religioso ou de trabalho. Conforme o relato acima, os *alunos* transgressores são, algumas vezes, obrigados a ler os salmos bíblicos. Porém, o *aluno* João relatou que a equipe dirigente, também, obriga os internos a não apenas a ler, mas copiar em um caderno, o salmo 119, que é, em suas palavras, o “salmo da disciplina da casa”. De acordo com a gravidade da transgressão, é exigida do transgressor uma quantidade específica de cópias do mencionado salmo. Ainda nas palavras de João, “quem é inteligente copia apenas uma vez”.

No que diz respeito aos castigos relacionados ao trabalho, entre os transgressores novatos, a equipe dirigente pode distribuir os serviços gerais de acordo com o comportamento dos *alunos*: aos transgressores caberão as atividades consideradas degradantes, como a limpeza do banheiro, por exemplo. Entre os *caneteiros*, o castigo pode incidir sobre a proibição de saída para o trabalho na manhã do sábado, quando o fruto de seu trabalho não é entregue ao diretor da comunidade terapêutica e é de usufruto do interno. Logo, aquilo que representaria a recompensa pela atividade desenvolvida durante a semana, o trabalho do sábado, lhes é retirado, objetivando punição.

Os objetivos explicitados pelas formas de punição dizem respeito às noções fundamentais que regem as regras da casa: obediência, disciplina e submissão. O senhor Pedro, inclusive, acredita que “as coisas começam a dar errado quando a gente desobedece”. Assim, quando o comportamento do interno se coaduna com essas noções, ele passa gradativamente a ser incluído no sistema de privilégio da equipe dirigente. De acordo com Goffman (1961, p. 59), “o sistema de privilégios e processos de mortificação constituem as condições a que o internado precisa adaptar-se”.

Além dos castigos, a equipe dirigente se utiliza de outras técnicas para conseguir a colaboração dos internos da comunidade terapêutica. Porém, como a maior parte dessas técnicas diz respeito ao trabalho desenvolvido pelos *caneteiros*, deixarei para analisá-las posteriormente. Porém, acrescento que o sistema de privilégio estimula os novatos a se interessarem a passar para a próxima fase de tratamento, pois a partir da *re-socialização* há maior liberdade e autonomia entre os internos, que passam a ter direito de receber semanalmente duas ligações telefônicas e ter contato com o mundo externo nas saídas monitoradas para o trabalho. Logo, a passagem do novato para a fase de *re-socialização* e, portanto, para trabalho externo à instituição, representa, entre os entrevistados, o mérito e o reconhecimento de um bom desempenho na instituição.

Passo, aqui, para a análise dos cultos ministrados na comunidade terapêutica, para posteriormente tratar das especificidades da próxima fase do tratamento, na qual descrevo a *escolinha* e o sistema de trabalho institucional.

### **6.3.5 Os cultos e a *conversão* institucional**

Conforme explanação anterior, os cultos ocorrem 4 (quatro) vezes ao dia – às 4 (quatro), às 12 (doze), às 17 (dezesete) e às 20 (vinte) horas, sempre antes das refeições. Todas as outras atividades da comunidade terapêutica são demarcadas pelos horários em que são ministrados os cultos, que funcionam como uma espécie de relógio institucional. Apresentarei, aqui, o conteúdo e a disposição dos atores nos cultos e analisarei o exercício de introdução, no contexto institucional, do ponto culminante da experiência dos atores com o sagrado, o problema da religião como um meio de encontrar alívio para as aflições decorrentes das contingências de carreiras e o modo como o sentido dos cultos é direcionado para o programa terapêutico institucional.

Essencialmente, entendo que através dos cultos, a religião penetra a rotina dos internos deslocando o objeto de atenção da carreira pré-paciente. Considero, portanto, a ausência de qualquer suporte material oferecido pela comunidade terapêutica para possibilitar a superação da função que a interação com SPAs exerce na sustentação do eu

para os internos. A respeito disso, a questão da existência do novato, é relatada pelos entrevistados, pela insuportável dor resultante da falta da “droga”. Talvez seja por isso que a equipe dirigente ocupa tantos esforços para monitorar a comunicação entre os novatos. Muitas vezes o conteúdo dessa comunicação gira em torno da carreira pré-paciente, quando a SPA fornece sentidos para compreensão do mundo.

Quando cheguei aqui, meus primeiros dias foram o pior. Minhas narinas, o tempo todo sentia cheiro da pedra. Eu só pensava em sair pra fumar. A barriga chegava embrulhar, só de pensar. O demônio age iludindo, irmã (SILAS, *aluno* há seis meses na CT).

Quando cheguei, teve a fase da adaptação. É difícil largar o crack, tem aquela hora que a gente sente que está faltando alguma coisa, você fica procurando o que é, e é a droga. Mas deus vai trazendo a libertação aos poucos. Quando você vê, ele enche o vazio que você tinha no peito (MATEUS, *obreiro auxiliar* há dois anos na CT).

Mas aqui é um tratamento difícil. Muita gente desiste e pouca consegue, pois tem resistência a deus. Se fosse na base de remédio a pessoa conseguia, mas com deus não quer. Eu mesmo já pensei em desistir várias vezes (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Por conseguinte, como o objeto “droga” é capaz de dar existência às carreiras pré-pacientes, a religião oferece outra base de sustentação, que significa a possibilidade dos internos optarem por um destino abstinente.

Entretanto, penso que não se pode tratar aqui de substituição da função que a “droga” exerce pela religião, ao contrário. Diariamente em suas carreiras institucionais, os internos são lembrados que o motivo de estarem ali é justamente o fato de terem consumido “drogas”. Mesmo o conteúdo dos cultos está relacionado ao programa terapêutico e, portanto, a “droga” permanece na carreira dos internos como algo que continua fornecendo sentido, mesmo quando estão em abstinência.

Logo, o equívoco de abordagens instrumentais, que entendem que a religião é capaz de substituir a função atribuída ao consumo de “drogas” pelos usuários, pode ser superado pela apreensão das formas como a religião re-significa sentidos. Sob a contemplação religiosa – estimulada pelas atividades da comunidade terapêutica, principalmente pelos cultos –, as carreiras institucionais são orientadas em vista de atribuir novos sentidos para a carreira pré-paciente. Assim, a função “substitutiva” da religião talvez se restrinja apenas ao campo da ação, pois o interagir com a “droga” é substituído pelo agir com o sagrado – e mesmo essa inferência é perigosa, pois a ação está relacionada a um campo de significados mais amplos.

Também podemos entender que entre as carreiras pré-pacientes e a institucionalização, mantêm-se a mediação transcendente na relação dos atores com a realidade – seja através de deus ou na implicação, apontada por Rui (2008, 7), do consumo como um movimento contínuo entre “sair de si” e “voltar a si”. Mas qual existência humana não está fadada, de fato, à transcendência? É possível pensarmos a realidade sem considerarmos a materialidade dos símbolos por ela criados para mediar as relações humanas? Pois, assim como as “drogas” matizaram a história das sociedades, Berger (2001, p. 19) afirma que “o impulso religioso, a busca de um sentido que transcenda o espaço limitado da existência empírica neste mundo, tem sido uma característica perene da humanidade”.

Do exposto, o que aparece constantemente nas narrativas de histórias de vida dos entrevistados – construídas retrospectivamente, vale reiterar –, é o fato de deus tê-los agraciados com *livramentos*, que os impediram de ter um destino mais trágico do que o de serem internados. Portanto, se em determinado momento de suas vidas, os atores institucionais conseguiram escapar de uma situação de perigo grave e iminente – encarceramento, morte ou adoecimento –, o motivo aparente do *livramento* reside na noção do *plano divino*.

Eu sempre roubava coisa em casa pra comprar a droga. O problema foi quando comecei a roubar na rua, porque ai eu podia ser preso. Mas nunca aconteceu nada de ruim porque deus é poderoso, sempre me deu livramento. Uma vez mesmo eu entrei numa propriedade, uma empresa perto de casa, pra pegar alguma coisa pra vender. O vigilante desconfiou e entrou na sala que eu me escondia. Você acredita que ele olhou tudo e não me viu? Parecia até que eu era transparente. Eu fiquei lá quieto e ele não viu nada, nada. É por essas coisas, irmã, que eu sei que deus tinha outro plano pra mim (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

De igual modo, o plano divino abrange, inclusive, o sentido da internação para atores entrevistados e está presente em muitos relatos, como os que seguem:

Todo mundo queria me pegar [para matar]. É esse o momento que você vê o que deus quer pra gente. Eu já tomei até tiro, mas deus me deu o livramento. Deus, ele tem um propósito na vida de todos nós. Ele nos dá o livramento, eu bati várias vezes no peito dizendo que era sorte. Mas era livramento de deus (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

Deus me deu muitos livramentos, não foi nem um, nem dois. Ele tem poder sobre nossas vidas, nos livra de todo mau. [...] Eu sou fiel agora até a vida eterna. O mundo das drogas foi um ensinamento só, pra gente poder dar testemunho, pra gente dizer que viveu, mas que pela palavra de deus se libertou. Eu acho que deus tem um plano tremendo em nossas vidas (SILAS, *aluno* há seis meses na CT).

Portanto, complementa esse olhar religioso sob a carreira pré-paciente o deslocamento simbólico, promovido pelo universo teológico-institucional, da compreensão da interação com a “droga” como ação do diabo. Sobre isso também, faz-se necessário apontar para o fato de que o sistema religioso da comunidade terapêutica, evangélico e neopentecostal, atua na associação das “drogas” ao diabo, munindo, assim, os internos de sentido para seu sofrimento.

A droga em si, eu não sei se é o inimigo [diabo], eu vejo que tem legiões de demônios. A pessoa às vezes tá com problema emocional, familiar, de alguma coisa. Ai vai pro bar, daí já tá com o nariz na farinha, já foi. Ele age como uma pipa, ele vai dando corda, dando corda. Depois o cara é preso, depois morre e ai vai. O que o demônio que é destruir a família, ele quer ceifar a vida. Ele usa a droga pra isso. Porque o crack mesmo, o crack não é de deus. Foi deus quem botou o crack pro povo se destruir? Não foi (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Aqui, a eficácia do tratamento na experiência com o sagrado, além de significar a vitória de deus contra o diabo, está relacionada com a susceptibilidade de ambas as influências. Em entrevistas com *alunos* reincidentes, por exemplo, percebi que o sucesso do tratamento, em seus discursos, depende tanto de vigilância como da filiação religiosa:

Quando voltei pra minha terra achei que eu já estava libertado desse mau. Mas me afastei da igreja. A pessoa quando segue a palavra de deus não cai na droga. O ser humano pede a coisa, eu pedia para deus me tirar, ele me deu a libertação, mas eu esqueci. Achei que só eu podia conseguir novamente. Mas o demônio age, ele é astuto (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Em consonância com o programa terapêutico, a internação recebe um sentido religioso explícito, que é iniciado pela presença compulsória dos atores nos cultos ministrados em seu interior. Embora a formação religiosa dos entrevistados seja majoritariamente evangélica, não obtive relato de nenhum entrevistado sobre a participação intensa em atividades religiosas antes da internação. Por isso, entendo que os numerosos cultos que são realizados na comunidade terapêutica podem, também, significar um ataque ao eu, no sentido em que “[...] perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil tem o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo – que é uma pessoa com decisões ‘adultas’, autonomia e liberdade de ação (Goffman, 1961, p. 46)”.

Principalmente pelo fato de os cultos ocorrerem no interior da instituição, o controle da equipe dirigente apenas aponta para a verificação da presença dos *alunos* nos cultos. Também a equipe dirigente estimula a participação ativa e propositiva dos internos nos cultos. Ministrados diariamente pelos obreiros auxiliares, que se revezam de acordo com

maior ou menor disponibilidade, e, em situações especiais ou aos domingos à noite, também pelo diretor, cada culto obedece a um roteiro: são iniciados por saudações aos participantes e agradecimento a deus; seguem as orações, pedidos de ajuda e da presença divina através do espírito santo; depois a leitura de uma passagem bíblica, os cânticos e outra oração de encerramento. Nos cultos diários os *alunos* participam ativamente cantando e gritando suas próprias orações, durante a pregação do pastor que conduz o culto. Porém, não há transe, momentos de êxtase, unção ou pagamentos de dízimo. Apenas no culto noturno de domingo, que tem maior duração – 1 (uma) hora, os cultos diários duram apenas 20 (vinte) minutos –, verifiquei tais práticas.

Destaco que minha presença foi valiosa para descrever os cultos e a reação dos atores e informo que gostaria de introduzir, na análise das observações de campo, alguns fatos relevantes: o primeiro se refere à ausência do caráter propriamente sagrado do espaço físico em que ocorrem os cultos institucionais, e suas implicações; o segundo informa a especificidade do culto, com relação a outros cultos evangélicos, no sentido em que está associado ao programa terapêutico da instituição; e o último diz respeito especificamente aos cultos noturnos de domingo, quando ocorre o rito de passagem da fase de *desintoxicação* para a fase de *re-socialização* e a *conversão* dos novatos.

Conforme explicitação anterior, todos os cultos institucionais ocorrem no interior da comunidade terapêutica, em uma sala designada para tal atividade – a *igreja*. Como integra a casa e constitui um espaço de trânsito diário, não há na *igreja* qualquer traço físico de distinção com relação aos outros espaços institucionais. Talvez a única característica que poderia chamar atenção para tal, é a presença de um tablado, o *púlpito* de onde são ministrados os cultos por membros da equipe dirigente. Além cumprir a função de demarcar descontinuidade entre o pastor e os participantes, no tablado estão dispostos meios materiais que possibilitam a condução do culto: instrumentos musicais, microfones e potentes amplificadores de som.

Também, faz-se necessário considerar, aqui, conforme demonstra Almeida (2009, p. 71), que a ausência de objetos sagrados significa que, bem como a comunidade terapêutica, “[...] boa parte das igrejas evangélicas, herdeiras da tradição protestante que nega a intermediação dos santos entre o homem e Deus e rompe com o uso de qualquer tipo de imagem e objeto sagrado”. Assim, a *igreja* é somente dotada de um caráter sagrado na

reunião dos atores para presenciar e participar dos cultos. Desse modo, Almeida (2009) entende que justamente em função da ruptura com o uso de objetos, os cultos evangélicos se baseiam fundamentalmente na oralidade e na performance dos participantes.

Em todos os cultos que presenciei, os participantes são estimulados pelo pastor (membro da equipe dirigente) a se entregar, a participar e a clamar por deus, bem como solicitar a presença do espírito santo para trazer a *libertação*. Desse modo, simultaneamente à pregação do púlpito, todos participam ativamente, inclusive, emitindo gritos de salvação, conforme a orientação do pastor:

Então, nesse momento, meus queridos, vamos fechar os nossos olhos. Fechem os olhos e concentrem na presença de deus. Porque esse deus ele já se faz presente nessa igreja, porque a palavra já foi lançada. Porque esse deus já diz pra ti como é que ele quer que você faça para ter uma comunhão próxima com ele. Então essa noite clama, meu povo! Nessa noite, grita! Nessa noite chama o deus pai contigo.

[Gritos dos participantes, que não se encerram durante a pregação, mas são somados aos gritos do pastor]

Grita que ele vai se fazer presente pra que a gente possa ouvir. Pede pra ele: vem, vem aqui tocar no meu coração, meu pai, pois eu preciso da sua presença em minha vida. Aleluia, irmãos! Aleluia, irmãos! Maravilha, deus! Aleluia, irmãos! Glória a deus! Estamos aqui meu pai, reconheço os meus pecados. Me ouve, deus. Aqui estamos deus diante de ti, muito felizes.

Durante os cultos noturnos de domingo, principalmente nos momentos mais intensos, não apenas os participantes, mas também o pastor parece entrar em êxtase e, por vezes, em transe. Nesses momentos, outro membro da equipe dirigente assume a condução do culto.

O sentido dos cultos está sempre voltado para o programa terapêutico institucional e, portanto, direcionado aos internos, lembrando-lhes de suas carreiras pré-pacientes e estimulando-os a darem continuidade ao tratamento. De acordo com o obreiro auxiliar Adílson, nos cultos há uma forma diferenciada de pregação, que busca o incentivo dos internos, como é exposto no seguinte trecho do culto:

Que o senhor nos libere desse vício, nos dê livramento, para que nesse noite, ó pai, a gente possa fazer algo diferente para chamar sua atenção, pra ter o seu perdão. Para que nessa noite, ó pai, a gente possa ser semelhante a ti e que o espírito santo ocupe nossas vidas. Aleluia! Aleluia, meu pai querido! Nos perdoe, senhor, se de alguma forma, nessa semana, a gente foi até diante do pecado e fez algo que não te agradou, senhor. Que a gente tenha algum crédito ai contigo ai no céu, que o senhor possa nos aceitar com a sua misericórdia que é grande. Aleluia! Que o senhor possa estar aqui nos consertando, pai! Para que a gente possa ser verdadeiro, para que a gente possa ter um pouco de honra, pai. Para que na nossa mão direita saia fogo, mas o fogo da verdade. Aleluia! Aquele fogo que tem o espírito santo, que atravessa a vida do pecador, ilumina a vida do sonhador. Aleluia! Maravilhoso deus, meu pai, a gente está aqui agradecendo por essa vida, por essa nova vida. Pai amado, pai querido, muito obrigada por olhar por mim. Pai

amado, pai querido, deixe o espírito santo vim aqui interferir. Deixa ele estar aqui intercedendo em cada oração. Pai amado, pai querido, proteja os seus filhos que estão aqui, que são pecadores, são fracos, que já foram apedrejados. Pai amado, pai querido, aquebrante o coração de seus filhos que estão aqui, se tem algum filho seu que está aqui e que nesse momento não está conseguindo se concentrar, que se esse filho ainda tem uma pedra no coração, que você possa estar colocando na vida dele a tua presença, que o senhor possa estar colocando na vida dele a solução que o senhor tem. Pai amado, pai querido, nessa noite a gente precisa de provar, a gente precisa sentir o seu gosto na nossa vida, para que ela possa ser temperada, quando todos nós enfrentamos o pecado da terra, que é ardiloso. Pai, a gente precisa receber o seu tempero, pai, pra que a gente possa sair por ai pra pregar sua palavra. Pra que a gente possa sair por ai pra falar por você. Pra receber a solução. A gente precisa de ter submissão. A gente precisa de toda sua autoridade, ó pai, para não confundir nossa própria vida. Então nesse momento, pai, de oração, é com muito amor que estamos aqui para dizer que te amamos. Glória a deus! Que estamos aqui para te dizer que nós temos um carinho especial por ti. Sabe por que? Por que quando a gente vivia no pecado, quando a gente vivia naquela escuridão, trazendo sofrimento pros nossos familiares, trazendo dor, e eles não acreditavam mais na gente, naquele momento que a gente pensava que nada ia dar certo em nossas vidas. Aleluia! Naquele momento que a gente achava que tudo tinha acabado, ó pai, o senhor estendeu as suas mãos para nos ajudar. Aleluia, senhor! E o senhor estendeu as suas mãos para nos salvar, para nos libertar daquele mal que a gente vivia. É por isso que acreditamos em ti, pai! Porque hoje estamos aqui a prova viva, porque hoje estamos aqui vivos, meu pai. Porque hoje somos homens reformados pela tua glória. Aleluia!

Muitos temas elencados nos cultos são temas que foram aqui tratados na descrição das carreiras institucional dos internos. Assim, entendo que o sentido do culto encontra somente significado no contexto da comunidade terapêutica e que atua intensamente visando re-significar a própria narrativa das histórias de vida dos internos e forjar sentido tanto para as suas aflições, como também para a reconstrução de suas carreiras.

Outro aspecto interessante, referente ao conteúdo dos cultos – também já relatado pela literatura sobre neopentecostalismo, da qual destaco Almeida (2009) e Mariano (1999) –, é a menção ao pouco uso, na pregação, do texto bíblico. Com relação a esse aspecto, notei, por exemplo, que durante os cultos noturnos de domingo, que têm duração de 1 (uma) hora, foram destinados à leitura ou alusão direta à Bíblia, no máximo 7 (sete) minutos. Mesmo assim, esse foi um caso excepcional, pois, em geral, os pastores se atêm apenas à leitura de pequenos trechos de salmos. Portanto, a maior parte dos cultos institucionais está mesmo direcionada a acionar a disposição dos participantes, através do sermão, de cânticos e do clamor incessante a deus. Além disso, percebi que uma das estratégias utilizadas pelos pastores para atingir tal objetivo, reside na manipulação emocional dos ânimos dos participantes: os momentos de sermão em que há referência ao sofrimento e à *libertação*

dos participantes são drasticamente cortados pela introdução de cânticos. Esse movimento, durante o culto, é de sucessivas idas e vindas a estados de espírito opostos.

Com relação aos cultos noturnos de domingo, também, observa-se maior disposição dos participantes, pois a manipulação emocional desloca a pregação para o transe, os momentos de êxtase e o dom espiritual de falar línguas, relevante para o pentecostalismo – ver Mariano (1999). Apesar disso, nos momentos de maior intensidade desses cultos, a pregação do sermão é acompanhada dos cânticos, fundindo os estados de espírito anteriormente mencionados. Nesse momento, os participantes, de olhos fechados, clamam, cada qual com a sua própria oração, por ajuda e perdão, sempre orientados pelo pastor, ao passo que outros cantam excitadamente. Alguns entram em transe, seus corpos tremem e os músculos do corpo são contraídos. Muitos caem no chão e são amparados pelo participante mais próximo ou por algum membro da equipe dirigente. No auge do clamor, outras línguas são pronunciadas. Em meio aos gritos de “Aleluia!” e “Glória a Deus!”, essas línguas são professadas pelos participantes, como resultado da exigência do pastor da presença do espírito santo na *igreja*.

Não presenciei nos cultos, o exorcismo. Contudo, acredito que, caso ocorra, é exatamente a partir do momento descrito acima. Talvez minha presença tenha intimidado a equipe dirigente a realizar tal procedimento ou essa é apenas uma inferência paranóica estimulada pela literatura sobre o tema. O que pude verificar, de fato, foi o amparo entre os participantes, daqueles que pareciam estar fora de si ou descontrolados, mediante um abraço e deslocamento deles, do chão para uma cadeira.

Além disso, nos cultos de domingo, sempre conduzidos por um obreiro auxiliar, o diretor da comunidade terapêutica participa, fazendo uma aparição final com objetivos a serem descritos. Quando no auge do culto, o obreiro parece atingir a exaustão, o diretor interrompe a excitação dos participantes e inicia uma pregação sobre a esperança e a vitória de deus sobre o diabo, capazes de trazer *libertação* para os participantes. No momento em que se inicia a fala do diretor, invariavelmente algum membro da equipe dirigente liga o som e coloca uma música calma. Contudo, alguns participantes ainda gritam, batem palmas ou os pés no chão, mas a maioria permanece ajoelhada de costas para o púlpito. Com as cabeças apoiadas em suas cadeiras, parecem estar voltados para si mesmos. Alguns choram. Gradativamente, o senhor Pedro diminui o ritmo do clamor, até silenciá-lo completamente,

quando apenas se ouve a música tocada. Os participantes pouco a pouco vão se sentando e abrindo os olhos. Os que ainda se contorcem no chão são ajudados pelos demais a se levantar e retomam, lentamente, a consciência. Todos começam a acompanhar a música suave e lentamente, aparentam exaustão e transpiram muito. O calor que toma a *igreja* parece contribuir para a efervescência do culto. Ao fim da música, todos batem palmas, agradecem e abraçam os companheiros mais próximos.

A partir desse momento, o diretor lê uma passagem bíblica, faz uma oração e interage com os participantes. Solicita, para finalizar o culto, a presença daqueles que estão dispostos a cantar e tocar alguma música. Uma banda é formada imediatamente e os participantes dançam alegremente ao som produzido. Após serem tocadas algumas músicas pelos participantes, o diretor saúda os novatos que iniciaram tratamento durante a semana. Além disso, solicita que seja formada uma fila para unção dos participantes, que um a um são tingidos por um óleo sagrado. Após a unção, cada participante deposita o dízimo, relativo aos proventos obtidos pelo trabalho realizado na manhã de sábado – como já relatei, nesse dia a produção dos internos não é entregue ao diretor. O senhor Pedro informa que a partir desse momento, todos estão protegidos por deus para começar, vitoriosos, uma nova semana.

Para finalizar o culto, o diretor solicita a presença, ao púlpito, dos novatos que serão iniciados na segunda fase do programa terapêutico. Esse é o momento de *conversão* religiosa que representa o rito de passagem entre as fases de tratamento. O senhor Pedro convida os novatos a se ajoelharem enquanto os questiona sobre a aceitação de Jesus Cristo como seu salvador:

Então, vocês aceitam Jesus Cristo como seu único salvador, como o filho de deus que desceu no mundo pra livrar o homem dos pecados? Como o único salvador que carregou a cruz para o calvário para que a gente pudesse estar aqui hoje com vida? Para que a gente pudesse estar aqui nessa noite buscando a transformação?

Entendo que esse momento representa o ponto de culminância do sistema de privilégios na carreira dos novatos, quando o período de reclusão total na comunidade terapêutica é encerrado.

Não entendo, entretanto, que a *conversão* institucional representa a transformação de crenças e bens de salvação a serem apropriados pelos internos, mesmo porque a noção de conversão como descontinuidade é impossibilitada pelo fato de que muitos internos

possuem formação evangélica – e, portanto, a fragilidade dessa noção residiria na consideração que o interno está isolado do contexto religioso evangélico, o que não ocorre no caso. De igual modo, como o período de internação é limitado a 9 (nove) meses, a conversão também não pode ser tratada como filiação institucional a uma Igreja. Antes, entendo que, mesmo entre os entrevistados que possuem formação religiosa católica, é mais apropriado entender a experiência religiosa na instituição como trânsito, que pode ou não ter continuidade para os egressos do tratamento, a partir da filiação a outra instituição religiosa evangélica, mas não no ministério da comunidade terapêutica.

Ainda, acrescento que, apenas através da *conversão* ocorre a passagem entre as mencionadas fases de tratamento. Não obstante, como já foi dito no início desse tópico, reitero que o sofrimento dos internos encontra sentido através dos bens de salvação fornecidos pelo universo teológico-institucional da comunidade terapêutica. Nesse sentido, a oferta de *libertação* através dos cultos possibilita que as carreiras dos internos sejam resignificadas pela religião.

### **6.3.6 A re-socialização e as atividades laborais**

Após o rito de passagem entre as fases de tratamento, no culto noturno de domingo, os novatos se despedem do *sítio* e são transferidos para o quarto dos *caneteiros*. Visto que é encerrado o período de reclusão total, indispensável à *desintoxicação* – de acordo com o discurso oficial da comunidade terapêutica –, a nova fase significa maior liberdade e autonomia entre os internos, pois a atividade laboral externa à instituição é introduzida em suas rotinas. Ainda, a partir da nova fase, os internos são premiados com o direito de receber 2 (duas) ligações semanais e podem, assim, comunicar-se com suas respectivas redes sociais de origem. Reitero que a introdução do trabalho na rotina representa certa abertura dos traços totais da comunidade terapêutica, pois se observa acintosamente que há maior permeabilidade institucional à sociedade mais abrangente.

Na fase de *re-socialização*, também, os *alunos* passam a participar das atividades externas de lazer, aos finais de semana. Assim, no sábado, depois de realizado o trabalho

matutino, os *alunos* dispõem da tarde livre. Participam apenas dos 4 (quatro) cultos diários e da estudo bíblico no final do dia. Aos domingos não é realizado o primeiro culto do dia e os *alunos* têm o direito de acordar mais tarde, às 5 (cinco) horas. Logo após o café da manhã, acompanhados pela equipe dirigente, deslocam-se para a praia próxima à comunidade terapêutica, para se distrair e jogar futebol. Contudo, assim que o movimento da praia começa a se intensificar, os *alunos* retornam, como relata o obreiro auxiliar Adilson: “aqui a gente vai na praia, joga bola, cinco, seis horas da manhã. Quando começa a aparecer aquelas mulher, ai o diretor manda todo mundo pra casa” – tratarei da obrigatoriedade de abstinência sexual no programa terapêutico ao final desse tópico.

O domingo é o dia de descanso e atividades religiosas na comunidade terapêutica. Além dos cultos e do grupo de estudo bíblico, todos dispõem de tempo livre para realizar atividades no interior da instituição. Destacam-se entre as atividades de lazer os jogos (sinuca e *ping pong*) e o uso da piscina e de instrumentos musicais. Também, o almoço de domingo é distinto dos demais, a equipe dirigente e os *alunos* se ajudam na elaboração de um churrasco ou macarronada. Às 20 (vinte) horas todos participam do culto e as atividades do dia são encerradas para início da próxima semana. Apenas aos sábados e domingos os *alunos* são autorizados a receber ligações telefônicas e todos aguardam ansiosamente por uma chamada.

Nos feriados, a rotina da casa não se altera e esses são, de acordo com o senhor Pedro, os momentos mais tristes entre os internos, que, saudosos, compartilham o sentimento de culpa e arrependimento:

Eles às vezes falam: “poxa, [senhor Pedro], vou passar o natal, o ano novo aqui, sem ver minha família”, ai eu vou e pergunto: “onde foi que você passou o natal passado? Foi com sua mãe eu você estava na rua com os vagabundos?” Ai eles param pra pensar. Essas datas aqui são muito triste, porque eles ficam pensando na família, o quanto eles fizeram mal pras famílias deles, tudo por causa da droga. É por isso que a gente oferece o suporte religioso também, pra eles terem uma base espiritual pra se agarrar e ajudar a superar os problemas, sabe? Eles não vão precisar recorrer as drogas, eles vão aprender a se agarrar em deus. Mas também, às vezes a própria dificuldade na família que empurra o menino pra droga. O pessoal que a gente trabalha aqui, tem de tudo. Às vezes a própria família também é drogada, por isso que a gente separa eles de lá, né? Não adianta a gente fazer nosso trabalho e eles chegarem em casa e ter um pai bêbado, uma mãe drogada. Nesse tempo aqui, eles ficam pensando mais, vendo o passado pra aprender a viver na sociedade de novo, eles vêem a vida de fora, sabe? Mas nem todos que chegam aqui já chega no caminho de deus. A gente respeita também. Eles participam e tudo e a gente respeita, eles vem pro culto, oram. Por isso que a gente segue uma linha mais light, que é melhor pra lidar com jovem. E funciona, eles gostam. E nosso

papel aqui é mostrar esse caminho mesmo, o melhor caminho, que é a palavra de deus (SENHOR PEDRO).

Muitos aspectos sobre os significados do trabalho para a comunidade terapêutica já foram descritos no capítulo anterior. Principalmente no que diz respeito à desconstrução da perspectiva oficial, analisei o trabalho como meio possível de subsistência da comunidade terapêutica, ao contrário do que afirma a equipe dirigente com relação à *re-socialização* dos internos. Essa análise está em consonância com a sugestão de Goffman (1961, p. 82), que entende que

Embora a natureza de tais tarefas decorra das necessidades de trabalho do estabelecimento, a afirmação apresentada ao paciente é que essas tarefas ajudarão a reaprender a viver em sociedade e que sua voluntariedade e capacidade para enfrentá-las serão consideradas como prova diagnóstica da melhora. O paciente também pode perceber o trabalho dessa forma.

Ao passo que a equipe dirigente reconhece que a forma de subsistência encontrada pela comunidade terapêutica é através do trabalho dos *alunos*, defende também o trabalho como fundamento da *re-socialização* dos internos:

O trabalho é um recomeço, a gente tem que preparar o aluno pro recomeço. Às vezes a estrutura familiar não colabora, hoje mesmo a gente tem cinco reincidente na casa. O trabalho no coletivo é uma reintegração social. Ele aprende a viver novamente dentro da sociedade. A instituição é auto-sustentada, essa foi a nossa forma. Às vezes a pessoa tem um bom projeto, mas não tem como botar em prática o trabalho (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Não obstante, a presente discussão pretende descrever o cotidiano laboral dos atores institucionais, a partir das observações percebidas em campo. Entretanto, antes de elaborar tal descrição, delineio alguns traços da *escolinha* como atividade que inicia e prepara os novatos para realizarem o trabalho, que, entre os atores, é chamado de *obra*. Não tive a oportunidade de observar em campo o desenvolvimento de tal atividade e apenas obtive um relato que informou sua existência no programa institucional. De acordo com o *aluno* João, na *escolinha* os *alunos* mais experientes, ajudados pela equipe dirigente, simulam a venda dos *kits* para os novatos. No espaço destinado às refeições, os atores institucionais se sentam, como se estivessem em um ônibus, e o novato ensaia sua abordagem de venda aos passageiros. Após sua apresentação, os demais atores orientam, avaliam, tecem críticas e sugestões.

O conteúdo do discurso da abordagem, embora privilegie o *testemunho* pessoal do interno, obedece a um roteiro específico, que objetiva atingir a meta diária de vendas e prioriza o apelo dos clientes com relação às carreiras pré-pacientes e a divulgação da

comunidade terapêutica. Como o trabalho é realizado fora da instituição, a equipe dirigente se cerca de cuidados para que o governo institucional não seja diluído. Portanto, a formação de duplas se torna necessária para aumentar o controle sob o trabalho, visto que cada *aluno* pode atuar como fiscal de seu companheiro. Entre os novatos, a dupla é formada com um membro da equipe dirigente ou mesmo com algum *aluno* mais experiente que conquistou confiança na comunidade terapêutica. O mesmo critério de formação de duplas vale para *alunos* transgressores.

Diariamente, antes de entrar na comunidade terapêutica, os *alunos* que encerram suas atividades externas são revistados pela equipe dirigente, fato que viola o território do eu dos atores (GOFFMAN, 1961). Até mesmo o retorno entre os turnos matutino e vespertino de trabalho funciona como uma forma de controle dos possíveis sinais de consumo de “drogas”.

O roteiro de venda ensaiado pelos atores na *escolinha* pode ser descrito da seguinte maneira: primeiramente, enquanto seu companheiro distribui entre os passageiros do ônibus os *kits*, o *caneteiro* se apresenta e relata seu *testemunho*, destacando eventos trágicos de sua carreira que foram superados pela adesão ao programa terapêutico institucional e a filiação à religião evangélica; depois, apresenta os *kits* para os passageiros e os informa que adquirindo-os estarão ajudando outras pessoas como ele a se recuperar do *vício*; o companheiro recolhe, entre os passageiros, o dinheiro da venda, bem como os *kits* rejeitados, ao passo que o *caneteiro* agradece, lê uma passagem bíblica e se despede.

Interessante se faz notar o paradoxo da proibição, entre os membros da equipe dirigente, da comunicação entre novatos, em função de que em seus diálogos são elencados temas relacionados à carreira pré-paciente. Isso porque, durante a elaboração da narrativa em *testemunhos*, ficou demonstrado que os *alunos* não apenas estão autorizados, como devem elencar eventos da carreira pré-paciente. Nota-se que, no curso da fase de *desintoxicação*, principalmente através da *escolinha*, o objeto da comunidade terapêutica incide sobre a re-significação da narrativa das carreiras pré-pacientes, em um modo específico de conduzir a memória pregressa, que evidencia o elo discursivo entre “droga”, descontrole e autodestruição (RUI, 2010).

Entendo que, a partir do ensaio do roteiro, inicia-se a re-elaboração discursiva das carreiras, no sentido em que a *escolinha* funciona como treinamento dos *testemunhos* de

superação na comunidade terapêutica. De acordo com Goffman (1961, p. 61 – 62), muitas instituições com características totais,

[...] dão ao internado uma oportunidade para aceitar um modelo de conduta que é, ao mesmo tempo, ideal e aceito pela equipe dirigente, um modelo que seus defensores admitem ser o melhor para as pessoas às quais é aplicado; outras instituições totais não defendem oficialmente um ideal que o internado deva incorporar.

Como a passagem de fase para a *re-socialização* exige do interno a obrigação da atividade laboral, a elaboração dos *testemunhos* dos novatos é imprescindível e programada institucionalmente. Logo, as reduções do eu passam a ser percebidas através dos sucessivos ensaios e apresentações de *testemunhos*, quando as histórias de vida, marcadas por mortificações da carreira, começam a exibir contornos de automortificação. A respeito disso, o discurso oficial entende que o programa terapêutico está sustentado na idéia de abstinência, quando diariamente os internos devem pregá-la, em vistas de serem lembrados que estão em recuperação:

A pessoa se fortalece dizendo que era usuário de drogas e que não é mais. Porque se a gente deixar, eles esquecem disso, eles não se vigiam, acham que já passou o vício da droga. Eles não querem lembrar. Por isso que aqui [na comunidade terapêutica] a gente pede pra eles testemunhar. Eles fazem o testemunho e lembra que tem problema com a droga (PASTOR ISAÍAS).

Levando em consideração a eficácia dessa programação, é curioso que os *alunos* adotem, no curso da *escolinha* e do labor, a narrativa de seus desenvolvimentos de acordo com os objetivos do programa terapêutico. Sobre isso, Goffman (1961, p. 129) entende que a orientação das narrativas em termos de “histórias tristes”, ou *testemunhos*, revela que

se os fatos do passado e do presente de uma pessoa são extremamente sombrios, o melhor que pode fazer é mostrar que não é responsável por aqui que veio a ser. [...] Quanto mais o passado de uma pessoa se afasta de concordância aparente com valores morais centrais, mais parece obrigada a contar essa história triste para qualquer companhia que encontre. Talvez responda, em parte, à necessidade que sente, em outros, de não receber afrontas aos seus desenvolvimentos de vida.

Por outro lado, diversas vezes me foram relatadas dificuldades encontradas pelos *alunos* para realizar o trabalho, principalmente em função da timidez para expor suas histórias de vida, e, portanto, o seu eu a estranhos. Compreendo também como parte do processo de mortificação, a obrigatoriedade da atividade laboral, que, de acordo com Goffman (1961, p. 63) “cria um meio de fracasso [...] em que a desgraça pessoal se faz sentir constantemente. Como resposta a isso, o internado tende a criar uma ‘história triste’”.

Eu me perguntava “será que vou conseguir?” E eu comecei a orar e a pedir a deus que ele me desse força. A primeira vez que eu fui no ônibus eu tive que voltar pra [comunidade terapêutica]. O senhor Pedro falou que meu tratamento dependia desse trabalho e que se eu não conseguisse eu ia voltar pra casa. Ai eu pedi outra chance e só depois consegui. Mas aqui não foi fácil, teve dificuldade. O pior era a timidez de fazer o trabalho do ônibus. O que me ajudou é que eu lembrava das coisas que eu fazia e não tinha vergonha, então eu não podia desistir de fazer um trabalho que ia me dar libertação. E eu não podia voltar pra casa mais uma vez derrotado. O pessoal aqui ajudou, me deram força no começo, me incentivavam. A gente lá fora ficava fora da realidade, e o cara que é usuário de droga tem que escutar a realidade, pra gente enfrentar, tem que ser realista (IMAEL, *aluno* há três meses na CT).

Posto isso, quando não consegue realizar o trabalho ou atingir a meta de venda diária, o *aluno* é percebido entre os demais atores, como *derrotado*. Na descrição anterior que realizei, sobre o culto noturno de domingo, o diretor da comunidade terapêutica enfatiza a necessidade dos internos serem *vitoriosos*, e essa *vitória* é manifesta, principalmente, pelo desempenho do trabalho. Logo, visando a eliminar uma percepção negativa sobre o trabalho, a equipe dirigente atribui a ele um sentido religioso. Sobre esse tema, dois aspectos relevantes, presentes na literatura sobre o neopentecostalismo, emergem. O primeiro diz respeito à noção redentora do trabalho, que, mediante a teologia da prosperidade – ver Mariano (1999) e Almeida (2009) – é respaldado de forma imediatista e pragmática pela religião:

[...] Os evangélicos compreendem as dificuldades materiais como decorrência das ordens moral e espiritual, mas os efeitos indiretos do regramento do comportamento e da solidariedade interna entre os ‘irmãos de fé’ atenuariam a vulnerabilidade social (ALMEIDA, 2009, p. 46).

Por conseguinte, o segundo aspecto consiste na compreensão da forma como a comunidade terapêutica exprime o sentido religioso do trabalho. Para estimular a maior produtividade entre os internos, o programa terapêutico incita o assédio proselitista – ver, também, Mariano (1999) e Almeida (2009) – dos internos aos clientes. Sobre ambos os aspectos mencionados, seguem relatos que os revelam:

Eu vejo esse trabalho hoje como se eu fosse predestinado, quem era eu antes? No mínimo, no mínimo, eu faço trinta ônibus por dia, falo para umas três mil pessoas. Isso foi uma porta que se abriu para mim e para as pessoas verem a realidade. Eu não sabia que ia acontecer isso comigo, eu vim atrás de ajuda e hoje faço essa obra. Parece que deus decidiu isso antes de eu ter nascido. Às vezes eu me pergunto porque eu consegui e outros desistem tão fácil. Eu sempre me pergunto isso (IMAEL, *aluno* há três meses na CT).

Se tiver bem nos cultos, está bem na rua. Na verdade esse nosso trabalho não é sair vendendo. A gente vai pregar a palavra de deus. A gente pede uma ajuda. Se não transmitir felicidade, não pregar a palavra de deus. Se não conseguir fazer a obra é porque não está bem com deus (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Entre os dias 2 (dois) e 6 (seis) de agosto de 2010, acompanhei 5 (cinco) duplas de *alunos* – uma dupla por dia – que deixavam a comunidade terapêutica pelo turno da manhã para realizar a venda dos *kits*, seguindo-as em seu itinerário pela RMS dentro dos *coletivos*, ou ônibus. Relato a seguir as observações do cotidiano de trabalho institucional.

Cada *caneiteiro* carrega uma bolsa contendo os 50 (cinquenta) *kits* a serem vendidos no turno e se apresenta para o trabalho devidamente uniformizado. Para entrar nos ônibus gratuitamente, cada dupla pede autorização prévia ao motorista. Muitos motoristas não permitem a entrada de vendedores, pois, de acordo com o obreiro auxiliar Mateus, 3 (três) empresas de ônibus que atuam na RMS proíbem o acesso gratuito deles, assim como o de outros vendedores. Nas demais empresas, fica a critério do motorista decidir quem pode ou não entrar gratuitamente no ônibus. Contudo, a relação pessoal dos *caneteiros* com os motoristas, adquirida pelo labor, é um fator que amplia suas chances de acesso ao ônibus. Como os *alunos* possuem uma meta de vendas, com horários rígidos a cumprir, comumente optam por aguardar a chegada de determinado ônibus, cujo motorista permite seu acesso.

De igual modo, os *caneteiros* passam a ser identificados pelos passageiros dos ônibus. Observei algumas situações em que foram cumprimentados, e, em uma específica, a passageira – colaboradora freqüente da *obra*, como me informou o *caneteiro* – se referiu ao trabalho desenvolvido pela instituição: “a droga é o instrumento do demônio para acabar com esse mundo e ele está conseguindo. Por isso que o trabalho desses meninos é importante, para conscientizar o povo e tirar os jovens que estão perdidos nas drogas das ruas”. De igual modo, os entrevistados me informaram que por vezes são bem recebidos nos ônibus, o *aluno* João, até mesmo, relatou que “de vez em quando alguém me filma no ônibus, tira foto, bate palmas, tem hora que eu choro, eu amo fazer a obra”.

Por outro lado, a *obra* geralmente não é bem recebida entre os passageiros. Entendo que em função de estigma, mesmo quando os *alunos* estão abstinentes, ao se identificarem como ex-usuários de “drogas”, estão sujeitos à discriminação por parte da sociedade. Acrescenta-se a isso, o fato de que a comunidade terapêutica e a própria religião evangélica sofrerem descrédito, principalmente quando é solicitada ajuda financeira. Muitos relatos exprimem a percepção negativa dos passageiros:

A gente sobe em setenta, oitenta ônibus e o povo fala bocado de bobagem, né? Tem muita gente também que fala que a gente é maconheiro, que não tem mais jeito. Algumas pessoas não gostam do nosso trabalho, desconfia da casa

[comunidade terapêutica]. Hoje, graças a deus, eu consigo fazer meu trabalho e não ligo pro que os outros dizem (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

É comum no nosso dia-a-dia a gente ser questionado. As pessoas chamam de drogado, de mentiroso. Eu sei da onde eu vim e faço esse trabalho porque sei que vai me ajudar e ajudar outras pessoas (SILAS, *aluno* há seis meses na CT).

Às vezes no coletivo as pessoas dizem “você usou droga porque quis”. Claro que foi. O ruim não é a droga é as conseqüências, ruim é querer parar e não dá mais. No coletivo muitas pessoas dizem que a casa de recuperação não serve, mas fui eu que não me vigiei. As pessoas dizem que não tenho jeito. Às vezes outros passageiros mesmo me defendem, dizem para me deixar trabalhar. Os motoristas mesmo abrem as portas, acham importante nosso trabalho. Tem uns que fecham a porta, porque é o trabalho deles também, né? (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Com relação ao tratamento negativo dispensado pelos passageiros, as reações dos internos foram descritas de modos variados. Alguns preferem se calar e ignorar, pois consideram a discriminação contra eles como parte da rotina de trabalho. Poucas vezes fui informada sobre situações em que os internos se defenderam ou iniciaram uma discussão com o passageiro. O obreiro auxiliar Adílson, por exemplo, relata que quando tinha pouca experiência com o trabalho externo, foi abordado por um passageiro, mas que não o respondeu. Porém, ressentido esse fato e informa que pedia a deus todo dia para encontrar novamente esse passageiro, para dar uma resposta à altura.

Entretanto, a meta de venda diária não parece um problema entre os entrevistados, pois rapidamente é atingida por boa parte dos *caneteiros*. De acordo com as gírias institucionais – a maior parte delas emerge, inclusive, do trabalho –, *cabeção* é o *aluno* que tem maior capacidade de venda e a executa com maior rapidez; e *pipoca* é a forma pejorativa pela qual os atores institucionais comparam os *alunos* que têm dificuldade em atingir a meta com os novatos do *sítio*, que são sempre os últimos a retornar à instituição, tornando-se motivo de chacota para os demais. Outra gíria relacionada ao mundo do trabalho institucional é *maloca*, que se refere ao passageiro que subtrai o *kit* vendido pelos *alunos*, sem efetuar o pagamento – em casos de *malocagem*, os *alunos* devem repor o valor subtraído à instituição.

Percebi que, em comparação à reclusão no *sítio*, o trabalho externo é percebido como privilégio entre os *alunos*, e a timidez e a vergonha inicial em expor suas vidas para desconhecidos, acaba sendo superada e virando rotina. Com a passar do tempo, cada interno desenvolve estratégias próprias para atingir sua meta diária de vendas, a exemplo da escolha por determinado itinerário – de acordo com os entrevistados, há maior aceitação da *obra* nos itinerários em bairros periféricos, pois “os pobres ajudam mais”. No entanto, a

principal estratégia desenvolvida pelos *alunos* é a forma de abordar os passageiros. Embora cada *aluno* siga um roteiro específico, como já foi dito, cada qual insere em seu *testemunho* expressões, termos e palavras que tem maior poder de persuasão:

Eu gosto de entrar no coletivo com um sorriso no rosto e dar um bom dia. Mas esse bom dia tem que ser bem alegre pros passageiros sentirem. Gosto de brincar também, isso chama a atenção do passageiro. Ainda mais de manhã cedo, a pessoa gosta de começar o dia bem. Mas quando conto a minha história, me emociono, às vezes choro e tudo, e os passageiros se emocionam também (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Destaco, aqui, dois *testemunhos* de *alunos* – transcritos após registro em gravador digital –, a fim de demonstrar mais detalhadamente os conteúdos comuns das narrativas. O primeiro de um obreiro auxiliar e o segundo de um *aluno* interno na comunidade terapêutica há apenas 1 (um) mês:

Oi, meus queridos! Em primeiro lugar bom dia a todos. Meu nome é Mateus e eu sou de Fortaleza, irmão que está aí passando o informativo pra vocês é Elias, ele é de São Paulo. Estamos aqui representando a [comunidade terapêutica]. Eu creio que todos já conhecem ou até mesmo ouviram falar. A [comunidade terapêutica], meus queridos, é uma casa, de recuperação evangélica, que a mais de 12 anos vem fazendo um excelente trabalho de combate às drogas e ao alcoolismo, resgatando vidas do submundo das drogas e do álcool, recuperando e devolvendo à sociedade. Passamos a vocês o informativo da nossa instituição. Como vocês podem ver, esse informativo vem trazendo informações, para que vocês possam ver que a boa ação que vocês fazem para a nossa casa ela é muito bem investida em um trabalho sério, um trabalho bonito, que realmente vem resgatando vidas. Eu mesmo sou uma prova viva disso. Por muitos anos de minha vida eu fui dependente químico, mas fui tirado da morte pela misericórdia de nosso deus e hoje eu sou uma nova criatura em Cristo. Abaixo desse informativo, também, tem o nosso endereço, nosso número de telefone e o nosso site, para que se vocês quiserem façam uma visita, para ver a seriedade do nosso trabalho. Estamos aguardando de braços e de portas abertas. Ao lado, também, ele vem trazendo esse kit, é um kit que vem com essa linda caneta, é uma caneta esferográfica de cor azul, é uma caneta automática e junto a ela também, tem esse calendário de 2010 e no verso uma tabuada de multiplicar. Ao lado da caneta também, ele vem trazendo essa lanterninha, que vem no formato de um chaveirinho. Além da lanterninha também, a gente tem um kit que vem trazendo uma caneta e uma capinha para celular. Esse kit contendo a capinha e a caneta, nós, aqui da [comunidade terapêutica], estamos fazendo pra vocês por apenas o valor simbólico de dois reais ou até mesmo um passe. É um valor que vocês vão estar nos ajudando a nos mantermos de portas abertas, e poder assim estar salvando mais vidas. Porque a [comunidade terapêutica], meus queridos, é uma casa que a gente não conta com a ajuda do governo, e contamos apenas com a colaboração de vocês, que vão nos ajudar. Então, pessoal, com apenas o valor de dois reais, você vai levar esse lindo kit, mas, o mais importante, vai estar levando no coração a consciência de que está ajudando a salvar mais uma vida, que é o mais importante para nós. Obrigado a todos pela atenção que deram a mim, eu agradeço a todos, porque só deus sabe a situação da vida de cada um. E que deus, o senhor, fique iluminando cada vez mais a todos vocês. Eu vou ler um trechinho da Bíblia, que é um salmo, o salmo 37, versículo 5. A palavra diz: “Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e ele o fará por ti”. Que deus abençoe a todos. Amém (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

Pessoal, bom dia! Eu peço um bom dia a todos vocês. Meu nome é Elias e eu sou lá da cidade de São Paulo, o irmão que está passando o informativo é Mateus de Fortaleza. Estamos aqui representando a [comunidade terapêutica], que é uma casa de recuperação que há 9 anos vem resgatando jovens de baixa renda do submundo das drogas na cidade de Salvador, na Bahia. Foi através desse trabalho lá em São Paulo que minha vida foi resgatada, onde eu me afundava no mundo das drogas, causando dor e sofrimento para a minha mãe e meus familiares. Foram cinco anos da minha vida que eu joguei no lixo, no submundo das drogas. Hoje eu agradeço a deus primeiramente, segundo à [comunidade terapêutica], que abriu as portas pra mim e me deu uma nova oportunidade de vida, me salvando das drogas com as palavras de Jesus Cristo. Hoje a [comunidade terapêutica] ela é uma casa de recuperação evangélica, a qual não faz nenhum uso de medicamento, mas sim através da palavra de deus. Lá nós temos um tratamento com duração de nove meses, aonde o aluno não paga nenhuma mensalidade. Mas infelizmente, nós não contamos com o apoio de governo, nem de empresa, a única ajuda que nós temos é primeiramente de deus, que fortalece o nosso trabalho a cada dia que passa, segundo é dos motoristas e cobradores que colaboram com nosso trabalho, mas especialmente de vocês que vem mantendo as portas da nossa instituição abertas. Graças à colaboração que vocês fazem diariamente nos coletivos que eu estou podendo fazer esse tratamento aqui na Bahia. Por isso, eu venho hoje mais uma vez estar pedindo a vocês que façam sua colaboração. Se tiver condições de ajudar e de estar colaborando com essa obra, com apenas o valor simbólico de dois reais ou mesmo um passe, você estará levando esse kit informativo que Mateus está passando na mão de vocês, aonde ele contem uma caneta com calendário de 2010 e uma tabuada, e um chaveirinho que ao mesmo tempo é uma lanterna, pessoal. Mas o mais importante mesmo é o nosso informativo, no verso, aonde você vai encontrar o endereço de nossas nove unidades clínicas espalhadas pelo Brasil, nosso telefone e nosso site. Eu estou trazendo esse informativo e levando até aquela pessoa que realmente necessita, pois hoje tem o mundo das drogas em sua vida. Talvez uma mãe de família que se encontra nesse momento desesperada porque está vendo seu filho perder a vida no mundo das drogas. Você pode estar levando esse informativo para essa mãe, falando pra ela que deus tem um propósito muito grande na vida do filho dela, assim como ele teve um propósito na minha vida. Saindo do mundo das drogas, eu deixei de fazer parte do problema e hoje eu sou parte da solução, trazendo meu testemunho nos coletivos, trazendo essa solução para as pessoas que são dependente químicas, assim como um dia eu fui. Eu dependia dessa ajuda e eu obtive. Você não estará somente comprando uma caneta e uma lanterna, pessoal, vocês estarão ajudando a devolver o sorriso no rosto de quarenta e cinco ou mais que se encontra hoje em tratamento em nossa unidade. É por isso que eu agradeço de estar vivo no dia de hoje. Deus abençoe e multiplique enormemente essa ajuda em sua vida. Para aqueles que não podem estar colaborando, que deus abençoe da mesma forma, mas eu gostaria de estar deixando um versículo da Bíblia, uma palavra de conforto para a viagem de vocês, da Profecia de Isaías, capítulo 41, versículo 10: “Não temas porque eu estou contigo; não te assombres, porque eu sou teu deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destreza da minha justiça”. Desde já muito obrigado a todos vocês pela atenção que me deram, saibam que é muito gratificante pra nosso trabalho entrar num coletivo e ver que as pessoas estão realmente prestando atenção nas palavras que estão sendo ditas. Pois o problema das drogas é um problema que vem aumentando cada dia mais, não só aqui na Bahia, como em todo Brasil. É muito bom saber... [Mateus interrompe e anuncia que um passageiro colaborou] Muito obrigado! São colaborações como essas que mantem nossas portas abertas e esses quarenta e cinco jovens longe das drogas, pessoal, e ajuda mais pessoas ainda. Então é muito gratificante saber que nós estamos fazendo essa batalha. Muito obrigado a todos você, fiquem na paz de deus (ELIAS, *aluno* há um mês na CT).

Com relação à contrapartida oferecida pela instituição ao trabalho desenvolvido, além do tratamento gratuito, os *alunos* recebem integralmente os proventos das vendas realizadas nas manhãs de sábado – referente a 30 (trinta) *kits* –, que são, também, controlados pela equipe dirigente. Além de pagar o dízimo nos cultos noturnos realizados no domingo, os *alunos* são coagidos a enviar o valor restante para as suas redes sociais de origem, como forma de punição por terem subtraído objetos de suas casas, durante a carreira pré-paciente, para a compra de “drogas”. Em situações nas quais não se observa tal histórico do *aluno*, a equipe dirigente insiste que o valor da passagem que possibilitou sua internação também seja devolvido.

O trabalho do ser humano muda o caráter. Todos que fazem o trabalho no coletivo recebem pra isso, acabam comprando tudo em casa que eles tiraram, TV, vídeo cassete. A [comunidade terapêutica] é a única que o aluno ganha para fazer tratamento. Mas o dinheiro também é arrecadado pra instituição (PASTOR ISAÍAS).

Também, observa-se que há o fortalecimento da atribuição ao gênero masculino, do papel de provedor e homem que honra as próprias dívidas. Enquanto o discurso oficial entende que o trabalho significa *re-socialização* do interno, também os *alunos* o entendem como meio de se redimir com suas famílias, através de ajuda financeira – ainda que irrisória.

Eu aqui aprendi a viver, a passar uma roupa, a ter responsabilidade, a pagar uma dívida. Eu achava que ser homem era ser dono de boca, com uma arma na cintura, com mulherada do lado. Aqui eu vi que ser homem é outra coisa. A pessoa tem que ter responsabilidade, pagar as dívidas, ser bom pros outros. Isso que é ser homem (HIRAN, *aluno* há quatro meses na CT).

Eu mando vinte, trinta, quarenta reais por semana pra minha filha para ajudar a pagar a escola dela. Todo dinheiro que eu pego é pensando nela, mas a mãe ainda fica reclamando. É briga todo dia que eu ligo pra lá. Mas ela não é muito certa, não. Não sabe administrar muito bem (SAMUEL, *aluno* há onze meses na CT).

Sábado aqui, a gente acorda mais tarde, cinco da manhã, mas eu já levanto nervoso pra bater logo [a meta] e mandar o dinheiro pra minha mãe. Já deposito o dinheiro no banco, pra ajudar também ela cuidar do meu menino. De quinze em quinze, mando uns sessenta reais pra ela (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Contraposta a percepção do que é ser homem para os atores institucionais, finalizo esse tópico tratando das *tentações* implicadas no trabalho externo e da ambivalência de posicionamentos sobre o gênero feminino.

Freqüentemente fui informada pelos entrevistados sobre abordagens desviantes (com relação ao programa terapêutico) no contato dos *alunos* com o mundo social externo à instituição, principalmente quando estão realizando a *obra*. Do mesmo modo que prevê a abstinência das “drogas”, o programa terapêutico exige abstinência sexual dos *alunos*,

justificando-a pelo fato de que a recuperação é um processo individual e que, por isso, os *alunos* devem focar o período do tratamento em sua recuperação. A relação sexual ou afetiva com o sexo oposto pode desviar a atenção para a recuperação. Goffman (1961) menciona a ocorrência de práticas homoeróticas em instituições com características totais. E, também Rui (2010), identifica-as na comunidade terapêutica que foi campo de sua pesquisa. Todavia, não percebi nem me foram relatadas tais práticas na comunidade terapêutica estudada.

No entanto, assim como Goffman (1961, p. 53) informa sobre a ocorrência de “embrulhadas” – participação em atividades proibidas –, obtive relatos entre entrevistados de situações que transgridem as regras institucionais. De acordo com esses relatos, os *alunos* percebem que pelo fato serem rapidamente identificados como ex-usuários de “drogas”, principalmente em função do uso do uniforme da instituição, recebem diariamente inúmeras abordagens desviantes, ou *tentações*. Parte dessas abordagens está direcionada à oferta de “drogas”, mas, também, aos serviços de profissionais do sexo. Cada *aluno* desenvolve uma estratégia para driblar as *tentações*, outros, entretanto, entregam-se a elas, como foi o caso do obreiro auxiliar Mateus que revela que

O diabo dá e ele mesmo toma. Isso é bíblico. Eu tive tudo que eu quis e perdi tudo mais rápido ainda. Quando cheguei aqui mesmo, no segundo mês eu me prostitui, fui num bordel, não agüentei. Voltei pra casa chorando, contei pro diretor e ele me perdoou. Hoje eu me vigio o tempo todo pra não deixar esse tipo de tentação entrar na minha vida (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

Também o obreiro auxiliar Adílson, durante a pregação de um culto, tratou desse tema, e revelou que em uma situação específica, por muito pouco não transgrediu o programa terapêutico, pois, como estava em comunhão com deus, foi agraciado por seu *livramento*:

A gente tem que vigiar, amigo. Tem que andar aqui com deus no coração. Eu já falei pra alguns aqui, quando eu tinha uns oito meses de [comunidade terapêutica] eu tava com aquela paixão grande com deus, como o primeiro amor. Porque a gente recebe esse deus verdadeiramente. Então eu estava fazendo a obra ali na Suburbana e tinha uma prostituta na esquina que me intimou dez reais para que eu saísse com ela. Eu posso dizer verdadeiramente pra vocês, meus queridos, que na mesma hora eu virei pra ela e disse assim: “Tá repreendido em nome de Jesus”. Mas quando eu fiquei no ponto de ônibus eu não parava de olhar pra ela, porque a minha carne estremecia. Eu fiquei sem saber pra onde correr, então parou um ônibus na minha frente e eu subi dentro do ônibus e fui embora divulgando, fazendo a obra. Mas mesmo divulgando a minha cabeça estava lá, então eu decidi voltar e sair com a prostituta. Parei no ponto, peguei um ônibus que estava voltando e voltei. Quando eu desci lá no ponto ela não estava mais. Você sabe o que foi isso? O livramento, meus queridos. Porque deus sabe das nossas fraquezas, ele sabe da nossa necessidade. E a prostituta é a armadilha do satanás. Ele bota a

mulher pra destruir a vida do homem. Mas se você está em comunhão com deus, ele vai te proteger, ele vai te guardar. Amém, irmãos!

Após o culto, conversei com Adílson sobre seu depoimento, procurando entender a representação institucional das mulheres e o sentido da abstinência sexual durante o tratamento. Adílson me relatou que o espírito santo é ciumento e que não traz *libertação* para aqueles que se entregam, em pecado, às mulheres, e explicou:

Deus proibiu a maçã pra testar a submissão do homem. Mas o satanás, que é astuto, entrou na mente de Eva e fez ela comer a maçã. Hoje tudo que existe de ruim na terra foi porque a mulher deixou o pecado entrar. Deus deu tudo de bom pro homem e por isso que Jesus teve que descer na terra, pra testar o que a gente está passando. Jesus é o nosso juiz, ele viu o que a gente está passando e ele está rogando por nós. Por isso, irmã, que a gente tem que ser submisso. Se a gente é submisso a gente não deixa a mulher destruir nossa vida (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Também os *alunos* descrevem a *tentação* provocada pelas mulheres e pela oferta de “drogas”:

Muitos usuários já conhecem o trabalho da [comunidade terapêutica], e sabe que a gente roda com dinheiro. Ai oferece puta, pedra [de crack], maconha. A gente tem que ser forte. Eu não quero mais voltar pra essa vida, e tudo começa quando uma mulher chama pra sair. Você vai lá, toma uma cerveja com ela pra agradar, ai já foi. O diabo já tomou conta. Quando eu vejo os usuários na rua, isso fortalece. Você vê a nóia do cara. Tudo é questão de querer mesmo. Eu que não quero isso pra minha vida (DIMAS, *aluno* há 6 meses na CT).

Eu cumpro minha meta e venho direto pra casa. Tem uns que gostam de passear, mas eu venho direto pra casa. Às vezes a gente se desvia, com coisa que atrapalha o tratamento, como mulher, por exemplo (IMAEL, *aluno* há 3 meses na CT).

Por outro lado, como já foi dito anteriormente, entre o universo entrevistado, dos 12 (doze) relatos sobre mediadores da internação, 10 (dez) foram realizados por mulheres, destacando-se mães e irmãs. De igual modo, em relatos de histórias de vida, as mães, irmãs e namoradas foram descritas, pelos atores institucionais, como as pessoas que os apoiaram durante suas carreiras; ao contrário dos pais, que são relatados como autoritários, violentos e ausentes:

Aos treze [anos] meu pai encontrou uma bala de maconha e ele me bateu muito. Depois me botou de castigo no carço de feijão, jogava os caroços no chão e me botava ajoelhado em cima. Acho que isso foi que me revoltou, eu passava a noite sem dormir só de raiva (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

Meu pai espancava minha mãe, era alcoólatra e acabou indo embora, abandonando a família. Nem sei por onde ele anda. Minha mãe morreu de desgosto (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na CT).

Depois que eu era grande minha mãe sofreu demais. Meu pai chamou ela pra ir embora, pra largar os filhos e ela disse que não ia, e ele foi simhora. [...] Minha mãe era católica, e mudou por causa de tanto sofrimento. O marido foi embora, os

filhos drogados, todo mundo bebia. Eu acredito que ela até virou evangélica por causa disso, era muito sofrimento (HIRAN, *aluno* há quatro meses na CT).

Finalmente, percebo que entre o universo entrevistado e os atores institucionais, a relação com o gênero feminino é ambivalente: de um lado, a mulher pode representar a figura materna, que ama incondicionalmente e deve ser respeitada; do outro, está a “prostituta” e a “pecadora”, que serve como instrumento utilizado pelo demônio para desviar o *aluno* da sua recuperação.

#### 6.4 A FASE EX-PACIENTE E A EQUIPE DIRIGENTE: “O MUNDO NÃO É PRA MIM”

Nesse tópico, trago à baila a análise da rede de sociabilidade e solidariedade instaurada no interior da comunidade terapêutica pelos atores, a partir da descrição da relação entre internos, e entre internos e equipe dirigente. Abordo, também, a percepção de *re-socialização* dos internos que se despedem da instituição, depois de terem concluído o período de recuperação. Apresento relatos sobre seus anseios e seus temores de enfrentar o mundo externo. Além disso, a partir de histórias de vida da equipe dirigente, percebo o destino social dos seus membros e os modos pelos quais eles resolveram permanecer na comunidade terapêutica, mesmo depois de recuperados, e optaram por se ausentar do mundo.

Diante à proposta de ressaltar disposições a respeito da carreira dos internos na comunidade terapêutica, nos últimos tópicos mencionei a dissolução que é realizada pelo programa institucional das distinções do mundo externo. Considerando o fato de que sob o teto da comunidade terapêutica são agrupados de forma padronizada usuários com diferentes carreiras pré-paciente, informei, também, que se originam novas formulações que têm como resultado a unificação discursiva, em, como entende Rui (2010, p. 54), “histórias todas iguais”: a todos os internos está reservada a mesma rotina, a ser realizada no mesmo espaço institucional. Aqui, o sentido próprio de comunidade é percebido no programa terapêutico institucional.

Ao longo da institucionalização, ocorre entre os internos a identificação de algumas contingências de carreira, além do próprio efeito dessas contingências terem resultado na

internação. Também na árdua rotina de recuperação, observa-se que são criados laços de confiabilidade, de trocas e de sentidos de ajuda mútua entre os atores institucionais. De acordo com Goffman (1961, p. 56),

o internado [...] pode chegar a compartilhar os sentimentos de culpa e complexas defesas contra tais sentimentos. Tendem a desenvolver-se um sentido de injustiça comum e sentido de amargura contra o mundo externo, o que assinala um movimento importante na carreira moral do internado”.

Por conseguinte, emerge na instituição a percepção entre os atores de que a experiência de internação, além de representar a possibilidade comum de reconstrução de histórias de vida, pode implicar o desenvolvimento de uma rede de sociabilidade e solidariedade. Frequentemente, informaram-me os atores sobre as relações de amizade e companheirismo entre eles, sempre relatadas através da metáfora da família, na qual – como já foi dito anteriormente –, o diretor é percebido como um grande pai, depois de deus, e os demais atores como irmãos:

O convívio aqui é semelhante a uma família, um ajudando o outro. São pessoas que estavam derrotadas, perdidas. Tem o momento de cada um, de chegada e de saída. Tem gente que quer desistir, junta todo mundo pra conversar. Esses nove meses são pouco. Por mais que a consequência da droga seja resumida a dor, sofrimento, decepção, todos os casos são semelhantes. Era uma vida que tinha tudo pra ser feliz, mas perdeu, perdeu o domínio, o controle. A própria Bíblia diz que tem a porta larga e a porta estreita. É difícil ter uma vida de bem. A [comunidade terapêutica] ensina a cuidar de si, ter disciplina, honrar os compromissos. A pessoa entra aqui perdida e é recebida por uma família. Por isso sai daqui sã, consciente do que fez e do que precisa fazer pra ficar firma [recuperada] (DIMAS, *aluno* há seis meses na CT).

Na verdade, aqui é uma família, um ajudando o outro, melhorando, apoiando. Na hora da dificuldade, do apherreio, a gente dá conselho e ouve também. Conheci aqui na [comunidade terapêutica] irmãos que eu quero levar pra vida (JOÃO, *aluno* há seis meses na CT).

Em seus cotidianos institucionais, a uniformização prevista pelo programa terapêutico pode promover a aproximação dos internos e significar conforto e base de apoio comum entre os atores. Segundo relato do *aluno* João, quando foi iniciado nas atividades laborais, quem o acompanhava era o *aluno* Daniel, que já havia encerrado tratamento. Ele relata que a despedida foi triste, pois Daniel o ajudou muito durante sua recuperação, mas que espera encontrá-lo novamente depois de terminado seu tratamento:

Nos primeiros dias eu tinha que testemunhar, eu acordava e já ficava apherreado. Eu via as pessoas que eram do sítio comigo se destacando e eu não conseguia falar nada. Meu parceiro que dizia sempre: “Não desista não, você vai conseguir”. Ele me deu muitas dicas pra eu consegui fazer esse trabalho e graças a deus eu consegui. E hoje, graças ao Daniel também que eu sou um cabeça. Termino o trabalho antes de todo mundo, já chego na casa, posso até dormir. [...] Quando ele

saiu foi triste, porque a gente formou [dupla de trabalho] por muito tempo. Mas eu vou encontrar ele quando sair daqui, ele é de lá da minha terra (JOÃO, aluno há seis meses na CT).

Também os *alunos* relatam a superação de dificuldades individuais na relação com a comunidade formada:

Eu era gago e vergonhoso, morria de vergonha de tudo. Nunca fui de conversar, de ficar no meio de tanta gente. Minha gagueira atrapalhava até pra falar com mulher. Quando cheguei aqui, pedi até pro diretor pra ficar só de cozinha, porque gago não consegue dar testemunho, né? As pessoas riem de mim. Mas o diretor disse que no trabalho, deus ia me dar libertação. Os meninos me ajudaram, fui treinando o testemunho e cheguei onde eu estou. O trabalho do coletivo me ajudou muito, mas acho que foi a convivência nessa família que ajudou a passar a gagueira. Fui começando a gostar, entrando no ritmo (SILAS, *aluno* há seis meses na CT).

Mesmo na relação entre os internos e a equipe dirigente, existe a mencionada identificação, principalmente pelo fato de os membros da equipe dirigente serem também *ex-alunos*. A divisão de trabalho dos obreiros auxiliares deve permitir o desenvolvimento da *obra* em 1 (um) turno diário e o revezamento entre eles para permanecerem, no turno oposto, na comunidade terapêutica, acompanhando os novatos. Durante o turno que dispõem na instituição, especialmente, os obreiros auxiliares se aproximam dos novatos e os ajudam em suas atividades de rotina. Embora objetivem controlá-los, identificam-se com eles e compartilham de experiências da carreira.

A despeito disso, Goffman (1961) percebe que predominam, na cultura do internado, temas relacionados à preocupação consigo mesmo. Assim, durante a fase de reclusão total na comunidade terapêutica, *alunos* e obreiros auxiliares buscam, também, o apoio mútuo. Se por um lado a vida institucional permite a consolidação de objetivos comuns entre os internos com relação à reconstrução de suas vidas, por outro dota a equipe dirigente de sentido para permanecer na comunidade terapêutica ajudando-os a conquistar tal objetivo. Em função disso, os membros da equipe dirigente assumem papéis complementares, a fim de fornecer, para os internos, o apoio necessário em âmbitos diversos de suas carreiras institucionais. Descreverei aqui, de acordo com relatos coletados, as características do papel desempenhado por cada obreiro auxiliar na comunidade terapêutica, a fim de demonstrar sua relação com os internos.

Adílson, obreiro auxiliar há um ano e seis meses na comunidade terapêutica, assume as atividades religiosas da instituição. Além de ser disciplinado, é bastante ambicioso e almeja assumir, no plano de carreira institucional, a função de diretor. É ele quem conduz o

grupo de estudo bíblico e realiza a maior parte dos cultos. Satisfaz-se com a oportunidade de, em suas palavras, “subir ao púlpito e pregar a palavra de deus”. Ainda *aluno* da comunidade terapêutica, realizou seu primeiro culto e relata a experiência

Pedi pra o senhor Pedro para subir no púlpito. Eu ia ler o Romanos no púlpito. Mas deus me usou nesse dia e foi maravilhoso. Eu fiquei nervoso e era só pra fazer uma oração pra encerrar o culto. Eu ia passar só esse versículo, daí deus botou a palavra na minha boca através do espírito santo. Eu preguei por umas meia hora mais ou menos. Eu nem sabia de onde vinha tanta coisa. Toda noite eu lia o versículo e fazia o resumo pra passar pros meninos. Mas deus te passa outras coisas. Com o tempo eu comecei a fazer os cultos com o diretor, depois ele deixou eu ficar com os cultos da noite. Daí quando eu saia para fazer a obra, eu queria logo que batesse a meta [de vendas] pra vim estudar. Eu era uma alma perdida, mas deus abençoa. Hoje eu que faço os cultos da casa. A presença de Deus é uma coisa muito boa quando a gente sente. Eu vou ser sincero, não é toda vez que eu sinto. Nenhum pastor faz três, quatro cultos por dia e tem dia que eu faço, mas eu faço porque eu gosto. Oração pra gente não é como pra outras pessoas. Você pede pra todos, não é um pedido íntimo. No púlpito a gente tem que estar falando sempre, aí eles clamam, fazem o clamor, chamam a deus, é forte. Então a função é fazer eles buscarem a presença de deus. Na oração íntima a gente sempre sente deus, a gente tem um coração aquebrantado. Eu começo a exaltar o nome de deus, daí agradece, pelo dia, pela vida, pelo entendimento, de tirar a gente do investimento do satanás, que é uma fuga (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e seis meses na casa).

Além disso, por ter maior nível de instrução, como relata – Adílson concluiu o ensino médio –, tornou-se o homem de confiança do diretor e assume tarefas administrativas e a condução de entrevistas com candidatos ao programa terapêutico da instituição. Considera-se o “psicólogo” da instituição e é, juntamente com o obreiro auxiliar Tiago, o responsável pelos novatos e por manter a ordem no *sítio*.

Na comunidade terapêutica, o obreiro auxiliar Tiago – o mais antigo da instituição –, é o “faz tudo”. Residiu durante muito tempo na unidade da comunidade terapêutica do sul do Brasil, mas foi transferido para a unidade da RMS a fim de auxiliar o Pastor Isaías em sua campanha política. Tiago, também, é o responsável por reformar e fazer reparos na casa, pois, antes de ser institucionalizado trabalhava com construção civil. Por esse motivo, também, desempenha trabalhos em outras unidades. Raramente auxilia Adílson na condução dos cultos e sua postura mais rígida com os internos, emite respeito, mas o distancia da possibilidade de construir vínculos com eles. Cabe a Tiago verificar as necessidades dos *alunos*, exercer controle sobre eles e fazer cumprir as regras institucionais. Quando o entrevistei, não demonstrou ambicionar a função de diretor, tal como Adílson, entretanto, em contato com o senhor Pedro, após o encerrado o trabalho de campo, fui

informada que Tiago foi transferido para a unidade do norte do Brasil, onde foi promovido a diretor:

Eu fiz uma promessa pra essa casa e se for de deus, estou preparado pra ser diretor. Mas ainda não me sinto preparado. Quero ficar na casa, tenho muito carinho, muito amor por esse trabalho. Vou ficar aqui até onde deus quiser. Enquanto eu perceber que não chegou meu momento, eu vou ficar aqui (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na CT).

Mateus é o obreiro auxiliar preferido dos internos, pois os acompanha em todas as suas atividades, é humilde, engraçado e contador de histórias. Envolveu-se, em sua carreira, desde cedo, em sucessivas atividades ilícitas e sempre narra suas experiências para os novatos, sob o olhar reprovador de Adílson e os risos dos demais internos. Por esse motivo, desempenha o papel de amigo dos *alunos* e, embora não seja o responsável pelo *sítio*, os novatos preferem contar com ele para relatar problemas ou solicitar ajuda. Na comunidade terapêutica, Mateus assume a passagem dos novatos para a *re-socialização*, acompanhando-os nos primeiros dias durante a atividade laboral.

O senhor Pedro, diretor da unidade da RMS, é o “paizão” dos *alunos*. Não participa muito da rotina institucional, pois é o responsável por representar a comunidade terapêutica em eventos, realizar atividades administrativas e financeiras, e por suprir os mantimentos da unidade. Esse distanciamento entre o diretor e os internos fortalece sua autoridade, pois sua intimidade não é compartilhada. Como já foi dito anteriormente, o diretor ministra o principal culto da instituição e seu carisma provoca admiração entre os atores. Além da lucidez, sabedoria e humildade, o senhor Pedro é extrovertido e engraçado. Antes de ser institucionalizado era cantor em uma banda de pagode em sua cidade natal. Nos cultos noturnos de domingo, o senhor Pedro assume a função de maestro da banda formada entre os *alunos* e os estimula a aprender a tocar instrumentos musicais nos horários destinados ao lazer.

De acordo com as características pessoais dos membros da equipe dirigente, há maior ou menos identificação entre eles e os internos. Comum entre eles é o fato de terem sido internos um dia e terem optado por residir na comunidade terapêutica mesmo depois de encerrado o período previsto para o tratamento. Apesar de, no discurso oficial, os membros da equipe dirigente se apresentarem mutuamente como casos exemplares de recuperação bem sucedida, que serve de exemplo para todos os internos, é com muita tristeza que essas pessoas relatam a falta de perspectiva de um futuro fora da comunidade

terapêutica. Em diversas situações eles se questionam sobre a possibilidade de sobrevivência fora da instituição e temerosos, refugiam-se na comunidade terapêutica.

Hoje eu quero é ficar trabalhando aqui. Uma pessoa como eu, sem estudo, vai fazer o que no mundo? Eu cheguei a voltar pra casa de minha mãe depois do tratamento. Cheguei lá e tinha a droga de meu irmão, duas pistolas. Fui visitar e acabei voltando pra [comunidade terapêutica] no mesmo dia. Minha mãe quando acha essas coisas joga fora, mas sempre tem, por causa de meu irmão. Eu sei que vi tudo isso lá, visitei os familiares e já vim pra rodoviária. O mundo não é pra mim (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

O meu receio não é voltar pra Fortaleza, é aqui mesmo em Salvador. O que eu vou fazer? Onde vou ficar? Eu até já recebi convite de emprego, mas não senti que foi deus que mandou. Eu aprendi aqui na casa hoje que aquilo tudo lá fora é ilusão. E eu vou ser sincero, não tenho vontade de voltar pro mundo, não. Eu nunca pensei em sair da [comunidade terapêutica], e se eu fosse sair, eu ficava aqui pela Bahia (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e seis meses na casa).

Por outro lado, os membros da equipe dirigente, que abdicam da vida no mundo, são conformados pelo fato de que realizam um trabalho importante e que esse trabalho faz parte de um plano divino para as suas vidas. Nesse sentido, a reconstrução biográfica realizada por eles é ainda mais intensa, e revela o ponto culminante da automorficção institucional: a experiência com as “drogas” significou o meio que os conduziram a trabalhar pela *obra* de deus, salvando vidas e convertendo pessoas ao evangelho. Frequentemente eles repetiram, ao explicar a opção pela vida na instituição, “deus tem um plano tremendo em nossas vidas”.

Meu tratamento foi difícil, quis ir embora várias vezes. Mas Deus falava sempre comigo e eu fui ficando. Com o tempo que a gente conhece a palavra, o coração vai abrindo pra deus. Agora estou aqui há dois anos, já fui três vezes pra Fortaleza pra visitar minha família. Minha mãe não acreditava na minha recuperação, sempre ficava vigilante comigo. No começo desse ano ela veio pra Salvador pra conhecer a minha vida, eu quis mostrar pra ela que sou outro homem. Mas eu me guio pelo querer de deus e aqui eu posso ajudar os mais jovens. Quando eu falo sobre essas coisas, quando a gente deixa entrar deus na nossa vida, tudo se ajusta (MATEUS, obreiro auxiliar há dois anos na CT).

A minha decisão de ficar mais tempo é que eu não me sentia seguro, tinha medo de voltar. E por causa da obra também. Aqui eu não tenho modo de voltar a usar, quero ajudar outras pessoas, porque se deu certo pra mim, pode dar pra outras pessoas. A [comunidade terapêutica] me completa (TIAGO, obreiro auxiliar há oito anos na CT).

Eu estou crescendo aqui, virei obreiro. Hoje essa é minha profissão, é o trabalho que deus quer que eu faça. Eu sinto que tudo o que eu passei foi pra no dia de hoje eu estar aqui. Hoje o que me dá mais satisfação é ver uma mãe aqui pedindo ajuda, porque outro dia era eu que estava pedindo. Mas deus tem um plano na nossa vida, irmã. O plano dele pra mim era de estar aqui, ajudando esses meninos que estavam com a vida perdida (ADÍLSON, obreiro auxiliar há um ano e quatro meses na CT).

Se entre a equipe dirigente pode-se notar a angústia na relação de seus membros com o mundo, através de relatos sobre perspectivas de futuro, percebi que também os internos anseiam e temem por seus destinos sociais. Segundo Goffman (1961, p. 67), “talvez essa perspectiva seja desmoralizante, e seja uma das razões para que os ex-internados freqüentemente pensem na possibilidade de ‘voltar’, bem como uma razão para que um número apreciável faça exatamente isso”. Ao mesmo tempo, com relação ao estigma que carregam, em função de suas carreiras, esse autor prevê que a recepção dos egressos pode ser fria no mundo mais amplo.

Se deus quiser que eu volte pra Fortaleza, eu volto. Mas ali é uma terra seca pra mim. Por mais que tenha emprego, a família, que é importante pra mim, eu acho que ali não dá mais nada. Eu penso em me cuidar, em ter minha vida, minha família. Eu penso em me apegar mais, ler a bíblia, me apegar a essa religião evangélica, porque ninguém mais acredita em mim. Saindo daqui, eu quero ficar firme na religião de deus, cuidar dos meus pais que já são senhores (IMAEI, *aluno* há três meses na CT).

Não contemplei no objeto da pesquisa o destino social dos egressos da comunidade terapêutica, mas acredito que também seja relevante a estudá-lo, principalmente porque há uma lacuna na literatura sobre o tema. Contudo, acredito que em função da ocorrência de reincidências na instituição, é possível inferir que as carreiras dos atores institucionais podem ser marcadas novamente pelo uso de “drogas” e por contingências que reafirmem o sentido da internação.

Talvez, também, as angústias e temores de ter que enfrentar o mundo, indiquem, para os internos, algo sobre os desafios que terão que enfrentar fora da comunidade terapêutica. Nesse sentido, finalizo esse trabalho sugerindo pistas fornecidas por Goffman (1961, p. 67) para tentar entender o que ocorrerá depois de encerrada a institucionalização:

Freqüentemente as instituições totais afirmam sua preocupação com a reabilitação, isto é, com o restabelecimento dos mecanismos auto-reguladores do internado, de forma que, depois de sair, manterá, espontaneamente, os padrões estabelecidos. [...] Na realidade, raramente se consegue essa mudança.

Ainda, acredito que quem sabe a religião e a filiação institucional possam fornecer para os egressos outra forma de vínculo associativo, mantendo-os distantes do consumo nocivo de “drogas” e contingências que os levem à internação. Quiçá a atividade religiosa possa significar um meio de se refugiar no mundo. O que, de fato, pode-se afirmar, aqui, é que o mundo fora da comunidade terapêutica é bastante distinto do mundo institucional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme afirmo na apresentação, entendo que esse trabalho não tem a pretensão de encerrar os objetivos a que se propõe. Priorizei no curso dessa pesquisa levantar questões relevantes sobre o contexto institucional-teológico do sistema social da comunidade terapêutica estudada. Considero que, em função da heterogeneidade de programas terapêuticos destinados à atenção de usuários de SPAs, não se pode apreender as comunidades terapêuticas, de modo geral, como um todo no qual não há divergências. Portanto, não retiro desse estudo conclusões passíveis de generalização. Todavia, privilegiei, como objeto de estudo, carreiras institucionais de internos em uma comunidade terapêutica específica, que não apenas é referência para as demais, como também possui ampla visibilidade social, abrange territórios nacionais variados e destaca-se na rede de atenção a usuários de SPAs pela representatividade numérica do universo que atende.

Entendo, portanto, a comunidade terapêutica, campo da presente pesquisa, considerando-a, no mínimo, um caso paradigmático, que representa algumas ou muitas das disposições das demais. Muitas delas, inclusive, estão direcionadas às relações de poder e de governo, presentes no contexto recente do proibicionismo, sobre o consumo de SPAs. Principalmente através do discurso de seu fundador, percebe-se que para a instituição as “drogas” são percebidas como um risco iminente e um mal que deve ser eliminado – portanto, torna-se necessária a defesa do pressuposto da abstinência. De acordo com o programa terapêutico, a “droga” não é compreendida de forma relacional, na qual substância, contextos sócio-culturais e indivíduos interagem e definem padrões de consumo, nocivos ou não – como afirmam Bucher (1996), MacRae (2000), Zinberg (1984), Velho (1981) e Becker (2008). Antes, seriam dotadas de materialidade e apreendidas a partir de um elo discursivo entre “drogas”, descontrole e autodestruição (RUI, 2008). De igual modo, o consumo de “drogas” é percebido como causador dos males sociais e seus consumidores como desviantes. Entretanto, também o desvio é destituído de relação contextual e está associado exclusivamente ao ato de consumir “drogas”.

Não apenas os mencionados males sociais são causados pelas “drogas”, na acepção institucional, como também sua materialidade seria capaz de produzir corpos específicos mediante o consumo – como sugerem Rui (2008) e Vargas (2001). Desse modo, o consumo

de “drogas” obedeceria a uma escala progressiva, na qual a mera experimentação, de forma determinista, conduziria o usuário ao abuso e, por conseguinte, a destruição física, social e moral.

Destarte, a comunidade terapêutica emerge de um cenário em que diferentes concepções sobre as “drogas” co-existem e ratificam modelos distintos de atenção a usuários. Principalmente em função da fragilidade da rede pública, mas também decorrente do maior destaque que a questão da “droga” atingiu na contemporaneidade, as comunidades terapêuticas, em geral, passam gradativamente a representar no Brasil boa parte da oferta de serviços de atenção a usuários de SPAs. Considerando que muitas dessas instituições são religiosas e evangélicas, aponto para o fato de que o crescente mercado religioso, que se legitima através de arregimentação de adeptos, pode influenciar no cenário de expansão das comunidades terapêuticas.

Do exposto, muitos cruzadores morais – a exemplo do fundador da comunidade terapêutica estudada –, preocupados com as aflições humanas decorrentes do consumo de “drogas”, iniciam uma corrida de inspiração humanitária, em vistas do assentimento social da moral que proferem com relação às “drogas”. Entretanto, depois de institucionalizada a preocupação inicial, o destino de muitos cruzados é torná-la sua ocupação (BECKER, 2008). Compreendo o campo de pesquisa estudado exatamente como a exposição em tela, principalmente depois de examinado o percurso que consolida sua atuação na rede de atenção a usuários de SPAs.

Como o consumo de “drogas” muitas vezes pode se tornar um mercado lucrativo para empreendedores morais (BECKER, 2008), incluo, aqui, que, no cenário de expansão desse tipo de modalidade de intervenção, a comunidade terapêutica rapidamente se torna um ponto de uma vasta rede de interesses, que não se esgota nos limites institucionais – parte de uma cruzada moral contra as “drogas” e se solidifica como um empreendimento político, financeiro e profissional.

Analisei o campo de pesquisa a partir de suas características institucionais totais e do programa terapêutico que defende, observando a prioridade da articulação do trabalho, da religião e da disciplina como elementos indispensáveis à recuperação dos internos. Frequentemente percebi que os objetivos defendidos pelo discurso oficial da equipe dirigente muitas vezes não estão de acordo com as disposições reais da comunidade

terapêutica (GOFFMAN, 1961). Nesse sentido, descrevi dois aspectos fundamentais que sugerem suas contradições inerentes: o primeiro diz respeito ao trabalho compulsório, que, de acordo com o discurso oficial, significa a re-socialização dos internos. Percebi que, como não há qualquer equiparação entre a proposta de trabalho institucional e o mercado formal de trabalho, não é possível entendê-lo como capaz de cumprir o objetivo de re-socializar os internos. Ao contrário, informei que o trabalho institucional significa principalmente um meio de subsistência da comunidade terapêutica.

O segundo aspecto diz respeito às práticas institucionais religiosas, que tem como objetivo servir como suporte espiritual dos internos. Identifico entre os atores institucionais que, de fato, a religião pode ajudá-los a superar, criar significados e forjar novos sentidos para a aflição decorrente de suas carreiras. Entretanto, a introdução da religião no contexto institucional não é encerrada por esse objetivo, pois também é capaz de se coadunar com o programa terapêutico, no sentido em que tece e reitera as concepções religiosas de *vício*, abstinência e *libertação*. Além disso, compreendo que a disposição religiosa institucional emerge da expansão da mensagem de salvação cristã, em sua forma neopentecostal, que extrapola práticas propriamente religiosas e se apropria das “drogas”, de forma estruturada e institucionalizada, como mecanismo de controle.

Do mesmo modo, questioneei a postura beligerante dos dirigentes de comunidades terapêuticas religiosas de defesa das práticas religiosas como único ou melhor meio de recuperar usuários. Pois, ressalttei que essa postura enfatiza a susceptibilidade da recuperação às ações de deus e do diabo, deslocando de forma simbólica o entendimento das práticas religiosas; e, além do mais, projetando sobre a religião atribuições e competências aquém da sua capacidade real (DIAS, 2008). Todavia, percebi que tomar o caminho inverso e refutar a possibilidade das práticas religiosas surtirem efeitos eficazes na recuperação de usuários, é, também, infértil. Sobre isso, demonstrei como está presente nos discursos instrumentais, que objetivam combater à atuação das comunidades terapêuticas, a imputação das práticas religiosas. Privilegiei, portanto, entender as práticas religiosas, a partir do sistema social da comunidade terapêutica e dos significados fornecidos por atores institucionais. Por isso, compreendi que a religião é capaz de re-significar a carreira de usuários de “drogas”, principalmente por ser eficaz em forjar sentidos para aflições humanas.

Observei forte resistência entre profissionais da rede pública de atenção a usuários de SPAs às comunidades terapêuticas – paulatinamente acusadas de ferir as noções de liberdade, autonomia e direitos de usuários –, principalmente em função de elas representarem concorrência para o destino de recursos públicos e, portanto, obstáculo para a consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica. Por outro lado, a equipe dirigente da comunidade terapêutica estudada defende-se de acusações, ressaltando a fragilidade de rede pública para lidar com a situação das “drogas” e o fato de estarem voluntariamente ocupando um espaço relegado pelo Estado.

Conclui, portanto, que se as comunidades terapêuticas parecem, em determinados momentos, entrincheiradas ou criam trincheiras, emerge a necessidade de se apontar antagonistas. Conseqüentemente, o paradoxo relacional com profissionais de saúde da rede pública se torna ainda mais interessante quando as comunidades terapêuticas reclamam ou são reclamadas a estabelecer uma relação dialógica em vista de um “bem coletivo”. Os resultados dessa guerra, nem sempre silenciosa, inscreve-se na luta das comunidades terapêuticas por recursos públicos e legitimidade de atuação. Embora uma análise foucaultiana do domínio biomédico da vida cotidiana, na qual saber é poder, aponte para um evidente perdedor, o protagonismo das comunidades terapêuticas diante o pânico gerado por uma suposta “epidemia” do crack, tornam turvos os destinos dessa briga.

Outro aspecto importante diz respeito à internação – pedra de toque na relação das comunidades terapêuticas com a rede de atenção pública. A partir das narrativas dos internos da comunidade terapêutica sobre suas carreiras anteriores à institucionalização, percebi que o tripé relacional entre o crack, os contextos de consumo e os pré-pacientes não é relatado na afirmação de um universo social estável. Ao contrário, além da carreira pré-paciente ser descrita por sucessivas mortificações do eu e pelo estigma social, também se observa a disposição dos pré-pacientes para participar de um programa de tratamento.

Porém, analiso os sentidos da internação oferecida pela comunidade terapêutica, a partir da observância das contingências de carreira dos seus internos. Elenco-as a partir de dois aspectos: o primeiro descreve os contextos de vulnerabilidade e estigma, no qual estão inseridos os pré-pacientes. E o segundo, institucional, que revela o alcance das estratégias da comunidade terapêutica para arregimentar usuários de “drogas” para o seu programa. Logo, entendo que o sentido da internação é encontrado pelos pré-pacientes na suspensão,

mesmo que temporária, das contingências de carreira – que podem, inclusive, representar risco de vida iminente. Percebo, portanto, entre os entrevistados, que a internação pode trazer alívio para as aflições decorrentes da carreira (GOFFMAN, 1961).

Entretanto, a partir da análise da rotina comunidade terapêutica (rígida e compulsória), são reveladas mortificações decorrentes da institucionalização e complementares àquelas da carreira pré-paciente. Entre os ritos de despedida e de admissão é iniciado um processo pelo qual as narrativas das carreiras pré-pacientes são reelaboradas em vista da automortificação dos internos. Revelo, entretanto, que diferente do que se possa pensar, a disposição relatada pelos internos, para que fosse iniciado tratamento, não incluía a reclusão institucional. Percebi que a internação não representou em momento algum uma escolha, e sim o único meio possível de dar continuidade às suas próprias vidas. Apesar de esse fato parecer um tanto exagerado, obtive inúmeros relatos sobre internos que estavam jurados de morte e em risco, inclusive, apresento um episódio em que um interno foi assassinado no interior da comunidade terapêutica.

Além disso, percebo que a comunidade atua na “economia pessoal da ação” dos internos, cerceando-lhes desde o direito de ir e vir, até as tarefas mais íntimas e individuais, tais como a alimentação e a higiene pessoal (GOFFMAN, 1961). Entendo também, que a forma pela qual a comunidade terapêutica age na substituição do repertório construído ao longo das histórias de vida do interno, não faz com que os internos a percebam como algo negativo. Pois, ao passo que atua padronizando carreiras, fornece um ambiente em que são compartilhadas aflições. Emerge também da dissolução das distinções do mundo externo, uma forma específica de hierarquizar os sentidos do consumo de SPAs, que legitima, inclusive, a autoridade da equipe dirigente, formada por ex-internos da comunidade terapêutica. Com objetivos claros de delimitar o saber pela experiência extrema na interação com a “droga” e autorizá-los ao poder de disciplinar os internos, os membros da equipe dirigente se valem do relato empírico e exagerado de eventos de suas carreiras.

Também, entendo que na comunidade terapêutica os “sistemas de privilégio” e de “punição”, promovem a participação dos internos nas principais atividades institucionais: os cultos e o trabalho. Percebo como ambas as atividades estão imbricadas no sentido de re-significar as carreiras dos internos, a partir da elaboração de novas narrativas para suas histórias de vida, em um modo específico de conduzir a memória pregressa. Assim, o

*testemunho* dos internos, elaborado para realização do trabalho, ressalta o modo como os eventos trágicos de sua carreira foram superados pela adesão ao programa terapêutico e a filiação à religião evangélica.

Outro tópico que considero importante se refere ao o fortalecimento da atribuição ao gênero masculino, do papel de provedor e homem que honra as próprias dívidas, bem me refiro à ambivalência com relação ao gênero feminino. Em função da obrigatoriedade da abstinência sexual, o contato com as mulheres no mundo externo à instituição representa uma ameaça para o tratamento. Obtive relatos freqüentes sobre abordagens desviantes do tratamento, de oferta de “drogas” e do serviço de profissionais do sexo. Logo, é fortalecida a noção de que essas abordagens são satânicas e que devem ser resistidas mediante a comunhão com deus.

Por fim, analisei as redes de sociabilidade e solidariedade inauguradas no interior da comunidade terapêutica. Percebi que o destino comum entre os atores fomenta a identificação entre eles. Finalizo esse trabalho através da descrição dos anseios e dos temores dos internos com relação aos seus destinos sociais, depois de encerrado o tratamento. Também, entendo que embora acreditem que estavam destinados por deus ao trabalho institucional, é com tristeza que os membros da equipe dirigente relatam o seu refúgio do mundo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA**, Alba R. B. *Os avatares institucionais no campo da drogadição e suas incidências na construção de práticas terapêuticas alternativas*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2008.
- ALMEIDA**, Ronaldo. *Trânsito religioso no Brasil*. In: São Paulo em Perspectiva. Vol. 15, número 3. São Paulo. Setembro de 2001.
- ALMEIDA**, Ronaldo. *A Igreja Universal e seus demônios: um estudo etnográfico*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2009.
- ALVES**, Vânia Sampaio. *Modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2008.
- ANDRADE**, Ricardo Henrique. *Retórica dos Números*. Jornal A Tarde. Salvador, 04 de abril de 2010.
- BECKER**, H. S. *Uma teoria da ação coletiva* [tradução: Márcia B. M. Leite Nunes]. Zahar editores. Rio de Janeiro. 1976.
- BECKER**, H.S. *Outsiders: Estudos da sociologia do desvio*. 1 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BERGER**, Peter. *A dessecularização do mundo: uma visão global*. In: Religião e Sociedade, Rio de Janeiro. 21(1): 9 – 23, 2001.
- BLUMER**, Herbert. *“The methodological position of symbolic interactionism”*. In: Symbolic interactionism: perspective and method. Prentice-Hall, New Jersey, 1969.
- BOURDIEU**, Pierre. *Razões práticas: Sobre a teoria da ação*. Papyrus, 1996.
- BOURDIEU**, Pierre. *A Dominação Masculina Rio de Janeiro*. Editora Bertrand Brasil, 2003.
- BUCHER**, Richard. *A função da Droga no (Dis) Funcionamento Social*. In: Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS (pp.45-62). Brasília: UnB. 1996.
- CAVALCANTI**, C. Menezes. *O Serviço Social como alternativa no trato da dependência química*. Dissertação (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, UCSal, Salvador, 2007.
- CARNEIRO**, Beatriz H. S. *Desvarios da Paulicéia: a vertigem dos venenos elegantes*. In: Jornal Leitura. São Paulo, 11 (123) agosto de 1992.
- CIRINO**, Helga. *Campanha esquece recuperação de jovens dependentes de crack*. Jornal A Tarde. Salvador, 11 de agosto de 2010.
- COULON**, Alain. *“A imigração e as relações étnicas”, “A criminalidade”*. In: A Escola de Chicago. Papyrus, Campinas, 1995.
- CSORDAS**, Thomas J. *Corpo | Significado | Cura*. Thomas J. Csordas; tradução de José Secundino da Fonseca e Ethon Secundino da Fonseca; revisão técnica de Carlos Alberto Steil e Luis Felipe Rosado Murillo. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- DIAS**, Camila C. N. *A igreja como refúgio e a Bíblia como esconderijo: religião e violência na prisão*. São Paulo: Humanitas, 2008.

- ESCOHOTADO**, Antônio. *História elementar das drogas*. Antígona. Lisboa, Portugal. 2004.
- ESPINHEIRA**, Gey. "Os tempos e os espaços das drogas". In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*, TAVARES, L.A., ALMEIDA, A.R., MACRAE, E., FERREIRA, O.S. et al (orgs.), Salvador, EDUFBA;CEETAD/UFBA, 2004.
- FOUCAULT**, Michel. *Governmentality*, In: BURCHELL, G; GORDON, C; MILLER, P. The Foucault effect. *Studies in Governmentality*. Chicago University Press, Chicago. 1991.
- FOUCAULT**, Michel. *O nascimento da clínica*. 4ª Ed., Rio de Janeiro. Forense - Universitária. 1994.
- GIDDENS**, Anthony. *Sociologia* [tradução: Sandra Regina Netz]. 6 ed. Porto Alegre: Arned, 2005.
- GOFFMAN**, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva S. A. São Paulo, SP. 1961.
- GOOD**, Byron J. *Medicine, Rationality, and Experience*. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.
- GLASER**, F. B. *The origins of the drug-free therapeutic community*. Br J Addict. 1981.
- GRUND**, Jean-Paul C. *Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam, Intitut voor Verlavingsondersoek (IVO), Erasmus Universiteit Rotterdam. 1993.
- KARAM**, Maria Lúcia. *A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo*. In: LABATE, Beatriz Cauby [et. AL.] (orgs.) "Drogas e cultura: novas perspectivas". Salvador: EDUFBA, 2008.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B.** *Cultura, stato di sofferenza e cure*. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale. Sanità Scienza e Storia, 1:3-26. 1989.
- MAC RAE**, Edward. *Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos*. In: SEIBEL, S. D. e TOSCANO, A. (org.). Dependência de drogas. São Paulo, Atheneu, 2000.
- MACRAE**, Edward. *Rodas de fumo: o uso de maconha entre camadas médias* / Edward MacRae e Julio Assis Simões. Salvador: EDUFBA; UFBA / CETAD, 2004A.
- MAC RAE**, Edward. *Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos*. In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*, TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R.; MAC RAE, Edward; FERREIRA, O. S.; et al (orgs.), Salvador, EDUFBA; CETAD / UFBA, 2004B.
- MACRAE**, Edward. *O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos*. In: *Toxicomania: incidência clínicas e socioantropicas*. EDUFBA, 2009.
- MACHADO**, Ana Regina; MIRANDA, Paulo S. C. *Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública*. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*;14(3):801-821, julho – setembro 2007.
- MARIANO**, Ricardo. *Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil*. Edições Loyola, São Paulo, 1999.
- MERLINO**, Tatiana. *Guerra aos Pobres*. Revista Caros Amigos. Ano XIV. Número 165. 2010.
- MARX**, Karl. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*. Boitempo Editorial. 2005.

**NERY**, Antônio. *O crack é feito com a raspa do chifre do diabo*. Disponível em: <http://conversandocomnery.wordpress.com/2010/05/27/%E2%80%9Co-crack-e-feito-com-a-raspa-do-chifre-do-diabo%E2%80%9D/>. Acessado em: 13 de janeiro de 2010A.

**NERY**, Antônio Filho. *O consumo de crack não tem futuro*. In: MENDONÇA, Tatiana. Revista Muito. Jornal A Tarde. 3 de outubro de 2010B.

**OBID** (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas). *Tratamento / Dependência química / Diferentes abordagens*. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php> Acessado em: 29 de agosto de 2010.

**OLIVEIRA**, Claudete J. *Dependência de álcool e outras drogas – debate conceitual, políticas públicas e a inserção do Serviço Social nesta área*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

**O'MALLEY**, Pat. *Riesgo, neoliberalismo y justicia penal*. 1a ed. – Buenos Aires, Ad-Hoc. 2006.

**PEREIRA**, E. T. *A política de prevenção ao uso de drogas no Brasil*. In: Anais eletrônico do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Rio de Janeiro: CFESS / CRESS, 2001.

**QUEIROZ**, Isabela Saraiva de. *Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas*. In: Psicologia: ciência e profissão, vol. 21, nº 4, p. 2-15. ISSN 1414-9893, 2001.

**RABELO**, Miriam C. M. *Religião e a Transformação da Experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos*. In: Ilha, Revista de Antropologia. Florianópolis, volume 7, número 1 e 2, junho e dezembro de 2005.

**REALE**, D. *O diagnóstico em crise: a descoberta do uso de droga na adolescência*. In: Simpósio Internacional do Adolescente, 2ª, São Paulo, 2004. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000082005000200067&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200067&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 15 de outubro de 2008.

**RODRIGUES**, Thiago. *Tráfico, guerra e proibição*. In: LABATE, Beatriz Cauby [et. AL.] (orgs.) "Drogas e cultura: novas perspectivas". Salvador: EDUFBA, 2008.

**RUGGIERO**, Vincenzo. *Crime and markets: essays in anti-criminology*. Oxford University Press: Oxford, 2000.

**RUI**, Taniele. *Encorporando as "drogas"*. In: IX Congresso Argentino de Antropologia Social, 2008, Posadas, Misiones. Fronteras de la antropologia. 2008.

**RUI**, Taniele. *A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica*. In: Dilemas, revista de estudos de conflitos e controle social. Vol. 3. 2010.

**SAVINO**, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de O. S. *Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas*. In: Estudos de Psicologia – Campinas 22(2): 167-174, abril – junho 2005.

**SCHNEIDER**, Jacqueline. *Dos fios quotidianos à trama terapêutica: subjetividade, uso de drogas e experiência*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, 2009.

**SOUZA**, Tadeu de P. *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia na Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, 2007.

**THOMAS, W. I; THOMAS, D. S.** *The child in America: Behavior problems and programs.* New York: Knopf, 1928: 571-572.

**VARGAS, Eduardo Viana.** *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas.* Tese de doutorado UFMG. Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política, 2001.

**VELHO, Gilberto.** *Desvio e divergência.* Zahar, Rio de Janeiro. 1974.

**VELHO, Gilberto.** *Individualismo e cultura.* Rio de Janeiro: Zahar. 1981.

**VELHO, Gilberto.** *Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquias.* Rio de Janeiro. Ed. FGV, 1998.

**VÍCTORA, Ceres G.** *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.* Ceres Gomes Víctora, Daniela R. Knauth e Maria de N. Agra Hassen. – Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

**ZALUAR, Alba.** *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza.* 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

**ZINBERG, Norman E.** *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use.* New Haven: Yale University Press, 1984.

### Atos Normativos

**BRASIL.** *Lei nº 6.368/76.* Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências, de 21 de outubro de 1976.

**BRASIL.** *Decreto nº 2.632.* Dispõe sobre o SISNAD e dá outras providências, de 19 de junho de 1998.

**BRASIL.** *Medida provisória nº 1.669.* Altera a lei nº 9.649, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos ministérios e dá outras providências, de 27 de maio de 1998.

**BRASIL.** *Decreto nº 3.696.* Dispõe sobre o SISNAD e dá outras providências, de 21 de dezembro de 2000.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. *Levantamento das comunidades terapêuticas.* Brasília. 2004.

**BRASIL.** Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas,* Brasília, 2005.

**BRASIL.** *Lei nº 11.343.* Dispõe sobre o SISNAD, prescreve medidas de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, de 23 de agosto de 2006.

**BRASIL.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde, Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas.* 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

**BRASIL.** *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007.* Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília – DF. 2007.

**BRASIL.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada nº 101*, São Paulo, maio de 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 15 de outubro de 2008.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.** *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* [tradução: Dorgival Caetano]. Porto Alegre, 1993.

## APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### A) GERAL (*ALUNOS E EQUIPE DIRIGENTE*)

#### 1) Descrição da vida familiar / Formação:

Estrutura, composição e profissão dos membros, interação com membros

Educação, relação com religião, profissão

#### 2) Interação com SPAs:

Qual foi o primeiro contato com as SPAs? Descrição

Evolução do consumo, SPAs experimentadas, descoberta da SPA de preferência, interação com essa SPA

Como o consumo da SPA experiência se tornou uma experiência negativa?

Quando e como o entrevistado se percebeu o uso que fazia da substância como nocivo?

Em qual contexto de interação se deu o consumo (entre amigos, colegas de trabalho ou de formação, família, sozinho, etc.)?

Qual a repercussão do consumo para a vida do entrevistado (relacionamento com a rede social de origem, trabalho, formação)?

#### 3) Do consumo abusivo à institucionalização:

Como teve acesso à comunidade terapêutica?

Quem mediou a internação?

Como se deu esse processo?

De que modo o mediador aparece no discurso do entrevistado (de modo positivo ou negativo)?

Descrever a despedida das SPAs e entrada na instituição

4) A vida na instituição:

Como foi a chegada?

Participação nas rotinas: cultos, trabalho, atividades cotidianas

Relação com a religião após a institucionalização

Relação com a rede social de origem

5) Sentido da internação e perspectivas futuras:

Como o entrevistado percebeu esse processo?

Perspectivas pós-internação

Planos

**B) APENAS PARA EQUIPE DIRIGENTE**

6) Posição na hierarquia institucional, funções e atribuições

7) Processo de tomada de decisão de residir na comunidade terapêutica:

Motivação e disposição

Relações com a rede social de origem

Perspectiva de futuro

Relação com a religião, formação religiosa, atribuição de papel de pastor (realiza ou não os cultos ministrados na instituição?)

Participação em atividades institucionais externas sobre SPAs, políticas sociais e partidárias, relação com a rede de atenção de usuários de SPAs, etc.

**C) APENAS PARA O PRESIDENTE DA CT**

1) Descrição da vida familiar / Formação:

Estrutura, composição e profissão dos membros, interação com membros.

Educação, relação com religião, profissão, formação religiosa;

2) Descrição da vida anterior a fundação da instituição.

3) A instituição e a religião:

Qual a religião que embasa os cultos institucionais? Qual a diferença que o entrevistado percebe nessa religião em relação às outras?

Os cultos sempre foram ministrados no interior da instituição ou houve período em que se recorreu às igrejas convencionais? Porque a decisão de realizar os cultos no interior da instituição?

4) O que motivou fundar a instituição?

Como foi o processo? Período, local, dificuldades encontradas

5) Expansão da instituição:

Considera a instituição um projeto auto-sustentado e independente de recursos públicos?

Caso positivo: Como concebeu esse projeto auto-sustentado?

Quem são os parceiros fundamentais da comunidade terapêutica?

6) Relação com a legislação:

A instituição sofreu ou ainda sofre problemas com relação a sua legitimidade?

- 7) Concepção sobre SPAs, o *crack* especificamente e os serviços de atenção a usuários de SPAs:

Consumo como questão moral, de saúde ou segurança pública?

- 8) Vida política:

Cargos já assumidos, parceiros

- 9) Relação com outras instituições públicas ou privadas:

Como vê o papel das comunidades terapêuticas na recuperação de usuários de SPAs?

Quais são as dificuldades encontradas hoje pelas comunidades terapêuticas?

Como está a política pública hoje em relação às CTs?

Como a instituição é percebida: sociedade civil, rede de atenção (pública e privada)

- 10) Planos futuros e expansão

## APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO

Data do encontro:

Tipo de encontro:

Forma de registro da entrevista:

1. Nome do entrevistado:
2. Pseudônimo a ser utilizado na pesquisa:
3. Idade:
4. Sexo:
5. Estado Civil:
6. Composição familiar:
  
7. Filhos? Quantos:                      Sexo/ Idade:
  
8. Cidade de procedência:
9. Raça declarada:
10. Formação religiosa:
11. Profissão dos genitores ou responsáveis pela formação:
  
12. Escolaridade:
13. Profissão (antes da internação):
14. Tempo de internação na comunidade terapêutica:
15. Mediador(a) da internação:
16. Outra(s) internação(ões) ou tratamentos(s):
  
17. Reincidência na comunidade terapêutica:
18. Início do consumo de SPAs (geral):
19. Início do consumo de crack:
20. Situação de rua:

## 21. Envolvimento com atividades ilícitas:

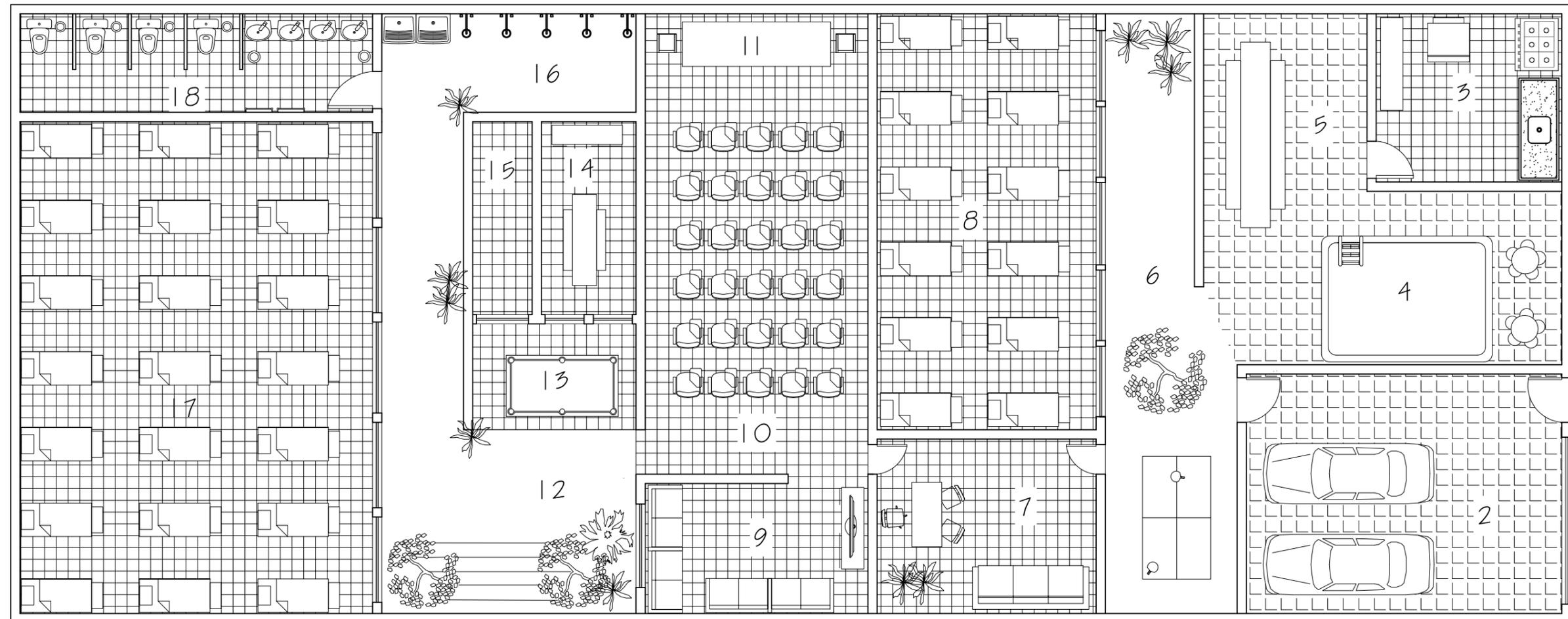
APÊNDICE 3: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS																				
Pseudônimo utilizado na pesquisa	Idade	Sexo	Estado Civil	Composição familiar	Quantidade de Filhos	Cidade de procedência	Raça declarada	Formação religiosa	Profissão dos genitores ou responsáveis	Escolaridade	Profissão	Mediador(a) da internação	Tempo na comunidade terapêutica	Outras internações ou tratamentos	Reincidência na CT	Início do consumo de SPAs (geral)	Início e duração do consumo de crack	Situação de rua	Envolvimento com atividades ilícitas	
<b>PRESIDENTE</b>																				
1	Pastor Isaias	47	M	Casado	Esposa e filhos	2	São Paulo (SP)	Branca	Nenhuma	NRI	Ensino fundamental incompleto	Empresário	NP	NP	Não	Não	16 anos - álcool e maconha	17 anos	Não	NRI
<b>DIRETOR</b>																				
2	Senhor Pedro	29	M	Solteiro	Mãe e pai	0	Porto Alegre (RS)	Negra	Nenhuma	Mãe: dona de casa, pai: estivador	Ensino fundamental completo	Músico	Mãe	4 anos	Não	Não	14 anos - álcool e maconha	16 anos	Sim	Furtos, atividade no mercado de "drogas" ilícitas
<b>OBREIROS AUXILIARES</b>																				
3	Mateus	35	M	Solteiro	Mãe, pai, 6 irmãos (entre homens e mulheres), esposa e filhos	2	Fortaleza (CE)	Branca	Católica e Evangélica	Mãe: dona de casa, pai: aposentado	Ensino fundamental incompleto (utiliza certificado falso de conclusão do ensino médio)	Técnico em eletrônica	Irmã e cunhado (marido da irmã)	2 anos	Não	Não	12 anos - maconha	19 anos	Sim	Estelionato, falsidade ideológica, roubo, furto, assalto a mão armada, assalto a banco, atividade no mercado de "drogas" ilícitas
4	Adilson	25	M	Solteiro	Mãe, pai falecido (quando tinha 20 anos), 4 irmãs e 1 irmão	0	Fortaleza (CE)	Branca	Evangélica	Mãe: NRI, pai (falecido) estivador	Ensino médio completo	Nunca trabalhou	Irmã	1 ano e 4 meses	Não	Não	16 anos - maconha e cigarro, 19 anos - cocaína	21 anos	NRI	Roubos, furtos, invasão de propriedade privada
5	Tiago	35	M	Casado	Mãe, 4 irmãs, 1 irmão, esposa e filhos	2	Curitiba (PR)	Parda	Evangélica	NRI	Ensino médio incompleto	Construção civil	Mãe e amigo da família	8 anos	6 internações em 4 instituições	Não	14 anos - álcool e cocaína	Consumiu crack apenas 1 vez	Sim	NRI
<b>ALUNOS</b>																				
6	João	27	M	Casado	Mãe, esposa e filho	1	Recife (PE)	Pardo	Católica	Mãe: pasteleira, pai: motorista	Ensino médio completo	Motoboy	Mãe e esposa	6 meses	Não	Não	16 anos - álcool	24 anos	Não	Roubos, furtos
7	Dimas	21	M	Solteiro	Mãe, pai, 1 irmã e 5 irmãos e filho	1	Fortaleza (CE)	Parda	Católica	Mãe: dona de casa, pai: ambulante	Ensino fundamental incompleto	Ambulante e porteiro	Mãe e irmã	6 meses	Não	Sim	14 anos - cigarro e álcool	15 anos	Sim	Roubos, furtos, atividade no mercado de "drogas" ilícitas
8	Natanael	19	M	Solteiro	Mãe, pai, 3 irmãos (entre homens e mulheres)	0	Recife (PE)	Negra	Evangélica	NRI	Ensino médio incompleto	Flanelinha	Mãe	15 dias	Não	Não	16 anos - maconha	17 anos	NRI	NRI
9	Jaime	25	M	Solteiro	Mãe, irmã	0	Recife (PE)	Negra	Católica	Mãe: doméstica	Ensino fundamental incompleto	Construção civil	Mãe	9 meses	2 internações em 2 instituições	Sim	18 anos - crack	18 anos	NRI	NRI
10	Hiran	29	M	Casado	Mãe, 5 irmãos (entre homens e mulheres), esposa e filhos	3	Fortaleza (CE)	Branca	Evangélica	Mãe: doméstica, pai: feirante	Analfabeto	Flanelinha	Amigo da família	4 meses	Não	Não	Não informou a idade - maconha e álcool	23 anos	NRI	Furtos, atividade no mercado de "drogas" ilícitas
11	Samuel	31	M	Solteiro	Avó materna e 3 irmãos (entre homens e mulheres), esposa e filhos	2	Recife (PE)	Parda	Evangélica	NP	Ensino fundamental incompleto	Ambulante	Irmãos	11 meses	Não	Sim	16 anos - cocaína	28 anos	Sim	NRI
12	Matias	28	M	Solteiro	Mãe e pai	0	Fortaleza (CE)	Parda	Evangélica	Mãe: dona de casa, pai: construção civil	Ensino médio completo	Cobrador de ônibus	Mãe	8 meses	3 internações em 3 instituições	Não	16 anos - álcool	24 anos	Não	NRI
13	Imael	28	M	Casado	Mãe, pai falecido (quando tinha 15 anos), 7 irmãos (entre homens e mulheres)	0	Fortaleza (CE)	Branca	Católica	Mãe: bancária, pai (falecido): caminhoneiro	Ensino médio completo	Vendedor	NRI	3 meses	Frequentou CAPSad	Não	13 anos - cigarro e álcool	22 anos	Sim	Roubos, furtos, atividade no mercado de "drogas" ilícitas
14	Elias	19	M	Solteiro	NRI	0	São Paulo (SP)	Negra	Católica	NRI	Ensino fundamental incompleto	Nunca trabalhou	NRI	1 mês	Não	Não	12 anos - álcool e maconha	16 anos	Sim	Furtos
15	Silas	27	M	Casado	Mãe, 2 irmãs, 1 irmão, esposa e filho	1	Fortaleza (CE)	Parda	Evangélica	Mãe: doméstica	Ensino fundamental incompleto	Ambulante	Mãe e irmãos	6 meses	Não	Não	15 anos - maconha	21 anos	NRI	Furtos

Legenda:

NP - Não procede

NRI - Não relatou informação

# APÊNDICE 4 - Planta Baixa da Comunidade Terapêutica: Unidade RMS



## LEGENDA

- |   |  |
|---|--|
| 1 - Acesso  | 10 - Sala de cultos                                    |
| 2 - Garagem   | 11 - Púlpito   |
| 3 - Cozinha   | 12 - Pátio aberto 2: área de serviço                   |
| 4 - Piscina   | 13 - Área de lazer com mesa de sinuca                  |
| 5 - Refeitório  | 14 - Sala de montagem                                  |
| 6 - Pátio aberto 1: Lazer com mesa de ping pong       | 15 - Administração                                     |
| 7 - Recepção  | 16 - Pátio aberto 3: Chuveiros                         |
| 8 - Quarto dos <i>caneteiros</i> : beliches e cômodas | 17 - Quarto dos <i>caneteiros</i> : beliches e cômodas |
| 9 - Sala de convivência com aparelho televisor        | 18 - Banheiros   |

Comunidade Terapêutica - Região Metropolitana de Salvador

PLANTA BAIXA

Cadastro realizado com base em observação

Data: fevereiro 2011

Escala aproximada: 1/125

01