



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

Curso de Psicologia

Aluna: Saara Pinheiro Rodrigues Feitosa RA 21240069

**MORAL RELIGIOSA, SAÚDE E DOENÇA: PERSPECTIVA DE EX-
RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Brasília – DF

2017

Aluna: Saara Pinheiro Rodrigues Feitosa RA 21240069

**MORAL RELIGIOSA, SAÚDE E DOENÇA: PERSPECTIVA DE EX-
RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professor - Orientador: Dr. José Bizerril

Brasília – DF

2017

Aluna: Saara Pinheiro Rodrigues Feitosa RA 21240069

**MORAL RELIGIOSA, SAÚDE E DOENÇA: PERSPECTIVA DE EX-
RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

BRASÍLIA, _____ de _____ 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. José Bizerril Neto, Dr.

Profa. Valeria Deusdará Mori, Dra.

Profa. Tatiana Lionço, Dra.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

A meu querido pai, que infelizmente não está mais aqui, grande exemplo de ser humano e a alma mais genuína que eu já conheci. Saudades.

Agradeço a minha mãe e irmã. Minhas fontes de amor e carinho, amo vocês.

Agradeço aos meus amigos, pessoas especiais presentes em minha vida.

À instituição UNICEUB por oportunizar boa estrutura e a qualidade do curso. Ambiente no qual tive aprendizados que serão carregados comigo para vida.

Aos docentes. Em especial meu agradecimento ao professor-orientador, José Bizerril, por respeitar meu ritmo no decorrer do processo de elaboração deste trabalho. Pelas observações e apontamentos feitos, fundamentais para contornar os imprevistos que tive durante o percurso. Saiba que as suas aulas me fizeram crescer como pessoa e como profissional. O mesmo posso dizer a todos os outros professores, supervisores e preceptores que tive durante o curso. Obrigada.

Enfim, meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que direta ou indiretamente, me auxiliaram de alguma forma ao longo da graduação.

RESUMO

No Brasil ocorre uma crescente expansão de instituições privadas que ofertam atendimento a pessoas que utilizam substâncias psicoativas. São instituições que funcionam em modelo residencial, sob a lógica da abstinência e que adotam a abordagem psicossocial como forma de atenção a esse público. Esses estabelecimentos são denominados de comunidades terapêuticas (CTs). Intituladas também de casas ou centros de recuperação. Existem três vertentes distintas de CTs: religioso-espiritual, científica e mista (união das duas vertentes anteriores). Especialmente no contexto brasileiro cresce significativamente o número de unidades operadas por confissões religiosas. Vários autores, ao pesquisarem sobre o serviço disponibilizado por tal modelo de atenção, sinalizam em seus trabalhos o uso da moral como fator mobilizador de mudança no tratamento. De modo que o presente estudo visa abordar sobre o tratamento terapêutico em CTs nacionais, suas práticas e modo de funcionar; aprofundando-se no conhecimento da presença do fenômeno moral nessas instituições, a partir da perspectiva dos egressos desses serviços, ou seja, de ex-residentes de comunidades terapêuticas. Acrescentou-se a esta pesquisa a investigação da concepção de saúde e doença dos participantes. Foi utilizado o método qualitativo netnográfico, caracterizado como pesquisa de campo realizada online. Os participantes da pesquisa foram contatados por meio de rede social e entrevistados por e-mail e bate-papo eletrônico. As discussões e problematizações feitas emergem da técnica de análise hermenêutica.

Palavras-chave: Drogadição, Moral, Comunidades terapêuticas (CTs), Religião.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1- REFERENCIAL TEÓRICO	10
COMUNIDADE TERAPÊUTICA – UM MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	10
O QUE É MORAL?	19
ARTICULAÇÃO ENTRE MORAL RELIGIOSA E RECUPERAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS	22
O TRATAMENTO MORAL RELIGIOSO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	25
SAÚDE E DOENÇA ENQUANTO REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	30
CAPÍTULO 2- MÉTODO	34
PESQUISA QUALITATIVA DE NATUREZA NETNOGRÁFICA.....	34
ESTRATÉGIA DE ANÁLISE	37
CAPÍTULO 3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
ENTRADA NA REDE SOCIAL – IMPRESSÕES INICIAIS.....	40
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PARTICIPANTES.....	42
O TRATAMENTO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA – APENAS UM EMPREENDIMENTO MORAL E RELIGIOSO?.....	43
DROGAS, SAÚDE E DOENÇA: NARRATIVAS DE EX-RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	73
ANEXO A.....	74
ANEXO B.....	76

INTRODUÇÃO

O uso de drogas tem sido considerado pela sociedade um sério problema de saúde pública (RAUPP E SAPIRO, 2008). O governo brasileiro oferece, pelo SUS¹, serviços de tratamento para usuários de substâncias psicoativas². Há também modalidades de atenção que funcionam de forma complementar ao serviço oferecido pelo governo. Um dos mais populares modelos de atenção, que têm se multiplicado no Brasil, são as denominadas comunidades terapêuticas (CTs) (PERRONE, 2014). O tipo de serviço oferecido por essas instituições foi regulamentado em 2001, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 101 formulada pela Anvisa³, que prescreveu regulamento técnico para o desempenho das comunidades terapêuticas. Por conseguinte, as comunidades terapêuticas passaram oficialmente a fazer parte da Política do Ministério da Saúde de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com Damas (2013), tal serviço, atende “mais da metade das pessoas com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias no Brasil” (p. 50). No que se refere à eficácia do tratamento em CTs, Serrat (2002), membro do conselho da Febract⁴, afirma que, em nível mundial, 30% a 35 % dos frequentadores de comunidades terapêuticas deixam de utilizar drogas de maneira definitiva. É expressivo o lugar que essas instituições têm preenchido, especialmente na cena brasileira, no que se refere ao atendimento aos usuários de substâncias psicoativas.

Essas unidades seguem regime residencial, em que a convivência entre os pares é estimulada e entendida como um componente terapêutico durante a reabilitação e recuperação. Organizam-se com base em um programa que tem como premissa a lógica da abstinência, em que a permanência dos residentes, termo usado para reportar-se ao utilizador desses serviços, é condicionada à abstinência total de álcool ou outras drogas (PACHECO E SCILESKI, 2013). Geralmente, localizam-se em áreas rurais existindo em menor proporção em áreas urbanas e possuem tratamento

¹ SUS: Sistema Único de Saúde

² SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Qualquer substância que age no Sistema Nervoso Central, provocando alterações no humor, sensopercepção, função cerebral e cognição. São consideradas substâncias psicoativas, tanto drogas lícitas, como drogas ilícitas (BICCA, PEREIRA e GAMBARINI, 2011)

³ ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

⁴ FEBRACT: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

estruturado para períodos de três meses a nove meses de internação, podendo sofrer alterações (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2014; DAMAS, 2013). Existem CTs direcionadas para acolhimento e atendimento tanto do público feminino quanto do público masculino (PERRONE, 2014).

Outras características desses serviços serão abordadas ao longo desta monografia. No entanto torna-se necessário expor, para ambientação do leitor ao tema, a preponderância de comunidades terapêuticas que realizam suas intervenções a partir de uma perspectiva evangelizadora em suas unidades. O tratamento religioso é utilizado de forma adicional ou substitutiva a outros cuidados (RIBEIRO E MINAYO, 2015; COSTA, 2009).

Em trabalhos realizados tendo como enfoque o estudo desse modelo de atenção em saúde, pesquisadores apontam para o fenômeno moral como elemento presente no tratamento do uso ou abuso de substâncias psicoativas (CFP, 2011; CFP, 2013). Tal apontamento me despertou a curiosidade científica de aprofundar meus estudos sobre o assunto, interessada em investigar as formas como a moral se evidencia nas práticas, programa terapêutico e funcionamento das CTs nacionais.

Mas o que é moral? Nesta monografia a palavra moral será utilizada servindo-se do conceito de Aranha e Martins (2002) que afirma: “a moral é o conjunto das regras de conduta admitidas em determinada época ou por um grupo de homens. Nesse sentido, o homem moral é aquele que age bem ou mal na medida em que acata ou transgride as regras do grupo ” (p. 274). Logo, depreende-se que a moral é caracterizada por normas ou regras julgadas válidas para orientar e regular condutas (KORTE, 1999). Há uma multiplicidade de códigos morais (conjunto de regras ou valores) que guiam ou orientam a ação humana. Como exemplo cita-se o código moral religioso.

No referencial teórico privilegiou-se explorar a inserção dessa moral, fala-se especialmente da moral religiosa, no tratamento e recuperação de usuários de substâncias psicoativas, devido a, como já sublinhado anteriormente, grande parte das comunidades serem filiadas direta ou indiretamente a denominações religiosas. Como o título sugere, o assunto será discutido criticamente apoiado nas perspectivas de sujeitos que já foram usuários do serviço de CTs e, portanto, passaram por experiências e tratamentos nesses locais. Estende-se a essa discussão a

investigação da concepção de saúde e doença dos sujeitos participantes e se essa está de alguma maneira relacionada a moral religiosa.

Redigindo-se de maneira mais descritiva, pretende-se com essa monografia: compreender como se dá a presença da moral em comunidades terapêuticas a partir da experiência de ex-residentes; investigar se a ênfase dada à moral relaciona-se com a concepção de saúde e doença de ex-residentes de comunidades terapêuticas; entender as definições de droga, saúde e doença de acordo com o universo cultural dos participantes e compreender a partir da pesquisa netnográfica⁵, valores e crenças relacionados ao tema estudado.

Diante da proliferação e popularidade das comunidades terapêuticas e também das divergências e diferenças de posicionamentos frente ao funcionamento delas. O que incluem críticas feitas a estes locais de internação e o descrédito conferido ao modelo por parte de profissionais de saúde; nesse contexto considera-se a proposta de trabalho pertinente. As informações possibilitadas pelas reflexões e problematizações tem a intenção de fornecer “artifícios” para se pensar sobre o atendimento, tratamento e recuperação dos usuários de drogas na área da saúde mental.

O trabalho estrutura-se em três capítulos, apresentando-se no primeiro, história, definição, funcionamento, características gerais das comunidades terapêuticas e o contexto brasileiro na qual está inserida. Descreve-se sobre a moral como elemento presente na recuperação e tratamento de usuários de drogas e especificamente sobre sua presença nas comunidades terapêuticas, ademais elucidase brevemente sobre a concepção de saúde e doença enquanto representação social. O segundo capítulo, correspondente a metodologia, discorre-se sobre o método qualitativo utilizado: a Netnografia de Kozinets. Explica-se sobre o método, perfil dos participantes, procedimentos e estratégia de análise. O terceiro capítulo reserva-se a análise do material produzido por meio de dados retirados da internet e das entrevistas com os ex-residentes de comunidades terapêuticas.

⁵ O método netnográfico será explicado mais adiante.

CAPÍTULO 1

REFERENCIAL TEÓRICO

Comunidade Terapêutica – Um modelo de atenção em Saúde

Ao longo da história muitas pessoas utilizaram e utilizam as drogas para diversos fins, sejam eles terapêuticos, religiosos, recreativos, dentre outros. De acordo com o CFP⁶ (2013), ela é intrínseca à história da humanidade. O ópio por exemplo foi muito valorizado pela medicina grega antiga devido aos seus efeitos terapêuticos. A planta do qual é extraído, a papoula, era chamada de planta dos deuses e também usada em oferendas. Ao longo do tempo, as substâncias psicoativas ocupam diferentes espaços simbólicos a depender da cultura e da sociedade em que estão inseridas (ISRAEL-PINTO, 2012).

Para efeitos de classificação, é possível pensar os consumidores de drogas em dois grupos distintos: aqueles que fazem uso recreativo das drogas e aqueles que fazem uso abusivo das drogas. A diferença principal entre os dois grupos é a compulsão. O primeiro grupo é composto por pessoas que consomem a droga de forma esporádica ou mesmo regular, sem que isto acarrete prejuízo funcional as suas vidas. O segundo grupo é formado por pessoas que fazem uso problemático das drogas, há a presença da compulsão em ingerir estes produtos. Sua dinâmica circula a partir das drogas, tornando-a um valor absoluto na vida, ocasionando dano ou perda de laços afetivos, profissionais e familiares (VARGAS, 2011). A droga passa da posição de desejo a ocupar a posição de necessidade.

Com o objetivo de atender a demanda deste último grupo foram criados diferentes modelos de tratamento. Uma das mais populares modalidades de atenção para consumidores de drogas são as comunidades terapêuticas (PERRONE, 2014; RAUPP e SAPIRO, 2008). A Anvisa, órgão competente pela fiscalização do trabalho nas CTs do Brasil, define comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao público com problemas resultantes do abuso de substâncias psicoativas. Unidades que funcionam em regime residencial, seguindo o modelo psicossocial e que;

⁶ CFP: Conselho Federal de Psicologia

ofereçam ao usuário do serviço um ambiente seguro e ético, além de suporte técnico durante a permanência do indivíduo no local, sendo a convivência entre pares importante instrumento terapêutico para recuperação das pessoas. Podendo, essas unidades funcionar tanto em áreas rurais quanto em áreas urbanas (RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001). Porém, é mais comum que essas comunidades, também chamadas de centros ou casas de recuperação, estejam localizadas em zonas rurais, sendo de modo geral fazendas ou sítios (RIBEIRO E MINAYO, 2015; DAMAS, 2013).

Todas elas atuam seguindo a lógica da abstinência, condição necessária para o sucesso do tratamento, o que significa dizer que o usuário cessa, ou seja, para de consumir álcool e drogas ilícitas (RIBEIRO E MINAYO, 2015; PACHECO E SCILESKI, 2013, SABINO E CAZENAVE, 2005). De acordo com Damas (2013), outras características comuns das muitas CTs brasileiras, são: a execução de trabalhos assistenciais realizados pelos residentes (manutenção, alimentação, etc.), o rigor das normas internas vista como parte do programa terapêutico e o papel ativo do “paciente”. Quanto ao sexo dos residentes, as CTs podem ser femininas, masculinas ou mistas. No que diz respeito a faixa etária, tal modelo de atenção em saúde é bem flexível, tendo critérios variáveis para entrada de usuários, de modo que, existem CTs que aceitam tanto adolescentes quanto idosos nos seus espaços (PERRONE, 2014).

No Brasil, observa-se a prevalência de três modelos distintos dessas unidades, são estes: com enfoque religioso-espiritual, em que o tratamento é conduzido por religiosos e ex- usuários do serviço; com enfoque científico, em que o tratamento é conduzido por profissionais da saúde (médicos, assistentes sociais e psicólogos); e com enfoque misto, constituído pela união dos dois modelos anteriores (RIBEIRO E MINAYO, 2015). Nos últimos anos, tem aumentado vertiginosamente a quantidade de CTs no Brasil, especialmente as de matriz religiosa que dão ênfase à moralidade no tratamento (CFP, 2013).

Segundo Sabino e Cazenave, (2005), o grande aumento de comunidades terapêuticas no Brasil é atribuído a incidência alta e progressiva do consumo de drogas no país sendo, a abertura de CTs uma resposta proporcional ao problema enfrentado. Silva, Pinto e Machineski (2013) também afirmam que, devido ao aumento do consumo de substâncias psicoativas e as consequências negativas provocadas pelo seu uso, há uma crescente expansão dos serviços oferecidos pelas CTs. De

modo que o número de comunidades terapêuticas cresce proporcionalmente à medida que também cresce a demanda (PACHECO E SCISLESKI, 2013). Outro fator sinalizado é a falta de uma política assistencial direcionada a este público e a precariedade dos serviços e ações que tratam dessa problemática, estas não conseguem atender satisfatoriamente a demanda encontrada (MACHADO E MIRANDA, 2007). O que também é alvo de crítica das pesquisadoras Ribeiro e Minayo (2015) ao afirmarem que o espaço que as CTs vêm ganhando se deve a carência de políticas públicas ou a sua inefetividade. Utilizando esse argumento, surgem pressões no poder legislativo por parte da bancada religiosa para destinar recursos da saúde pública às CTs religiosas, especialmente de suas próprias denominações, em detrimento dos recursos destinados aos serviços substitutivos como o CAPS-AD⁷. São discursos direcionados a reclusão de usuários de crack e a flexibilização das normas que regulamentam as práticas das comunidades terapêuticas, instituições privadas fortemente associadas a interesses lucrativos (MONCAU, 2012).

Desconstruindo essa ideia de inefetividade e carência de políticas públicas Costa (2009), aponta para a existência de uma pluralidade de alternativas para quem quer ou precisa de tratamento. Segundo a autora, as propostas e formas de atendimento terapêutico perpassam da redução de danos à abstinência total, do atendimento ambulatorial à internação, do tratamento farmacológico aos grupos de apoio, de programas governamentais às CTs. Ainda, de acordo com ela, “a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, bem como a redução dos danos sociais e à saúde e a redução da oferta são dimensões amplamente consideradas na legislação e nas políticas voltadas para esta questão” (p. 2). São exemplos de serviços voltados para recuperação de usuários de drogas, os dispositivos integrados ao SUS: CAPS, NASF⁸ e o ESF⁹; os dispositivos integrados à assistência social, como: CRAS¹⁰ e o CREAS¹¹ e as instituições filantrópicas como o AA¹² e o NA¹³ (DAMAS, 2013). Perante essa variedade de alternativas cabe ao usuário de substâncias psicoativas selecionar aquela que é mais adequada ao seu perfil ou atenda melhor às suas

⁷ CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

⁸ NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

⁹ ESF: Estratégia de Saúde da Família.

¹⁰ CRAS: Centro de Referência de Assistência Social.

¹¹ CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

¹² AA: Alcoólicos Anônimos.

¹³ NA: Narcóticos Anônimos.

necessidades. Porém nota-se frequentemente essa impossibilidade frente as internações compulsórias e práticas violentas de "tratamento", comuns em situações de dependência química.

No que se refere às comunidades terapêuticas, a forma como elas se configuram na atualidade foi influenciada por ideias e metodologias anteriores. Historicamente, a expressão comunidade terapêutica surgiu na Grã-Bretanha nos anos 40 para se referir a comunidades terapêuticas psiquiátricas. Maxwell Jones (s/d) foi o idealizador das CTs em hospitais psiquiátricos. O termo comunidade terapêutica, nessa época e contexto, tinha outro sentido, diferente das CTs atuais pois era parte de um modelo de psiquiatria comunitária. Maxwell Jones buscava adicionar o elemento social dentro da instituição, dando ênfase a métodos grupais e à relação multipessoal. A ideia era criar um ambiente democrático que funcionasse como uma comunidade em que todos colaborariam para atingir objetivos comuns e para o bom funcionamento daquela organização social. A relação em comunidade maximizaria os efeitos terapêuticos almejados (DE LEON, 2003). O paciente teria então participação ativa no seu processo de recuperação. Este pensamento ainda é vigente, sendo o usuário do serviço protagonista da sua melhora. A convivência comunitária continua sendo um dos pontos essenciais do programa terapêutico de uma CT (RAUPP & SAPIRO, 2008). Sendo, como já mencionado anteriormente, as relações interpessoais, consideradas ponto indispensável para propiciar mudanças de comportamento (PERRONE, 2014).

A partir dos anos 60, foram criadas CTs que tratavam exclusivamente o problema da drogadição, sendo sua prática fundamentada em dois modelos distintos de tratamento: o modelo Synanon e o modelo Minnesota (DAMAS, 2013).

- Modelo Synanon: importante precursor das CTs para usuários de substâncias psicoativas. O começo dele ocorreu com a iniciativa de Charles Dederich, alcoólico em recuperação, em promover encontros semanais no seu apartamento com companheiros do AA, por acreditar que a recuperação poderia vir por meio da auto-ajuda e através de relacionamentos com pessoas que vivem situações parecidas. O programa ressalta sobretudo o papel do grupo como fonte de transformação do eu (DE LEON, 2003). Também acredita que o

comportamento disfuncional do usuário de drogas será corrigido através de métodos terapêuticos, fundamentados na autoconfiança do sujeito e na laborterapia¹⁴ (DAMAS, 2013).

- Modelo Minnnesota: têm “essência predominantemente espiritual”, baseia-se nos preceitos do grupo Alcoólicos Anônimos, sendo considerado sua “versão institucional” (DAMAS, 2013, p. 53). O grupo Alcoólicos Anônimos (AA), formulou princípios que conduziram o indivíduo durante todo o tratamento. Tal grupo (AA) entende que alguns dos componentes de mudança do sujeito são: a crença na ajuda de um “poder superior”, a oração, a ajuda recíproca e a auto-análise. O grupo AA dá destaque a espiritualidade como item importante para recuperação (DE LEON, 2003). E concebe o alcoolismo como doença crônica, que exige atenção constante uma vez que a enfermidade é incurável (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL). Mesma posição adotada por Narcóticos Anônimos no que se refere a drogadição (NARCÓTICOS ANONIMOS, 1996).

Nota-se que nas CTs modernas, alguns elementos componentes dos dois modelos citados acima, ainda hoje são usados e fazem parte do programa terapêutico das comunidades. Como exemplo menciona-se a religiosidade¹⁵ e a espiritualidade¹⁶, pilares da metodologia Minnnesota. É alto o número de CTs, religiosas, de maioria evangélica e católica, centradas em reabilitar os residentes a partir da fé (RIBEIRO E MINAYO, 2015).

De acordo com Fuchs (2011), a religiosidade tem sido apontada em diversos estudos como um fator modificador do ser humano. Um dos fatores que pode orientar suas ações e promover mudanças significativas em seu comportamento. No que se refere ao uso da religiosidade no tratamento do usuário de drogas, ela pode ser vivenciada de modo positivo servindo como instrumento terapêutico, estimulando comportamentos saudáveis e contribuindo para que o sujeito encontre um sentido para vida. Por outro lado, a religiosidade pode servir como obstáculo a promoção da

¹⁴ Laborterapia: “tratamento por meio do trabalho. Terapia ocupacional” (AULETE, 2008, p. 608)

¹⁵ Religiosidade: “adesão a crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada” (FARIA e SEIDL, 2005, p. 381)

¹⁶ Espiritualidade: “relação estabelecida com uma pessoa, com um ser ou uma força superior na qual se acredita” (FARIA e SEIDL, 2005, p. 381)

saúde quando utilizada pelo sujeito como “mecanismo de defesa para manter sintomas individuais ou para cultivar culpas com o emprego de discursos sobre o pecado” (HENNING, 2009, p. 4, apud FUCHS, 2011).

Como já visto, um outro elemento utilizado como parte do programa terapêutico das CTs, é a laborterapia, uma das bases principais do modelo Synanon. Todas as CTs têm em seu programa terapêutico o trabalho, enquanto atividade laboral, ou seja, enquanto laborterapia. É atribuído ao trabalho função terapêutica e educacional, além de contribuir na administração e no aprimoramento da comunidade. Como agregado de uma comunidade o usuário contribui para o bom andamento dela. Acredita-se que através do trabalho, os usuários desenvolvem habilidades que são consideradas úteis no pós-tratamento como: pontualidade, boa aparência, obediência e liderança. Existem CTs que também trabalham com hierarquias, à medida que se sobe na hierarquia, mais responsabilidades são concedidas aos usuários (DE LEON, 2003).

Esses dois elementos citados, a laborterapia e a religiosidade, bem como outros elementos presentes em uma comunidade terapêutica têm sido alvo de duras queixas por diversos profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos (RAUPP E SAPIRO, 2008). O trabalho enquanto componente do tratamento tem sido alvo de queixas devido à tênue linha que separa a laborterapia do trabalho escravo contemporâneo. O trabalho se transforma em obrigação moral, serve para o usuário se manter ativo, todavia restringe sua autonomia, além de sujeitá-lo a uma ordem já estabelecida. O produto do trabalho, seu ganho, beneficia a outro. Não há remuneração, o trabalho deixa de ser um direito e se converte em condição de tratamento (CFP, 2011; CFP, 2013).

Quando o assunto é religião, presente no processo terapêutico, as críticas crescem. De acordo com Damas (2013), é preocupante a inserção do fundamentalismo religioso¹⁷ em comunidades terapêuticas, ressaltando que sua entrada nesse meio produz até mesmo efeitos iatrogênicos. Além disso, cabe ressaltar outra problemática, a violação de certos grupos religiosos aos limites constitucionais, especificamente o desrespeito ao credo do usuário e a obrigação em participar das

¹⁷ Fundamentalismo Religioso: posicionamento político-religioso que interpreta literalmente revelações do livro sagrado e a tomam como base e princípio estruturante da ordenação da vida em sociedade, em seu caráter social e político (SANTOS, 2014).

atividades religiosas que acontecem nas unidades (CFP, 2011; RIBEIRO E MINAYO, 2015).

Tendo em vista esse cenário, de inserção da religião no espaço público, nota-se a importância dos grupos religiosos respeitarem os limites estabelecidos pela constituição (MOUFFE, 2006). No tocante a este aspecto, o que dizem as lideranças nacionais das federações¹⁸ de comunidades terapêuticas? É ponto em comum dos seus representantes: a prática da espiritualidade sem que seja imposta crenças religiosas, a internação e permanência voluntária dos residentes nas unidades, o trabalho como instrumento de valor terapêutico e pedagógico, um ambiente sem drogas e violência, em que serão preservadas características das relações familiares; respeito ao residente sem distinções quanto a raça, credo, situação social e econômica; critérios claros de admissão, estadia e alta, adesão ao programa terapêutico definido e acompanhamento pós-tratamento (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2014). Alguns desses pontos estão também contemplados na resolução – RDC n.29, de 30 de junho de 2011 que dispõe sobre as diretrizes mínimas e gerais de funcionamento das comunidades terapêuticas.

Em 2011, com o intuito de averiguar quais as condições do atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, foi feita uma inspeção a 68 locais de tratamento para usuários de drogas no Brasil. Constatou-se a existência de várias irregularidades e violações aos direitos humanos como agressões, humilhação e discriminação. Percebeu-se também que muitas dessas CTs baseiam seu tratamento em práticas religiosas e não têm profissionais especializados no cuidado a usuários de drogas. Os resultados apurados nesta inspeção se encontram reunidos no *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, 2011*, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia.

No Brasil, no que se refere às drogas e a usuários de drogas há uma ideia construída de epidemia no país (PACHECO E SCISLESKI, 2013). Busca-se a partir desta ideia, sob o pretexto de prevenção e de proteção a sociedade, legitimar ações que violam os direitos humanos de usuários de substâncias psicoativas. Por exemplo,

¹⁸ Federações: representam e estruturam o trabalho das CTs no Brasil. São exemplos de federações: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas (FETEB), a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT).

quando o assunto é política de saúde, a internação compulsória tem sido adotada como prioridade no tratamento e não como “último recurso” a ser aplicado. Não por coincidência este acirramento da lei que criminaliza ocorreu como “preparação”, às vésperas de grandes eventos sediados pelo Brasil: a copa do mundo e os jogos olímpicos. Acontece um higienismo dos centros urbanos onde o “lixo social”, no caso, usuários de drogas psicoativas, são removidos e retirados dos espaços de circulação (CFP, 2013; PACHECO E SCISLESKI, 2013). Esta lógica é muito similar a manicomial, segundo a qual aqueles que eram indesejáveis, que possuíam um comportamento que não era condizente com o “aceitável” pela sociedade, como homossexuais, epiléticos, prostitutas e doentes mentais, eram mandados ao manicômio (FOSSI e GUARESCHI, 2015, ARBEX, 2013). Atualmente quem assume esse papel de abominável são os usuários de drogas.

O uso de drogas ainda é um tema cercado por julgamentos de valor e preconceito. Por exemplo, há uma diferenciação que se faz entre o sujeito que consome drogas ilícitas, daquele que consome drogas lícitas. Geralmente classificando somente o primeiro como drogado, palavra que traz um sentido pejorativo pois carrega a ideia de que usuários que fazem uso abusivo são apenas aqueles que usam drogas ilícitas. Atenua-se a dimensão do problema ao tratar de drogas lícitas e potencializa-se em relação as ilícitas. De modo que existem preconceitos relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas que influenciam no dimensionamento do problema (CARVALHO, ABOU JAMRA E SANTANA, 2016).

Desse modo o imaginário coletivo é muito influenciado pela imagem pejorativa propagada do usuário, associado a sensação de vulnerabilidade e exposição decorrente disto. A mídia, o Estado e outras agências descrevem as drogas como uma peste, uma fatalidade do mundo ocidental, cujo pior resultado são as toxicomanias (BIRMAN, 2009). Tomada pelo medo, insegurança e impotência com relação à ideia de epidemia das drogas, a sociedade demanda do Estado uma solução. Como sustenta CFP (2013): “Esse processo imaginário de insegurança faz que parte importante da sociedade demande do Estado ações de força e de controle” (p. 54).

Com respeito às ações do Estado em relação aos usuários de drogas, é preciso destacar que políticos fundamentalistas religiosos, componentes da segunda maior

bancada do congresso nacional, buscam a partir da criação de novas leis difundir e defender uma nova política Antidrogas. Apoiam a criminalização e a internação compulsória, a fim de tirar a autonomia do sujeito, são também a favor do financiamento público de “comunidades terapêuticas” ligadas a denominações religiosas (LIONÇO, 2014).

É em meio a esse cenário que muitas comunidades terapêuticas são criadas. No Brasil há mais de 80 comunidades associadas à FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), porém, sabe-se que existe uma infinidade delas que são irregulares, que não atendem às normas de funcionamento estabelecidas pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) encontradas na resolução – RDC n.29, de 30 de junho de 2011 (SABINO E CAZENAVE, 2005). Há uma grande quantidade de unidades criadas por ex-usuários de drogas, que se recuperaram em outras CTs e buscam continuar a ajudar outros a fazerem o mesmo. Frequentemente esses usuários não têm recursos e formação para se ajustar às normas da lei (RAUPP E SAPIRO, 2008).

É digno de nota e alvo de preocupação que muitos dos elementos essenciais de uma CT moderna têm sido abandonados ao longo do tempo. As raízes metodológicas e conceituais das CTs vêm sendo descartadas ou aplicadas de maneira distorcida. Rahm (2001) afirma que existem organizações que se auto denominam comunidades terapêuticas quando na realidade são apenas centros de acolhimento. Nesse sentido, para Perrone (2014), as CTs irregulares, que constituem a maioria das CTs em atividade no Brasil, não podem ser chamadas de CTs visto que não cumprem os requisitos básicos de funcionamento. Sobre a 4ª Inspeção a Locais de Internação para Usuários de Drogas, Perrone (2014, p. 577) comenta:

[...] o histórico e a essência do trabalho numa legítima CT divergem diametralmente daquilo que foi encontrado pelo CFP no levantamento citado, motivo pelo qual fica evidente que estas inconsistências não são produto das bases conceituais e metodológicas do movimento das CT, mas sim de uma prática indiscriminada e irresponsável daqueles que dirigem estes locais.

É preciso ter em mente que as comunidades terapêuticas não são homogêneas, ou seja, elas não atuam todas da mesma maneira (CFP,2013). De acordo com Costa (2009), muitas CTs têm se ajustado às normas da Anvisa, avançando no que diz respeito à perspectiva profissional e técnica do trabalho. Seu modelo de recuperação é popular e reconhecido não somente no Brasil, mas em

outras partes do mundo oferecendo uma forma diferencial e inovadora de tratamento (PERRONE, 2014). De acordo com Damas (2013) e Silva, Pinto e Machineski (2013), as CTs são consideradas, nos dias atuais, serviço importante na atenção e tratamento psicossocial de usuários de drogas. Não se pode negar a existência das CTs e a ampla utilização do seu serviço. Contudo, é digno de nota que, existir e ser utilizada, não é o mesmo que ofertar tratamento adequado.

Quando os princípios de recuperação que englobam resgate da cidadania, reabilitação psicológica e física e ressocialização são praticados corretamente, os resultados do tratamento tendem a ser positivos (SERRAT 2002, apud RAUPP E SAPIRO, 2008).

Esse primeiro tópico foi reservado para discorrer sobre o funcionamento de comunidades terapêuticas, suas características gerais, suas raízes e o contexto atual em que se insere. Considerando a realidade vivenciada em muitas CTs, que utilizam a moral como estratégia no tratamento, faz-se necessária a discussão sobre o que é moral e sua presença no tratamento de usuários de drogas.

O que é moral?

A palavra moral vem do latim *mos, moris*, que é a “maneira de se comportar regulada pelo uso” (p. 274), e de seu adjetivo *moralis, morale*, empregada para se referir ao que é “relativo aos costumes” (p. 274) (ARANHA e MARTINS, 2002). De modo que a moral pode ser entendida como algo referente a costumes e hábitos. Tem por alvo “enunciar as regras, normas e leis que regem, causam ou determinam os costumes” (p. 82) e que por vezes são seguidos das consequências do cumprimento ou descumprimento de um conjunto de regras ou valores (código moral) (KORTE, 1999). Compreende-se moral como agrupamento de regras de conduta comuns a determinada época e grupo social. De forma que a ação moral do homem é orientada pelas regras e o seu posicionamento de respeitá-las ou infringi-las (ARANHA e MARTINS, 2002).

No entanto a moral não se limita apenas a normas e regras, mas é também um tipo específico de comportamento humano em que, uma ação efetiva passa a ter um significado moral em um determinado contexto. Para distinguir essas duas esferas da

moral, alguns autores ao se referirem ao comportamento humano proveniente da imposição de cumprir normas e regras morais, usam o termo moralidade. Define-se moralidade como "a moral em ação, a moral prática e praticada" (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2013, p. 66).

De acordo com Cohen e Segre (1994) a moral é um dos fenômenos regulamentadores da ação do indivíduo: são sistemas de valores e normas que estipulam o que é lícito ou ilícito, correto ou incorreto para dado grupo social tendo, portanto, um caráter normativo. Os autores apontam que a moral pressupõe três aspectos: inquestionabilidade e imposição de valores e a punição aos desvios das regras.

Sánchez Vázquez (2013), menciona outro aspecto do fenômeno moral, a saber, seu caráter não natural. A própria etimologia da palavra *mos*, revela um tipo de comportamento aprendido por hábito, ou seja, adquirido. Segundo ele, o comportamento moral só pode existir dentro da sociedade por que a moral existe para cumprir uma função social. De maneira que "moral, é tudo que vem do nosso lado de fora para organizar o nosso lado de dentro, assim todos os códigos que nos orientam (Civil, Religioso, Médico) é entendido como tal (Moral)" (p. 133). Tais códigos já estão prontos, cabe a pessoa assimilá-lo. Diante disso, a educação torna-se um dispositivo de aprendizado e fixação dessas regras (CFP, 2013).

Mesmo que os códigos morais se distinguem em conteúdo, eles não se distinguem quanto à forma, uma vez que há um sentido comum quanto as expressões de moralidade. Características como o sentimento de obrigatoriedade e a realização de um "dever" estarão presentes (LA TAILLE, 2006).

A moral nasce da necessidade de harmonizar os comportamentos de cada pessoa com os interesses da coletividade. (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2013) A existência de um código moral na sociedade possibilita a convivência e a organização da vida, a coesão social. Existem na sociedade padrões de julgamento para considerar o que são formas apropriadas de pensar e agir. Ou seja, pensamentos e ações estão sujeitas à aprovação ou violação da ordem moral (HITLIN, 2015).

No entanto, códigos morais por si só não garantem a aceitação e o fazer de determinada ação ou procedimento por dada pessoa. Segundo Sánchez Vázquez (2013), como o ato moral é concretizado por um indivíduo, pesam em suas ações

fatores objetivos (os hábitos, as tradições, etc) e fatores subjetivos (decisão e responsabilidade pessoal), tais fatores se mesclam. Para um ato ser considerado moral é preciso que o indivíduo internalize as regras de ação, mesmo que essas regras tenham um caráter normativo. É também necessário que as normas, princípios e valores que constituem a moral sejam “acatadas livre e conscientemente, por uma convicção íntima, e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal” (p. 84).

Há outro fator importante a se considerar que é a pluralidade de códigos morais. Diferentes códigos podem existir pois dentro de uma mesma sociedade coexistem grupos e expressões culturais diversas. Portanto a moral é também plural e flexível podendo variar de acordo com a realidade ou época (HITLIN, 2015). De maneira que o que é mau para certo grupo, pode ser bom para outro, ou vice-versa.

Souza (2003), reforça o que Hitlin (2015) diz quando concorda que não existe uma moral única e absoluta e sim vários tipos de moral. O autor cita como exemplo a moral social, a moral filosófica, a moral política, a moral religiosa, etc. Ao comentar sobre a moral religiosa o autor aponta a contribuição de certas filosofias de vida, dentre elas as oriundas da religião, que ajudam as pessoas a formar seus próprios códigos de ética¹⁹. Fato também reconhecido por Boff (2003) ao escrever que as religiões são uma das fontes orientadoras, ética e moralmente da sociedade.

Por muito tempo religião e moral são tratados como sinônimos ou como fatores indissociáveis. No senso comum ainda se faz presente a ideia de que a moralidade só pode ser compreendida dentro de um contexto religioso (RACHELS, 2006). Isto por que nas religiões monoteístas, acredita-se em um ser transcendental como origem e causa dos valores morais que regulamentam as ações entre os homens, de modo que seguindo este pensamento não existe moral sem religião (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2013). Segundo Silva (2013), a religiosidade estimula o maniqueísmo uma vez que suscita discussões a respeito do bem e do mal, do que é moralmente certo e errado.

Nesse trabalho me limitarei ao estudo da moral religiosa cristã. Nesse sentido, Williams (2003), explica que as teorias que buscam entender a pessoa a partir de uma estrutura transcendental, tem como objetivo saber qual é a finalidade da humanidade,

¹⁹ Ética: “tudo que vem do nosso lado de dentro para reorganizar o mundo do lado de fora”, ou seja, exige uma nova postura de cada um, coragem e competência para mudar a si mesmo e, conseqüentemente, a vida de outras pessoas” (CFP, 2013, p. 134).

ou seja, o propósito da vida humana. Quando isto é descoberto, constata-se que para o ser humano cumprir seu papel é preciso que ele realize determinadas ações, tais ações devem estar de acordo com as expectativas que Deus tem para suas criaturas. Subentende-se desse modo que como criaturas de Deus tais indivíduos precisam manter certo tipo de conduta.

Rachels (2006), ao falar da conexão existente entre moralidade e religião, explora duas Teorias, a Teoria do Mandamento Divino e a Teoria da Lei Natural. A Teoria do Mandamento Divino, seguida por tradições teístas, explica que fazer o que é moralmente certo é fazer o que Deus manda e fazer o que é moralmente errado seria o oposto, ou seja, fazer o que Deus proíbe. Já a segunda teoria, a Teoria da Lei Natural é mais dominante do que a primeira teoria apresentada. Tal teoria contém outro tipo de lógica, a saber: todas as coisas existentes na natureza têm um propósito, “o mundo é um sistema racional e ordenado, com cada coisa tendo o seu lugar apropriado e servindo ao seu propósito especial” (p.55). Para incluir a ideia de Deus nesse cenário, pensadores cristãos acrescentaram a essa visão que todas as coisas são como são porque Deus assim quer, tudo faz parte de um plano divino. De forma que as leis naturais explicam como as coisas são e como elas devem ser.

Em síntese, independente de se apoiar em premissas religiosas ou laicas é possível perceber a moral como fenômeno inerente à sociedade, responsável por regular o comportamento do outro. Tais comportamentos são resultantes de normas e valores preestabelecidos, utilizados como referência e noção sobre o que é interpretado como proibido, permitido, certo ou errado. A moral é também um influenciador da concepção que se constrói sobre coisas e pessoas.

Levando-se em consideração o interesse dessa pesquisa, torna-se apropriado abordar nos dois tópicos seguintes a utilização da moral como veículo para “recuperar” e tratar usuários de álcool e outras drogas.

Articulação entre moral religiosa e recuperação de usuários de drogas

A moral religiosa, tem sido um instrumento utilizado pelas religiões no trabalho com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas visando sua reabilitação e

recuperação. Destaca-se, nesse sentido, a atuação de religiões pentecostais na procura e intervenção junto a indivíduos em crise (RIBEIRO E MINAYO, 2015).

Rocha (2010) afirma que a recuperação de usuários de drogas em igrejas pentecostais está intimamente ligada a conversão religiosa. Embora não existam estudos empíricos com dados sobre a recuperação de pessoas depois de convertidas, são populares as crenças que relacionam a recuperação do alcoolismo paralelamente ao processo de conversão (MARIZ, 2003).

De acordo com Garcia (2003), a experiência de conversão envolve a ruptura com o estilo de vida anterior e a adoção de um outro modo de vida, o que implica em mudanças de comportamento. Converter-se faz com que a pessoa se aproprie de um discurso e abandone outro (ROCHA, 2010). Para Pereira (2015), trata-se de um processo no qual o sujeito adere a determinada cosmologia religiosa e a adota como referencial para suas opiniões, tomada de decisão e ações. Isto irá implicar, a princípio, em aceitar o código moral da instituição religiosa e agir de acordo com a moralidade reconhecida por aquela comunidade (ROCHA, 2010). Nesse sentido, a conduta moral e comportamental do indivíduo seria a dimensão consequencial de sua experiência religiosa (VALLE, 2005).

O processo de conversão não é algo vivenciado de forma indiferente ou impessoal. Rocha (2010) citando Alves (2005), diz ser uma experiência confessional e emotiva carregada de afetividade sendo compreendida como uma resposta a certa necessidade emocional do sujeito (p.133):

[...] é “um processo de assimilação do sofrimento a um novo esquema de significação que lhe dá sentido”. Ela é antecedida por momentos de crise, em que os sistemas significativos de um indivíduo entram em colapso. Mas, para o autor, os fatores externos que levam à crise de existência são ocasiões para a conversão, mas não sua causa. Como o homem necessita profundamente de ordem, propósito e inteligibilidade, a conversão ocorre porque a cosmovisão que lhe é apresentada pela religião a que ele irá se converter responde de alguma forma à sua experiência de falta de sentido”

Assim sendo a religião é encarada como doadora de sentido e significado para os fiéis (FREITAS e HOLANDA, 2014). Deveras, todas as religiões proporcionam aos seus membros uma nova maneira de interpretar o mundo, hábitos novos, além de suporte emocional e sentimento de pertença (MARIZ, 2003)

São variados os motivos pelos quais as pessoas se filiam a uma instituição religiosa. Falando sobre isso, Lessa (2008), em estudo qualitativo sobre experiência e prática religiosa, averiguou que entre os motivos que fizeram com que pastores e fiéis procurassem a igreja podem ser elencados: dificuldades de cunho físico, financeiro e emocional. Com destaque aquelas vividas por conta de problemas de saúde e de vícios (álcool e outras drogas). A autora ressalta que as circunstâncias de vida estão relacionadas fortemente a uma aproximação com a igreja, que se torna um espaço para sanar suas angústias e auxiliá-los a enfrentar sua realidade social.

Quando um usuário de drogas recorre à igreja ou cede às suas investidas em busca de apoio e auxílio, geralmente, ele compreende mesmo que minimamente as consequências dessa ação, entende as implicações e procedimentos da sua adesão à igreja. Que isso exigirá dele algumas renúncias em prol de se adequar à moralidade advinda de sua nova realidade religiosa (ROCHA, 2010). Uma moralidade restritiva, de acordo com Mariz (2003), isto porque o sucesso do processo de recuperação, feito por grupos religiosos, se deve não apenas a rejeição total do uso indevido de drogas, ou seja, não basta apenas parar de consumir drogas, mas está relacionado também a mudanças em outros aspectos da vida do sujeito que extrapolam o problema da drogadição, como: seu trabalho, sua família, o sentido último da vida, etc.

O que envolve não só mudanças práticas como também mudanças de ideias. Freitas e Holanda (2014), em estudo fenomenológico sobre conversão religiosa apuraram, a importância dessa experiência como componente crucial no processo de modificação das significações de vida daqueles que participaram da pesquisa. São as significações feitas, suas concepções da realidade e do mundo, seus valores que embasariam suas vivências e possíveis mudanças. Importante enfatizar que para os autores isso não se deve única e exclusivamente à conversão. Esses novos rearranjos mentais podem ser modificados, eles não são hirtos, existem outros aspectos da vida do sujeito, de seu contexto, que oportunizam uma constante exploração de sentido para a pessoa.

Segundo Silva (2013), o grande número de instituições evangélicas voltadas para o tratamento da drogadição se deve ao fato da associação linear feita pelo pentecostalismo entre cura e conversão. Ao estabelecer causas morais e espirituais para o adoecimento, é dada também uma explicação para a dependência, bem como

uma solução para a mesma. O sucesso na “cura” dos usuários deve-se em parte ao apelo à responsabilidade moral atribuída ao indivíduo que consome a droga.

Para Mariz (2003) a eficiência da recuperação de usuários de drogas realizada pelas igrejas não pode ser atribuída somente à rigidez moral exigida aos seus membros. Essa rigidez moral é contrabalaneada por outros elementos que também contribuem para a reabilitação de consumidores de drogas. Um desses elementos é a espiritualidade, que como já registrado no primeiro tópico desta monografia, pode ter efeito positivo no que se refere a qualidade de vida e saúde mental dos indivíduos. Outro elemento que se mostra relevante durante o processo de recuperação em instituições religiosas é a nova rede social formada devido ao vínculo e afiliação religiosa estabelecida. As trocas sociais se tornam frequentes e laços emocionais são construídos. Essa rede social tende a oferecer apoio e suporte afetivo aos seus filiados recém-chegados, sendo uma alternativa à sociabilidade ofertada em contexto anterior cujo o consumo de drogas vigorava. Esses laços construídos são muito importantes para a manutenção de comportamentos e cosmovisões, resultantes de uma conversão.

Duarte, Fernandes e Rodrigues (2000), identifica o acolhimento, apoio social e assiduidade à religião praticada como elementos colaborativos para redução do consumo de drogas e prevenção a recaída. Reforçando que além da moral, existem outros elementos, nesse contexto que otimizam esse processo de reabilitação.

Até agora, dissertou-se sobre a presença da moral religiosa na recuperação de usuários de drogas em igrejas. Acontece que intervenções pautadas em abordagens religiosas não são monopólio único desses espaços. Como sublinhado anteriormente, comunidades terapêuticas também se utilizam dessas intervenções, tendo-as como parte essencial de seu plano terapêutico. Convém ao próximo tópico explorar mais esse assunto.

O tratamento moral religioso em comunidades terapêuticas

As maneiras pelas quais os variados grupos e instituições prestam atendimento terapêutico ao público que utiliza substâncias psicoativas de forma abusiva são diversificadas pois suas propostas e formas de trabalho estão de acordo com suas

concepções de mundo e suas perspectivas ideológicas, religiosas e políticas (COSTA, 2009). Duarte, Fernandes e Rodrigues (2000) comentam que o papel que a direção de uma comunidade terapêutica “incorpora” interfere de modo direto na maneira de gerir o local, em como se organiza, supervisiona sua equipe e colaboradores, nas pessoas que serão atendidas bem como nos valores adotados. No que tange o plano terapêutico de uma CT, cabe aos seus gestores decidirem qual será a forma de trabalho e tratamento (RIBEIRO E MINAYO, 2015).

De acordo com Nunes (1997), o suporte ideológico que uma CT assume define qual será o modelo de intervenção instaurado. Destaca-se que comunidades terapêuticas de ideologia religiosa, têm como base de suas intervenções a experiência do residente com o divino, o foco está na qualidade da relação com o transcendente e com os valores surgidos a partir disso. Uma vez que tais CTs fundamentam seu trabalho em um modelo moral que compreende que o uso de drogas tem como consequência um distanciamento com Deus, a recuperação ocorrerá com vista a reaproximar aquele indivíduo com Deus (RIBEIRO E MINAYO, 2015).

Para Rezende (2000), as intervenções embasadas em abordagens religiosas têm como foco institucional principal a doutrinação e o aconselhamento espiritual de seus residentes. Para este fim, é indispensável no processo de recuperação, o ingresso da evangelização como ação principal do tratamento, tendo como parte do seu plano terapêutico atividades religiosas, como por exemplo as orações. O discurso religioso ocupa lugar central na rotina e atividades de uma comunidade terapêutica religiosa (RIBEIRO E MINAYO, 2015).

É notório também, que muitas CTs definem seus planos terapêuticos com base em princípios morais-religiosos (RIBEIRO E MINAYO, 2015). Aliás, a inserção da moral como elemento presente na recuperação e tratamento de usuários de drogas, utilizador do serviço de comunidades terapêuticas, tem sido sinalizada em vários estudos (FOSSI e GUARESCHI, 2015; RIBEIRO E MINAYO, 2015; PACHECO E SCILESKI, 2013; RAUPP E SAPIRO, 2008; REZENDE 2000). De acordo com Ribeiro e Minayo (2015) existem dois elementos preponderantes que orientam os princípios morais existentes no projeto terapêutico das CTs religiosas que são: a abstinência como sendo a única maneira de atingir o sucesso almejado e a interpretação do uso de drogas visto como ausência de Deus, pecado, possessão demoníaca ou fraqueza

(no sentido de falta de força de espírito). Para Silva (2013), grande parte das CTs caracterizam a doença como um defeito moral.

Partindo de uma lógica orientada por uma moralidade cristã pentecostal, o abuso de substâncias, independentemente de qual for, é encarado como uma dificuldade do indivíduo em controlar seus impulsos, ou seja, é decorrente da pouca ou nenhuma determinação da pessoa em controlar a si própria. Isto posto, um usuário de drogas é percebido como alguém que não possui “fibra moral” para evitar ceder à tentação. Adotando essa premissa, o trabalho desenvolvido com o residente na CT o colocará na posição de agente responsável pelo seu respectivo processo de recuperação desde o começo até o fim do tratamento. Cabendo a equipe dar o suporte necessário, contribuindo para que o residente tenha o estímulo adequado a fim de criar estratégias para solução dos seus problemas (RAUPP E SAPIRO, 2008).

A fé desenvolvida durante a internação será o propulsor para transformações consideradas positivas (RIBEIRO E MINAYO, 2015). Tal fé configura-se num instrumento de “cura” para adictos em recuperação (PACHECO E SCILESKI, 2013). Significa obter a salvação, convertendo-se. (RIBEIRO E MINAYO, 2015). Almeja-se que os residentes abandonem o vício por meio do esforço que fazem e pela fé que passam a desenvolver (PACHECO E SCILESKI, 2013).

Segundo Raupp e Sapiro (2008), o plano terapêutico operaria tendo como finalidade a reorientação da vida do sujeito, seu remanejamento, por assim dizer, a uma outra ordem moral. Ribeiro e Minayo (2015), apontam que a conversão seria um marcador do antes e depois dos residentes. Um indicador de sua decisão em romper com o estilo de vida anterior e adotar aquela comunidade religiosa conjuntamente com a moral por ela exigida. Enquanto interno na CT é proposto (e esperado que isso se estenda pós-tratamento) que o residente se converta a uma moral específica e ajuste seus comportamentos a essa moral. É desejado que os comportamentos dos residentes sejam compatíveis com o que é aceito e compreendido como correto segundo os parâmetros morais da doutrina religiosa seguida (RAUPP E SAPIRO, 2008).

Essas comunidades terapêuticas aderem em suas práticas de atuação à “desintoxicação pela religião”. Motivando a troca do uso abusivo de drogas pela observância das regras e pela mensagem de uma libertação das drogas (BUCHER,

1985 apud REZENDE, 2000). Nesse sentido, Silva (2013) comenta que o consumidor de drogas substitui a obediência desmedida à fissura induzida pela droga pela obediência a Deus. Troca-se o objeto, o foco de interesse do sujeito torna-se outro.

Em pesquisa feita em uma unidade de CT religiosa, que atende ao público feminino, as autoras Raupp e Sapiro (2008), apuraram que a CT analisada oportunizava às residentes acolhimento e segurança, ajudando-as a estabelecer relações de confiança. Apurou-se também que a ênfase no modelo moral de tratamento não atendia adequadamente as necessidades individuais de cada residente. O tratamento tendia a desconsiderar as singularidades de cada uma, já que o programa terapêutico era o mesmo para todas elas. A imposição da moral se caracterizava como uma doutrinação para uma “fervorosa” conversão. Ao sair da instituição, a maior parte das residentes não teriam desenvolvido recursos básicos necessários para construir outras opções de vida além dos modelos de identificação fornecidos pela CT.

Quando se pensa em moral, entendida como sistema de prescrição de conduta com força normativa, verifica-se que ela é inerente ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas nas CTs, podendo ou não possuir caráter religioso. Segundo De Leon (2003) a falta de um código moral bem definido colocaria em risco o crescimento pessoal e a recuperação do indivíduo. De acordo com Silva (2013), comunidades terapêuticas mantêm posições morais claras que norteiam o comportamento individual e coletivo em áreas externas e internas ao ambiente residencial. Essas posições são evidenciadas via regras da casa, regras gerais, normas, expectativas éticas, etc., enxergadas como indispensáveis para a mudança.

A disciplina e a reeducação dos residentes são aspectos centrais de uma CT (RAUPP E SAPIRO, 2008). De modo geral, a disciplina faz parte do programa terapêutico das CTs independentemente do enfoque que elas tenham. Sendo usualmente rigorosa. Requisita-se que os residentes cumpram horários e regras preestabelecidos e participem regularmente das atividades. Nas CTs os residentes têm responsabilidades e tarefas para executar (SILVA, 2013). O trabalho realizado “é a base da disciplina institucional e de uma educação de co-responsabilidade” (SABINO E CAZENAVE, 2005, p. 172).

As autoras Ribeiro e Minayo (2015), mencionam que em todas as propostas de comunidades terapêuticas é possível reconhecer similaridades, sendo comum a todas elas a presença de horários definidos, limites conhecidos, responsabilidades claras, um sistema estruturado, regras e normas estritas. São exemplos de normas: o isolamento da sociedade, o trabalho em equipe, a laborterapia, a sobriedade, a privação de sexo e a aplicação de penalidades.

Nota-se que a disciplina é um componente imperioso no processo de tratamento. Rezende (2000) argumenta que a disciplina instaurada nesse ambiente é uma forma de estabelecer controle sobre os sujeitos. É preciso que o sujeito internalize as normas e regras institucionais e as incorpore ao seu processo de aprendizado (PACHECO e SCILESKI, 2013).

Silva (2013), a partir da revisão de literatura que faz sobre comunidades terapêuticas, chama a atenção para os diversos trabalhos de campo feito por seus pares, porém o que salienta é que se trata de trabalhos que mostram características próprias de CTs distintas. Comunidades terapêuticas não são homogêneas, como já mencionado no primeiro tópico, não funcionam todas da mesma maneira. De modo que as diferentes pesquisas feitas encontram nas instituições estudadas, em variadas proporções, contribuições e prejuízos frente ao processo terapêutico e a reinserção social dos residentes das CTs.

Sintetizando o que foi discutido, nesse e nos tópicos anteriores, entende-se que a moral é utilizada no tratamento de usuários de drogas, especialmente em comunidades terapêuticas. Também se entende que ela exerce influência sobre a maneira de agir e encarar as coisas. De modo que além dessa pesquisa ter como objetivo analisar a natureza moral e religiosa enquanto especificidade do tratamento em CTs. É também de seu interesse analisar as consequências dessa moral nas crenças dos ex-residentes, em particular naquelas referentes a saúde e doença. Para tanto, reserva-se ao último tópico discutir brevemente as representações sobre saúde e doença.

Saúde e doença enquanto representação social

De acordo com Sêga (2000), representação social é um saber prático que dá sentido aos eventos e acontecimentos cotidianos. São sistemas de interpretação que orientam nossa relação com o mundo, estabelecendo formas de pensar e nomear aspectos da realidade diária. Esse saber prático desenvolvido por indivíduos e grupos orientam posicionamentos frente as situações do mundo que lhes concernem. Tal saber ou conhecimento, conforme Jodelet (2001), são socialmente elaborados e partilhados. Produzidos nas comunicações e interações dos grupos.

Representar é também um ato de pensamento pelo qual os indivíduos se ligam a um objeto, não havendo representação sem um objeto. Objeto este que pode ser configurado por uma ideia, fenômeno, evento material, psíquico ou social, etc. (JODELET, 2001). De acordo com Trindade, Santos e Almeida (2011), as representações são construídas pelos sujeitos a partir da sua interação com um objeto. Os conhecimentos que são elaborados revelam aspectos sobre o sujeito e sobre o objeto, tanto um como o outro, componentes da história e do meio social.

Perante o exposto, o tema de estudo em questão são as representações sociais acerca do estado de saúde e doença. Para isso transcorrer-se-á brevemente a respeito das diversas definições que são utilizadas para explicar o que é saúde e doença nos âmbitos científico e popular.

Segundo Oliveira (1998), as concepções de saúde e doença podem variar de acordo com o contexto cultural dos grupos. De modo que, por exemplo, a compreensão de um leigo sobre o que é doença diverge da compreensão de um médico (FERREIRA, 2001). Scliar (2007) explica que tais concepções variam pois relacionam-se com fatores contextuais como época, lugar, classe social, etc., e com fatores individuais, valores, concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Por certo tempo definições consideradas simplistas e redutoras vigoraram. Estas entendiam saúde e doença como estados opostos, de modo que saúde significa "ausência de doença" e doença significa "ausência de saúde". Essas definições tem sido alvo de críticas por não considerar a influência de múltiplos fatores causais tanto para o aparecimento da doença quanto da manutenção da saúde (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002). Outras explicações também são passíveis de críticas. Exemplificando, a definição de saúde como: "completo estado de bem-estar físico,

mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição da OMS (Organização Mundial da Saúde) indica a relação existente entre saúde e qualidade de vida²⁰ (ANVISA, 2009). Porém, tal definição é considerada utópica e irrealista, visto que tal estado de completude seria uma máxima desejável a se alcançar (SCLAR, 2007). O fato é que não existem definições universais para estes dois conceitos (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002).

Apesar de a saúde e doença não possuírem uma definição universal, as pessoas geralmente entendem a saúde e doença por conceitos próprios adquiridos pela experiência e cultura. A pesquisa de Herzlich (1973 apud ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002) demonstra isto. Em um dos seus estudos, ela busca saber quais as significações das pessoas sobre estes dois estados. Os sujeitos são franceses de classe média, que vivem na região rural. Sua pesquisa resultou em três categorias sobre o significado de saúde: a) saúde como ausência de doença, em que não há a presença de sensações corporais de sofrimento; b) saúde como recurso, algo que possui-se e que te possibilita trabalhar; e c) saúde como equilíbrio, bem-estar nos âmbitos psicológico, espiritual e corporal, algo que pode variar de acordo com os eventos do dia. Sua pesquisa também revelou como esses sujeitos entendiam a doença: a) doença como destruidora, ao passo que produz isolamento social, dependência e impotência; b) doença como libertadora, que traz certos privilégios como o descompromisso das responsabilidades e pressões da vida; e c) doença como desafio, algo que se deve lutar contra.

Além do social, outro fator que pode interferir no modo como as pessoas encaram as coisas e no que acreditam é a religião. No domínio religioso, existem inúmeras interpretações com respeito ao processo saúde e doença.

Para as igrejas pentecostais, as doenças são frutos da atuação do mal na pessoa, ou seja, elas são causadas por espíritos demoníacos. A pessoa pode ficar doente por dois motivos: porque não vive de acordo com os princípios divinos, deste modo a doença seria uma consequência do pecado, ou porque está enfrentando um teste de Deus, uma provação (RABELO, MOTTA e NUNES, 2002). Para um fiel que se afastou da fé, a doença seria uma tentação que Deus permite que ocorra a fim de

²⁰ Qualidade de vida: " percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto, da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS).

que o desviante retorne à congregação (BOBSIN, 2003). Meneses (2008) relata que quando se trata de a doença ser fruto da provação divina, ela é encarada como um desafio maior tanto para a pessoa quanto para o grupo pois o doente mesmo em “comunhão com Deus” é provado. Porém, essa prova de fé pode contribuir para o seu fortalecimento físico e espiritual.

Conforme Rabelo, Mota e Nunes (2002) sustentam, a cura almejada é alcançada por meio de um empreendimento moral em que o sujeito tem de reorientar sua vida social, ou seja, fazer uma mudança profunda, a fim de seguir certa doutrina e princípios morais, se converter; o que implica reconhecer a cura como sinal da graça divina e oportunidade de mudança. Requer também ter uma atenção incessante sobre o corpo e o comportamento, pois entende-se que no corpo habita o Espírito Santo e que: “deste empreendimento advém um estado de força e proteção que se faz sentir por todas as dimensões da vida e que é fonte de saúde, prosperidade harmonia nas relações familiares, sucesso e bem-estar no trabalho, etc.” (p.10)

Os fiéis não restringem suas significações sobre saúde e doença apenas a uma interpretação religiosa. Eles também englobam outros aspectos além do religioso nas significações que fazem sobre esses dois fenômenos. Exemplificando, em seu estudo sobre doenças e diagnósticos entre pentecostais, Meneses (2008) nota que nos discursos dos entrevistados, a doença é enxergada como sendo um fator de ordem espiritual, fisiológica e socioeconômica. Sendo classificadas em diversas categorias:

[...] Assim, são identificadas doenças de origem fisiológica, doenças de origem pecaminosa, doenças de origem demoníaca, doenças resultantes das condições de vida impostas por uma sociedade injusta, e doenças resultantes da ação de Deus como forma de provar a fé do fiel (p. 108)

Em suas falas, os fiéis pentecostais reconhecem que a origem da doença possui causas diversas, não sendo só atribuída a entidades demoníacas. A título de exemplo, o autor menciona que em certas falas percebe-se a incorporação do discurso biomédico sobre a doença (MENESES, 2008). Nota-se que, mesmo sendo do mesmo segmento religioso, os fiéis apresentam concepções de doença e formas de cuidado que variam.

Sobre isso, Pinheiro, Chaves e Jorge (2004) explicam que quando se trata da significação que a pessoa atribui a saúde e a doença, ela engloba além da vivência particular do sujeito, o significado que ele atribui aos seus problemas de saúde bem como a linguagem própria em que o sofrimento é expresso. Essa linguagem de

sofrimento, possibilita a pessoa obter reconhecimento social sobre o seu adoecer além de conseguir relatar suas experiências subjetivas de mal-estar.

CAPÍTULO 2

MÉTODO

Pesquisa qualitativa de natureza netnográfica

De acordo com Turato (2003), uma pesquisa qualitativa busca a construção de conhecimento a partir da interpretação de fatos, isto por que em uma dinâmica qualitativa o conhecimento se encontra sempre em construção, sendo uma produção feita pelo pesquisador. Reconhece-se, portanto, que o conhecimento não é algo que está pronto e acabado.

Seus dados são obtidos a partir do campo, das pessoas e dos processos interativos entre pesquisador e participante. Ademais, o pesquisador desempenhando o papel de interpretar e construir conhecimento, procura entender determinado fenômeno segundo a perspectiva do sujeito participante, reconhecendo que é também objeto e sujeito da própria pesquisa (GODOY, 1995; SILVEIRA E CORDOVA, 2009).

Dentre os métodos qualitativos utilizou-se um método qualitativo criado por Robert V. Kozinets denominado Netnografia. Kozinets (2014) define Netnografia como pesquisa de campo realizada online, de caráter observacional participante, tendo como fonte para coleta de dados as comunicações mediadas por computador. Esse método tem por objetivo primário: "chegar à compreensão e à representação etnográfica de um fenômeno cultural ou comunal" (p. 62). É aplicação da etnografia em campo virtual, com práticas e procedimentos próprios.

O campo virtual é um campo passível de estudos. O ciberespaço²¹ é um ambiente rico de comunicação. Nesse ambiente observa-se a manifestação e expressão das relações humanas. É um espaço de performance existente dentro de um contexto e de uma cultura. O conteúdo disponível em ambiente virtual é vasto – estes são denominados por Kozinets (2014) de artefatos da cultura (ex. postagens, downloads, imagens, e-mails, vídeos, áudios, etc) - e permitem um olhar sobre o recorte do fenômeno estudado (MONTARDO e PASSERINO, 2006).

²¹ Ciberespaço: “ espaço de comunicação aberto e flexível gerado a partir da conexão mundial de computadores” (MONTARDO e PASSERINO, 2006, p. 4).

Adotar a Netnografia como metodologia implica em compreender a internet como meio de expressão social e artefato cultural. A escolha desse caminho metodológico, tem como justificativa o acesso facilitado as informações registradas online que se relacionam ao fenômeno social estudado, a saber: valores e crenças que podem ampliar nosso entendimento sobre moral religiosa, saúde e doença segundo a perspectiva de ex-residentes de comunidades terapêuticas. Ainda, pesquisar em campo virtual expande a busca por participantes em nível nacional, ou seja, a procura não se restringe apenas a dada região. Nesse ponto é vantajoso à medida que barreiras físicas e territoriais são transponíveis.

A Netnografia pode ser utilizada de três formas diferentes (KOZINETS, 2014):

- a) Para estudar comunidades virtuais puras. Entendidas como aquelas em que as interações sociais são realizadas apenas através da comunicação mediada por computador;
- b) Para estudar comunidades virtuais derivadas. Entendidas como aquelas em que as interações sociais não se restringem somente ao campo online;
- c) Ou como ferramenta exploratória para o estudo de diferentes assuntos. Nesse caso, o estudo é direcionado para o entendimento de dado fenômeno que se quer pesquisar. O foco não são as comunidades virtuais e sim o fenômeno comunal de interesse do pesquisador que está presente no campo online e que pode “aguçar” a compreensão sobre o tema.

Para esta pesquisa utilizou-se a Netnografia como ferramenta exploratória conforme descrito no item “c”, uma vez que por meio do estudo online tornou-se possível o acesso a informações que se relacionam ao fenômeno comunal estudado, valores e crenças manifestos nas comunicações online.

Como o campo virtual é vasto e caracteriza-se por inúmeros ambientes e formas de comunicação mediadas por computador, tornou-se necessário delimitar um campo de entrada específico, de forma que o Facebook foi o escolhido. O Facebook é uma rede social criada em 2004, por Mark Zuckerberg. Rede social alude ao relacionamento entre pessoas pertencentes a um grupo social organizado que possuem interesses em comum e se comunicam em ambientes específicos (CAMPÊLO,2014). Essa rede possui um grande número de adeptos, apenas no Brasil conta com mais de 64,8 milhões de usuários. Tal rede proporciona aos seus

participantes um espaço para conversas, compartilhamento e troca de informações. De acordo com Mattar (2014), em uma rede social online conexões são formadas entre os atores (participantes da rede). Essas conexões podem acontecer entre amigos distantes, pessoas com quem já interagem fora da rede ou com pessoas com quem relacionou-se pouca ou nenhuma vez no ambiente físico. Conexões também surgem por meio de temas de interesse em comum e afinidades.

O Facebook foi então porta de acesso aos participantes da pesquisa. A pesquisadora criou uma conta na rede tornando-se participante da mesma, a conta serviu unicamente para a realização dos objetivos acadêmicos. De início pesquisou-se páginas²² do Facebook relacionadas a comunidades terapêuticas, a fim de encontrar, por tema de interesse, pessoas que já foram usuárias desse serviço.

Apenas um dos vinte e cinco administradores²³ convidados aceitou colaborar. Contudo estabeleceu como condição que o nome da sua página²⁴ constasse na monografia, abstendo-se, portanto, do sigilo. O acesso aos outros participantes se deu por meio de convite expresso da pesquisadora em mensagem privada.

No que diz respeito a coleta de dados, a Netnografia não possui protocolos rígidos quanto aos instrumentos e técnicas a serem utilizados. Deixa-se a cargo do pesquisador escolher (CAMPÊLO, 2014). Considerando as especificidades do contexto optou-se por empregar as seguintes técnicas para a compreensão da problemática de pesquisa: entrevistas e coleta de dados arquivais (incluindo dados culturais não textuais).

PERFIL DOS PARTICIPANTES

Sujeitos adultos que se internaram em comunidades terapêuticas.

²² Páginas do Facebook: “qualquer pessoa pode criar uma página, nela empresas, organizações, marcas e figuras públicas compartilham histórias e se conectam com pessoas. As páginas podem ser personalizadas e as pessoas que curtirem (um modo de dizer que se gostou sem precisar comentar) a página, podem acompanhar as atualizações e novas publicações da mesma” (FACEBOOK).

²³ Administrador: “gerencia as funções e configurações da página. Dentre essas funções estão: editar, adicionar aplicativos, postar e excluir publicações, enviar mensagens, responder e excluir comentários, remover pessoas, ver informações, etc.” (FACEBOOK).

²⁴ Casa de Recuperação Metuzael Dias

CONTEXTO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram mediadas por computador, ou seja, foram feitas em ambiente virtual, via e-mail ou por bate-papo eletrônico (inbox).

Havia um roteiro utilizado como guia para conversa indicando as questões a serem exploradas: relação com as drogas, experiência dos ex-residentes enquanto internos, percepção a respeito da instituição, definição do que é saúde, doença e drogas.

PROCEDIMENTOS

A pesquisadora recorreu a barra de pesquisa do Facebook para encontrar páginas de comunidades terapêuticas. Em seguida entrou em contato com o administrador da página a fim de pedir autorização para usá-la como fonte de dados e meio para contatar ex-residentes. Foi solicitado ao administrador o preenchimento de um termo de anuência dando o seu aval para realização do feito.

No decorrer da pesquisa percebeu-se que a página do único administrador que aceitou participar não era de uma comunidade terapêutica, mas sim uma página pessoal utilizada para divulgar seu trabalho como voluntário em CTs, compartilhar informações sobre a problemática das drogas, bem como suas opiniões sobre o assunto. O administrador dessa página também foi entrevistado, uma vez que ele já se internou em uma CT.

Quanto aos outros ex-residentes, eles foram contatados por inbox com o intuito de: convidá-los a participar da pesquisa passando-lhes as informações devidas e para obtenção do seu consentimento informado (KOZINETTS, 2014). Com aqueles que concordaram em participar, foi combinado a melhor forma de realizar a entrevista.

A transcrição da entrevista e os dados netnográficos coletados foram salvos e reunidos em pasta no computador pessoal da pesquisadora, para análise posterior. Combinou-se dados online (conteúdo extraído da página pesquisa) e dados off-line (entrevistas com ex-residentes de comunidades terapêuticas).

ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

Para compreensão do material foi utilizada a técnica de interpretação hermenêutica que caracteriza a compreensão pela linguagem. De acordo com

Cardoso et al. (2015), a técnica hermenêutica envolve a combinação de dois movimentos: a análise do discurso, com suas palavras e conceitos, e a reconstrução enquanto intérprete, das “intenções” do participante que é dono do discurso. De modo que a combinação desses dois movimentos supera o sentido objetivo das palavras. Não se trata, portanto, de repetir a fala do outro, mas atentar-se para o além da fala. Partindo de uma lógica hermenêutica compreende-se que há uma íntima ligação entre pensamento e linguagem. Tal técnica têm na linguagem seu foco central, procurando entender o sentido que se dá na comunicação (ALENCAR e NASCIMENTO 2010).

Busca a produção de conhecimento a partir da interpretação dos sentidos elaborados pelos sujeitos, evidenciando em seus discursos as significações existentes e se atentando para as contradições e antagonismos presentes nas narrativas, sendo este último também objeto de análise da pesquisa (Cardoso et al, 2015). De acordo com Chinazzo (2013), o ato de interpretar possibilita entender as intenções do autor do discurso podendo fazer relações entre o discurso e fenômenos comuns. Assim a discussão se estende para algo mais amplo propiciando um significado mais abrangente, chegando a uma compreensão mais holística sobre o assunto.

Durante o processo de análise constrói-se e reconstrói-se o texto em busca de explicações, procurando levar em consideração o contexto social e histórico dos dados (KOZINETS, 2014). Por esse ângulo, Minayo (2004) afirma que a compreensão de sentido sob determinado conteúdo ocorre necessariamente em um tempo histórico específico, com sujeitos pertencentes a dado grupo social. Entende-se que ao mesmo tempo que o homem é sujeito e objeto da história, ele se singulariza com seus pensamentos e comportamentos. Os sujeitos agem sobre o mundo e a história, mas também sofrem os efeitos de seu tempo. De forma que a hermenêutica busca realizar e validar uma análise contextualizada, ou seja, uma análise em contexto.

Kozinets explica que ao construir uma interpretação hermenêutica deve-se buscar interpretações compreensíveis e livres de contradição, ancoradas por exemplos pertinentes que estejam relacionados a literatura consistente. O autor explica que a interpretação tem por propósito “a revelação de novas dimensões do problema em mãos e produtoras de “insights” que revisem explicitamente nosso atual entendimento” sobre o que se é discutido (p.115).

Ela parte do pressuposto de que não há um pesquisador imparcial. De modo que durante o processo de análise, além de se buscar a compreensão pela linguagem de textos, falas ou depoimentos, enfim, o que for seu objeto de análise, o pesquisador toma posição em relação ao conteúdo interpretado e ao conhecimento produzido, sem, entretanto, perder de vista a experiência do sujeito e do grupo social do qual ele faz parte. Compreendendo a realidade individual dos participantes (MINAYO 2004).

CAPÍTULO 3

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Seguindo a proposta metodológica de Kozinets (2014) optou-se por discutir os resultados da pesquisa em categorias que emergiram a partir da análise. Essas categorias possuem recortes dos depoimentos e da página analisada para exemplificação do que está sendo considerado.

Entrada na rede social - Impressões iniciais

Para a realização do trabalho, a pesquisadora criou uma conta no Facebook. Seu perfil na rede social foi criado no mês de junho de 2016, para o reconhecimento do ambiente. De início, a pesquisadora interessou-se em conhecer as páginas do Facebook relacionadas a comunidades terapêuticas. Essas páginas foram procuradas por meio da caixa de busca do site. Na caixa de busca digitou-se as seguintes palavras-chaves: comunidade terapêutica, centro de recuperação.

Aqui, cabe fazer algumas observações quanto aos resultados da busca feita. Reparou-se que os nomes de boa parcela das CTs remetem ao sagrado, ou seja, fazem referência, aludem, a palavras e expressões de ordem religiosa. São instituições denominadas, por exemplo de: Peniel, Hebrom, Monte Sinai, Rosa de Saron, Bom Samaritano, Maanaim, Santa Clara, Chico Xavier ... essas e outras CTs podem ser encontradas online. Tal constatação vai ao encontro do que os estudiosos apontam, de que existe uma preponderância de comunidades terapêuticas religiosas (RIBEIRO E MINAYO, 2015; FOSSI e GUARESCHI, 2015, SILVA, PINTO, e MACHINESKI, 2012; MACHADO, 2011).

Nota-se que a escolha do nome sugere algo sobre as CTs, considerando que o nome é o primeiro contato que o público-alvo têm com a instituição, ele transmite um posicionamento, uma opinião. Alguns desses nomes remetem à finalidade de sua prática e à condição das pessoas que fazem uso de drogas. Unidades intituladas como: Renascer, Reviver, Despertaí, Renovar, Nova Jornada, Resgate, Redenção, Nova vida, Restauração, Ressurgir, aparecem entre os resultados da busca. Esses nomes são condizentes com a simbologia cristã da conversão, fazem alusão a

possibilidade de mudança, de transformação diante do problema da drogadição e referem-se às unidades como espaços promotores dessa mudança.

Conjuntamente ao nome das páginas aparece a imagem do perfil. Exemplo:



Figura 1. Fonte: Facebook

Uma imagem tem a capacidade de transmitir mensagens e informações através de conteúdo não textual. No caso das imagens dos perfis das comunidades, elas frequentemente estão relacionadas a algo presente na natureza (aves, paisagens naturais), às instalações da CT, ao seu logotipo ou a referências religiosas como mostra a figura 1.

Com relação ao conteúdo, podem ser encontradas informações variadas quanto as drogas, a divulgação do trabalho feito na instituição, mensagens religiosas, reportagens, depoimentos, opiniões, pedidos de doações, etc.

A princípio buscou-se fazer o reconhecimento do ambiente. Depois, procurou-se efetuar contato com os administradores das páginas de CTs para convidá-los a participar da pesquisa e para contatar ex-residentes. Ao todo foram contatados vinte e cinco administradores, que não demonstraram interesse em participar.

Sabe-se que o tema das comunidades terapêuticas enquanto serviço de saúde é delicado pois envolve conflitos de interesses e pontos de vista das igrejas, de profissionais de saúde mental e de militantes dos direitos humanos. O modo como atuam é alvo sucessivo de debates que trazem à tona pontos de vistas destoantes, tanto daqueles que defendem esse serviço quanto daqueles que são contrários a ele (RIBEIRO E MINAYO, 2015; MACHADO, 2011). A esse respeito, enquanto classe profissional, o Conselho Federal de Psicologia manifesta posicionamento contrário às comunidades terapêuticas. Advertem a um retrocesso no atendimento dos residentes e um retorno a uma lógica manicomial, ponderando sobre as violações de direitos humanos encontradas nesses locais.

Acredita-se que a dificuldade da pesquisadora em achar administradores dispostos a participar deveu-se em grande parte as tensões existentes devido aos

posicionamentos divergentes. Entende-se que se identificar como estudante de psicologia criou de certa maneira uma barreira, dificultando o acesso e diálogo com quem administra as páginas oficiais das comunidades terapêuticas no Facebook.

A ideia inicial era conhecer através da página da CT e de entrevista com seu administrador, uma visão geral da comunidade terapêutica, sua ideologia, sua forma de trabalho, isso de acordo com a instituição. Depois, por meio de entrevistas com ex-residentes, conhecer segundo suas perspectivas esses mesmos aspectos, com o intuito de contrastar essas duas visões. Porém, essa ideia tornou-se inviável uma vez que não foi encontrada páginas de instituições interessadas em participar.

Houve um único administrador interessado, entretanto, ele gerenciava uma página que não tinha ligação oficial com nenhuma comunidade terapêutica, fato que só foi descoberto depois. Decidiu-se, então, readaptar a pesquisa e utilizar a página desse sujeito como fonte de dados bem como entrevistá-lo uma vez que ele é um ex-residente. Tal mudança não prejudicou o desenvolvimento da pesquisa e o alcance dos objetivos propostos.

Algumas considerações sobre os participantes

As entrevistas foram feitas com seis participantes. Todos eles, do sexo masculino e egressos que passaram por internação em comunidades terapêuticas de diferentes regiões brasileiras. A média de idade dos participantes é de 37 anos. Para proteger suas identidades preservando-se o sigilo, eles serão nomeados pelas siglas P1, P2, P3, P4, P5 e P6.

É importante pontuar que embora os ex-residentes tenham em comum o fato de terem feito tratamento em CTs, eles são pessoas singulares com vivências e histórias próprias, inseridas em contextos específicos, que passaram por internações em locais distintos. Entende-se que os participantes são sujeitos produtores de sentidos e significados que embora compartilhem de uma mesma situação, o uso abusivo de drogas, comum a outras pessoas, possuem uma forma singular de organizar processos emocionais e simbólicos, se ver e se posicionar em relação as suas experiências.

Devido à complexidade do tema, acredita-se que a diversidade dos “olhares” sob um mesmo modelo de atenção em saúde irá ajudar na compreensão. Desse modo, durante a análise privilegiou-se a perspectiva daqueles que usaram esse serviço.

A análise chegou por conclusão em duas categorias: o tratamento em comunidade terapêutica – apenas um empreendimento moral e religioso? E, Drogas, saúde e doença: narrativas de ex-residentes de comunidades terapêuticas.

O tratamento em comunidade terapêutica – apenas um empreendimento moral e religioso?

Essa categoria trata da estrutura das CTs referidas pelos sujeitos participantes, sua organização, práticas e funcionamento, explana-se sobre a natureza moral e religiosa enquanto especificidade do tratamento e enquanto empreendimento dos sujeitos.

De acordo com os relatos dos participantes, as comunidades terapêuticas fazem uso da religiosidade numa perspectiva supostamente terapêutica. É possível perceber que esse foi um elemento de destaque em seus tratamentos, sendo que as CTs introduzem esse elemento na lógica institucional através da inclusão em seu plano terapêutico de práticas religiosas. Essa ligação entre religiosidade e CT, no caso de P1, fica explícita quando menciona que a unidade na qual fez tratamento é evangélica e possui igreja própria, P2 e P5 também se internaram em uma CT evangélica e P3 relata que a unidade em que se internou possui orientação católica. A realização de práticas religiosas está presente em falas como:

P1: Me envolvi com Deus, passei a orar e meditar em suas palavras.

P2: Aqui temos muitos horários religiosos, temos palestras, pastor, estudo bíblico, cultos.

P3: Tinha a parte da prática espiritual, fazia oração, meditação, estudo bíblico.

Para alguns participantes (P1, P2, P5), suas vivências nas CTs nas quais residiram está fortemente associada à adesão a uma metodologia baseada na intervenção pela fé. O que implica em dizer, que a fé religiosa a um credo específico

foi utilizada como recurso de tratamento, como já evidenciado por Ribeiro e Minayo (2015) e Pacheco e Scileski (2013) em seus estudos.

A fé é considerada pelos ex-residentes fator determinante para a recuperação. A fim de desenvolver essa fé, é corriqueiro ter no programa terapêutico práticas religiosas como as citadas nas falas acima. Essas práticas acontecem tanto de forma individual quanto de forma coletiva.

Os participantes (P1, P2, P5) narram que a fé ou espiritualidade que passaram a desenvolver quando internos como um fator preponderante para a mudança. Segundo eles, a fé provocou uma reorientação em suas vidas. Embora reconheçam que o tratamento envolve outros componentes além do religioso, atribuem as suas crenças função relevante na reabilitação.

Tais relatos remetem à discussão de Rabelo, Mota e Nunes (2002) sobre o papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. Especificamente sobre o pentecostalismo, as autoras explicam que, de acordo com a interpretação religiosa a cura almejada é obtida através da mudança pessoal orientada por princípios morais componentes da doutrina. Isto requer do indivíduo um investimento maior em si ocasionado por uma atenção contínua sobre seu corpo e seu comportamento.

P1: Jesus me libertou dos vícios ... Difícil para alguém que não entenda isso aceitar, mas foi desse jeito... a espiritualidade foi determinante... claro que isso não é o todo do projeto de reabilitação, mas é parte fundamental, sem essa conscientização primordial de valores divinos, é quase impossível trazer essa pessoa de volta a realidade do mundo em que vive. O tratamento dos vícios não se dá como num passe de mágica ou por uma simples oração, a coisa é bastante complexa e envolve desde a família até a fé.

P5: O que realmente liberta é a palavra de Deus que é pregada lá dentro. Foi essa palavra que me libertou e que me dá forças até hoje para continuar caminhando.

Tal convicção também é expressa nas postagens na página da rede social de P1, em frases como: “Jesus é a cura dos vícios”, “ Deus promete, Deus faz”

A fé é encarada como aspecto significativo para a sobriedade tendo como resultado um distanciamento das drogas e uma aproximação com Deus, divindade a quem se dá o crédito pela “cura” almejada. Essa aproximação só é possível na abstinência, condição necessária para o êxito do tratamento, o que alude ao fato de que o programa terapêutico das comunidades se fundamentam a partir de uma

perspectiva pró-abstinência (SABINO E CAZENAVE, 2005). Essa perspectiva é expressa pelo participante P1 e P5, ao relacionarem o sucesso do seu tratamento a não usar mais droga. Acreditando-se que não há recuperação sem abstinência, são desconsideradas outras propostas e formas de atendimento terapêutico.

Percebe-se que essa abstinência não se refere somente ao ato de cessar com o consumo das drogas que se faz uso abusivamente. Pontua-se que é preciso cessar com o uso de qualquer droga, como alertado por P1:



Figura 2. Fonte: Facebook

A abstinência como proposta de cuidado extrapola a questão do uso das drogas, envolve abster-se de outras coisas. A começar pela restrição da liberdade, ou seja, o isolamento ocasionado pela internação. Pensa-se que o ato de cessar com o consumo de drogas, envolve mais do que parar de usar drogas, o processo de recuperação perpassa outras questões. Sobre isso, Mariz (2003) comenta que o trabalho em uma CT religiosa se fundamenta na imposição de uma moralidade restritiva ao passo que a rejeição total do uso indevido de drogas não é o todo do processo de recuperação desenvolvido. Demonstrando-se ineficaz quando outros aspectos da vida do sujeito não são modificados conjuntamente.

A fé também é por vezes considerada como a propulsora da mudança, da ressignificação e da adesão de novos valores, o que envolve a assimilação de um novo estilo de vida, ocasionado geralmente pela conversão religiosa. Como é o caso dos participantes P1, P2 e P5. Essa conversão acarreta aceitar o código de moral oriundo da instituição religiosa que passa a se pertencer (VALLE, 2005; ROCHA, 2010). Mais que isso, a intervenção de base religiosa concedeu-lhes uma nova leitura do processo em que se encontravam, apontando para a dimensão das relações com o sagrado, indo para além da realidade concreta. O que condiz com o que Meneses

(2008) afirma sobre as significações que o indivíduo faz do seu processo de saúde ou doença, inclusive, podendo reinterpretá-las sob uma ótica religiosa.

Abaixo P2 ressalta o grande valor que atribui à fé como elemento significativo, provocador de mudança tanto sobre sua percepção acerca do tratamento quanto sobre sua vida.

Eu sabia que precisava mudar, eu estava casado, muito doido, minha esposa na época estava me pedindo para internar, aí cometi alguns delitos e resolvi internar, com a droga eu era muito louco não ligava para nada, não tinha nada, começava a fazer as coisas, mas não terminava. Agora sou outro homem, de respeito, honesto, e tudo que pego para fazer faço bem feito, tenho uma filha que vai se orgulhar em me chamar de pai.

Nesse trecho, P2 traz marcadamente em sua fala mudanças de conduta e de valores que passam a orientar e regular sua vida após a conversão. Observa-se que essas mudanças não envolvem apenas a questão do consumo de drogas, mas abrangem outras esferas da vida. Mariz (2003), menciona que a problemática das drogas é somente um dos vários elementos a serem trabalhados durante o tratamento em uma CT. Ainda, a partir da fala do participante 2, pôde-se observar que mesmo o tratamento já concluído, a responsabilidade moral atribuída ao indivíduo é contínua, extrapolando os muros da comunidade terapêutica.

Há aqueles que mudaram sua rede social. Segundo, Damas (2013), o fim último de uma CT é a ressocialização. Para atingir tal feito, utiliza-se o que Damas (2013) considera um diferenciador dos serviços oferecidos pelas CTs, que é a sua abordagem comunitária. Utiliza-se os contatos afetivos estabelecidos entre os residentes, ou seja, a convivência entre os pares, como elemento facilitador da mudança individual de cada um.

Esse senso de comunidade, de pertencimento, para alguns dos participantes foi conquistado por meio da religião. Os modelos de identificação fornecidos no ambiente institucional, por exemplo, possibilitaram a P1 tornar-se pastor e desenvolver um trabalho “de ordem espiritual” como ele mesmo intitula, em busca da recuperação de usuários de drogas. P2 também trabalha nesse meio e se tornou coordenador na CT na qual realizou seu tratamento. P5 fala sobre sua experiência em cultos e igrejas e também desenvolve trabalhos em comunidades terapêuticas da sua região. Percebe-se que os modelos de identificação proporcionados pelas instituições, instrumentalizaram os residentes a seguir estilos de vida específicos. Ao passo que

em outros casos, os ex-residentes entrevistados (P3, P4, P6) construíram opções de vida diferentes daquelas presentes no seu convívio enquanto internos. Embora cultivem laços com as comunidades terapêuticas das quais fizeram parte (P3, P4), buscaram para si outras formas de socialização e estilos de vida, disponibilizados através da política, do estudo, do grupo AA, do trabalho, etc.

P1: Me envolvi com Jesus, então passei a mudar meus hábitos e costumes, parei de frequentar lugares onde sabia que seria 'perigoso' para mim. Enfim, uma conversão de direção

P2: Quando sai, quando graduei, passei a parar de andar e não ando com as mesmas pessoas de antes, agora são amizades novas que não usam nada

O participante P4, também fala sobre sua nova conduta ao escrever sobre o impacto que o tratamento teve em sua vida, mas dá a palavra conversão um outro sentido, desvinculando-a do sentido religioso. Ele refere-se à modificação do seu comportamento resultante da internação e da conscientização perante a sua doença²⁵. Assinalo aqui que a concepção da drogadição como doença é comum a todos os participantes.

P4: de total conversão, de muitas mudanças, de saber das minhas responsabilidades na sociedade e na minha família, de saber sobre a minha doença, sabia que sozinho não era e não sou capaz de controlar minha doença

Nas comunidades vinculadas oficialmente a uma denominação religiosa, como é o caso de P5, nota-se com maior destaque um modelo direcionado para um empreendimento religioso do sujeito que dedica tempo substancial as atividades religiosas. Aspecto que não é particularidade dessa comunidade em específico; P1 também comentou sobre sua rotina enquanto residente, me enviando o cronograma das atividades a realizar ao longo do dia, como mostra-se abaixo:

P1: 6:50 levantar (oração) - 7:30 culto - 8:30 café da manhã - 9:00 laborterapia- 12:00 almoços e descanso – 14:00 laborterapia - 16:30 oração - 17:00 lanche e lazer-19:30 culto- 21:00 jantar (sopa) - 22:00 dormir

No caso de P1, as atividades vinculadas à religiosidade e à espiritualidade são realizadas quatro vezes ao dia, é reservada um grande espaço de tempo para elas. Percebe-se nesses tipos de CTs, com enfoque religioso-espiritual, a influência de alguns aspectos do modelo Minnesota, modelo que se caracteriza por ter foco

²⁵ O termo doença aparecerá como uma categoria nativa, isso é, os ex-internos das CTs pensam a drogadição em termos de patologia. De modo que todas as falas da drogadição como uma doença, presentes nas entrevistas serão compreendidas como uma representação social.

essencialmente espiritual e do modelo Synanon (DAMAS, 2013), que utiliza-se da laborterapia, do estabelecimento de uma relação com o transcendente e da oração, em seu programa (DE LEON, 2003). Nesse sentido pode-se questionar se: nos casos em que existe participação inerente de denominações religiosas que cofinanciam as CTs, é possível trabalhar somente a espiritualidade sem vinculação com a religiosidade? É possível a prática da espiritualidade sem que sejam impostas crenças religiosas? Pensa-se nisso especialmente em casos de internação compulsória e internação involuntária.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que como assinalado por Ribeiro e Minayo (2015) e por Rezende (2000), as práticas religiosas são de escolha dos gestores das CTs e a participação nessas atividades se convertem em condição do tratamento. Tal sentimento de obrigatoriedade se fez presente para P1, que entende que essas atividades fazem parte das regras que devem ser seguidas. O mesmo se estende para P5 que julga que fazer essas atividades constitui-se um dever.

Porém, contrastando com os dois casos acima, P3, que se tratou em instituição católica diz que lá se permitia o desenvolvimento de sua espiritualidade sem a exigência da adesão a uma doutrina específica. P3 não é católico, refere não ter religião, embora simpatize com alguns ideais de base espiritualista e afro-brasileira. Um caso singular, que sugere a possibilidade de um trabalho em que se respeitem as crenças ou a falta delas por parte dos sujeitos.

Uma outra controvérsia suscitada por conta do tratamento de base religiosa em CTs é sua inclusão na rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, sendo tais comunidades reconhecidas como equipamentos de saúde, podendo, portanto, o Estado ser financiador desses serviços. É contraditório que o Estado brasileiro, oficialmente laico, assuma o risco de custear sem crítica igrejas e instituições que impõem credo religioso e se utilizam de proselitismo como tratamento, infligindo a própria posição neutra que o Estado deve ter em assuntos religiosos. Mantendo-se imparcial, uma vez que não há uma fiscalização sistemática em espaços que se propõem a “recuperar” usuários de drogas. Outro ponto controverso a respeito do credenciamento das CTs é sua lógica de funcionamento e de cuidado que em muito difere da proposta psicossocial implementada no resto da rede de assistência de saúde mental e (RIBEIRO E MINAYO,2015) do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No contexto brasileiro percebe-se a presença da religião no espaço público e sua influência em questões políticas. Lionço (2014) chama atenção para o fato de a segunda maior bancada do congresso nacional ser uma bancada religiosa que busca difundir e defender uma política antidrogas da qual faz parte da sua defesa leis que apoiam a criminalização, a internação compulsória e o financiamento público de “comunidades terapêuticas” ligadas a denominações religiosas. Diante do que foi explanado, a crítica não tem por finalidade defender um olhar excludente da religião fora do espaço público, valoriza-se o diálogo construtivo entre os dois campos. Também não se pretende perder de vista o quanto os participantes da pesquisa apreciam o teor religioso do tratamento. Porém como comentado por Mouffe (2006), é preciso que haja o respeito dos grupos religiosos aos limites constitucionais.

Além do aspecto religioso, as falas dos participantes também aludem a outro aspecto, o disciplinar. Disciplina aqui diz respeito a regime ou regulamento imposto ao qual o sujeito é submetido. Para a maioria dos ex-residentes, o tratamento introduz um retorno ao que se interpreta como perdido: o respeito as normas, entendidas como fatores de proteção e como uma preparação para a volta a sociedade, o que justificaria o reaprendizado da disciplina.

P2: Trabalhar a espiritualidade é importantíssimo, outra coisa, a laborterapia que é o trabalho como terapia. Você sabe, né? Mente vazia é oficina do diabo. E têm a disciplina também que te ajuda a aprender a ser homem novamente, parar de mentir, ter mais responsabilidade

P3: A rotina era comandada por um cronograma de atividades diárias, desenvolvido pela equipe técnica da instituição. Havia horários a serem respeitados e este era comandado pelo toque de um sino que nos orientava para as atividades

P4: Era bem estilo exército, tem horário para tudo, tem que pedir permissão para qualquer coisa, tem ordem até para as refeições, laborterapia (ou seja cada um exerce uma função para manter a comunidade limpa, ter as refeições, etc.)

Nota-se que a disciplina é explicitada pela própria organização e estrutura da instituição. A rotina é composta por um cronograma de tarefas e atividades fixas, - como já exemplificado anteriormente pela descrição da programação de P1, encontrada na página 47-, o cumprimento dos horários é exigido, assim como a obediência as normas internas. Existe o controle da equipe sobre os residentes, sentido por P4 como espécie de subordinação. A questão da hierarquia é evidenciada. Há também elementos visuais e auditivos utilizados para a criação de um ambiente regulador, como é a presença do sino na CT de P3. Percebe-se que há uma noção

claríssima sobre as regras da unidade, tais regras são norteadoras do comportamento dos residentes.

São alguns dos mecanismos disciplinadores identificados nas CTs dos entrevistados: a vigilância, o trabalho, a punição e a recompensa. O que converge com o que a literatura diz a respeito: à medida que o residente apresenta comportamentos considerados apropriados, tais comportamentos são reforçados por meio de recompensas como o ganho de maior prestígio social adquirido por meio de maiores responsabilidades e benefícios na comunidade terapêutica, maior liberdade, mais visitas, etc. (DE LEON, 2003; MACHADO, 2011). O contrário também aparece, em caso de infrações e comportamentos interpretados como desordeiros ou indisciplinados, aplicam-se punições para o dito “infrator”, como ilustrado pelo trecho abaixo:

P5: eu não era muito submisso e faltando um mês para terminar o tratamento, levei uma disciplina que quase me levou a desistir do tratamento mas no final eu entendi que eu estava ali pra ser tratado mesmo e aceitei a correção ... eu fiquei sem visita, sem reinserção social e sem telefonema

A impressão que se passa é que o uso feito pelas CTs de metodologias embasadas prioritariamente na religião, na disciplina e no trabalho consiste em um direcionamento estratégico para uma espécie de “pedagogia assistida” e controle sobre os corpos. Analogicamente, a instituição lembra uma “escola de boas maneiras” que têm como fim último adequar e reeducar seus “alunos” (termo usado por P3) a normas e valores aceitos, corrigindo aqueles que não se enquadram, se desviam. A compreensão que se faz aqui é que o sujeito é errado e precisa de conserto, correção.

Compreendendo-se moral como conduta normativa, percebe-se que a rotina, bem como à ênfase dada a disciplina guia-se centralmente por um eixo coercitivo de padronização das condutas. Nesse tipo de modelo, existe a presença explícita de um sistema de regras e normas, embasadas em um determinado ideal, que regulamenta e conduz as ações dos sujeitos implicados no processo de reabilitação. O empreendimento do sujeito seja pela via da moral religiosa através da conversão, seja pela via de uma moral regulamentadora institucional resultante das regras institucionais, tem como intuito o aprendizado e a adoção de novos hábitos, partindo da convivência com aquele modelo de comunidade. P3 e P5 falam sobre essa questão:

P3: Me ensinaram a rever meus valores, crenças, preconceitos e ideias. Me ensinaram a valorizar a vida, a saúde e a respeitar os outros. Me ensinaram a cuidar das minhas coisas, da minha higiene física e mental. Basicamente me mostraram novamente como viver a vida, tive que reaprender, pois já não conseguia mais entender o significado de “estar vivo” ou de “ter uma vida”

P5: É meu lugar de renovo. Minha segunda casa. Uma escola mesmo, uma escola da vida

Os relatos convergem com o que De Leon (2003) argumenta. O tratamento em comunidades terapêuticas se encontra intrinsecamente ligado à moral, independentemente do enfoque que é adotado na CT, seja ele com enfoque exclusivamente religioso, científico ou de caráter misto. Ainda de acordo com Silva (2013), as CTs possuem posições morais nítidas que servem como guia do comportamento individual e coletivo tanto dentro como fora do ambiente residencial.

Mas resume-se as comunidades terapêuticas apenas a um empreendimento moral e religioso? Muitos autores apontam sua pesquisa somente nessa direção. Todavia, para responder a essa pergunta é preciso antes identificar de que comunidades terapêuticas falam os autores. Repete-se aqui que o lugar de fala da presente autora desta monografia parte da reflexão a partir da perspectiva e impressões de ex-residentes de diferentes comunidades terapêuticas. Não se pretende atribuir os mesmos significados apreendidos na análise a outras comunidades, generalizando os significados colhidos neste estudo. Ademais, mesmo que os participantes tivessem se internado em uma mesma CT, eles poderiam ter visões diferentes de um mesmo serviço.

Sem dúvida, é relevante o fato de que existem elementos que indicam uma forte presença de práticas morais no serviço das CTs, tendo o assunto sido explorado até agora. No entanto, considerar essas comunidades como serviços unicamente moralizantes não seria uma forma reducionista de análise?

Partindo dessa lógica, pode-se pensar nas CTs, também, como lugares de produção de modos de existência e suscitador de novas descobertas, sentidos e alternativas de vida. De acordo com eles, em sua passagem pelas comunidades terapêuticas, vivenciaram formas novas de ser e estar. Os ex-residentes refletem sobre seus processos de subjetivação ao considerar as mudanças de consciência provocadas neles durante o tratamento, até mesmo sobre a imagem que tinham de uma comunidade terapêutica. Por exemplo: certo participante, antes de se internar,

demonstrava total descrença quanto ao modelo (P1), ainda outro comparava a instituição a uma cadeia (P4).

A forma de “manejar”/dirigir a própria existência também passa por mudanças, a partir dos valores e entendimentos apreendidos e subjetivados. Nesse espaço, os ex-residentes problematizaram e criaram instrumentos para lidar com o uso abusivo de drogas. Tal observação coincide com o que Silva (2013), investigou no seu trabalho de campo. Ela explica: “a realidade vivida nestas comunidades parece ser fruto de acordos narrativos nos quais os modos de pensar e organizar o mundo são elaborados para estimular a criação de outras formas de ver e descrever os problemas” (p. 196).

Pensa-se curiosamente sobre o porquê, diante das queixas feitas as CTs como modelos de atenção em saúde, os sujeitos percebem benefícios resultantes de sua internação nesses lugares. Uma das hipóteses é a aceitação do grupo e o sentimento de pertença que podem surgir nos locais, estimulados por vezes pela vinculação religiosa. Uma outra hipótese é o não reconhecimento de situações que se configuram em violação que afetam a dignidade e direitos da pessoa. Como exemplo o caso de P5 citado na página 50. Acredito que a punição atribuída ao participante foi desproporcional ao comportamento interpretado como transgressor. P5 foi punido por levantar-se e ir ao banheiro no momento da oração que acontecia em um dos cultos.

Percebe-se que comunidades terapêuticas são espaços onde os internos produzem sentidos subjetivos sobre si e sobre o mundo. Abaixo um trecho da entrevista de P6 que fala das suas experiências em comunidades terapêuticas. Essa destoa das experiências dos demais participantes:

Muitos donos de clínica colocam de 6 a 9 meses para tratamento, isso é só pra ganhar dinheiro, o certo é 2 a 3 meses, já fui espancado e torturado, já fiquei 8 meses em uma clínica de contenção quando saí fui usar com uma semana em casa. Tempo não é determinante. O paciente precisa ser preparado fisicamente, psicologicamente e espiritualmente. Ficar muito tempo em um clínica gera cansaço psicológico. Isso irrita o paciente e muita das vezes gera muita raiva (...) Já fiquei em uma clínica compulsória de contenção, dessa consegui fugir. Lá os internos eram torturados e aterrorizados, agredidos pelo dono e pelos funcionários. Nunca tive medo. Armei uma fuga bem elaborada e fugi. Eram 120 internos, só eu fugi. Pulei dentro de um rio, entrei numa mata fechada, peguei carona com um caminhão e cheguei na cidade daí, liguei pra minha mãe me buscar

P6 passou por 8 internações sendo metade delas internações compulsórias ou involuntárias, experienciando vários tipos de métodos: 12 passos do AA, modelo Minnesota, tratamento centralizado no trabalho e na disciplina, e tratamento

exclusivamente religioso. Interessante que o participante aponta direções sobre uma concepção própria de cuidado que nos sugere a forma como deseja ser tratado. O tratamento em instituições fechadas não corresponde ao seu perfil. Nota-se a impossibilidade da sua opinião ser escutada em meio a outras vozes que a silenciam, ditando o que se resolveu de antemão como resposta a sua problemática.

Questiona-se se em CTs existe realmente esse protagonismo do usuário como participante ativo no seu processo de recuperação (RAUPP & SAPIRO, 2008). Nas comunidades dos ex-residentes que foram entrevistados, o protagonismo não envolve a participação do residente na tomada de decisões sobre o seu tratamento nem uma construção conjunta de um projeto terapêutico singular. P6 sentia-se relegado a uma posição de objeto, reduzindo-se da posição de pessoa a algo que pode ser contabilizado. Ou seja, percebe-se a invisibilidade dos usuários frente aos seus tratamentos. Parece que ser protagonista significa simplesmente aderir ao tratamento. E isso acontece pela subordinação às ordens.

Ao compartilhar suas memórias, o participante relembra sofrimento psíquico e físico ocorrido em instituições nas quais esteve de passagem. Após, ele decidiu não se estender nesse assunto e encerrar a entrevista. Acredito que falar sobre isso gerou certo incômodo pois o fez reviver a angústia que sofreu quando internado.

Infelizmente, sabe-se que instituições que promovem o adoecimento em vez da saúde, ainda existem no Brasil, não sendo incomum encontrar relatos como os de P6 veiculados na imprensa ou divulgados por classes representantes de categorias profissionais, no qual expõe-se a gravidade da situação aos quais os sujeitos internados estão submetidos. Tais denúncias apontam um desserviço feito pelas CTs/clínicas/centros de acolhimento e recuperação, que se distanciam das propostas contemporâneas em saúde mental e se aproximam dos manicômios e antigos hospitais psiquiátricos, como apontado por Fossi e Guareschi (2015).

Diante disso, nota-se que a preocupação evidenciada por autores e profissionais da área de saúde mental não é infundada ou sem sentido já que espaços destinados à produção de cuidados e saúde transfiguram-se em locais de maus tratos e violações de direitos humanos. Damas (2013) afirma que ao passo que existem instituições que oferecem um padrão adequado de serviço e organização, existem também aquelas que se sobressaem pelos aspectos negativos, nas quais ainda há a

presença de elementos prejudiciais. Como exemplo citado na fala de P6: a exploração de trabalho, a gestão baseada no lucro e a tortura física e psicológica.

Considero que as CTs não atendem os requisitos mínimos para serem consideradas como serviços de saúde. Sua lógica de cuidado predominantemente moralizadora não se enquadra nos avanços e na implementação de políticas públicas consideradas progressistas, resultantes do movimento da luta antimanicomial. Adverte-se a um retrocesso das conquistas em saúde mental efetuadas. Considero também que o isolamento da sociedade imposto ao usuário pela internação assim como a escolha arbitrária do projeto terapêutico ou ausência de um, que fica a cargo e critério dos gestores pode contribuir para que situações como as citadas por P6 aconteçam.

Retoma-se aqui o alerta feito por Perrone (2014) a respeito da indiscriminada proliferação de comunidades terapêuticas, que não tem sua prática regulamentada e, portanto, não estão cadastradas em nenhum serviço de referência. A maioria destas não recebem nenhum tipo de fiscalização sistemática do Estado, tornando mais suscetível a multiplicação deste tipo de serviço sem atenção para a sua qualidade.

Viu-se duas faces de um mesmo serviço. Opina-se que enquanto busca do sujeito e atividade alternativa, semelhante as igrejas, as CTs podem ser instrumentos opcionais para aqueles que assim desejam, fornecendo cuidado adequado e dentro do seu contexto, ao público alvo, mas podem servir também como instrumentos iatrogênicos. Por isso, é de suma importância, no contexto atual brasileiro, discutir e pensar com cautela sobre sua presença na rede de atenção a saúde e as implicações do seu serviço para a população “assistida”.

Drogas, saúde e doença: narrativas de ex-residentes de Comunidades Terapêuticas

O conteúdo dessa categoria busca destacar os significados atribuídos, pelos egressos de comunidades terapêuticas, ao estado de saúde e doença, e sua relação com o consumo de drogas, apontando através das suas narrativas como lidam com o processo de saúde e adoecimento e suas lógicas de cuidado. Procura-se mostrar as representações evocadas pelos sujeitos participantes a fim de compreender as formas como interpretam e pensam a realidade vivida.

A problemática da doença é abordada de diferentes formas pelos participantes, que não restringiram seus relatos a linearidade doença/dependência química. Expressando suas posições quanto ao fenômeno estudado, entendidas por conceitos próprios. Percebeu-se que suas produções discursivas são construídas a partir de diferentes sistemas de racionalidade. Assinala-se que saúde e doença são conceitos instáveis sujeitos a mudanças e avaliações particulares das pessoas (OLIVEIRA, 1998; SÊGA, 2000; SCLiar 2007).

Para exemplificar, P5 confere à doença duas etiologias díspares. Ou se está doente por conta de uma falta de zelo, interesse em si, logo a doença é consequência de suas ações ou se está doente é determinado, predestinado, “é por que tem que acontecer” (sic). Coexistem para P5 estas duas explicações, em que de um lado ressalta-se o aspecto preventivo do eu, antevendo a consequência da negligência, o adoecimento. E por outro lado, ressalta-se o papel do externo, em que não se tem controle do surgimento da doença, evidenciando a incapacidade do sujeito em impedir que aconteça. Esta última preposição, lembra a Teoria da Lei Natural, citada por Rachels, (2006), que explica que as coisas são regidas por leis naturais, tendo cada coisa o seu propósito e lugar. Existindo uma razão de ser para que elas sejam como são e estejam como estão.

Na fala do participante 4, a doença aparece sob um outro prisma: “é óbvio que ninguém quer tê-la, mas tenho certeza que passar pelo que eu passei só me fez crescer. Se olhar somente o lado ruim é muito difícil, mas costumo olhar sempre o que ela me trouxe de bom” (sic). Aqui se faz presente, a ideia de doença desempenhando um papel, uma função na vida do sujeito, na qual há desdobramentos positivos, apesar da dor e do desafio envolvido. No caso particular de P4, o processo do adoecer e do se “recuperar” vivenciado fez com que ele tivesse *insights* sobre sua vida e fizesse escolhas que talvez não faria se estivesse saudável. Tirando aspectos produtivos apesar de se ver passando por uma situação desagradável.

Diferentemente dos participantes acima, que correlacionam doença apenas aos aspectos orgânicos ou psicológicos, o participante 3, possui um olhar mais amplo sobre o assunto, descrevendo doença como tudo que venha a afetar sua vida negativamente. Doença para ele, aparece em um sentido mais metafórico. “Doença é quando algo afeta minha vida. Pode ser uma doença física, pode ser deixar de falar com uma pessoa que amo por um motivo tolo, pode ser um desequilíbrio emocional

ou mesmo a manifestação de intolerância e preconceitos” (sic). Contrapondo, saúde é compreendida como bem-estar em diferentes campos da vida. Essa noção de saúde como equilíbrio é citada por Herzlich (1973). Desta forma, nota-se que para P3, os estados de saúde e doença podem vir a se alternar conforme os eventos ocorridos no dia a dia.

Discorrendo especificamente sobre o uso abusivo de drogas aparece a ideia de doença como destruidora. Isso porque todos os participantes descrevem como o uso abusivo de drogas ocasionou consequências prejudiciais e perdas significativas em esferas da vida consideradas importantes. Citam a interferência da doença sobre o relacionamento familiar, dificuldades no emprego, perda de status social, prejuízos financeiros, etc. Em consonância com Vargas (2011), quando a droga se torna uma necessidade irresistível e valor absoluto na vida, fazendo com que a dinâmica do sujeito gire em torno de sua compulsão, o consumidor de drogas funciona de maneira disfuncional, apresentando dificuldades em várias áreas da vida.

No entanto, a relação com as drogas não é vista somente sob esse único viés. Descreve-se também os ganhos secundários propiciados por conta de sua ingestão. Estes são diferentes a depender do histórico de cada participante (ex. a droga como um mediador social (P3), meio efetivo de “fuga” da realidade em que se faz uso dela em situações de crise (P5), experiências sensoriais prazerosas (P5, P6), etc. Observa-se que ao mencionar isso os ex-residentes, referem-se a si no início do consumo, na posição ainda de usuários e não de “doentes”.

A título de exemplo, da representação da doença como destruidora, pode ser apreendida por meio das imagens postadas na rede social de P1:



Figura 3. Fonte: Facebook



Figura 4. Fonte: Facebook

Na página de P1, direcionada ao trabalho que faz com usuários de drogas em comunidades terapêuticas, pode-se encontrar numerosas imagens de advertências que fazem referência ao potencial de risco da utilização de drogas. Tanto na página como nas narrativas de alguns dos participantes (P1, P2, P5), chama a atenção a presença de um discurso generalista de não distinção entre um usuário, que faz uso recreativo da droga, do usuário que faz uso abusivo, como anteriormente discutido por Vargas (2011). Uma vez que nem todas as pessoas fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

Confere-se às drogas constantemente o status de vilã, ou seja, a droga é reconhecidamente o causador da doença, percebe-se que há uma personalização das drogas, como se ela em si fosse o problema. Contrastando, essa distinção se faz presente na fala de um dos ex-residentes:

P3: Essas substâncias te oferecem prazer, porém para muitos ela oferece muitas consequências negativas também, principalmente para quem usa de forma abusiva ou se tornou dependente. Mas mesmo as pessoas que usam de forma moderada podem ter prejuízos com a droga, como por exemplo, tomar duas latas de cerveja, dirigir e ser autuado no bafômetro em uma blitz de trânsito. Mas também reconheço que muitas pessoas têm experiências positivas, agradáveis e até mesmo religiosas com o uso de substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas. No meu caso colhi, na maioria das vezes, experiências negativas com o uso, por isso evito me relacionar novamente com as drogas, mas respeito quem não pensa assim

É interessante notar que este trecho, se mostra mais compreensível à medida que se sabe como o participante define doença: como tudo aquilo que afeta sua vida

negativamente. Uma vez que o uso de drogas lhe afetou desfavoravelmente, ele a encara dessa maneira. P4 segue a mesma linha de raciocínio ao dizer que droga é qualquer substância em excesso que lhe cause algum malefício a saúde, podendo ser coisas diferentes para pessoas em situações diferentes. A doença, portanto, provém da introdução no corpo de elementos considerados nocivos. Dando ao termo droga, um sentido mais amplo.

Ficar ligado no nome droga como uma coisa distante é muito ruim e perigoso, pois para um diabético o açúcar é uma droga, assim como a comida para um obeso também.

Por outro lado, a doença pode ser interpretada por meio de uma perspectiva religiosa. Nesse contexto coexistem variadas interpretações com respeito ao processo de saúde e doença (RABELO, MOTTA e NUNES, 2002). São representações de compreensão e explicação provenientes de um modelo religioso. É o que se pode observar na fala a seguir:

P6: A droga é uma doença espiritual. Viver com Deus é difícil, imagina sem Deus? Sem Deus é impossível. Tudo nessa vida é permissão de Deus, agradeço muito por ser quem sou hoje. Conheço um mundo que poucos conhecem. O mundo espiritual. Não se iluda com as coisas do mundo porque o mundo jaz do maligno. E Deus é vida. Um dia quem sabe te conto minhas experiências espirituais.

Para P6, a doença é explicada a partir de uma lógica metafísica. É vista como resultante de um distanciamento com Deus, que está no controle de todas as situações e que, portanto, permite que coisas ruins aconteçam. No entanto, não é produto de Deus, “Deus é vida” (sic), mas sim causada por uma figura maligna, a causa dos males, como discutido anteriormente por Rabelo, Motta e Nunes (2002) e Silva (2013). Essa é uma fala tipicamente pentecostal. Em que existe um contraponto na fala de P6 entre o bem e o mal e sua relação indissociável com saúde e doença. Explicar sua experiência a partir do discurso religioso, além de fornecer sentido para P6, o orienta a fim de resolver, ou caso não seja possível, contornar suas aflições. Construindo sua realidade com base também em suas crenças religiosas, P6 estabelece uma solução para a mesma; entendendo a doença como expressão do mal, é indispensável combatê-la.

De acordo com Ribeiro e Minayo (2015), também Raupp e Sapiro, (2008), a dependência química é vista sob uma ótica moralista quando se assume que o usuário está numa posição desviante e derrotista em consequência de um afastamento dos valores religiosos. Essa interpretação de que a doença deriva de um distanciamento

com Deus, confere ao sujeito a responsabilização por suas dificuldades e também a responsabilização quanto a recuperação e autocuidado uma vez que isso envolve um investimento moral orientado para uma reaproximação do indivíduo com Deus. Trata-se de uma questão de escolha. Na primeira categoria desta monografia pôde-se encontrar a presença de alguns desses princípios morais nos discursos dos participantes, sobre as CTs de que fizeram parte.

Aqui se faz um parêntese: essas representações sobre saúde e doença não se revelam paralelas no sentido de que nunca se cruzam; podendo coexistir e fazer parte das significações de um mesmo indivíduo que pode possuir crenças baseadas em mais de um modelo de racionalidade. “A compreensão da experiência do adoecer pode ser atingida mediante a interpretação que os próprios sujeitos elaboram sobre suas experiências que são delimitadas por um campo de possibilidades” (VELHO, 2003 apud SILVA, 2013, p. 26). Apenas para fins didáticos e ilustrativos, as referências construídas a partir dos relatos serão apresentadas em seu conteúdo de forma segmentada, mas faz-se um adendo; tais concepções são flutuantes e frequentemente aparecem juntas ou encadeadas, ou seja, o sujeito pode transitar entre elas havendo uma combinação de modelos de explicações aparentemente diferentes.

Ainda sobre dependência química, alguns interlocutores da pesquisa (P3, P4) consideram que ela seja uma doença incurável, embora tratável. Observa-se nesse sentido o aparecimento do modelo médico de explicação, que concebe a dependência como um transtorno mental crônico. Como comentado por Meneses (2008), os fiéis podem incorporar em suas significações elementos pertencentes ao meio científico.

Na entrevista concedida por P4, nota-se como essa ideia aparece em alguns momentos, quando ele escreve: “*só por hoje* não quero mais passar por isso”, “*só por hoje* está dando certo sim”, “costumo dizer que vem dando certo *até hoje* 5 anos e 9 meses”. Isso surge muito da influência de seu tratamento na comunidade terapêutica, onde P4 entrou em contato com os 12 passos do AA/NA (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos), um conjunto de princípios utilizados na condução do tratamento em contexto grupal. Sabe-se que o grupo AA compreende o alcoolismo como condição permanente e irreversível (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL). E o grupo NA no que se refere a drogadição compreende tratar-se de uma doença “progressiva, incurável e fatal” (p. 13), faz-se uma analogia com a diabetes que requer

do diabético cuidado diário e constante. Tal como no caso da diabetes é possível tão somente o controle da doença (NARCÓTICOS ANONIMOS, 1996). Ambos os grupos utilizam como lema a expressão: só por hoje.

Nesses grupos, o coletivo é valorizado, considerado como potencial mobilizador da recuperação, além de dar destaque à espiritualidade como item importante no tratamento uma vez que se entende que a adicção e o alcoolismo são doenças físicas, mentais e espirituais. (DE LEON, 2003; NARCÓTICOS ANONIMOS, 1996). O conceito de um poder superior ou poder maior contido no segundo princípio dos 12 passos é citado indiretamente por P3 ao dizer que na comunidade terapêutica pela qual passou, aprendeu “o poder da espiritualidade e da crença em um poder superior, para alguns ele se chama Deus”. Esses grupos, que se intitulam como irmandades, definem esse poder maior como a força que os faz permanecer sóbrios (NARCÓTICOS ANONIMOS, 1996).

Há de se notar a influência de modelos interpretativos distintos na formação de uma concepção própria para se entender um fenômeno. Nota-se também que, enquanto no modelo religioso a responsabilização do consumo de drogas recai sobre a pessoa que consome, nesse modelo de interpretação do AA/NA o sujeito não é responsável por sua doença já que a mesma não se originou por sua vontade. No entanto, assim como no modelo religioso, a pessoa é responsabilizada por sua recuperação, é preciso que ela esteja implicada no processo.

Como assinalado anteriormente todos os participantes concebem a dependência química como doença, possuindo uma visão patologizante do uso e abuso de substâncias. Entretanto nem todos acreditam que se trata de algo incurável. Na leitura desses participantes, a cura para o vício é possível e eles individualmente conseguiram atingi-la. Trazem em seus discursos a ideia de cura e libertação, referindo-se a ela como um mal sanável.

P1: Defendo a tese de que, a cura passa primeiro pelo despertar do sono viciante em que está inserido o drogado, sem esse despertador espiritual ele vai continuar dormindo o sono, dentre os mortos do vício.

P2: Porque eu estava desacreditado, me desacreditavam, não acreditavam em nada, nem eu em mim mesmo, era sem valor, depois que vim para cá, que conheci a palavra, com ela me libertei

Diante do mencionado, pode-se pontuar uma outra questão: o estigma social das drogas e daquele que a consome. Os trechos acima são recortes das entrevistas, que exemplificam juízos de valor atribuídos ao outro, no caso aos usuários de drogas. O participante P1, compara o consumidor de drogas a figura de alguém morto, associando essas pessoas com características como a passividade e a estagnação. Utiliza-se também do rótulo de “drogado” para definir o outro. Percebe-se que há um pré-julgamento implícito na fala de P1. Sobre isso, Carvalho, Abou Jamra e Santana (2016), comentam que a palavra “drogado” é um termo pejorativo uma vez que associa a imagem do usuário apenas ao consumo de drogas ilícitas. Além de funcionar como um marcador carregado de atributos negativos.

Ainda, o estigma compromete a forma de se relacionar com as pessoas, sua dinâmica relacional. Passa-se a fazer inferências negativas relativas ao caráter do outro, como no caso de P2, tornando-o alvo de descrédito e legitimando sua exclusão. Essas crenças e representações contribuem para a produção de sentidos subjetivos acerca da identidade da própria pessoa. O participante menciona que enquanto usuário de drogas via-se como uma pessoa sem credibilidade, alguém banal. Representação essa, coincidente com a representação coletiva, do usuário de álcool e outras drogas, que é enxergado segundo uma perspectiva negativa e desqualificadora (BIRMAN, 2009). Há um juízo moral sobre o uso ou abuso de drogas que aparece subentendido.

Interessante notar que tal estigma não é algo somente da sociedade para com os usuários de drogas. O estigma se encontra presente entre os próprios consumidores de drogas, e aparece, mesmo que implicitamente. P4 frisa ter se internado numa comunidade terapêutica apenas para tratar o alcoolismo. “Foi só álcool, não foram outras coisas não, ein” (sic). Parece que o participante 4, considera ser menos danoso ter sua imagem associada ao álcool, substância legal, do que a substâncias ilícitas. Como as autoras Carvalho, Abou Jamra e Santana (2016) comentam, o tipo de droga consumida interfere no conceito que se tem sobre o sujeito e o seu problema. Tende-se a minimizar a dimensão do problema, quando se fala em drogas lícitas. Como por exemplo o álcool, no caso de P4. E maximizar quando se refere a drogas ilícitas. Pode-se pensar se o ex-residente tentou afastar de si um rótulo considerado por ele mais problemático, uma vez que o álcool é uma droga aceita socialmente.

Quando direcionei a entrevista com P1 para suas experiências como usuário de drogas este revelou uma fase da vida que esteve em situação de rua, o ex-residente expressou seu desejo de interromper a entrevista, não desejava falar sobre tal período. Pode-se pensar que P1 não quis tocar temas delicados e revelar detalhes do seu passado que lhe trazem desconforto e que evocam além do estigma social associado ao uso de drogas, um outro estigma correspondente à imagem de pessoa em situação de rua.

Por fim, menciona-se que a maioria dos participantes, falam sobre situações em que enfrentaram preconceitos decorrentes desse estigma social. É interessante notar que as situações vivenciadas citadas ocorreram depois de progresso e controle do quadro clínico. A título de exemplo: P3 foi alertado por pessoas próximas a omitir, esconder essa parte do seu passado. Ou seja, o rótulo de ex- usuário ou “drogado”, juntamente com todos os sentidos que a palavra carrega continuou a alcançá-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou refletir sobre o contexto institucional de comunidades terapêuticas brasileiras aprofundando-se no uso da moral, sobretudo, aquela de teor religioso cristão como elemento expressivo no tratamento. Trazendo o olhar para as repercussões das vivências protagonizadas nesses locais. Repercussões estas, que como evidenciado na discussão dependem do tipo de serviço ofertado e do impacto do tratamento na subjetividade do sujeito. Além disso, a pesquisa abrangeu a elaboração e interpretação que os participantes fazem do seu processo de adoecimento e recuperação, na busca pela saúde, evidenciando-se principalmente o caráter polissêmico dessas representações.

Pôde-se também expor algumas contradições quanto ao tratamento oferecido, como o fato de se disporem de um modelo moral religioso e regulamentário, que por vezes reforça o estigma social já existente em relação ao usuário de álcool e outras drogas. Outra contradição bastante explícita é a inserção desses serviços na rede de saúde mental e o seu financiamento pelo Estado. O Estado demonstra ambivalência quando promove políticas e lógicas de cuidado gritantemente dissonantes entre si, teoricamente divergentes (RIBEIRO E MINAYO,2015). Ademais, a destinação de recursos públicos a essas instituições, coloca em xeque a laicidade do Estado, uma vez que indiretamente investe em serviços que faz do proselitismo parte do tratamento.

Uma outra questão abordada foi o fato de as atividades religiosas serem encaradas pelos participantes como atividades obrigatórias, já que fazem parte do plano terapêutico. Sabe-se que a imposição de credo constitui violação aos limites estabelecidos pela constituição (CFP,2011; RIBEIRO E MINAYO, 2015). O assunto adquire outra dimensão quando se pensa em sujeitos que estão ali contra sua vontade, devido à imposição de terceiros, e que possuem valores e posições diferentes daquelas ali professadas, é o que se pôde perceber especificamente no caso do participante 6. Em que foi possível observar como uma instituição que propõe ser um espaço de cuidado, constitui-se, em um lugar iatrogênico o que colabora invariavelmente para o sofrimento psíquico do sujeito.

Em meio à polêmica que há sobre as comunidades terapêuticas enquanto serviço legítimo de saúde, é significativa a avaliação positiva que a maioria dos participantes fazem da sua passagem por esses locais. Conferindo ao tratamento relevância no auxílio de sua recuperação, principalmente ao teor religioso desse tratamento. Chama atenção em suas histórias a busca por diferentes estratégias de cuidado, serviços e profissionais, consideradas insuficientes ou ineficazes frente a sua problemática. Pôde-se pensar nas singularidades do serviço de uma CT. A estadia nas comunidades terapêuticas propiciou aos participantes a produção de novos sentidos sobre questões que não se limitaram ao assunto saúde e doença. Respostas que de certa maneira atenderam suas necessidades naquele momento.

Pensa-se que há pessoas com falas similares as dos participantes de 1 a 5, que relatam benefícios pessoais resultantes da internação em CTs. Mas pensa-se também nesses outros muitos que passam por histórias e vivências similares a P6, casos que não vêm a público. Nesse sentido, reforça-se a importância da fiscalização desses locais. Zelando para que o direito das pessoas que se encontram numa posição vulnerável, seja respeitado.

Embasado na análise feita e no estudo de outros autores sobre as instituições CTs acredito que comunidades terapêuticas na forma como se configuram não são estabelecimentos de saúde. Pontua-se também a regressão que acontece diante da sua inclusão na rede de atenção psicossocial, uma vez que há um retrocesso na proposta de cuidado. A presença das CTs reconhecidas como serviços de saúde expõe sintomaticamente o contexto social e político do país. Além de retroceder perante os avanços conquistados pelo movimento da luta antimanicomial em relação a um tratamento de “portas abertas” direcionado a autonomia do sujeito. Enquanto estudante de psicologia reitero minha posição em prol de uma política antimanicomial de atenção aos usuários de drogas.

Essa pesquisa perpassa vários temas que se encontram atrelados. Traz discussões concernente à relação entre religião e Estado; saúde mental e cuidado; estigma social e moralidade. Diante do dito, pode-se fazer alguns apontamentos e sugestões de pesquisa. É possível, por exemplo, focar em um único tema dos que foram elencados, a fim de fazer uma discussão mais minuciosa sobre os assuntos. Também, sugere-se a realização de entrevistas face a face, possibilitando um contato pessoal com o participante, proporcionando acesso a outras informações não

disponíveis virtualmente. Uma outra direção de pesquisa seria um estudo comparativo entre homens ex-residentes e mulheres ex-residentes e as diferenças e similaridades entre CTs destinadas ao público masculino e feminino, uma vez que existem poucos estudos em que o sujeito é do sexo feminino fazendo-se necessária a investigação da questão da mulher nesse cenário.

Apesar das imprevisibilidades durante o percurso, esta pesquisa provoca no sentido de pensar sobre a atuação profissional diante do cenário brasileiro no que se refere à rede de atenção voltada para usuários de álcool e outras drogas, em meio as contradições e tensões emergentes. Considera-se, desse modo, que analisar tais serviços a partir das perspectivas dos ex-residentes, explorando o modo como os mesmos concebem seus tratamentos e suas experiências com relação aos estados de saúde e doença permitiu o exercício de escuta da voz daqueles que estão necessariamente implicados.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C; OLIVEIRA, C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, 25, p?. 2002. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/635/1/Sa%C3%BAde%20e%20Doen%C3%A7a.pdf>> Acesso em: 07 de junho de 2016.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL – Viver sóbrio, por que não beber? Disponível em: <<http://www.aabr.com.br/ver.php?id=8&secao=8>> Acesso em 21 de maio de 2017.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, Bruno Rodrigues. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre acesso do usuário à Assistência Farmacêutica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** (Impresso), v. 25, p. 243-250, 2012.

ANVISA. (2009). A Anvisa na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vM5fT6FeePwJ:novoportal.anvisa.gov.br/documents/106510/106594/A%2BAnvisa%2Bna%2Bredu%25C3%25A7%25C3%25A3o%2B%25C3%25A0%2Bexposi%25C3%25A7%25C3%25A3o%2Binvolut%25C3%25A1ria%2B%25C3%25A0%2Bfuma%25C3%25A7a%2Bdo%2Btabaco/a5c1f812-bf60-4b1d-bab4-5c576b27ab6e+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 07 de junho de 2016.

ARANHA, Maria Lucia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2002.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro** / Daniela Arbex. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AULETE, Caldas. Dicionário Caldas Aulete da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2008.

BICCA, Carla; PEREIRA, Márcia Surdo; GAMBARINI, Maria Angélica. Conceitos, Diagnóstico e Classificação. In: GILDA PULCHERIO, CS. **Álcool, outras drogas & informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. Cap. 1, p. 23-36.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2009

BOFF, Leonardo. **Ética e Moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BOBSIN, Oneide. Etiologia das doenças e pluralismo religioso. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo/RS, v. 2, p. 21-43, 2003.

CARDOSO, M. F.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C.; ALLOUFA, J. M. L. Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-Dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. **Faces: Revista de Administração (Belo Horizonte. Online)**, v. 14, p. 74-93, 2015.

CAMPÊLO, Sandra Rodrigues Sampaio. **Adolescência, pobreza e inclusão digital: práticas discursivas e identidades (re) construídas no espaço virtual**. 2014. 159f. Dissertação (Mestrado em Linguística). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Brasília, 2014.

CARVALHO, Luciana; ABOU JAMRA, Carolina Chacur e SANTANA, Carmen. Principais transtornos mentais. In: Santana, Carmen Lúcia Albuquerque de; Rosa, Anderson da Silva (Orgs). **Saúde mental das pessoas em situação de rua : conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. Cap. 9, p. 161-185.

CHINAZZO, Suzana Salete Raymundo. **Epistemologia das Ciências Sociais**. Curitiba: InterSaberes. – Série Por Dentro Das Ciências Sociais, 2013.

COHEN, Claudio; SEGRE, Marco. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. **Bioética**, Brasília, v. 2, n.1, p. 19-24, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. - Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COSTA, Selma Frossard. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. **Serviço Social em Revista (Online)**, v. 12, p. 1-14, 2009.

DAMAS, F.B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, p. 50-65, 2013.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

DUARTE, Maria das Graças dos Santos; FERNANDES, Patrícia Jacques; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. O movimento das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro: humanização disciplinadora e/ou resistência sitiada? In: PAULO AMARANTE. (ORG). **A loucura da (na) história**. Rio de Janeiro. LAPS; ENSP, FIOCRUZ, 2000, pp. 227-241.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia Reflexão e Crítica**. 2005; v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

FACEBOOK. **Central de ajuda**. Disponível em: < https://pt-br.facebook.com/help/?helpref=hc_global_nav >

FERREIRA, J. Semiologia do Corpo. Em: LEAL, Ondina F. **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. 2ª edição. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001, p. 89-106.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)**, v. 15, p. 94-115, 2015.

FREITAS, Denis de; HOLANDA, Adriano Furtado. Conversão religiosa: buscando significados na religião. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 93-105, jun. 2014.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 set. 2016.

FUCHS, G. C. A influência da Espiritualidade na recuperação de Dependentes Químicos. **Gazeta de RioMafra, Mafra-SC**, 15 jun. 2011.

GARCIA, Angela Maria. Alcoólicos Anônimos: conversão e abstinência terapêutica. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência**. Niterói, n. 15, p. 40-59, 2003.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

ISRAEL-PINTO, Alexandre. **O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno**. (96f). Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof. Drª. Maria Júlia Lemes Ribeiro. Maringá, PR, 2012.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), **As representações sociais**, Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, p.17-41.

KORTE, Gustavo. **Iniciação à Ética**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 1999.

KOZINETS, Robert V. **Netnografia: realizando pesquisa etnográfica online**. Porto Alegre: Penso, 2014.

LA TAILLE, Yves Joel Jean-Marie Rodolphe de. **Moral e ética, dimensões intelectuais e afetivas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LESSA, CF. **A prática religiosa e a questão social: considerações sobre condições de vida e saúde na visão dos pastores e fiéis pertencentes à denominação metodista**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

LIONÇO, T. Laicidade, gênero, sexualidade e fundamentalismo cristão no Brasil. In: Plataforma de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais -

DHESCA Brasil. (Org.). **Relatorias em Direitos Humanos**. Informe: 2012-2014. 1ed.Curitiba: Terra de Direitos, 2015, v., p. 21-31.

MACHADO, Laura Paes. **Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa**. 2011. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Bahia-Salvador, 2011.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, pp. 801-821, 2007.

MARIZ, Cecília. “Embragados no Espírito Santo”: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência**. Niterói, n. 15, p. 61-80, 2003.

MATTAR, J. **Web 2.0 e Redes Sociais na Educação**. São Paulo: Artesanato Educacional, 2013.

MENESES, J. S. Terapias complementares em religiosidades pentecostais em Aracaju/Sergipe. In: Cícero Cunha Bezerra. (Org.). **Temas de Ciências da Religião**. Aracaju: UFS, 2008, p. 10-290.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde - 8 ed. - São Paulo: Hucitec, 2004.

MONCAU, Gabriela. Nem comunidades, nem terapêuticas. **Rev. Caros Amigos**, Edição 179, fev. 2012.

MONTARDO, Sandra Portella; PASSERINO, Liliana Maria. Estudo dos Blogs a partir da Netnografia: possibilidades e limitações. **RENOTE. Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 4, p. 1-10, 2006.

MOUFFE, Chantal. Religião, democracia liberal e cidadania. In: Burity JA, Machado MDC, organizadores. **Os votos de Deus: evangélicos, política e eleições no Brasil**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Massangana; 2006, p. 15-28.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Guia Introdutório para Narcóticos Anônimos**, Os Doze Passos e as Doze Tradições reimpressos e adaptados com autorização de AA World Services, Inc, Narcotics Anonymous World Services, Inc,1996. Disponível em: <<http://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/BR1200.pdf>> Acesso em: 21 de maio de 2017

NUNES, Odete Maria. **Valores e Reorganização do Self – Estudo Exploratório realizado numa comunidade terapêutica carismática de toxicodependentes**. 1997. 164f. Dissertação (Mestrado de Psicopatologia e Psicologia Clínica). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal, 1997.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: L. F. DUARTE; O. F. Leal. (Org.). **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**. Rio de Janeiro, 1998, p. 81-94.

PACHECO, Alice Leonardi; SCISLESKI, Andrea. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013.

PINHEIRO, J. N.; CHAVES, M. C.; JORGE, M. S. B. A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica e política. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 5, p. 93-100, 2004.

PEREIRA, Ana Beatriz de Vilhena. O proceder religioso: considerações sobre condutas de convertidos no cárcere privado. In: "Religião, Direitos Humanos e Laicidade". **Anais do V Congresso da ANPTECRE**, v. 5, p. ST0504, 2015.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p.569-580, 2014.

RABELO, M. C.; MOTTA; S.; NUNES, J. Comparando experiências de aflição e tratamento no Candomblé, Pentecostalismo e Espiritismo. **Religião & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93-121, 2002.

RACHELS, James. **Os elementos da filosofia moral. 4 ed.** São Paulo, SP: Manole, 2006.

RAHM, Haroldo J. **O caminho da sobriedade – a Fazenda do Senhor Jesus e o Amor Exigente**. São Paulo: Loyola; 2001.

RAUPP, Luciane Marques; SAPIRO Clary Milnitisky. A "reeducação" de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol, 24 n. 3, pp. 361-368, 2008.

REZENDE, Manuel Morgado. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. **Rev. biociênc**, Taubaté, v.6, n.1, p.49-55, jan-jul.2000.

HITLIN, Steven. Os Contornos e o Entorno da Nova Sociologia da Moral. **Sociologias**, vol.17, n.39, pp.26-58. 2015.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu. Online)**, Vol. 19, pp. 515-526, 2015.

ROCHA, Mary Lança Alves. **O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus**. 2010. Dissertação

(Mestrado em Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia** | Campinas | 22(2) | 167-174 | abril - junho 2005

SÁNCHEZ VAZQUEZ, Adolfo. **Ética**. 27. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização, 2013.

SANTOS, Boaventura de S. **Se Deus fosse um ativista dos Direitos Humanos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 29-41, 2007.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – Ministério da Justiça. **Módulo 6: Modalidades de tratamento e encaminhamento**. 7. Ed. Brasília: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, 2014. Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/wpcontent/uploads/2016/03/SUP7_Mod6.pdf> Acesso em: 23 de agosto de 2016.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Joselet e Serge Moscovici. **Anos 90 (UFRGS)**, Porto Alegre, RS, v. 13, p. 128-133, 2000.

SERRAT, Monte. **Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos**. 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>> Acesso em: 17 de maio de 2016

SILVA, Genézi Guedes da; PINTO, Melissa Ricardo; MACHINESKI, Gicelle Galvan. A Percepção dos Familiares de Usuários de Substâncias Psicoativas sobre o Tratamento Realizado na Comunidade Terapêutica. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 475-481, 2013.

SILVA, Maika Arno Roeder da. **Comunidade Terapêutica: na mão ou contramão das reformas sanitária e psiquiátrica brasileira**. 2013. 265f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2013.

SILVEIRA, D. T., CORDOVA, F. P. Unidade 2 - A pesquisa científica. In: T. E. Gerhardt, & D. T. Silveira. (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p. 31-42.

SOUZA, Carlos Aurélio Mota de. **Ética, Morale e Diritto**. Prospettiva Persona, Teramo (Itália), p. 39 - 40, 2003. Disponível em:

<http://www.academus.pro.br/professor/carlosaurelio/material_pdf/018.pdf > Acesso em: 07 de junho de 2016.

TRINDADE, Z. A., SANTOS, M. F. S., & ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), **Teoria das representações sociais 50 anos**, Brasília, DF: Technopolitik, 2011, p. 101-121.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WILLIAMS, Bernard. **Moral – Uma Introdução à Ética**. Martins Fontes – WMF, 2003.

VALLE, João Edênio Reis. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In: Mauro M. AmatuZZi. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. 1ed. São Paulo: Paulus, 2005, v. 1, p. 83-108.

VARGAS, Jonas. **O homem as drogas e a sociedade: um estudo sobre a (des)criminalização do porte de drogas para consumo pessoa**. 2011. 31f. Artigo. Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2011.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Informado Online

“Moral religiosa, saúde e doença: perspectiva de ex-residentes de comunidades terapêuticas”

Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Saara Pinheiro Rodrigues Feitosa

Professor orientador: José Bizerril Neto

O documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Informado Online. Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a fazer parte. Antes que você venha a decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) dele, você precisará ler e compreender todo o seu conteúdo. A equipe deste estudo estará disponível a responder suas perguntas a qualquer momento, seja antes, durante, ou mesmo, após o estudo.

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo específico deste estudo será o de investigar a experiência de ex-residentes durante sua estadia em uma comunidade terapêutica.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em consentir uma entrevista a ser realizada pessoalmente, por telefone ou por meio de e-mail. A entrevista focará em suas experiências pessoais enquanto ex-residente de uma comunidade terapêutica.

No caso de uma entrevista face a face, a sessão será gravada; a entrevista por telefone será gravada; a entrevista por e-mail será guardada para referência futura.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

Não há riscos previsíveis ou desconfortos no presente estudo.

Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você poderá desistir de realizá-lo.

Como já foi supracitado, sua participação é voluntária. Você também não terá nenhum prejuízo caso não queira participar.

Você poderá desistir desta pesquisa a qualquer momento, e para isso, só será preciso entrar em contato com a pesquisadora responsável, e comunicar a sua decisão de não mais continuar.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de recompensa financeira por participar do estudo.

Sua participação contribuirá para a nossa compreensão sobre as experiências e tratamento comunidades terapêuticas.

Confidencialidade

Suas informações/dados serão manuseadas somente pela pesquisadora e não será permitido o acesso dessas informações/dados a outras pessoas.

Todo o material com as suas informações (Inventários/questionários) ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Saara P. R. Feitosa, que garantirá sua manutenção, sigilo e confidencialidade e todo esse material será destruído ao término da pesquisa.

Os resultados obtidos por este trabalho poderão ser levados e apresentados em encontros, palestras, ou editados em revistas científicas, contudo, ele mostrará apenas os resultados de modo geral, e isto implica dizer que nem o seu nome, nem qualquer outra informação pessoal sua serão revelados.

Você leu as informações nesta página e concorda em participar?

(Marque uma alternativa)

- Li e entendi estas informações e concordo em participar
- Eu não quero participar

Endereço de correio eletrônico:

(Necessário para confirmar identidade)

ENVIAR

Anexo B – Termo de Anuência

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu _____, RG _____, declaro para os devidos fins que estou de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “moral religiosa, saúde e doença: perspectiva de ex-residentes de comunidades terapêuticas”, sob a coordenação e responsabilidade do Prof. José Bizerril Neto, do Centro Universitário de Brasília, de modo que autorizo a pesquisadora Saara P. R. Feitosa, a utilizar a página do Facebook intitulada _____ para o desenvolvimento da pesquisa e meio para contatar ex-residentes de comunidades terapêuticas.

_____ de _____ de 2016.