UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

ANDRÉA LÚCIA VASCONCELLOS DE AGUIAR

USUÁRIOS DE CRACK, INSTITUIÇÕES E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: ESTUDO DAS PRÁTICAS E DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA (RN)

NATAL/RN
MARÇO/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

ANDRÉA LÚCIA VASCONCELLOS DE AGUIAR

USUÁRIOS DE CRACK, INSTITUIÇÕES E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: ESTUDO DAS PRÁTICAS E DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA (RN)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito para a obtenção do título

Orientador: Prof. Dr.
Carlos Guilherme Octaviano do Valle

NATAL/RN
MARÇO 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

ANDRÉA LÚCIA VASCONCELLOS DE AGUIAR

Aprovado em ____/____/2014.

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientador: Prof. Dr. Carlos Guilherme Octaviano do Valle

_____

Membro externo: Profa. Dra. Taniele Cristina Rui

_____

Membro interno: Profa. Dra. Juliana Gonçalves Melo

_____

Membro suplente: Prof. Dr. Edmundo Marcelo Mendes Pereira

NATAL/RN
2014

.

UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede
Catalogação da Publicação na Fonte

Aguiar, Andréa Lúcia Vasconcellos de.
Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação : estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN) / Andréa Lúcia Vasconcellos de Aguiar. – Natal, RN, 2014.
159 f. : il.

Orientadora: Prof. Dr. Carlos Guilherme Octaviano do Valle.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

1. Comunidades terapêuticas – Dissertação. 2. Drogas – Dissertação. 3. Subjetividade – Dissertação. I. Valle, Carlos Guilherme Octaviano do. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM CDU
572.028

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de ressaltar que realização deste trabalho só foi possível, em parte, por eu ter sido contemplada com uma bolsa CAPES. Levei três anos para concluir o mestrado e recebi bolsa por 14 meses. A conclusão dele, no que tange aos aspectos financeiros, devo exclusivamente aos esforços de meus dois filhos, Kainã e Apoena Aguiar Ferreira, que também foram fundamentais na materialização da escrita. Muitíssimo obrigada, queridos filhos. Devido a esses fatos saliento e defendo a importância do subsídio de políticas públicas para a formação acadêmica brasileira.

Sou super grata ao prof. Drº Carlos Guilherme Octaviano do Valle, orientador desta dissertação. Além de consistente contribuição epistemológica, acompanhou detalhadamente a elaboração do texto que apresento. Auxiliou-me a "gerar" e "parir" o trabalho que, se não fosse por sua paciência, entre outros motivos, por pouco, teria sido "abortado". Muito obrigada mesmo.

Agradeço aos professores da banca de seleção, que, de algum modo, apostam em nossas propostas de pesquisa, sem saber ao certo no que dará. Do mesmo modo, agradeço aos professores do PPGAS-UFRN, que tive o privilégio de ser aluna. Seus conhecimentos e metodologias viabilizaram parte da aventura que me tornou mestre. Sou grata aos professores da banca de qualificação e de defesa: Profa. Drª Juliana Gonçalves Melo, Prof. Drº Edmundo Marcelo Mendes Pereira e Profa Drª Taniele Cristina Rui. As sugestões que ouvi de vocês foram fundamentais, tantos as teóricas e reflexivas quanto as de apoio pessoal. E agradeço, também, ao antropólogo Marco Antônio R. V. Lima que me auxiliou a concluir os acertos finais.

Esse trabalho só foi factível porque durante minha permanência na UFRN, além dos professores, muitas pessoas me acolheram: o pessoal da limpeza e manutenção, que me supriu de sorrisos encorajadores e cafezinhos; os técnicos administrativos de vários departamentos e secretarias, em especial a de graduação e pós-graduação do departamento de Antropologia Social, que resolveram e encaminharam questões burocráticas.

Claro que meus pares - discentes do PPGAS, de outras "Pós" e de graduações diversas - muito ajudaram. Ombros e colos amigos na hora em que

parece que o “mundo está caindo” ou que “a vida é bela”, rodas de estudos, rodas de conversas pelos corredores e outras rodas, foram essenciais nessa minha jornada. Dentre tantos companheiros, destaco: Natália de Campo, Breno Vilella, José Duarte Barbosa , Leilane Assunção , Lívia M.M. de Oliveira e Leideana Fernandez. E tem uma família que não posso deixar de agradecer, que vem acompanhando e colaborando, de diversas formas, para a minha ascendência acadêmica, a família Gomes Lopes .

Não poderia, obviamente, deixar de agradecer aos meus interlocutores, que com enorme generosidade me receberam e/ou acolheram. Entre eles, os coordenadores das CTs que mantive contato e, principalmente, as pessoas usuárias de drogas presentes em meu campo empírico de pesquisa que se dispuseram a compartilhar suas histórias de vidas e modo de percepção de mundo, que apresento ao longo das páginas que seguem. Esse trabalho, de verdade, só foi exequível dada à generosidade de vocês. Muito obrigada!

Claro que alguns dos personagens citados me deram alguma dor de cabeça, como eu a eles. É assim mesmo: “o pacote vem por inteiro”, não dá para levar só partes. E não há como negar: todo trabalho intelectual só é possível porque muita gente participa do processo. É uma sinfonia de vozes, um mosaico, um desenho em movimento.

O segurança me pediu o crachá
Eu disse: nada de crachá, meu chapa
Sou um escrachado, um extra achado
Num galpão abandonado, nada de crachá
Ié, uô, uô, ié
Sei que o senhor é pago pra suspeitar
Mas eu estou acima de qualquer suspeita
Em meu planeta todo o povo me respeita
Sou tratado assim como um paxá
Ié, uô, uô, ié
Essa aparência de um mero vagabundo
É mera coincidência
Deve-se ao fato de eu ter vindo
ao seu mundo com a incumbência
De andar a terra, saber por que o amor
Saber por que a guerra
Olhar a cara da pessoa comum e da pessoa rara
Um dia rico, um dia pobre, um dia no poder
Um dia chanceler, um dia sem comer
Coincidiu de hoje ser meu dia de mendigo
Meu amigo, se eu quisesse, eu entraria sem
você me ver, sem você me ver, sem você me ver

Gilberto Gil , O rock do segurança.

RESUMO

Esta pesquisa antropológica tem como meta principal apreender os significados e as percepções – modo de subjetivação – do usuário de *crack* em relação às propostas das Comunidades Terapêuticas (CT) de caráter religioso. O trabalho prioriza a análise das comunidades terapêuticas do estado do Rio Grande do Norte, estudando uma organização em particular, chamada *Anzóis da Dor*. Faço análise dos dados de cunho qualitativo, privilegiando a análise dos conteúdos de discursos e da observação das interações sociais, o que resulta em um texto etnográfico, caracterizado por uma descrição densa. Dentre os objetivos específicos busca-se apresentar um panorama do surgimento e desenvolvimento das comunidades terapêuticas, abarcando considerações gerais e locais, e apontar a dinâmica dos sistemas religiosos de cura dessas instituições, além dos princípios que os norteiam. Em termos metodológicos, foram realizados mapeamento parcial das comunidades terapêuticas situadas no Rio Grande do Norte; entrevista com coordenadores das comunidades terapêuticas visitadas; observação participante em uma dessas instituições; entrevistas com usuários de *crack* e pessoas próximas desses agentes sociais a respeito das comunidades terapêuticas e do tratamento por elas ofertado.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica. Drogas. Subjetividade.

ABSTRACT

This anthropological research has as main goal to grasp the meanings and perceptions - mode of subjectivity - of crack users in relation to the proposals of Therapeutic Communities (TC) of religious character. The work emphasizes the analysis of Therapeutic Communities of Rio Grande do Norte state, studying a particular organization, called *Anzóis da Dor.* I intend to analyze qualitative data, focusing on an analysis of the discursive content of speeches and the observation of social interaction, which results in an ethnographic text characterized by a dense description. In relation to the dissertation's specific goals, we seek to present a general overview of the emergence and development of Therapeutic Communities – encompassing general and local considerations - and pointing out to the dynamics of religious healing systems of these institutions, besides the principles that guide them. In methodological terms, I conducted the partial mapping of therapeutic communities located in Rio Grande do Norte state; interviews with Therapeutic Communities coordinators, visits, participant observation in one of these institutions as well as some interviews with crack users and people close to these social agents in relation to the Therapeutic Communities and the treatment offered by them .

Keywords: Therapeutic community. Drugs. Subjectivity.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABEAD	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAEED	Casa de Assistência Espiritual ao Dependente Químico
CANC	Casa de Apoio Nova Chance
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEASA	Central de Abastecimento
CEMPAD	Centro Municipal de Políticas Públicas Sobre Álcool e Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIENTEC	Semana de Ciência, Tecnologia e Cultura - UFRN
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEN	Conselho Estadual de Entorpecentes
CT	Comunidade Terapêutica
DEPAD	Departamento de Prevenção e Acompanhamento ao Usuário de Drogas
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
INCT	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia
INPAD	Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
SEEC-RN	Secretaria de Estado da Educação e da Cultura-RN
SEEC-RN	Secretaria de Estado da Educação e da Cultura-RN
SEJUC-RN	Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania-RN
SEJUC-RN	Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania-RN
SEMTAS-RN	Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social-Natal-RN
SESAP-RN	Secretaria de Estado da Saúde Pública - RN
SESED-RN	Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social-RN

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 12

CAPÍTULO I
A ENTRADA DO CRACK NO BRASIL 25

1.1 O Uso do C*rack* Como "Doença": uma construção de significados e de políticas públicas..... 26

1.2 As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Rio Grande do Norte 28

1.3 Comunidade Terapêutica: um conceito..... 34

1.3.1 Comunidade terapêutica religiosa: leiga, mas não laica..... 37

1.3.2 Usuários de drogas e as comunidades terapêuticas: criação de religiosos, leigos ou médicos? 40

1.3.3 Comunidades terapêuticas religiosas no Brasil 44

1.3.4 Saúde, religião e poder 46

CAPÍTULO II
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS DO RIO GRANDE DO NORTE 53

2.1 Um Panorama das Comunidades Terapêuticas Religiosas do Rio Grande do Norte..... 54

2.1.1 Comunidade Terapêutica CAEED – Macaíba/RN..... 56

2.1.2 Comunidade Terapêutica Nova Aliança – Nísia Floresta/RN 58

2.1.3 Comunidade Terapêutica Providência de Deus – Nísia Floresta/RN.... 55

2.1.4 Comunidade Terapêutica Nova Chance – Macaíba/RN..... 69

2.1.5 Comunidade Terapêutica Novo Tempo Masculino e Novo Tempo Feminina (em construção..... 72

2.2 A Família nas Comunidades Terapêuticas..... 74

2.3 Algumas Considerações..... 76

2.4 A Formação da Confederação de Comunidades Terapêuticas do RN.. 79

2.5 Percalços e Aprendizados do Percurso Etnográfico Realizado..... 80

CAPÍTULO III
"*TIRANDO OS DOIDOS DO MEIO DA RUA E BOTANDO TUDO PARA FICAR DOIDO POR JESUS*": COMUNIDADE TERAPÊUTICA *ANZÓIS DA DOR* 82

3.1 Conhecendo a Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor* 84

3.1.1 A Estrutura física da CT 85

3.1.2 Os internos 91

3.1.3 Rotina e trabalho 93

3.1.4 Questões financeiras e gastos com os internos 97

3.1.5 Disciplina e resistência..... 99

CAPÍTULO IV
UM MOSAICO EM MOVIMENTO: OS "INTERNOS" DA CT *ANZÓIS DA DOR* 106

4.1 Trilhas Terapêuticas 106

4.2 Trilhas Percorridas até a CT "*Anzóis da Dor*" 107

4.3 Nas Trilhas da Sexualidade, do Gênero e da Sobrevivência..... 113

4.4 Nas Trilhas das Disciplinas, dos Discernimentos e das Peripécias..... 118

4.5 Conversas em Família..... 123

4.6 Eficácia Terapêutica? Ou Crenças Abaladas?..... 127

CONCLUSÕES EM ABERTO..... 140

REFERÊNCIAS..... 144

APÊNDICES..... 154

ANEXOS..... 157

INTRODUÇÃO

Quando se trata de pesquisa no âmbito da Antropologia Social, pode-se dizer que tudo é razoavelmente imprevisível. Nossa matéria-prima inclui fenômenos humanos, tais como as relações sociais que se instauram na vida cotidiana, que inexoravelmente seguem seu rumo, independentemente da vontade do pesquisador. Chego a lembrar de Malinowski (1984) referindo-se aos "imponderáveis da vida real". Dessa forma, muitas vezes temos em mente pesquisar determinada temática, mas quando chegamos ao "campo", ele nos oferece outra coisa. Esse fato é comum e esperado, pois acontece com diversos antropólogos. Evans-Pritchard (2005), por exemplo, aponta que muitas vezes o pesquisador, por mais que entre em campo com uma ideia em mente, deve seguir aquilo que encontra na sociedade escolhida para estudar, ou no contexto de pesquisa selecionado, pois o que ele leva *a priori* pode não ser de relevância para a população selecionada.

Quando participei da seleção de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGAS-UFRN), tinha em mente pesquisar as vivências de lazer de populações de baixa renda que incluem, entre outras atividades, o consumo de drogas dos tipos mais variados, do cigarro ao álcool, inclusive o *crack*. No entanto, logo no início do curso, fui convidada a participar de uma pesquisa sobre o perfil dos usuários de *crack*[1]. Nesse mesmo período, estava sendo elaborado e implantado o "Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas", o qual, entre outras ações, prevê o investimento em comunidades terapêuticas de cunho religioso, com o intuito de ampliar a rede de atendimento a pessoas usuárias de *crack* (BRASIL, 2011a). Além disso, pude notar que inúmeras instâncias e agentes sociais posicionavam-se de maneiras diferentes a respeito dessa droga, de seus usuários e da melhor forma de lidar com o que estava sendo anunciado pela grande imprensa, ou seja, a mídia hegemônica, e corroborado por alguns setores da saúde como uma epidemia[2]. Dessa forma, apesar de considerar minha proposta inicial interessante, não houve como deixar de pensar no que estava ocorrendo ao meu redor. Diante disso, meu

[1] Esta pesquisa foi coordenada nacionalmente por Francisco Inácio Bastos, vinculado à Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e financiada pela SENAD, estando ainda em andamento (BRASIL, 2011). Em Natal, a pesquisa estava sendo supervisionada pelo Prof. Carlos Guilherme do Valle (PPGAS-UFRN), orientador, entre outros, deste trabalho. Atuei como entrevistadora na equipe local e anteriormente participara do mapeamento, etapa preliminar da pesquisa empírica.

[2] Cf. notícias: "Conselho de Psicologia critica proposta de consultórios de rua" (CONSELHO..., 2011).

orientador assinalou sobre a importância do que estava acontecendo social, política e culturalmente em torno do *crack* e sugeriu que eu repensasse a temática de pesquisa. Assim, o campo empírico levou-me a flexibilizar efetivamente o projeto de pesquisa (GEERTZ, 1989; FONSECA, 1999).

Com esse panorama confuso e recente, parcamente esboçado acima, o exercício aqui proposto, de caráter etnográfico, tem como meta principal apreender o significado e as percepções, além das práticas, do usuário de *crack* e outras drogas em relação às propostas das comunidades terapêuticas de caráter religioso. O que pensa e como atua o ator social para quem tais medidas e discursos estão sendo elaborados e imputados? O que conjectura a pessoa que usa *crack* sobre a abordagem adotada pelas comunidades terapêuticas? Quais as características dos sistemas religiosos de cura dessas instituições e qual a sua eficácia, quando direcionados para pessoas que fazem uso dito "abusivo" de *crack*?

Para atingir esse objetivo, divido o trabalho em quatro capítulos, além da conclusão. O primeiro capítulo aprecia o processo histórico brasileiro da instauração do uso do *crack* como uma doença que requer tratamento, tornando-se um fenômeno social que gera políticas públicas específicas. Além disso, aponta as principais divergências e convergências entre os modelos terapêuticos médicos e religiosos, quando direcionados à questão do uso de drogas. O segundo capítulo mostra o panorama do surgimento e do desenvolvimento das comunidades terapêuticas, abarcando considerações gerais e locais e tendo como lócus privilegiado de análise as instituições brasileiras situadas no estado do Rio Grande do Norte, recorte deste estudo. Nesse capítulo também são apresentados, brevemente, o perfil dessas comunidades, a dinâmica dos sistemas religiosos de cura dessas instituições e os princípios que as norteiam, de modo geral. No terceiro capítulo, abordo, de modo mais detalhado, uma comunidade terapêutica e, no quarto, privilegio as histórias de vida, ideias e práticas dos usuários dessa instituição.

Considero relevante a realização da presente pesquisa, tendo em vista que o *crack* é uma "invenção" recente e, consequentemente, todos os estudos em torno dele têm sido elaborados também há pouco tempo. Há um número restrito de pesquisas de abordagem socioantropológica no país, quando comparado à produção das ciências biomédicas, e de estudos envolvendo a temática dos usos de *crack* e/ou das comunidades terapêuticas. Acredito que um trabalho com tal

perspectiva analítica possa auxiliar, mesmo que indiretamente, a formulação de políticas públicas voltadas aos usuários "abusivos" de drogas, assim como as mobilizações de diversos setores da sociedade civil.

O *Crack* e as Comunidades Terapêuticas na Antropologia Brasileira

A pesquisa bibliográfica realizada não tem, de modo algum, a pretensão de esgotar o levantamento da literatura especializada. Seu objetivo é apenas obter um panorama da produção acadêmica existente para auxiliar no desenvolvimento desta pesquisa. De acordo com o levantamento realizado, a produção antropológica brasileira que envolve a questão do *crack* é ainda bastante reduzida. Segundo MacRae (2004) e outros autores, isso ocorre, sobretudo, porque os estudos sobre a temática das drogas, no Brasil, provêm prioritariamente das ciências biomédicas.

Confirmando tais considerações, pesquisa realizada nos bancos de dados dos departamentos de pós-graduação de antropologia e sociologia das principais universidades brasileiras demonstrou, em 2012, que houve um crescimento numérico de trabalhos e dos tipos de drogas abordadas, embora discreto, se comparado a outras áreas do conhecimento. Em relação aos artigos publicados, essa premissa também é válida[3].

Entre as teses e dissertações que abordam a temática do *crack* ou seus usuários, destaco as seguintes: Valença (2005, 2010), Rui (2007, 2012), Domanico (2006) e Melotto (2009). No caso dos artigos científicos que tratam da questão do *crack* no Brasil, localizei maior quantidade de trabalhos publicados, mas continuam em desvantagem em relação às publicações da área biomédica. Cito como exemplo a coletânea "*Crack*: um desafio social" (SAPORI; MEDEIROS, 2010), por considerá-la bastante expressiva. A obra apresenta resultados de estudo realizado entre 2008 e 2010 na região metropolitana de Minas Gerais. Essa pesquisa gerou artigos em

[3] No sentido do crescimento da produção brasileira acerca da questão dos psicotrópicos, as contribuições de estudos, formação acadêmica e ações desenvolvidas no estado da Bahia, pela UFBA, parecem-me inegáveis. A título de ilustração, cito o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) e suas publicações (NERY FILHO *et al*., 2012). A coletânea de artigos "Drogas e Cultura: novas perspectivas" (LABATE *et al*., 2008) também é um bom exemplo. Essa obra reúne nomes do cenário brasileiro acadêmico das ciências humanas, quando a temática é droga, tais como Henrique Carneiro, Mauricio Fiore, Eduardo Viana Vargas, Gilberto Velho e Edward MacRae. Os autores apresentam divergências sobre o termo, uns utilizam "substâncias psicotrópicas", outros "drogas", ou "substâncias psicoativas". Não podendo, no momento, me aprofundar na questão, opto durante este trabalho em utilizar o termo "drogas" por considerá-lo mais genérico.

que os autores buscaram compreender os processos sociais e simbólicos que se instauram na relação entre o comércio do *crack* e a propagação da violência, bem como entender os mecanismos imbricados nas relações dos usuários abusivos do *crack* com os serviços de saúde.

Não me detive detalhadamente nas obras citadas, mas, como expliquei anteriormente, realizei uma busca e elenquei alguns trabalhos. No entanto, a partir de lacônica análise é perceptível que tanto o trabalho de Howard Becker (2008) quanto o de Gilberto Velho (1998) são constantes referências nas pesquisas feitas desde a década de 1980. Essa constatação encontra reforço nas palavras de Rui (2008). Segundo essa autora, a pesquisa de Velho (1998) apresenta bastante semelhança com os primeiros trabalhos de Becker:

> [...] essa dimensão da pesquisa tornou-se a grande matriz teórica dos trabalhos brasileiros que pretendem trazer à tona o ponto de vista e a perspectiva dos usuários de "drogas", ressaltando "sua visão de mundo" e o contexto que confere significado a sua experiência (RUI, 2008).

Ao se referir à produção antropológica brasileira sobre o desvio, Gilberto Velho reforça essa constatação, pois, de acordo com ele:

> A originalidade da produção brasileira [...] se explica basicamente, pela junção de uma teoria interacionista, mais característica de uma tradição sociológica que vem de Simmel a Becker e Goffman, com uma teoria antropológica da cultura, onde autores como Mauss, Bateson, Geertz, Sahlins, Dumont, são alguns dos expoentes (VELHO, 2003, prefácio).

Além dos autores acima citados, Zaluar (1985, 1997), Foucault (2005, 2007), MacRae (2000), Csordas (2008) e Vargas (1998, 2006) são presenças marcantes nas reflexões dos trabalhos brasileiros acerca do uso de drogas. Em um balanço geral e parcial das teses e dissertações brasileiras que envolvem a temática das drogas, parece-me possível afirmar que os pesquisadores na atualidade, além de se preocuparem com o contexto cultural dos usuários de drogas, incluem em suas análises o paradigma do *embodiment* (CSORDAS, 2008). Talvez a inclusão desse paradigma esteja complementando a originalidade de nossas pesquisas, ao agrupar a questão da "corporeidade" nas análises realizadas. É o caso, por exemplo, dos trabalhos de Valença (2010, 2005) e Rui (2012).

Com relação a estudos socioantropológicos que tratam da temática das comunidades terapêuticas religiosas no Brasil, a situação é bastante crítica. Localizei somente duas dissertações dedicadas especificamente ao assunto: “Drogadiccion y cura: los projetos restitutivos de las comunidades terapêuticas” (VALDERRUTÉN, 2000) e “Do *Crack* a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa” (MACHADO, 2011). Há a dissertação de Taniele Rui (2007), “Uso de ‘drogas’, marcadores sociais e corporalidades: uma perspectiva comparada”, que aborda a temática, mas não é dedicada exclusivamente ao estudo das comunidades terapêuticas religiosas. No entanto, a mesma autora publicou um artigo sobre o tema, intitulado “A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica” (RUI, 2010).

O estudo de Valderrutén (2000) apresenta a ideologia das comunidades terapêuticas e propicia ricas análises ao cruzar esses dados com teóricos da antropologia e sociologia. Foi o resultado de pesquisa etnográfica realizada em comunidades brasileiras e colombianas. Seu trabalho direciona-se para a compreensão da formação de identidade individual e social, de acordo com o que as comunidades terapêuticas almejam. Além disso, identifica e caracteriza os projetos terapêuticos dessas instituições, bem como relaciona amplamente a proposta destas com projetos de formação de sujeitos da idade moderna.

Uma das conclusões de seu estudo é:

> Las comunidades terapéuticas con sus discursos y práticas serían una especie de portavoces de un individualismo metódico e integrador del sujeito. De este modo, ofrecen totalidades ontológicas que visan responder y ajustarse a proyectos mayores de estabilidad e inegración social a través de ideales de consecución progresiva de la vida que accione e resignifique valore de una morfológica de un sujeito cocentrado en una figura que podría denominarse ascética porque precisamente procura en el drogadicto o mejor, em el ‘adicto en recuperación’ una renuncia total, no sólo al consumo adctivo de drogas, sino también al estilo de vida marginal, tejido fundamentalmente alrededor de este consumo [...]. (VALDERRUTÉN, 2000, p. 121).

Em seu artigo, Rui (2010) busca desmistificar a ideia de que as comunidades terapêuticas contemporâneas seriam cópias dos antigos manicômios, onde os pacientes eram maltratados, o que, muitas vezes, parece pairar sobre essas

instituições. A comunidade da qual partem as considerações levantadas pela autora é a mesma que ela aborda em sua dissertação (2007), uma comunidade terapêutica católica e extremamente estruturada tanto em recursos financeiros como humanos. No artigo, seu argumento é o de que

> [...] no interior da comunidade terapêutica os indivíduos e a equipe de funcionários se relacionam com as normas do tratamento, que encontram expressão escrita nos Manuais destas Comunidades e nos livros sobre os doze passos. O meu argumento é que a margem de manobra das inconstâncias individuais pode encontrar espaço no interior da tentativa formal de unificação das trajetórias na categoria de adicto, na própria natureza subjetiva dos doze passos e na forma específica de condução de uma memória da experiência com "drogas" (RUI, 2010, p. 65).

As conclusões de Rui (2010) partem, dentre outros autores, das considerações do sociólogo Anthony Giddens a respeito da ideia de "dependência". Esse autor, segundo Rui, tem apreço pela metodologia dos dozes passos, uma vez que esta ressaltaria que dependências seriam "patologias de autodisciplina", além de mostrar que existe conexão entre autoidentidade, dependência, estilo de vida e reescrita do *self*.

A teoria do conhecimento sobre as comunidades terapêuticas religiosas (GOTI, 1990; DE LEON, 2009) informa que tais instituições, visando à recuperação de pessoas usuárias de drogas, apostam no afastamento delas de seu meio social como forma de promover mudanças na subjetividade do ator social, com base em sistemas de privilégios e sanções disciplinares e na dimensão do trabalho, da fé e da prática religiosa. Essa prática foi confirmada na pesquisa empírica realizada. No entanto, mostrarei que a sua eficácia para promover tais mudanças pode ser questionável. Às vezes, os usuários de tais instituições param de usar drogas por um longo período de tempo, mas isso não que dizer que eles não voltem a usá-las, pois podem apenas "dar um tempo", como ouvi algumas vezes, em seus relatos. Porém, acima de tudo, não se deixam manipular de modo inconsciente e, apesar de todo o sistema disciplinar e sanções que lhes são impostas, burlam-nas constantemente. Esse será um ponto-chave de meu trabalho.

Dessa forma, nesta pesquisa, estabeleço diálogo teórico com autores como Erving Goffman (1975, 2010) e Michel Foucault (2005), cujos trabalhos são

considerados clássicos no âmbito dos estudos das instituições totais. O primeiro deles, além de classificar as características de tais instituições, propicia suporte para entender as práticas dos internos dessas instituições. Foucault, por outro lado, ao esclarecer o surgimento da medicina social, contribui para o entendimento da definição do uso de *crack* como doença. Além disso, ao se dedicar ao estudo da loucura, elucida algumas práticas do sistema de cura religioso e a passagem desse domínio para agentes laicos. Para ele, essa mudança não se deu de maneira automática. Durante algum tempo, agentes laicos e religiosos trabalharam juntos (FOUCAULT, 2005, 2007). Suas análises me auxiliaram a refletir sobre o fato de o Brasil ser na contemporaneidade um Estado laico e democrático e, apesar disso, o Ministério da Saúde elaborou e instituiu o "Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas" que estabelece parcerias com instituições religiosas, prevendo internações compulsórias. Pensando no contexto mais amplo devido à disputa engendrada entre diversos campos do saber – destacando aqui o religioso, o psiquiátrico e o psicológico – e, em parte, pela implementação das ações governamentais, que preveem a inclusão e investimento, oficialmente, de sistemas de cura religiosos e a internação involuntária (BRASIL, 2011b), dialogo também com Pierre Bourdieu (2006).

Posso afirmar que os conhecimentos obtidos em disciplinas cursadas no mestrado auxiliaram-me bastante. Essa contribuição foi mais flagrante em razão, principalmente, da proposta de avaliação – artigos ou conexões ligando a disciplina ao escopo da pesquisa. Tal exercício possibilitou a minha aproximação com a temática de estudo, o que também ocorreu em virtude de participações em congressos e seminários ligados à religião, às drogas e às políticas públicas (AGUIAR, 2011, 2012a, 2012b). Nesses encontros, trocamos informações e emoções, que fazem parte do processo da pesquisa, tendo sido essa vivência fundamental ao empreendimento deste estudo.

Trilhas Etnográficas

Em termos metodológicos, este trabalho conta com a inspiração, sobretudo, de autores como Malinowski (1984), Oliveira (2000, 2004), Ramos (2004), Zaluar (2009), MacRae (2004) e Alberti (2005). Ainda que apresentem peculiaridades, vislumbra-se, em suas assertivas sobre a questão metodológica, certa convergência

em relação ao texto etnográfico, dando suporte a uma etnografia caracterizada por uma descrição densa (GEERTZ, 1989).

Segundo esses autores, o texto etnográfico apresenta o contexto da pesquisa e as situações de interlocução. Nessa perspectiva, o etnógrafo sempre estará em uma posição de interlocução específica num enredo de intersubjetividade, não havendo neutralidade entre os pesquisadores e os pesquisados (CLIFFORD, 1998). A etnografia é vista como um processo dialógico em que os interlocutores negociam uma visão de mundo compartilhada. Além disso, as lacunas do trabalho de campo precisam ser frisadas, tal como o controle imperfeito da realidade observada, que merece ser explicitado no texto.

Como meio de reconhecimento do campo empírico, realizei um mapeamento parcial das comunidades terapêuticas do estado do Rio Grande do Norte, a partir de informações disponibilizadas publicamente, em portais da *internet* ou órgãos do governo. Desse modo, cataloguei vinte e quatro Comunidades Terapêuticas (CTs), mas visitei apenas seis delas. Minha intenção foi obter um panorama dessas instituições e colher material para tentar montar uma narrativa histórica da criação e estabelecimento das comunidades terapêuticas norte-rio-grandenses, além de ajudar na escola de uma delas para a realização da observação participante. Por motivos de deslocamento, privilegiei as instituições situadas na chamada "Grande Natal", mesmo sabendo que tal opção acarretaria certa restrição. As visitas ocorreram nos meses de junho e julho de 2012. Além de conhecer as instalações, realizei entrevistas, conforme roteiro predefinido[4], com os responsáveis pelas instituições, os quais, na maioria das vezes, são também os que se ocupam da parte burocrática e documental. Nessa etapa da pesquisa, todas as entrevistas foram gravadas, apesar das desvantagens desse ato (ALBERTI, 2005). No entanto, apostei nesse recurso metodológico, pois assim conseguiria me concentrar mais na fala do entrevistado, não ficando preocupada em anotar dados ou memorizá-los.

Lancei mão de recursos visuais, como fotografias e vídeos, tendo em mente utilizá-los como forma auxiliar na construção do texto. Devido à sua imanência estética (despertar emoções, registrar ausências e presenças, ou seja, imagens por trás da imagem), registram detalhes que muitas vezes escapam à memória na hora da escrita. Além disso, esse recurso foi minha "moeda de troca" (MALINOWSKI,

[4] Cf. Anexo A – roteiro de entrevista.

1984). Utilizei também o indispensável caderno de campo, instrumento crucial nas pesquisas etnográficas, uma vez que complementa os demais instrumentos de coleta de dados.

O critério de seleção da comunidade terapêutica em que foi realizada a observação participante levou em consideração a facilidade de deslocamento para a instituição, a disponibilidade dela para receber a pesquisa, além de peculiaridades observadas durante o mapeamento. Por isso, escolhi a Comunidade Terapêutica (CT) *Anzóis da Dor*[5], a única situada em zona urbana, dentre as que visitei, que fica localizada em um município bem próximo à cidade de Natal. Dirigida por um pastor da Igreja Evangélica Assembleia de Deus, a proposta terapêutica dessa CT é irrevogavelmente ligada à conversão religiosa e ao estímulo ao trabalho. Essa CT foi também a única que atendia e recebia tanto homens quanto mulheres. Cumpre notar que, mesmo antes de conhecê-la, a CT foi citada com certo desdém por coordenadores de outras comunidades terapêuticas, devido justamente à sua proposta terapêutica e localização espacial, que se diferenciava das demais visitadas.

A partir do primeiro contato, retornei à instituição por diversas vezes. Em meados de dezembro de 2012, iniciei a observação participante, ficando instalada na instituição até meados de janeiro de 2013. Todos sabiam que eu era uma pesquisadora e qual era o meu objetivo em tal vivência. Quando cheguei à CT, fiquei acomodada por cerca de dez dias na casa do Pastor. Depois fui transferida para a CT feminina e passava muito tempo com a adolescente que havia acabado de ser internada, mas realizava as refeições com todos os internos. Nesse período, participei de diversas atividades, entre elas, excursões de evangelização, manufatura e venda de detergente, cultos evangélicos, leitura de provérbios, coletas de material reciclável, reuniões dos coordenadores com convidados, além de realizar atividades domésticas, tais como lavar roupa, louça e fazer almoço, auxiliando tanto o coordenador quanto os próprios internos. Cultivei contato também com alguns familiares dos internos, mantendo conversas informais na comunidade, quando eles iam visitá-los ou participando de eventos festivos em suas residências.

[5] Tanto o nome dessa CT como o de pessoas relacionadas a ela são fictícios, apesar de ter havido consentimento para utilizar os nomes reais. Quando utilizo termos ou falas dos entrevistados, o texto aparece em itálico e entre aspas duplas.

Adentrar no mundo das comunidades terapêuticas religiosas implicou uma série de conflitos internos. Como dito anteriormente, eu imaginava estudar o lado hedonista dos usos de drogas ligado à vida cotidiana, mas não o "outro lado da moeda": a dor. Além disso, vale frisar que também não sou ligada a nenhuma religião. Até o momento da pesquisa, nunca havia entrado em uma Igreja evangélica e muito menos participado de seus cultos.

Além disso, teve a questão geracional e de gênero. Na época da pesquisa de campo, eu tinha 46 anos e sou mãe de dois jovens. Assim, cada vez que entrevistava ou observava os usuários de *crack* e outras drogas, invariavelmente, pensava que "podia ser um dos meus". No entanto, as questões da minha vida pessoal facilitaram a inserção no campo de pesquisa. Como meus interlocutores eram majoritariamente homens jovens, o Pastor não se preocupava, devido à minha idade, em me deixar sozinha com os internos. Eu não representava nenhuma "tentação carnal", embora algumas vezes sentisse que era "vigiada" pelo Pastor ou por algum interno. Por outro lado, os internos encontravam em mim uma pessoa com quem podiam conversar abertamente, pois, como eu não era evangélica, não via "pecado" em nada que eles falassem ou fizessem. Além do mais, eles sabiam que eu era tabagista e gostava de consumir bebidas alcoólicas (cerveja) de vez em quando, então não se sentiam embaraçados em falar sobre drogas, mulheres e suas vivências na rua. Assim, devido a meu despojamento e à facilidade de manter diálogos com pessoas jovens, consegui estabelecer um clima bastante leve e aberto de interlocução com os internos, inclusive, em mais de uma ocasião, fui indagada se era usuária de maconha.

Como era de se esperar, a observação participante possibilitou, dado o longo período de "interação face a face", que eu, no papel de pesquisadora, circulasse livremente entre a "fachada e os bastidores" da instituição (GOFFMAN, 1975). Isso viabilizou o estreitamento de minhas relações com os internos e, consequentemente, a apreensão de narrativas e comportamentos velados e muitas vezes contraditórios no que diz respeito a suas vidas fora da instituição, dentro dela e sobre ela. Acredito que isso somente tenha sido possível porque, como pesquisadora, fui muito clara a respeito de minhas intenções e posicionamento ético e político na instituição.

Durante a observação participante, utilizei muito o gravador de voz e a máquina fotográfica. Em meus contatos com os interlocutores de pesquisa, ficou

acordado o seguinte: as fotos não seriam utilizadas na redação final do trabalho, mas seriam disponibilizadas para a instituição e para os internos. No caso das gravações, elas seriam de uso exclusivo meu. A autorização para a utilização de tais recursos foi registrada, verbalmente, em mais de uma situação, pelo dirigente da instituição.

O uso aberto do gravador e da máquina fotográfica gerou situações interessantes. Por um lado, o Pastor em diversas situações, públicas ou internas, requisitava minha presença e/ou o registro com o intuito claramente de dar validade simbólica a CT ou a seus atos pessoais como coordenador e liderança religiosa. Por exemplo, fui solicitada a participar de uma reunião dele com uma médica e um empresário. Eles estavam querendo conhecer as práticas da instituição para analisar se iriam realizar doações materiais e prestar apoio médico e legal. Nesse dia, o Pastor solicitou minha presença e pediu que eu colocasse uma roupa bem bonita e não se esquecesse de registrar. Fui apresentada ao grupo com grande deferência e foi ressaltada a importância da minha pesquisa, pois eu estava observando e conhecendo a realidade da instituição, constatando o trabalho sério que era ali realizado e as necessidades da CT, o que me fez lembrar da experiência passada por Alba Zaluar em sua pesquisa antropológica na Cidade de Deus (1985). Nesse encontro, fora as apresentações e esclarecimento sobre a pesquisa, mantive-me praticamente em silêncio o tempo todo.

Nessas situações, ou em outras similares, deixei-me, por assim dizer, “ser usada”, seja porque o Pastor queria os registros fotográficos, seja porque se servia de meu *status* de pesquisadora de uma instituição federal de ensino superior. Porém, em outras ocasiões, que foram várias, posicionei-me abertamente contrária aos pedidos do Pastor, dirigente principal da CT. Por exemplo, ao ficar sabendo que eu entrevistava os internos, ele um dia me perguntou se eu havia conversado com um interno novato, pois queria saber melhor de quem se tratava. Nesse momento, respondi-lhe que mal havia conversado com o rapaz e, mesmo que o tivesse feito, não lhe entregaria as gravações, já que seria falta de ética de minha parte como pesquisadora.

Houve momentos em que o gravador estava ligado, mas, quando por um motivo qualquer, o Pastor iniciava uma série de repreensões direcionadas aos internos, eu automaticamente desligava o aparelho e informava a todos que não estava gravando. Em mais de uma ocasião, o Pastor respondeu que era para gravar

mesmo. Eu replicava que, devido à minha educação, não me sentia à vontade para registrar pessoas adultas levando “bronca”.

Houve uma outra situação em que fui a primeira a ser informada por um interno de atos “proibidos” que ele realizou: relações sexuais nas dependências da instituição. Depois de algum tempo, o fato passou a ser de conhecimento de diversos internos e, por último, a notícia chegou ao Pastor. Nesse dia, eu não estava na instituição, mas, quando cheguei, fui abordada e cobrada por não ter delatado. Prontamente, respondi que não cabia a mim tal ato, que eu estava ali como pesquisadora e não era evangélica, como havia informado antes, nem fazia parte da instituição e, por isso, jamais delataria qualquer atitude dos internos para a equipe dirigente. Os internos presenciaram essas situações e isso gerou mais cumplicidade entre nós, facilitando a pesquisa e o contato direto com eles.

As fotografias também ajudaram a me aproximar bastante dos internos. Na época em que realizei o mapeamento, revelei diversas fotos de cada instituição visitada e consegui entregar a maior parte delas aos dirigentes de cada CT, solicitando que eles repassassem algumas aos internos. Nem todos os internos as receberam nessa etapa da pesquisa, seja porque, quando as entreguei aos dirigentes, alguns internos já haviam saído da instituição, seja porque os dirigentes não realizaram a entrega.

Na CT *Anzóis da Dor*, a primeira leva de fotografias não chegou às mãos dos internos, pois o Pastor não as entregou. Ao saber disso, já no período de observação participante, revelei novamente algumas e as entreguei pessoalmente, juntamente com novas imagens. Percebendo a impossibilidade de continuar atendendo à demanda dos internos por imagens, dado o custo elevado que essa prática estava acarretando e, consequentemente, limitando o número de fotos por internos, resolvi mudar de estratégia. Ao final da observação participante, entreguei a cada interno um *DVD* editado e personalizado. Com o Pastor, deixei diversos *DVDs* contendo imagens em estado bruto. Preparar esse material demandou bastante tempo e trabalho, mas me aproximou muito de meus interlocutores privilegiados – os internos. Além de editar e gravar mais de dez *DVDs* diferentes, tive que fazer uma grande seleção das imagens que disponibilizei para o Pastor, pois havia diversas fotografias que poderiam gerar sanções aos internos; por exemplo, eles jogando capoeira ou em poses que sugeriam posturas corporais

marginais, quando eles imitavam o uso de armas com as mãos, ou quando estavam sem camisa, de óculos escuros e bonés.

Apesar de todo o trabalho, foi muito gratificante o uso das imagens como “moeda de troca”. Na maioria das vezes, nós pesquisadores adentramos nas vidas das pessoas, colhemos as informações que queremos e nunca deixamos nada significativo de “retorno” ou devolução para eles, principalmente quando essas pessoas pertencem aos estratos mais inferiores da sociedade.

É certo que há uma tentativa de reverter essa situação, quando ao término da pesquisa nos dispomos a voltar e mostrar os resultados para os interlocutores (CLIFFORD, 1998). Porém esse retorno, além de diversas vezes não ser do agrado do interlocutor (WHYTE, 2005), pode não ser significativo para eles. No caso desta pesquisa, provavelmente nunca mais verei diversos interlocutores que dela participaram; então, como seria feito tal retorno? O tempo do pesquisador e o do pesquisado são tempos diferentes. Assim, foi legítimo ter que nutrir esse circuito de trocas e dádivas na pesquisa.

A mudança de temática de pesquisa demandou muita persistência e ainda sofrimento pessoal de sentido psicológico e físico, o que certamente me fez ter mais maturidade acadêmica. Posso dizer que todas as etapas da pesquisa, desde o contato inicial com a teoria e a realidade empírica do mundo das comunidades terapêuticas até a redação final do texto, não foram fáceis. Entrevistar mães desalentadas, que têm filhos da idade dos meus, ou ter contato com eles foi algo muito doloroso, apesar de ter tido muitos risos nessa convivência. Transcrever entrevistas, organizar dados de campo e escrever o texto não foram processos prazerosos. Porém, apesar do grande impacto emocional que a pesquisa me causou, não há como desconsiderar o amadurecimento acadêmico proporcionado (DAS, 1998; PEREIRA, 2004).

CAPÍTULO I
A ENTRADA DO *CRACK* NO BRASIL

De acordo com estudos realizados até o momento, o *crack* começou a ser conhecido e usado nos Estados Unidos a partir de meados da década de 1980, nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami (BOURGOIS, 1997, 2003). O *crack* é um subproduto da cocaína e pode ser produzido em escala industrial ou doméstica. Em escala industrial, a substância deriva da mistura da pasta base e solventes, tais como a benzina ou o querosene[1]. Em escala doméstica, o *crack* é obtido a partir da mistura da cocaína em pó, água e bicarbonato de sódio, que, ao ser aquecida, transforma-se em "pedra". Domanico (2006) considera relevante apontar essa diferença, pois ela representa uma nova forma de reaproveitamento da cocaína. Antes do advento do *crack*, quando ela ficava úmida, era aquecida ao poucos, em um prato, para em seguida ser inalada, ou então era dissolvida em água, para uso injetável.

A maneira mais comum de consumir o *crack* é a combustão de pequenas porções da substância juntamente com cinzas de cigarro, em cachimbos improvisados, latinhas de alumínio, copos de plástico etc. Quando usado dessa maneira, ao entrar em contato com o fogo, produz um som do qual resulta a origem de seu nome (ALBUQUERQUE, 2010; DOMANICO, 2006). É também comum consumir o *crack* misturando-o com maconha ou cigarro. Nesse caso, a pedra é macerada, misturada à *cannabis* ou ao tabaco e fumada em forma de cigarro. Esses modos de uso podem ter nomes diferentes, conforme o local e o contexto sociocultural. De acordo com Ribeiro (2012), em São Paulo são denominados "pitilho" e "mesclado", respectivamente. No Rio Grande do Norte, conforme dados de pesquisa (observações e entrevistas), os nomes mais usados para definir o *crack* misturado à maconha e ao tabaco são "mesclado" e "meladinho", respectivamente. Segundo os meus interlocutores, inclusive os internos da Comunidade Terapêutica a qual pesquisei, há ainda o "*crack* virado", que se trata da transformação "doméstica" da cocaína em *crack*, pois, às vezes, o usuário prefere consumir *crack* em vez de

[1] A mistura dos ingredientes do *crack* é disposta em formas quadradas ou retangulares para secar, resultando em um grande tablete, o qual, para a venda a varejo ou para o consumo, é quebrado em pequenas porções, as "pedras de *crack*".

cocaína. Fui informada de que o "*crack* virado" podia ser produzido quando a "pedra" era de baixa qualidade. Os usuários maceravam a pedra e acrescentavam algum tipo de pó branco (tais como bicarbonato, remédios etc.). Assim, aumentavam a quantidade de pó que tinham para vender para os "otários", podendo, assim, obter dinheiro para comprar pedras de *crack* de melhor qualidade, que sabiam como encontrar em alguma "boca[2]".

Segundo Perrenoud e Ribeiro (2012), as informações iniciais sobre a entrada do *crack* no Brasil são provenientes da grande imprensa, que relata as primeiras apreensões policiais a partir da década de 1990 na região Sudeste do país. De acordo com os mesmos autores, no final da década de 1990 e início do século XXI, as "instituições ligadas à infância e à imprensa anunciaram uma provável redução do consumo de *crack* em São Paulo"[3] (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012, p. 35) e da busca de atendimento na rede de saúde municipal paulista, apontando para uma possível diminuição de seu consumo, tal como aconteceu nos Estados Unidos. No entanto, não foi isso o que ocorreu, conforme os levantamentos e estudos realizados a partir de 2001[4].

1.1 O Uso do C*rack* Como "Doença": uma construção de significados e de políticas públicas

Laranjeira e Zaleski (2012) afirmam que o consumo do *crack* no Brasil aumentou alarmantemente nas duas últimas décadas, provocando rápida dependência química nos usuários e grandes problemas de ordem físico-psicológica e social. Segundo esses autores, poderia ser, então, constatado que o Brasil vivencia uma "epidemia do *crack*", que está vinculada ao problema da violência e de grande mortalidade. Mas não há um consenso a este respeito. Atores de diversas instituições sociais posicionam-se de modos diferentes sobre essa questão. Bizzotto (2010, p. 142), por exemplo, considera que "há uma 'demonização' do *crack*,

[2] Gíria que indica local de venda de drogas.
[3] Como exemplo dessa proposição, no tocante à imprensa, cf. "Crack já está perdendo o seu lugar como a droga da moda" (*A Tribuna*, Campinas, 1997). Ressalto que, em pesquisa realizada nos meios eletrônicos, esta foi a única notícia de diminuição de consumo ou tráfico encontrada.
[4] De acordo com pesquisa em andamento, sob responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, o consumo do *crack* ocorre praticamente em todo o território nacional (CENÁRIOS..., 2012).

enfatizada pela mídia", e que, na atualidade, o *crack* tem sido enfocado como uma substância voraz, capaz de provocar graves danos, especialmente de saúde, para aqueles que dela fazem uso. No entanto, existem outras drogas talvez mais danosas do que ela, que causam uma série de problemas sociais e de saúde pública e que não estão recebendo a devida atenção.

No Brasil, o uso do *crack* foi definido como problema de saúde pública na primeira década do século XXI. Em 20 de maio de 2010, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou o decreto n. 7.179 (BRASIL, 2010). Essa lei instituiu o "Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas", que visaria a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários abusivos de diversas drogas, além de propor medidas repressivas ao tráfico dessas substâncias[5]. Até o presente momento, o Plano passou por várias mudanças e tem sido motivo de vários questionamentos: a inadequação ou ineficácia das propostas (tanto na redução de danos como no tratamento em comunidades terapêuticas e/ou as internações compulsórias), a falta de investimento, além do fato de que a oferta de atendimento não comporta a demanda nacional de cuidado.

O psiquiatra Ronaldo Laranjeira, por exemplo, defende a internação, voluntária ou não, como ferramenta primordial para o tratamento de pessoas consideradas usuárias abusivas de *crack*. Critica a proposta de cuidados dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), locais onde os usuários recebem tratamento médico diário, mas não ficam internados. Na primeira versão do Plano, os CAPs eram vistos como um dos pilares das ações de governo e foram elogiados pela Organização Mundial de Saúde. Ronaldo Laranjeira, entretanto, considera:

> Não se pode lidar com uma doença complexa como a dependência só com o atendimento ambulatorial dos CAPs. [...] A realidade requer tratamentos combinados e o Ministério da Saúde não pode privar as pessoas que precisam de internação. [...] O tratamento involuntário é tão efetivo quanto o voluntário. [...] No Brasil, temos leis que asseguram que o médico, junto com a família, possa fazer essa intervenção. É uma situação difícil, em que a liberdade do paciente é retirada, mas absolutamente legal (ENTRE O VÍCIO..., 2011).

[5] Cf. Fantauzzi e Aarão (2010) para maiores detalhes sobre a legislação brasileira relativa à questão das drogas. O estudo apresenta detalhes desde 1931.

Por outro lado, a psicóloga Marília Capponi, conselheira e representante do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), considera falaciosa a premissa de estar ocorrendo no Brasil uma "epidemia do *crack*" e faz a seguinte declaração:

> Trabalhadores, gestores e usuários do SUS mobilizaram-se a favor da defesa dos direitos humanos e do tratamento em serviços abertos e articulados com a Rede Antimanicomial. Fica claro que as comunidades terapêuticas não são aceitas pelos que constroem o SUS. Elas se constituem em serviços que se organizam a partir de pressupostos morais e religiosos que ainda persistem devido à correlação de forças nas diferentes instâncias dos legislativos, executivos e judiciários do nosso país (LOCCOMAN, 2012).

Nesse sentido, embora as comunidades terapêuticas religiosas não sejam adeptas, em suas normas, da internação compulsória, esse ponto, previsto na terceira versão do Plano de enfrentamento ao *crack*, proposto pelas políticas públicas brasileiras, causou grande discussão e desentendimento no meio acadêmico e na sociedade civil (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; CFP, 2011).

São também alvo de objeção os investimentos financeiros e as alterações mais recentes nas normas que regulamentam as comunidades terapêuticas religiosas aprovadas pela ANVISA (BRASIL, 2011), que, dentre outras coisas, desobrigam a presença de profissionais de saúde em suas instalações. As notícias e os posicionamentos de instituições civis e governamentais e de atores sociais, leigos ou especialistas, também são bastante controversos em relação à essa questão.

1.2 As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Rio Grande do Norte

Há muita dificuldade de se realizar pesquisa documental nos órgãos públicos do estado do Rio Grande do Norte e seus municípios acerca dos cuidados direcionados aos usuários de droga. Ao longo dos anos, os documentos não ficam armazenados e/ou organizados em seus órgãos de origem. Além disso, há escassez de programas governamentais estaduais específicos voltados para o assunto. Em relação ao *crack*, a dificuldade aumenta ainda mais devido ao fato de a substância ser razoavelmente recente na contexto brasileiro, incluindo o estado do Rio Grande do Norte. Assim, as informações que apresento aqui foram obtidas junto ao

presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio Grande do Norte (CONEN-RN), Sr. Magnus Augusto Praxedes Barreto, em junho de 2012. Ele declarou que, apesar de haver uma estimativa de aumento do consumo de *crack* de 30% ao ano no estado, o CONEN-RN enfrentava dificuldade para a realização de ações propositivas substanciais. Não possuía orçamento próprio e contava apenas com uma pequena verba repassada mensalmente pelo Estado, às vezes havendo descontinuidade do repasse. Além desses fatores, o quadro de pessoal diminuiu ao longo dos anos.

O presidente do CONEN-RN apontou ainda que as comunidades terapêuticas religiosas, apesar de muitas vezes funcionarem de modo precário, são uma das alternativas de que o governo estadual lança mão para tentar suprir a demanda da população que busca apoio terapêutico, no caso do uso abusivo de drogas. Por essa razão, ele cedeu uma sala com telefone e computador para sediar a Confederação de Comunidades Terapêuticas de Natal, que há pouco tempo havia sido instituída.

A seguir, tendo como referência matérias jornalísticas, algumas vezes relacionando-as com as entrevistas que realizei até o momento, apresento um panorama parcial das ações desenvolvidas por instâncias governamentais do estado do Rio Grande do Norte e suas relações com as comunidades terapêuticas religiosas.

A situação e a atuação das comunidades terapêuticas e a falta de capacidade do estado para atender à demanda de usuários abusivos de drogas não são novidades para os gestores públicos do Rio Grande do Norte. Em 2010, um jornal local publicou uma matéria contendo descrição das condições de funcionamento do CONEN-RN, bastante parecidas com as declarações de seu atual diretor. Além disso, informou ainda que, apesar da precariedade das comunidades terapêuticas, elas desempenham papel fundamental nos programas de combate ao uso abusivo de drogas e enfrentam também grandes trâmites burocráticos para se instituírem legalmente, salientando igualmente a inexistência de comunidades que atendam ao público feminino (*CRACK*: CONSUMO..., 2010).

No primeiro semestre de 2010, a Prefeitura do Natal anunciou que estava remodelando suas políticas públicas voltadas para os “dependentes químicos”.

Informou que o Departamento de Prevenção e Acompanhamento ao Usuário de Drogas (DEPAD), órgão criado em 2009, subordinado à Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS), que era na época coordenada por Edneusa Paiva, ampliaria as possibilidades de tratamento para quem buscasse auxílio no órgão. Além dos CAPs – Centros de Atenção Psicossocial – e dos hospitais psiquiátricos, seriam incluídas as comunidades terapêuticas, a fim de ampliar a oferta de cuidados para essas pessoas.

Segundo o portal digital da Prefeitura do Natal, a SEMTAS, nesse período, fechou convênio com três comunidades terapêuticas, localizadas em Pium, Macaíba e Alcaçuz[6], disponibilizando 103 vagas, destinadas às pessoas atendidas pelo DEPAD, para tratamento de noves meses. De acordo com a matéria, a prefeitura se comprometeu a contribuir com alimentos e, no futuro, firmar convênio para repasse de verbas. Não obstante, Edneusa Paiva informou que uma das preocupações da prefeitura em relação às comunidades terapêuticas era o fato dessas instituições apresentarem deficiência em termos de qualificação profissional, recursos humanos, materiais e financeiros. Em razão disso, a Federação Brasileira de Comunidade Terapêutica (FEBRACT) ministraria um treinamento de capacitação (PREFEITURA IMPLEMENTA, 2010)[7].

Nessa capacitação, os coordenadores foram incentivados a instituir uma Confederação Estadual de Comunidades do Rio Grande do Norte com o objetivo de fortalecer o movimento, tal como informou Murilo, coordenador da Comunidade Terapêutica Nova Aliança, cujo prédio sediou o referido treinamento.

Ainda em 2010, foi lançada no Rio Grande do Norte a “Frente Parlamentar de Combate ao Crack”, em audiência pública cujo objetivo, de acordo com seu propositor, deputado Antônio Jácome, era viabilizar ações de prevenção ao consumo de *crack*. Nessa audiência, esteve presente o deputado Federal Fábio Faria, presidente da “Frente Nacional de combate ao Crack”, o qual informou que estavam elaborando outro Plano de combate ao *crack*, juntamente com outros quatrocentos parlamentares, pois o Plano apresentado pela Presidência da

[6] A matéria não faz referência aos nomes das comunidades terapêuticas conveniadas.

[7] A FEBRACT ministrou cursos de capacitação em outros estados via parceria com as Coordenadorias de Políticas sobre Drogas e CONEN de vários estados. Em Mato Grosso, em julho de 2011, foi realizada a segunda capacitação (SEJUDH, 2011).

República seria muito vago. Segundo a matéria, o deputado considera que "existem duas formas de combate ao crack, a reabilitação do viciado, que demanda um trabalho extenuante de diversas pessoas, e a prevenção, que é barata e extremamente eficaz".

Estava também presente a então senadora Rosalba Ciarlini, que era, na época, a vice-presidente da "Frente Parlamentar Mista de Combate ao Crack". De acordo com a matéria, ela recomendou que o governo estadual investisse em "casas de reabilitação já implantadas, ao invés de construir novos centros, o que demandaria mais tempo e recurso". Murilo Vieira, presidente da Comunidade Terapêutica Nova Aliança, participou dessa audiência e, concordando com os parlamentares, declarou que a criação da "Frente Estadual de Combate às Drogas" era um primeiro passo para que o governo assumisse responsabilidades que eram repassadas para outros setores da sociedade (FRENTE..., 2010).

Em 2011, foi criado o Centro Municipal de Políticas Públicas sobre Álcool e Drogas (CENTAD) pela SEMTAS, "cuja função seria acolher, orientar e encaminhar pessoas com dependência química para a rede de atendimento do SUS" (NATAL (RN)..., 2011). Parece que essa era a mesma proposta lançada em 2010, com mais um órgão intermediando as ações do DEPAD e incluindo mais comunidades terapêuticas, com menos vagas oferecidas nessas instituições.

A diretora do DEPAD, Edneusa Paiva, declarou que "a partir de um convênio com seis comunidades terapêuticas da Grande Natal e uma de Pernambuco, a SEMTAS disponibiliza 85 vagas destinadas exclusivamente aos dependentes químicos atendidos pelo DEPAD[8]". Em um balanço dos atendimentos e ações do DEPAD, foi informado que, entre janeiro e março de 2011, das oitenta e oito pessoas que procuraram o órgão, vinte e nove foram encaminhadas para comunidades terapêuticas, mas, em 2010, foram duzentas e vinte e nove ao todo (SEMTAS INAUGURA..., 2011).

[8] As CTs conveniadas foram Nova Aliança – Pium (30 vagas), Providência de Deus – Alcaçuz (10 vagas), CAEED – Macaíba (15 vagas), Desafio Jovem Ebenézer – Macaíba (10 vagas), Nova Chance – Macaíba (5 vagas), Desafio Jovem Carena – Bonfim (10 vagas) e Comunidade Terapêutica Rosa de Saron – Caruaru – Pernambuco (Feminina) (5 vagas). Nessa época, não havia comunidade terapêutica que atendesse mulheres no RN. Obtive informações contraditórias a esse respeito, no mapeamento. A matéria não informa quais os termos desse convênio.

Nas entrevistas que realizei com o Sr. Marconi e com Murilo Vieira, indaguei sobre a participação deles no meio político. Eles informaram que, no passado, já haviam participado de audiência pública na Assembleia Legislativa local e de reunião com Secretarias Municipais e Estaduais. No entanto, haviam se afastado porque apenas ouviam vagas promessas que não se concretizavam. Também demonstraram descontentamento sobre essa participação, afirmando que não eram ouvidos, pois apenas assistiam às atividades.

Durante as entrevistas, os coordenadores das Comunidades Terapêuticas CAEDD, Nova Aliança, Nova Chance e Providência de Deus[9] foram unânimes em informar que a contrapartida da SEMTAS sempre se restringiu ao fornecimento de gêneros alimentícios irregularmente ao longo dos anos. Declararam ainda que, apesar de terem, em suas instituições, pessoas encaminhadas pelo DEPAD, havia meses que não recebiam tal benefício. Segundo Murilo Vieira, em período eleitoral a situação se agravava.

Em março de 2012, por iniciativa do Governo do Estado, foi iniciada uma série de encontros técnicos com a finalidade de traçar diretrizes para o "Projeto RN Vida sem Drogas". De acordo com a assessoria de comunicação, a ideia era desenvolver ações conjuntas entre o Ministério Público Estadual e as Secretarias de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social (SESED), da Justiça e da Cidadania (SEJUC), da Saúde Pública (SESAP) e da Educação e da Cultura (SEEC), além do Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio Grande do Norte (CONEN), Tribunal de Justiça, Corpo de Bombeiros e entidades envolvidas com políticas civis (RIO GRANDE DO NORTE, 2012a).

Além de investimento em estudos sobre os "malefícios físicos e psicológicos causados pelo uso do *crack*", o "Projeto RN Vida sem Drogas" prevê: investimentos no Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), ações voltadas ao atendimento de usuários abusivos de drogas e seus familiares; cursos de capacitação para profissionais da saúde, da educação e da assistência social e do sistema de segurança e defesa social do Estado do RN, tal como explicou Sonali Rosado, coordenadora do Programa (RIO GRANDE DO NORTE, 2012b).

[9] Essas foram algumas das CTs que visitei e realizei entrevistas com seus coordenadores. Mais à frente, faço referência a elas.

Em relação aos cuidados terapêuticos para os usuários abusivos de drogas, a SESAP elaborou o "Projeto de Atenção em Saúde às Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso do Crack, Álcool e Outras Drogas". A previsão é de que, até 2015, esteja formada e implantada uma rede de atenção psicossocial em todas as regiões do estado. Essa rede contará com Unidades de Acolhimento Municipais, Centros de Atenção Psicossocial 24 horas, comunidades terapêuticas, enfermarias especializadas em hospitais gerais e serviços hospitalares de referência, informa a assessoria de comunicação do governo (RIO GRANDE DO NORTE, 2012; RIO GRANDE DO NORTE, 2012c).

Em síntese, as propostas institucionais nacionais de cuidado à saúde devido ao uso de drogas, conforme apontei sucintamente acima, coadunam-se às considerações de Medeiros (2010, p. 188):

> Os modelos mais recorrentes na sociedade brasileira são: o modelo médico, que trabalha com a lógica da centralidade no estudo de caso e na medicalização absoluta, no nível de internação para desintoxicação, na permanência diurna e ambulatorial; o modelo religioso, que defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses e prioriza a religiosidade e o trabalho; e o modelo jurídico, que atua com a lógica do delito e da penalização.

Considerando as ações das políticas públicas que estamos acompanhando pela mídia em relação ao combate ao uso do *crack*[10] no Brasil, parece que estamos vivendo um retrocesso histórico. As ações das políticas públicas que teriam por finalidade contemplar uma maior atenção sobre o usuário abusivo de *crack* são facilmente comparáveis, a meu ver, com a intervenção sobre a loucura durante o século XVIII e também com o movimento higienista brasileiro do século XIX. Diante desse panorama, valeria indagar: desde a implantação da medicina social, na sociedade ocidental, entre os séculos XVII e XIX (FOUCAULT, 2005, 2007) até o século XXI, as políticas de enfrentamento às endemias ou epidemias alteraram muito suas formas de ação? A política pública de saúde brasileira direcionada aos usuários de drogas, destacando-se aqui as ações relativas aos usuários de *crack* no século XXI, apresentam avanços ou retrocessos? Será que não presenciamos, no

[10] Cf. "SP dá 1º passo para internação forçada de meninos de rua usuários de droga" (2011).

Brasil, novamente uma estratégia exacerbada de exclusão de sujeitos pobres, tendo no momento como argumento o combate ao uso de “drogas”?

1.3 Comunidade Terapêutica: um conceito

Nas sociedades ocidentais modernas, a categoria comunidade terapêutica (CT) pode se referir tanto a um tratamento psiquiátrico quanto a um tratamento em regime residencial para cuidado terapêutico de pessoas que fazem uso abusivo de drogas (DE LEON, 2009). Os dois modelos apresentam aspectos em comum, destacando-se o ambiente visto como espaço terapêutico e as relações interpessoais dentro desse espaço. A principal diferença está relacionada ao tipo de público que atende e à formação dos coordenadores de tais instituições, além da forma de administração (GOTI, 1990; DE LEON, 2009).

Apresento agora, sucintamente, alguns aspectos do conceito psiquiátrico de CT. Em seguida, tomarei como tema de abordagem os aspectos históricos das CTs direcionadas para tratamento de usuários de drogas, apontando sua disseminação no território brasileiro.

O conceito de comunidade terapêutica é oriundo da psiquiatria social, elaborado em meados do século XX por Maxwell Jones, na Grã-Bretanha. Jones é considerado um personagem ativo da terceira revolução psiquiátrica. O contexto médico à época era baseado fortemente no determinismo biológico. Além disso, a autoridade e a distância do médico em relação ao paciente eram enormes. As relações interpessoais e o contexto social de cuidados não eram percebidos como mecanismos terapêuticos efetivos (JONES, 1972).

O termo comunidade terapêutica surge da ideia de organizar uma unidade psiquiátrica como um local terapêutico em que todos (médicos, pacientes, enfermeiros, funcionários da administração etc.) se envolveriam na elaboração de um ambiente de cura. Previa uma relação democrática entre médico e pacientes e uma atuação mais direta dos internos nas decisões da instituição. Assim, a autoridade entre funcionários, responsáveis e pacientes seria difusa (JONES, 1972). A comunicação dos pacientes entre si e o grupo de funcionários, objetivando controle, tolerância e aceitação de comportamentos disruptivos, era muito valorizada. A educação, a pressão de grupo e o trabalho produtivo, ou “laborterapia”,

também faziam parte da nova modalidade de tratamento e visavam a uma melhor reinserção na sociedade. Além disso, Jones (1972) propunha mudanças na formação e atuação do corpo médico e a ampliação do quadro de profissionais, incluindo assistentes sociais, antropólogos e sociólogos. Jones inovou, também, quando investiu em terapia de grupo, considerando-a mais eficaz do que a prática individual. Segundo De Leon (2009, p. 14):

> O surgimento da CT psiquiátrica costuma ser visto como parte da "terceira revolução em psiquiatria", a passagem do uso de terapeutas individuais a uma abordagem psiquiátrica social acentua o envolvimento multipessoal, o uso de métodos grupais, a terapia do ambiente e a psiquiatria administrativa.

A CT que nasce da psiquiatria social foi inicialmente direcionada para pacientes psiquiátricos crônicos. Atingiu o ápice de aplicação e satisfação de seu idealizador no período logo após a II Guerra Mundial, quando Jones foi chamado para dirigir uma unidade psiquiátrica que recebia soldados americanos enviados à guerra e que estavam com dificuldades de adaptação social. De acordo com Goti (1990, p. 20):

> [...] Maxwell Jones derribó los muros de los antigos hospicios psiquiátricos, niveló las estrictas jerarquías entre médicos y pacientes, entre sanos y enfermos e introdujo las asambleas, lugar donde todos los integrantes del hospital, en situación de igualdad, participabam en la organizacipon diaria de las atividades.

Do mesmo modo, até 1960, a psiquiatria brasileira centrava-se no "modelo asilar de assistência psiquiátrica", no qual eram recolhidos, sem discriminação, negros, bêbados, desempregados, migrantes, o que pode nos remeter às análises de Foucault (2005) ao retratar a loucura no Ocidente.

Segundo Teixeira (2012, p. 66) as antigas colônias agrícolas ocupavam grande espaço, onde ficavam alocados milhares de pacientes crônicos: os despossuídos da sorte, herdeiros trágicos de uma sociedade rural e escravagista que não incorporara boa parte de sua população ao mercado formal de mão de

obra, nem lhe proporcionara acesso à educação, moradia e outros benefícios sociais[11].

Era de conhecimento público a desumanidade da proposta terapêutica oferecida e os parcos investimentos públicos em saúde pública. De acordo com Teixeira (2012), a inserção e a defesa da instauração das CTs no Brasil estão ligadas à influência econômica e política dos EUA, que visavam maior oferta de cuidados para os que representavam força de trabalho produtiva. Entre 1969 e 1973, durante a ditadura militar, a assistência médica brasileira mantinha fortes relações com o chamado "milagre econômico brasileiro". Neste, período a partir da junção de diversos institutos de assistência, foi criado o Sistema de Previdência Brasileiro.

O projeto de assistência criado pelos militares não previa a recuperação ou modernização do sistema de saúde existente, ou seja, dos hospícios públicos. Apostava na contratação de leitos em pequenas clínicas psiquiátricas modernas: "Os leitos privados eram destinados aos trabalhadores ativos e seus dependentes, cobertos pela Previdência Social. Os antigos hospícios continuariam destinados à sua freguesia tradicional de miseráveis" (TEIXEIRA, ibid, p. 67). Entre 1965 e 1970, a população dos hospitais públicos continuou estável, enquanto a que estava sendo atendida por instituições conveniadas, que era de 14.000 pessoas, passou para 30.000 (TEIXEIRA, ibid).

Ainda segundo esse autor, surgiu um movimento que se opôs a essa realidade e em defesa de mudanças na assistência psiquiátrica brasileira. Este movimento foi influenciado pela psiquiatria democrática italiana, pela psiquiatria francesa e pela psiquiatria preventiva e comunitária norte-americana, mas a influência de Maxwell Jones é considerada a mais importante:

> as comunidades terapêuticas adquiriram no Brasil um importante tom político e contestatório, num contexto de questionamento do regime político vigente. A experiência era pensada, via de regra, como um passo exemplar de uma transformação política que, no futuro, deveria ser mais ampla. Elas pretendiam, simbolicamente, sugerir o

[11] O documentário "Em nome da Razão: um filme sobre os porões da loucura", filmado no hospício de Barbacena-MG, oferece uma visão, lamentável, diga-se de passagem, dessa realidade brasileira (EM NOME DA RAZÃO..., 1979). Maiores detalhes sobre a história da psiquiatria no Brasil podem ser localizados, entre tantos outros meios, em "Hospício Pedro I: da construção a desconstrução" (HOSPÍCIO..., 2013).

> modelo de uma sociedade igualitária, democrática e participativa, desejada por seus participantes. Em alguns casos, defendia-se a progressiva expansão dos mecanismos de participação até o *estabelecimento de um autogoverno (*TEIXEIRA*, ibid, p. 67).*

O saber psiquiátrico buscava estabelecer mecanismos centrados nas ações comunitárias, uma psiquiatria além-muros, e o primeiro passo seriam mudanças na lógica do modelo manicomial vigente. Os hospitais deveriam centrar sua atenção na recuperação do paciente e, para tanto, integrar as famílias, promover acompanhamento médico e atividades laborais no tratamento, além de democratizar as relações entre enfermos e equipe médica, um dos fundamentos encontrados no pensamento de Maxwell Jones. As etapas transformativas do hospital deveriam passar pelo seguinte esquema "evolutivo": Terapia Ocupacional; Clube Terapêutico; Grupo Operativo; Comunidade Terapêutica Hospitalar e Psiquiatria de Comunidade ou Setor (TEIXEIRA, 2012).

Em 1965, o psiquiatra Luiz Cerqueira, que realizou grandes esforços para a mudança da realidade assistencial da saúde mental no Brasil, considerava a comunidade terapêutica uma estrutura social curativa, que ao integrar a praxiterapia potencializava as probabilidades reabilitadoras (TEIXEIRA, 2012).

De acordo com De Leon (2009), Goti (1990) e Glaser (1981), apesar de haver aspectos em comum entre a CT psiquiátrica e a CT voltada para os cuidados de usuários de drogas, esta última não possui qualquer relação com os antecedentes históricos ou sofreu qualquer influência da primeira. No entanto, o próprio desenvolvimento histórico, que será apresentado a seguir, parece apontar para uma influência da concepção da CT psiquiátrica sobre as CTs religiosas.

1.3.1 Comunidade terapêutica religiosa: leiga, mas não laica.

Na contemporaneidade, o termo comunidade terapêutica (CT) se refere a um modelo residencial de cuidado a usuários de drogas. De Leon (2009) denomina essas instituições de "CT de tratamento da dependência química" e ressalta que também são conhecidas por CT de "conceito" ou "CT isenta de drogas". Araújo (2003) relata que a Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas dos Estados Unidos define a proposta terapêutica de tais instituições como

> [...] um tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação. As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade (ARAÚJO, 2003).

De modo geral, essas instituições propõem um tratamento baseado na seguinte tríade: disciplina, fé e trabalho.

A duração do tratamento pode variar de três meses a um ano, em regime fechado. O interno só tem autorização para receber a primeira visita de seus familiares, normalmente, um mês após sua internação (DE LEON, 2009). Portanto, as CTs religiosas mantêm uma série de regras que balizam sua proposta terapêutica. Assim, seu descumprimento acarreta ações disciplinares diversas. É proibido qualquer ato violento, físico ou verbal, além da proibição do uso de qualquer droga (no caso das CTs católicas, algumas permitem que o interno fume cigarros). É vetada qualquer relação sexual, física ou imaginária. Os internos são obrigados a manter "boa aparência". Por exemplo, em muitas delas, o interno não pode ter cabelos compridos ou usar roupas estilizadas, sendo necessário se submeter à autoridade de terceiros, sejam internos, sejam coordenadores da instituição, sem questionamentos, deve ouvir e acatar o que foi dito. Somente pode receber presentes se tiver permissão. O interno precisa ser pontual nas atividades que lhe são propostas. Assim, burlar essas normas pode levá-lo a pequenas sanções ou à expulsão do programa (DE LEON, 2009; GOTI, 1990).

De acordo com Taniele Rui a crença em um ser superior é utilizada como o principal instrumento terapêutico:

> Entre os evangélicos "Jesus" é a solução para todos os males, entre os católicos, Ele é que poderá dar forças para o interno superar as dificuldades que o tratamento impõe. Por isso fazem parte da rotina dos internos muitas orações e leitura da bíblia. Também há um grande incentivo para que se assumam em público os problemas pessoais. Nessas instituições é terapêutica a prática da confissão coletiva. Essa prática é realizada em reuniões diárias ou semanais. Nas CTs não há assunto privado (RUI, 2008).

As atividades laborais, também chamadas de “laborterapia”, possuem função socializadora e de integração de hábitos cotidianos familiares, considerados perdidos devido ao uso abusivo de drogas. As atividades laborais incluem a manutenção e a limpeza cotidiana das CTs, não havendo pessoal remunerado para esse tipo de atividade. Assim, são os internos que preparam as refeições, arrumam os cômodos da instituição, lavam a roupa, capinam o quintal, realizam reparos na estrutura física ou cuidam de parte das questões administrativas. A distribuição dessas atividades segue um padrão hierárquico: quem está há mais tempo na instituição fica com os trabalhos mais especializados ou tem a função de coordenar os trabalhos dos demais internos. A realização descuidada de qualquer atividade laboral, a não realização dela, ou qualquer modo de burlar normas acarretam penalidades diversas. Dentre elas, podemos citar a privação de alguma refeição, o aumento da carga de trabalho, a realização de trabalhos de menor *status* social ou a repreensão verbal.

A rotina diária de uma CT é relativamente fixa. De modo habitual, inicia às 7 da manhã e termina por volta de 10 horas da noite. Os internos e o corpo de funcionários se reúnem nas três refeições diárias e em três reuniões. Nestas, são realizados estudos bíblicos ou orações, normalmente seguidos da discussão a respeito de aspectos relativos à vida cotidiana da CT, sendo levantados problemas e soluções para eles. O tempo intermediário entre as refeições e as reuniões é utilizado para a realização das “laborterapias” e para o descanso (DE LEON, 2009; GOTI, 1990).

De onde surge um tratamento como este, que conta com a disciplina, fé e trabalho como forma de cura, sem a intermediação de remédios e contato com o mundo exterior? É possível que um pouco da história dessas instituições possibilite compreender melhor a lógica que gera essa proposta terapêutica para usuários de drogas.

1.3.2 Usuários de drogas e as comunidades terapêuticas: criação de religiosos, leigos e médicos?

Na perspectiva de De Leon (2009), os estudos referentes às comunidades terapêuticas para usuários de drogas não oferecem um histórico aprofundado sobre essas instituições, embora existam alguns levantamentos de seu desenvolvimento. As CTs modernas, direcionadas para usuários de drogas, partem de três influências básicas: o movimento de Oxford, os Alcóolicos Anônimos (A.A.) e a Synanon (GOTI, 1990; DE LEON, 2009; GLASER, 1981). Desse modo, a contextualização histórica a respeito das CTs que desenvolvo não se pretende exaustiva. Presta-se a compreensão da lógica interna que move tais instituições na contemporaneidade brasileira.

O movimento de Oxford é um grupo religioso evangélico luterano, fundado em 1920 por Frank Buchman. Esse movimento carrega influências dos grupos religiosos Quakers e dos Anabatistas, precursores dos Menonitas e dos Amish. Tinha por meta o retorno às práticas originárias do cristianismo. Nessa busca acomodava as mais diversas restrições cotidianas e sofrimentos humanos (DE LEON 2009; GLASER, 1981). De Leon (2009, p. 18) esclarece que, “embora não constituísse o foco principal, os transtornos mentais e o alcoolismo, na qualidade de erosão espiritual, eram contemplados pela preocupação do movimento”, através da lógica da ética do trabalho, do cuidado entre pares e valores evangélicos.

No caso dos Alcoólicos Anônimos, trata-se de um grupo de autoajuda não residencial, fundado por dois alcoolistas, um empresário e um médico, em 1935, no estado de Ohio-EUA. Essas pessoas foram diretamente influenciadas por um ex-alcoolista, que encontrou auxílio e se converteu aos princípios cristãos do grupo de Oxford, fazendo da “salvação de outros alcoólicos sua missão” (DE LEON, 2009, p. 19).

A proposta terapêutica do A.A. tem por base os “Doze Passos e as Doze Tradições” que resultam de uma síntese dos conceitos da medicina e da religião. Conforme De Leon (2009), esses princípios são influenciados pelo movimento de Oxford. No entanto, a ideia de um Deus específico como fonte de poder superior foi relativizada.

“Os Doze Passos”, resumidamente, apontam para a admissão do usuário abusivo de álcool (para si, para os outros e para Deus) de sua impotência perante a droga, que o faz perder o controle sobre sua vida; a crença na existência de um poder Superior ao Eu, que pode devolver a “sanidade” e que a Ele deve entregar sua vontade e vida para serem cuidados; a realização contínua de um “destemido inventário moral” de si mesmo, uma listagem de todas as pessoas que prejudicaram e reparação de tais danos; ter na prece e na meditação contato com Deus (não se refere à conversão a alguma religião), solicitando força de vontade; transmissão da mensagem do A.A. e prática de seus princípios na vida cotidiana. Tais princípios são aplicados, normalmente, em reuniões semanais. Não há dados estatísticos a respeito do número desses grupos, os quais se fazem presentes, praticamente, em todo o mundo (A.A., 2012).

Segundo De Leon (2009), o A.A. define o alcoolismo como uma doença gradual, espiritual e física que alcança alta porcentagem de cura quando o usuário consegue ficar um ano sem ingerir bebida alcóolica. Isso influencia a aceitação do meio médico a esse tipo de abordagem terapêutica.

A afirmação da eficácia da proposta do A.A., não é confirmada por dados empíricos dos relatórios e pesquisas nacionais e internacionais. Apesar da grande proliferação deste tipo de grupo, o alcoolismo há tempo ocupa o primeiro lugar, como a droga mais consumida e a que mais problemas sociais gera (ver relatório ONU, dados livros de drogas, e tal)

No caso da Comunidade Synanon, ela foi fundada em 1958, na Califórnia, por Charles Dederich, egresso de um dos grupos do A.A., que uniu essa experiência às outras concepções pragmáticas e filosóficas, com forte influência da psicanálise. O programa Synanon, inicialmente, mantinha as características clássicas de grupos de autoajuda, com reuniões semanais. Era direcionado, porém, aos usuários de todos os tipos de drogas, apostando mais na força individual e na convivência em grupo como formas de atingir mudanças na subjetividade das pessoas, do que na noção de um poder externo.

Um ano mais tarde, em vez de reuniões semanais, o grupo passou a residir num mesmo espaço, surgindo desse modo a primeira comunidade terapêutica residencial ou CT moderna para o cuidado de usuários abusivos de drogas.

Funcionou por mais de 15 anos, prosperou como organização e foi considerado um programa inovador em sua época. Mantendo a tradição da A.A. de independência fiscal, a Synanon buscou uma orientação empresarial, desenvolveu negócios lucrativos e buscou recursos nos setores público e privado. Apesar de permitir uma ascensão aos níveis superiores de direção, conservava uma estrutura hierárquica e autocrática. Após grande ascensão financeira, faliu devido à má administração e à dificuldade de convivência interpessoal interna (DE LEON, 2009, p. 21). A estrutura hierárquica e autocrática da Synanon justificava-se, segundo De Leon (2009), pois as pessoas que procuravam esse tipo de auxílio eram autores de ações socialmente danosas[12] :

> O único quadro de referências que lhes era acessível em termos de estruturas organizacionais eram as prisões, os hospitais e suas próprias famílias (muitas vezes disfuncionais e abusivas). Logo, não surpreende que a organização da Synanon, por exemplo, tivesse por modelo um substituto autocrático e hierárquico da família. Além disso, o estigma da dependência química e as constantes pressões fiscais sobre esses programas baseados na comunidade, ainda marginalizados, costumavam reforçar sua coesão familiar (DE LEON, 2009, p. 25).

A Synanon se aproxima das concepções do A.A. quando baseia sua proposta terapêutica nas ideias de autoajuda e considera que a cura ocorre por meio de mudanças internas e relações interpessoais. Prevê também apoio individual e terapia em grupo. A fase inicial do tratamento acontece quando a pessoa admite ser usuário de droga e se dispõe a cuidar de si, mudando seus hábitos. A fase intermediária começa quando ocorre o processo de autoexame e de socialização de seus problemas com os demais, período "que envolve um inventário moral e pessoal, a confissão a outra pessoa e o esforço de autocorreção" (DE LEON, 2009, p. 21). Numa fase mais autônoma do tratamento, há ênfase na insistência da "honestidade pessoal, no humilde pedido de ajuda" para manter-se abstêmio e no auxílio a outras pessoas. Sequencialmente, essas fases correspondem, de modo sintético e análogo, aos "Doze passos do A.A" (DE LEON, 2009).

[12] A epistemologia (GOTI, 1990; DE LEON, 2009, entre outros) das CTs direcionadas para usuários de drogas enfatiza que elas não guardam semelhanças com a CT psiquiátrica, principalmente devido à forma de gerenciamento daquela, que conceitualmente se declara democrática, como visto anteriormente.

Ainda conforme De Leon, as maiores diferenças entre o A.A. e a Synanon referem-se ao atendimento dos usuários de diversas drogas e à menor importância da religião. Diferentemente do A.A., o Synanon enfatiza a vivência em ambiente residencial, aspecto que o aproxima à CT para usuários de drogas e à CT psiquiátrica idealizada por Jones (1972).

A Synanon nunca se descreveu como instituição de cuidados direcionados para usuários de drogas, mas como uma "comunidade alternativa de ensino e vida". A partir de autores como Bridgeland e Broekaert, De Leon informa também que o termo "educação terapêutica", desde o início do século XX, tem sido utilizado de várias formas para "descrever escolas especiais para crianças desajustadas" (DE LEON, 2009, p. 27, N.R.).

A versão institucional do A.A. ficou conhecida como modelo de Minnesota. O tratamento ocorre em regime fechado e isolado, com duração de tempo prevista, normalmente, de nove meses. Os internos participam de um programa intensivo de terapia de grupo, palestras, leituras e reuniões do A.A. ou dos Narcóticos Anônimos (N.A.), que se trata de um modelo institucional similar ao A.A. que atende a usuários de outras drogas, além do álcool. A equipe de cuidadores, além de médicos e psicólogos, é composta por participantes do A.A. que completaram "os Doze Passos" (A.A, 2012).

A proposta do modelo Minnesota, menos sectária do que o proposto pelo movimento de Oxford, tem influenciado boa parte das CTs no mundo. De acordo com Fracasso e Landre (2012, p. 511),

> as comunidades terapêuticas contemporâneas vêm paulatinamente associando sua experiência de recuperação baseada na espiritualidade e na filosofia dos 12 passos com modelos psicológicos de orientação cognitivo-comportamental, como prevenção à recaída e à psicodinâmica (FRACASSO; LANDRE, 2012, p. 511).

No entanto, é possível ajuizar que, no Brasil, a influência religiosa nesses tipos de instituições de tratamento perpetuou-se, senão na totalidade das CTs, ao menos em sua maioria. De Leon (2009, p. 10, N.R.7), a esse respeito, afirma:

> A separação entre religião e terapia é explícita nas CTs norte-americanas e europeias. Entre algumas CTs de outras regiões e cultura como a América Latina, a prática e os ensinamentos religiosos têm sido integrados à rotina diária das CTs.

1.3.3 Comunidades terapêuticas religiosas no Brasil

Se no âmbito internacional a produção acadêmica sobre CT deixa a desejar (DE LEON, 2009; GOTI, 1990), a situação no Brasil se mostra mais acentuada. A escassez de trabalhos que abordam as CTs é enorme (FRACASSO, 2008; RUI, 2010; ARAÚJO, 2003). Inicialmente, como também ocorreu no âmbito internacional, as instituições, que existiam em grande número, não eram constituídas oficialmente, dificultando o acompanhamento de suas trajetórias. Além disso, muitos dados são contraditórios.

Em meados do século XX, os brasileiros contavam somente com os manicômios como alternativa de tratamento de uso abusivo de droga, e as igrejas recebiam inúmeros pedidos de ajuda. A psiquiatria não conseguia atender nem mesmo à grande demanda de doentes com transtornos mentais. Havia algumas clínicas privadas, mas de alto custo, inviabilizando esse tipo de tratamento para a maioria da população (CHAVES, 2007)[13].

As CTs religiosas brasileiras prestavam atendimento a usuários de drogas antes que o governo brasileiro tenha iniciado a elaboração de políticas públicas voltadas a esse público. Segundo Fracasso (2008, p. 14), criam-se centros iguais aos existentes através de uma cultura de reprodução de modelos. As CTs se constituem por interesse de residentes e familiares que passam por tratamento e mobilizam novos parceiros em pequenos sítios. Reproduzem os tratamentos e modelos vivenciados em experiências pessoais sem possuir uma estrutura adequada.

Segundo levantamento de Chaves (2007), as primeiras CTs brasileiras foram: Movimento Jovens Livres – Missionária Ana Maria Brasil – Goiânia/GO, 1968; S8 – Pastor Jeremias Fontes – Niterói/RJ, 1971; Esquadrão da Vida de Bauru – Pastor Edmundo Muniz Chaves – Bauru/SP, 1972; Desafio Jovem de Brasília –

[13] Historicamente essa mesma configuração pode ser encontrada em relação a instituição e cuidados de outras doenças, por exemplo (FOUCAULT, 2005;GOMES,2004;CARRARA,1996)

Pastor Galdino Moreira Filho – Brasília/DF, 1972; Desafio Jovem Peniel – Pastor Reuel Feitosa – Belo Horizonte/MG, 1972; Desafio Jovem de Rio Claro – Sra. Vera Lúcia Silva – 1975; MOLIVE – Pastor Nilton Tuller – Maringá/PR, 1975; PINEL – Porto Alegre/RS – Hospital psiquiátrico que, em 1975, passou a atender separadamente dependentes de drogas das pessoas com transtornos mentais; Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT – Fazenda do Senhor Jesus – Padre Haroldo J. Rahm – Campinas/SP, 1978; Centro de Tratamento Bezerra de Menezes – fundado em 1968 como Hospital Psiquiátrico, em 1979, passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais; Sociedade Cruz Azul no Brasil – Panambi/RS, 1983.

No Brasil, somente em 2001, o termo "comunidade terapêutica" tornou-se nomenclatura oficial, determinada pela ANVISA (BRASIL, 2001), para instituições não governamentais que prestam atendimento a usuários de drogas em regime residencial. Em 2005, segundo Chaves (2007), estimava-se que existiam cerca de 2.000 comunidades terapêuticas no país.

De acordo com a pesquisa bibliográfica e empírica que realizei, parece-me possível ajuizar que, no Brasil, as CTs de orientação religiosa evangélica são as mais numerosas, seguidas das católicas e, em menor número, das relacionadas aos preceitos espíritas kardecistas. Não cheguei a constatar a existência de alguma CT ligada ao candomblé.

Damas (2013) pondera que, dado o aumento da demanda de pessoas em busca de tratamento, devido ao uso abusivo de drogas, e especialmente diante da "epidemia de *crack*", não é surpreendente que o governo brasileiro tenha alargado os dispositivos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo nele as CTs. O autor esclarece que, apesar de haver crescimento vertiginoso desse tipo de instituição e de cerca de 80% das pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas realizarem tratamento nelas, a eficácia dessa proposta terapêutica ainda não encontrou "evidência científica suficiente que apoie uma superioridade do método das CTs em relação a outras formas de tratamento, exceto se comparado a modelos carcerários" (DAMAS, 2013, p. 55).

Embora nos pareça correta a ponderação de Damas, não nos surpreende que o governo brasileiro tenha institucionalizado a presença de comunidades terapêuticas religiosas nos seus programas de saúde. Acredito que isso não ocorreu devido à tão proclamada "epidemia do *crack*".

Conjecturo que isso aconteceu, na realidade, tal como visto acima, porque houve negligência do Estado relativamente aos cuidados relacionados aos usuários de drogas. Nesse sentido, as entidades religiosas propiciaram espaço organizacional e condições para existência para que essa atenção fosse oficializada. Ao incluir as CTs em suas políticas públicas, o Estado brasileiro tão somente institucionaliza as propostas terapêuticas religiosas voltadas para os usuários de drogas na atualidade, mas não problematiza a sua própria atuação como responsável da saúde pública e individualiza o usuário abusivo de *crack* como "bode expiatório".

1.3.4 Saúde, religião e poder

Sabemos muito bem que é bastante antiga a relação entre saúde e religião. Segundo Foucault (2007, p. 89), a medicina social, no Ocidente, originou-se a partir de dois grandes modelos de organização médica: "o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste". O modelo produzido pela lepra era baseado na exclusão. Assim, medicar alguém era excluí-lo. O autor informa que esse modelo também era vigente em meados do século XVII, aplicado no internamento dos chamados loucos e mal feitores e que seus principais atores de cura eram as ordens religiosas (FOUCAULT, 2007, 2008, 2009).

Já o esquema médico suscitado pela peste não excluía, não expulsava os indivíduos para regiões longínquas. Ao contrário, ele visava distribuí-los lado a lado, individualizá-los, vigiá-los, verificar o estado de saúde de cada um. Era o controle da sociedade e de seus diversos fenômenos, da forma mais detalhada, em um espaço dividido e esquadrinhado, onde o olhar podia percorrer, examinar e registrar os fenômenos de maneira continua e permanentemente (FOUCAULT, 2007, p.89). Desse modo, o modelo médico gerado pela peste é conduzido pelo *"poder disciplinar"*. Do século XVII em diante, as técnicas médicas de controle

corporal mudaram a partir de uma configuração socialmente nova, a biopolítica. Se antes o comportamento era objeto de controle, em seguida passou-se a ter a economia como alvo, a eficácia dos movimentos, sua organização interna. Passou a existir uma coerção ininterrupta maior sobre os processos da atividade do que sobre o produto, através de uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço e os movimentos. A ordem não é explicada, precisa apenas ser cumprida, deve-se aprender códigos e atendê-los imediatamente. A disciplina é um método de controle detalhado dos atos corporais que sujeita constantemente suas forças e impõe uma relação de utilidade-docilidade, mas condicionado e agregado a pequenas astúcias, aos arranjos sutis, aparentemente inocentes, porém dotados de grande poder de difusão. A disciplina aumenta a força utilitária do corpo e diminui sua energia, sua potência (aumentando sua sujeição). Ela visa e proporciona uma relação que torna o corpo útil e obediente ao mesmo tempo. Além de ser uma arte de repartir corpos, alterar e acumular seu tempo, a disciplina tem de compor forças para obter melhor eficiência. O corpo de cada pessoa pode ser visto como parte da engrenagem de uma máquina (FOUCAULT, 2007).

Nesse sentido, a disciplina exige um espaço específico e fechado – locais para encarceramento dos vagabundos e dos miseráveis, colégios internos, quartéis, hospitais, que, em termos goffmanianos, recebem o nome de "instituições totais"[14] (GOFFMAN, 2010), criadas funcionalmente para satisfazer a necessidade de vigiar, de romper comunicações perigosas e de criar espaço útil. O controle da atividade é característica forte da técnica do *"poder disciplinar"*. Os horários prestam-se a três grandes objetivos – estabelecer censuras, obrigar as ocupações específicas e regulamentar os ciclos de repetição, aperfeiçoada pelas disciplinas.

Talvez o mesmo possa ser pensado em relação aos espaços dos usuários de *crack* no Brasil. Como expliquei antes, essa droga aparece no final da década de 1980, mas somente veio a ser considerada um problema de saúde pública em 2010, quando seu consumo aumenta e seus usuários passam a ocupar espaços urbanos, as chamadas "cracolândias", as quais, de acordo com Medeiros (2010, p. 179):

> são lugares vulneráveis à construção de espaços simbólicos propícios à criação e à atualização de imagens sociais negativas,

[14] Retomo esse conceito mais adiante.

> reforçadas pelas narrativas normativas para explicar a desordem, o delito, a desagregação social e a legitimação do controle e da cronicidade. São territórios de fixação do estatuto da transgressão e da reprodução da vida social, que abrigam e acolhem os "fora da lei", seja os usuários de drogas lícitas ou ilícitas, os desabrigados, criminosos, loucos, deficiente mental, etc.

Nesses espaços de aglomeração, por serem considerados perigosos e insalubres, por ordem judicial, foram desenvolvidas inúmeras ações repressivas de dispersão. Diversos mapeamentos e/ou pesquisas epidemiológicas[15] foram realizados com o intuito de registrar e definir o perfil dos usuários de *crack* (BRASIL, 2001; CARLINI *et al*., 2005, incluir pesquisa FIOCRUZ), que inicialmente eram relacionados diretamente a classe social de menor poder aquisitivo, como sujo, pobre, marginal e *noiado*.[16] Muitos atores sociais consideram que, para a sociedade, a solução seria trancafiar nas prisões os usuários de crack (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 81-82).

Um grande problema se colocava para as técnicas de governabilidade na modernidade. Segundo Foucault (2007), no século XVII, os pobres não eram considerados um problema de saúde porque não eram numerosos, assim a pobreza não representava perigo. Porém, quando essa população cresceu, a medicina, que foi engendrada como o resultado da mistura dos modelos terapêuticos suscitados pela lepra e pela peste, torna-se "social", "positiva-se", ou, talvez melhor, materializa-se discursivamente com a Lei dos Pobres, promulgada na Inglaterra, por volta de 1840. Surgiu um modo assistencial de saúde que era, ao mesmo tempo, uma forma de controle pela qual as classes ricas, ou seus representantes no governo, asseguravam, por conseguinte, a sua proteção de doenças que acometiam os pobres. Também na França, anos mais tarde, foi sancionada uma Lei dos Pobres, institucionalizando os agentes de saúde, que tinham por objetivo: o controle e poder sobre a vacinação; a organização de registros epidêmicos das doenças e a obrigação à declaração das doenças perigosas; a localização de ambientes insalubres e, dependendo da situação, a destruição de tais focos. Objetivava-se, portanto, o controle das classes economicamente desfavorecidas. Todavia, essa

[15] "Ação da Polícia Civil termina em prisões e tumulto na Cracolândia" (G1, 2014); "Primeiro grande levantamento estatístico sobre consumo de crack" (Agência Brasil, 2011).
[16] Termo que se refere à paranoia , no âmbito da psiquiatria.

legislação provocou modos de resistência em diversos países. Foucault considera curioso que grupos religiosos dissidentes de religião protestante, principalmente em países anglo-saxões, nos séculos, lutaram contra a religião do Estado e a intervenção do Estado em matéria religiosa e aponta que, no século XIX, eles reaparecem com o objetivo de lutar contra a medicalização, reivindicando o direito sobre o próprio corpo, de viver, estar doente e morrer como quiserem, evitando a medicalização autoritária (FOUCAULT, 2007, p.96-97).

Assim como ocorreu com a Lei dos Pobres, o "Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas" (BRASIL, 2010) defrontou-se com a resistência por parte de líderes das igrejas evangélicas. Em 2013, foi entregue uma carta aberta ao presidente da Câmara Legislativa dos Deputados Federais solicitando que não fossem aprovadas mudanças no referido plano, em artigos relacionados à internação compulsória, à restrição de direitos, à criminalização do usuário, ao fichamento dos internos e ao envolvimento das instituições de ensino. Reivindicavam, porém, o endurecimento da pena e nenhum avanço em direção à superação dos estigmas e da marginalização, que transformam a população pobre no maior efetivo de nossas penitenciárias (BRASIL, 2013).

As religiões cristãs, ou melhor, as sociedades regidas pelo cristianismo, por sua vez, segundo Foucault (2006), são orientadas pelo mecanismo *de "poder pastoral"*. De acordo com o autor, a característica mais importante desse mecanismo de poder é o fato de operar "sobre uma multiplicidade de indivíduos em deslocamento, indo de um ponto para outro – poder oblativo, poder sacrificial, poder individualista" (FOUCAULT, 2006, p. 67). A sociedade, regida pelo *"poder pastoral"*, impõe ao indivíduo a obrigação de se salvar, sem que haja escolha.

Para se alcançar a "salvação obrigatória", é preciso aceitar a autoridade do pastor. Todas as ações do sujeito são de conhecimento público ou, no mínimo, do conhecimento pleno do pastor, que poderá permiti-las ou não. Ele tem o poder de impor o que for necessário para o indivíduo alcançar a salvação, bem como posição privilegiada para vigiar e controlar continuamente as pessoas (FOUCAULT, 2006). A obediência é considerada um dos fatores mais importantes do cristianismo: "[...] não se obedece para atingir um certo resultado, não se obedece, por exemplo, para

simplesmente adquirir um hábito, uma aptidão ou mesmo um mérito. A obediência deve conduzir ao estado de obediência [...]" (FOUCAULT, 2006, p. 69).

Assim, manter-se obediente ao pastor torna-se condição fundamental das outras virtudes. É um sistema de obediência generalizada que se internaliza e apresenta-se como humildade cristã. Nessa perspectiva, ser humilde significa aceitar a ordem de qualquer pessoa no momento em que ela for dada. É o reconhecimento da vontade do outro como a própria vontade de Deus. Por meio de sua atuação, o pastor ensina a verdade, a escritura, a moral, preceitos da igreja e de Deus. Além de ensinar, o pastor precisa saber tudo o que suas "ovelhas" e "rebanho" fazem, ou seja, ter conhecimento dos pensamentos e segredos mais profundos do indivíduo. Para conhecer a interioridade do indivíduo, o pastor domina algumas técnicas, mas a produção da verdade é elemento fundamental no exercício do pastorado e nas relações de poder. O cristão tem a obrigação de exercer eternamente uma "confissão exaustiva" que vai produzir de certa maneira uma verdade, que era desconhecida tanto pelo pastor como pela pessoa que se confessa. A subjetivação das fraquezas humanas e tentações do corpo e da alma é o que propicia a internalização da sujeição cristã no indivíduo (FOUCAULT, 2006, p. 69-70).

> [...] é pela constituição de uma subjetividade, de uma consciência de si perpetuamente alertada sobre suas próprias fraquezas, suas próprias tentações, de sua própria carne, é pela constituição dessa subjetividade que o cristianismo conseguiu fazer funcionar essa moral, no fundo mediana, comum, relativamente pouco interessante [...] essa técnica do despertar de si sobre si mesmo em relação às suas fraquezas, ao seu corpo, à sua carne, foi a contribuição essencial do cristianismo à história da sexualidade. A carne cristã é a própria subjetividade, dessa sujeição do indivíduo a ele mesmo (FOUCAULT, 2006, p. 71).

Considerando o breve levantamento histórico sobre as comunidades terapêuticas religiosas, que apresentei até agora, e a pesquisa etnográfica que realizei, no estado do Rio Grande do Norte, e que descreverei nos próximos capítulos, creio ser razoável afirmar que as CTs psiquiátricas e as CTs religiosa são geridas, cotidianamente, por uma síntese de "poder disciplinar" e de "poder pastoral", em termos metodológicos e terapêuticos. Este é um elemento importante de aproximação entre as duas propostas comunidades terapêuticas.

No entanto, considero que as CTs ligadas às igrejas evangélicas, portanto mais influenciadas pelo movimento de Oxford, tendem a ter uma maior presença do *"poder pastoral"*. As CTs de orientação católica, como aquela observada por Taniele Rui em sua dissertação de mestrado (RUI, 2007), são claramente influenciadas pelos preceitos do modelo de Minnesota. A influência do *"poder pastoral"*, embora se faça presente, é mais flexível do que naquelas ligadas aos preceitos protestantes.

Sejam evangélicas, católicas ou espíritas, as CTs religiosas caracterizam-se como "instituições totais", conforme o termo cunhado por Erving Goffman. São instituições em que um número determinado de pessoas com características comuns convive por um período razoavelmente longo, trabalhando, residindo, brincando e sendo impedidas e/ou proibidas de se afastarem de seus espaços de inserção, limitando o contato das pessoas que ali estão com o mundo exterior. Todas as pessoas "asiladas" nessas instituições são abordadas do mesmo modo e realizam, obrigatoriamente, as mesmas atividades em grupo, em horários preestabelecidos e sequenciados. As atividades realizadas são racionalizadas, planejadas e impostas por um sistema de regras explícito para atender aos objetivos oficiais das instituições, que são reguladas, oficialmente, por uma única autoridade.

Para Goffman (2010), existem cinco tipos de instituições totais que podem ser encontrados nas sociedades ocidentais, a saber: as instituições para pessoas tidas como inofensivas e incapazes de cuidarem de si, como os asilos para idosos, órfãos, indigentes e cegos; as instituições que encarceram pessoas que intencionalmente prejudicam a sociedade, tais como os presídios, as cadeias, os campos de prisioneiros de guerra, os campos de concentração; os estabelecimentos instrumentais, como quartéis, navios; as instituições que visam à formação de religiosos ou que proporcionam refúgio do mundo, como os conventos e as abadias. Finalmente, há aquelas instituições que ficam com a responsabilidade de intervir e agir no caso de pessoas incapazes de autocuidado e que representam ameaça não intencional para a comunidade. Aqui estão incluídos os hospitais psiquiátricos, os leprosários e os sanatórios para tuberculosos. Como visto anteriormente, de acordo com Foucault (2007), com exceção das abadias e dos conventos, que são gerenciados pelo *"poder pastoral"*, as demais instituições, apresentadas por Goffman, são típicas das sociedades ocidentais caracterizadas pelo *"poder*

disciplinar*”*, cuja algumas características já citamos, que se instaura entre o século XVII e o XVIII.

As instituições, que atualmente são denominadas CTs religiosas são *instituições totais* destinadas aos cuidados de pessoas usuárias de drogas, as quais são consideradas e/ou se consideram incapazes de tomarem cuidado de si mesmas e/ou representarem um perigo, intencional ou não, para a sociedade. Essa definição não é aceita pelos coordenadores das CTs com os quais mantive contato ao longo da pesquisa, nem por alguns pesquisadores, tal como, por exemplo, Gomes (2010). No entanto, é amplamente compartilhada no âmbito da antropologia e da sociologia (RUI, 2007; MACHADO, 2011). O Conselho Federal de Psicologia e o psiquiatra Damas (2013) concordam também com essa caracterização.

CAPÍTULO II
AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS DO RIO GRANDE DO NORTE

Na pesquisa de Goti (1990, p. 16-17), ela aponta que há diferentes tipos de comunidades terapêuticas e que isso possibilita um quadro de classificação institucional. Duas das grandes divisões que a autora propõe são entre as comunidades públicas e privadas e entre as rurais e urbanas. Além disso, podem ser classificadas de acordo com o perfil de seus dirigentes: fundadas e coordenadas por ex-usuários; formadas por profissionais e ex-usuários; e operadas totalmente por profissionais, sendo estas últimas apontadas pela autora como o tipo mais disseminado. A partir da pesquisa aqui realizada, afirmo, porém, que essa não é a tendência atual no país. Dados fornecidos pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT, 2001) e pelo relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) mostram que, no Brasil, as comunidades terapêuticas religiosas são, em sua maioria, fundadas por religiosos ou por ex-usuários de drogas e situadas na zona rural.

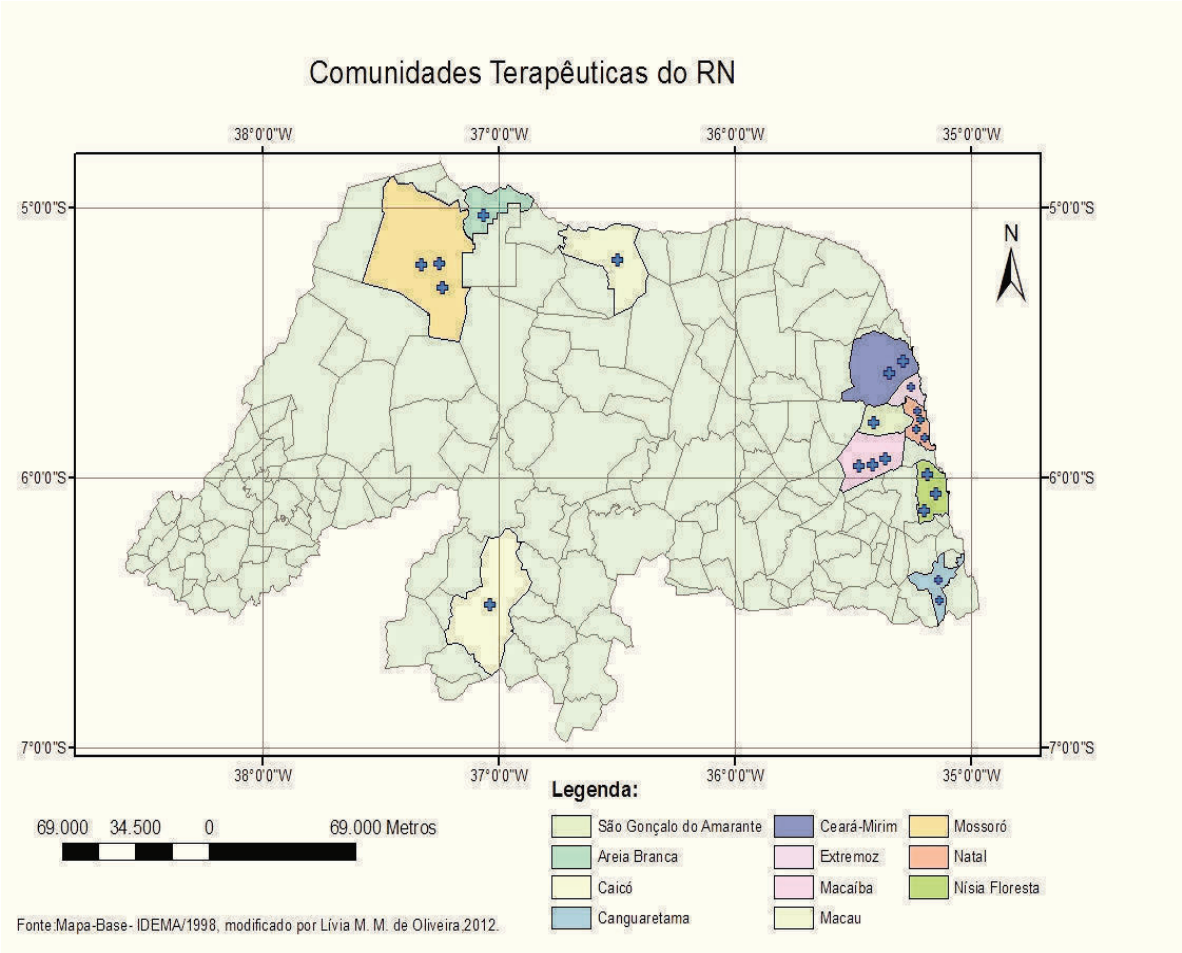
Em relação ao Rio Grande do Norte, o quadro não é diferente. A maior parte das comunidades, de acordo com minhas visitas de reconhecimento[1], apoia-se em parte dos 12 passos dos grupos de Alcoólicos Anônimos (A.A.) e nos preceitos da religião evangélica. Há, então, no RN uma mescla das premissas do modelo de Minnesota com o modelo de Oxford, descritos anteriormente. Elas atendem a usuários de diversas drogas, do sexo masculino, com idades que variam entre 15 e 60 anos. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos usuários desse serviço não concluiu o ensino fundamental e não tem o primeiro grau completo. O tempo de residência previsto no tratamento é de 9 a 12 meses. Todos os entrevistados relataram que quanto mais prolongado o tempo de internação mais eficaz é o tratamento. Declararam também que a rotatividade de usuários é grande e o tempo que cada pessoa fica internada varia muito (dias, semanas, meses). Poucos permanecem o tempo estipulado. Esse fato é também constatado tanto nos trabalhos realizados por antropólogos, como, por exemplo, Rui (2009), Melotto (2009), Machado (2011), quanto na literatura desse âmbito do saber, como De Leon

[1] Além de ser difícil generalizar tantas instituições em cinco rápidas visitas, este não é meu intento principal.

(2009, Goti (1990), Fracasso (2012) e diversos outros estudos. Enfim, é um fato mais do que constatado.

2.1 Um panorama das Comunidades Terapêuticas Religiosas do Rio Grande do Norte

Neste capítulo, apresento aspectos gerais acerca das comunidades terapêuticas situadas no estado a partir da descrição das instituições visitadas. Segundo informações obtidas em entrevista realizada com o Sr. Marconi, no primeiro semestre de 2012, que era, na época, presidente da Confederação de Comunidades Terapêuticas de Natal, recém-inaugurada, havia quatorze comunidades terapêuticas devidamente inscritas com CNPJ. Contudo, apenas nove CTs estavam filiadas à Federação. Por outro lado, foi afirmado que existiam cerca de trinta e sete instituições desse tipo. Quando indaguei se havia uma relação delas, informando que pretendia realizar um mapeamento dessas instituições no RN, foi-me dito que isso era uma estimativa, não um dado oficial, e que eles não possuíam nada por escrito. No entanto, juntando dados dispersos, obtive conhecimento de vinte e quatro comunidades terapêuticas religiosas situadas no estado, conforme pode ser observado no mapa a seguir.



No município de São Gonçalo do Amarante, encontravam-se três; no de Areia Branca, uma; em Caicó, também uma; em Canguaretama, duas; no município de Ceará-Mirim, duas; em Extremoz, uma; em Macaíba, três; em Macau, apenas uma; no município de Mossoró, contamos três; em Natal, quatro; e, finalmente, em Nísia Floresta, havia três. Dentre as CT que mapeei, visitei, de fato, sete, a fim de me familiarizar com o campo empírico da pesquisa. A seguir, discorro sobre essas visitas[2].

[2] Optei por utilizar os nomes reais das instituições (e de seus respectivos coordenadores) que visitei e que seus nomes constavam em algum documento público, como jornais ou órgãos públicos estatais, por exemplo. Em relação às que estão em vias de constituição legal, utilizo nomes fictícios, bem como para todos os atores sociais que delas fizerem parte.

2.1.1 Comunidade Terapêutica CAEED – Macaíba/RN

A Casa de Assistência Espiritual ao Dependente Químico, mais conhecida como CAEDD, ficava situada na zona rural de Macaíba-RN[3]. Considerada a segunda mais antiga comunidade terapêutica do RN, segundo seu coordenador, foi fundada em 1989 por um casal de pastores americanos. Em 2003, o casal, por motivos diversos, voltou a seu país de origem e o Sr. Marconi Pereira Brito assumiu a coordenação. Na entrevista, ele informou que era evangélico, mas não era pastor, nem ex-usuário de substâncias psicotrópicas. Tinha por volta de sessenta anos, graduado em contabilidade, mas estava aposentado.

Segundo o Sr. Marconi, a CAEDD atendia a um público masculino, com idade entre quinze e sessenta anos, de baixa escolaridade e sem qualificação profissional. Na época da visita, havia quatorze homens em regime de tratamento, mas sua capacidade era para cinquenta. Situada em um terreno de dez mil metros quadrados, funcionava em uma típica casa de sítio, de dois quartos, sala, cozinha e varanda, rodeada por cajueiros, mangueiras e coqueiro, além de um jardim de flores silvestres e muitas placas com textos bíblicos.

A casa foi adaptada para atender às necessidades da instituição. A parede que dividia a sala e a cozinha foi demolida e assim havia três dormitórios. Entretanto, devido a problemas no telhado, que estavam sendo resolvidos, só dois eram utilizados. Segundo o entrevistado, tal fato não acarretava problemas, dado o número de pessoas em regime de tratamento à época.

O banheiro antigo da casa estava desativado e servia como depósito de material de construção. Na época da visita, estava sendo construído um banheiro externo. O alicerce era para seis duchas e seis vasos sanitários separados. Mas até aquele momento havia louça sanitária somente para um. O Sr. Marconi estava esperando a doação desse material, prometida por um pastor de uma igreja evangélica. Segundo o entrevistado, os internos estavam realizando suas necessidades no final do terreno, "*no meio do mato*". Tomavam banho em uma ducha externa, debaixo de uma árvore.

[3] Os dirigentes da instituição declararam, em conversas informais ou entrevistas não estruturadas, que, apesar de o nome da confederação se limitar a Natal, na realidade, a proposta é abarcar o Rio Grande do Norte.

A casa era gradeada e na entrevista o Sr. Marconi demonstrou grande desagrado em relação ao 4º Relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) e citou a proibição das grades como exemplo de disparate do referido documento. Apontando-as para mim, ele chegou a justificá-las dizendo ser uma questão de segurança.

A varanda é utilizada para diversas atividades. Parte de sua lateral foi fechada para a construção um armário de, no qual ficavam a TV, alguns jogos e revistas bíblicas. Na frente dele, havia uma mesa grande e, depois dela, enfileirados, bancos de madeira (do tipo que encontramos em igrejas). Nesse espaço, os internos faziam suas refeições, realizavam estudos bíblicos e assistiam à TV. Esse também seria o espaço onde aconteceriam oficinas de trabalhos manuais, mas fazia tempo que isso não ocorria. Nos dias de chuva, os cultos aconteciam nesse lugar, nos demais dias, embaixo de algum cajueiro, para onde são levadas cadeiras e um púlpito.

A cozinha ficava na área externa da casa. No alpendre, no fundo, ficavam prateleiras na parede e fogão de lenha. Havia uma pia com água encanada e uma mesa de apoio. Além disso, havia a cozinha do tipo doméstica, com fogão de seis bocas e uma geladeira, local onde ficava acondicionada a maior parte dos utensílios de cozinha, que segundo seu Marconi era acionada no período noturno, quando havia necessidade, ou em dias de chuva. O Sr. Marconi mais uma vez fez comentários em relação ao relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011). Declarou que não havia lógica em solicitar que instituições em zona rural instalem cozinha industrial. O que ia acontecer, segundo ele, é o que ocorre em outras CTs, onde havia fogões industriais, mas eles não eram usados por falta de gás. Isso pode ocorrer por questões financeiras ou por falta de abastecimento de gás nas zonas rurais, declarou o entrevistado. Enfatiza que pensar a zona rural como zona urbana é incongruência dos administradores de políticas públicas.

Durante a conversa, o Sr. Marconi apontou com grande desagrado o que chamou de "*falácia da detenção compulsória*". Apontou o portão e a cerca de arame farpado, que circulava o terreno, e disse: "*aqui ninguém fica contra a vontade não. Se quiser, pode ir embora, o portão só é fechado de noite e mesmo assim é fácil pular a cerca*". Continuou: "*esse negócio de 'instituição total' não tem nada a ver com as Comunidades Terapêuticas*". Relatou ainda: "*o que temos são regras e*

disciplinas, os internos são chamados de alunos e vêm para cá adquirir atitudes, resgate não. Resgatar o que num viciado? Ele tem que aprender ser gente".

Em relação aos motivos do internamento, o Sr. Marconi apontou que a maioria dos internos são "*clínicos gerais*[4]", referindo-se a pessoas que fazem uso de diversas drogas. Informou que o álcool era o principal motivo de os usuários de droga procurarem a instituição, mas que no último semestre[5] havia tido internações por causa da cocaína, aparecendo o *crack* em último lugar. O Sr. Marconi afirmou que dificilmente eu iria encontrar uma pessoa em situação de internação que tivesse feito uso de somente uma droga, pois, segundo ele, a maioria faz uso de álcool associado a outra substância. Em seguida, complementou, "*mas o crack vem ganhando espaço no mundo das dr*ogas".

2.1.2 Comunidade Terapêutica Nova Aliança – Nísia Floresta/RN

A Comunidade Terapêutica Nova Aliança, à época da pesquisa, ficava situada no município de Pium. Foi fundada em 2004, por Murilo Vieira, coordenador da instituição, atualmente evangélico da Igreja Vida Cristã, mas que não era pastor. Na época, ele tinha cerca de cinquenta anos e possuía o ensino médio completo. Murilo declarou que se tornara evangélico e resolvera criar uma comunidade terapêutica, devido à ajuda que recebeu de um pastor quando, em 1998, usou *crack* por trinta dias e nesse período teria trocado ou vendido toda a mercadoria de sua bicicletaria, além de ter perdido sua freguesia. Murilo falou um pouco do tempo em que era usuário de drogas.

> *"O meu caso foi por isso: eu usei droga, a maconha com quatorze, quinze anos. E sempre tive comércio e consumia do meu suor, do meu trabalho. Quando foi em 1998, aí o crack chegou em Natal, aproximadamente 97-98. Todos os finais de semana eu saía para curtir em Ponta Negra, que eu morava lá. A gente cheirava cocaína no final de semana e quando terminava, para dar um relax, fumava mesclado[6]. Aí, chegou um sujeito uma vez, já com o mesclado já pronto. Eu era acostumado a fumar mesclado e na segunda estar normal. Quando eu fumei esse mesclado, eu vi que era diferente. No outro dia eu já fui atrás da droga e passei trinta dias usando crack".*

[4] Observei o uso desse termo somente nessa entrevista.
[5] Refere-se ao primeiro semestre de 2012.
[6] O entrevistado se refere a cigarro de maconha com cocaína.

Em seguida, Murilo faz uma distinção entre usuário de *crack* e dependente.

> *"Eu achava que eu era um dependente de crack e as pessoas até muitas vezes confundem e imaginam que o usuário de crack se torna dependente a partir da primeira vez que usa. Não! Ele se torna dependente com o passar do tempo. Eu só usei crack por trinta dias, então eu fui um usuário, certo?"*

Segundo o entrevistado, a comunidade atendia a um público masculino, de idade que variava entre nove e setenta e dois anos e de baixa escolaridade. O entrevistado informou que a procura por tratamento ocorria principalmente devido ao uso do *crack* e álcool e que havia pouca presença de usuários de cocaína. A previsão de duração do tratamento é de nove meses, mas o interno poderia ser desligado por decisão própria ou porque burlou as normas da casa[7]. Recebia pessoas encaminhadas pelo DEPAD e pela Secretaria de Saúde de Parnamirim, mas a maioria vinha encaminhada pela família. Na época da visita, havia sessenta e seis pessoas em tratamento na instituição.

Murilo informou que a primeira sede da Nova Aliança ficava situada em Natal, no bairro de Serrambi, em área rural. Era uma casa pequena, com capacidade para atender entre vinte e cinco e trinta internos. Em 2005, foi transferida para Pium, no município de Nísia Floresta, muito próximo de Natal, onde se encontrava à época. A realização da mudança, segundo Murilo, foi motivada pelo desenvolvimento urbano. Tal fator estava ocasionando a perda do isolamento da instituição, facilitando o contato entre os internos e a população local. Além disso, a não adesão de grande parte dos internos à proposta de tratamento, na época, também o motivou a promover mudanças.

Quando mudou a sede da Nova Aliança para Pium, Murilo desligou dezessete internos da instituição e se instalou contando com cinco. Continuando com sua narrativa, apontou para as instalações da comunidade e proferiu as seguintes palavras: "*Com esses cinco eu comecei a trabalhar e hoje a gente 'taí' com essa estrutura, uma das melhores do estado, uma das mais adaptadas às exigências mínimas da ANVISA*".

Levando em consideração as comunidades terapêuticas que visitei até o momento, a Nova Aliança é a que estava mais bem estruturada. Possuía três dormitórios, distribuídos em espaços independentes com instalações de banheiro e

[7] Cf. Anexo 1 – ficha de identificação do aluno – Comunidade Nova Aliança.

lavanderia individuais. Esses espaços comportavam cerca de vinte e cinco internos. Eram chamados de casa e possuíam suas fachadas identificadas, sendo uma delas, por exemplo, denominada “Casa de Jordão”. Murilo também chamou atenção, com o intuito de informar que atendia às normas da ANVISA (2011), para o fato de que as instalações possuíam academia de ginástica com equipamento profissional, piscina em condições de balneabilidade, refeitório e cozinha industrial.

A referida cozinha, no dia da entrevista, não estava funcionando devido à falta de gás, segundo informações do entrevistado. Ele alegou que tinha acabado justamente naquele dia e não havia tido tempo de comprá-lo e, assim, estavam utilizando a estrutura da cozinha de fogão de lenha, mas não me convidou para conhecer o respectivo espaço, nem eu insisti ou solicitei.

O espaço para as atividades religiosas parecia um auditório sem paredes. Era um espaço coberto e aberto, com cadeiras de escritório acolchoadas e forradas de azul, dispostas em fileiras, contendo, à sua frente, um púlpito. Murilo alegou que a comunidade não era ligada a nenhuma religião particular, mas que algumas pessoas da igreja que ele frequenta ministravam cultos na comunidade. Segundo o entrevistado:

> “*aqui a gente fala a palavra de Deus, a gente não fala denominação, não fala religião. Se a pessoa quiser mudar de direção realmente eu acredito que a saída é Jesus. [...] Eu encontrei esse caminho e saí. Por isso eu indico o caminho. Aí segue se quiser, se não quiser, não segue. Ele [o interno] tem livre arbítrio, vai escolher para onde vai. A gente atende todo tipo de gente. Não trabalha religião, trabalha, apresenta a pessoa de Cristo*”.

Murilo disse que o terreno era alugado e que as benfeitorias foram realizadas por ele. Informou ainda que a Comunidade necessitava de R$ 8.000,00 por mês para sobreviver e que essa despesa era suprida com a contribuição mensal de R$ 300,00 de alguns familiares e doações de alimentos realizadas por famílias que não podem pagar a taxa, além de comerciantes.

Na entrevista, Murilo declarou que, em vez de solicitar aos familiares cestas básicas, estava pedindo feijão, pois, na época, estava muito caro e a empresa que doava esse item não o fazia mais. Em relação à carne, o dono de um frigorífico, após ter tido o sobrinho internado na Comunidade Terapêutica, passou a doar parte

do que é consumido: ossos para a sopa, mortadela e salsicha. As verduras eram supridas por doações de comerciantes do centro de CEASA.

Murilo contava com aproximadamente doze pessoas que o auxiliavam na manutenção da Comunidade. Ele declarou que havia três pessoas que se restabeleceram na instituição e eram os responsáveis pela parte administrativa, ganhando uma ajuda de custo, uma vez que não eram mais internos, e sim prestadores de serviço voluntário. No entanto, não informou o valor. Cada dormitório (casa) tinha um líder[8], que possuía um auxiliar. A cozinha contava com duas equipes de internos, compostas de três pessoas cada, as quais trabalhavam em sistema de revezamento diário. Havia uma equipe de limpeza da área externa, que também tinha um líder. Conforme a necessidade, eram estabelecidos grupos de trabalhos e um líder. De acordo com o entrevistado, a principal função do líder era observar seus pares e informar o coordenador sobre todo e qualquer ato do interno, quer dizer, uma vigilância constante, como é de praxe nessas instituições, embasadas na literatura desse âmbito de saber (DE LEON, 2009; GOTI, 1990). Murilo explica:

> *"O líder é líder porque já tá há certo tempo em tratamento e vai passar experiência que teve no começo pra quem tá chegando. Ele já sabe que foi difícil chegar até aqui, ele tem dado bom exemplo. Porque na verdade, você só é autoridade se for submisso. [...] Eu sou o líder maior daqui, a primeira pessoa é Jesus, depois sou eu, o responsável, aí depois tem Leandro e Renan [os auxiliares administrativos, citados acima]. E depois deles tem outras pessoas. É tipo uma árvore, um edifício".*

Em relação às pessoas que prestavam serviço esporadicamente, o coordenador da Comunidade Nova Aliança informou, com muito orgulho, que um psicanalista aposentado atendia aos internos voluntariamente toda terça-feira. Esse atendimento, segundo Murilo, ocorria em forma de palestra ou quando o psiquiatra jogava dominó com os internos e aproveitava a situação para realizar "*a consulta*, *ficar ouvindo o aluno*". Havia uma psicóloga que recebia ajuda de custo para atender uma vez por semana. Porém, Murilo informou que, na estação das chuvas, como ocorria na época da entrevista, o acesso à Comunidade ficava comprometido e dificultava o transporte da profissional.

[8] "Líder" foi uma categoria utilizada pelo entrevistado e, em algumas outras CTs, para indicar pessoas que estão respondendo bem ao tratamento e, por isso, têm condições de orientar seus pares.

Ainda no âmbito da saúde, o entrevistado informou que mantinha convênio com a Secretaria de Saúde de Parnamirim, que prestava todo atendimento clínico que fosse necessário. Indaguei como era detectada essa demanda e ele respondeu que era função do líder[9].

> *"Por isso que tem a liderança nas casas [...]. É o líder ou auxiliar que identifica as demandas. Porque eles estão dentro da casa e veem se o cara dormiu direito, se o cara ficou, se está vomitando, se está tendo convulsão, alguma coisa. Então a informação vem por parte dos líderes de cada casa. A gente só faz alguma coisa mesmo se vier informação do líder ou do auxiliar. Às vezes os meninos[10], entre eles, ficam com alguma brincadeira e tal, aí a gente só acredita mais no líder. Às vezes o cara não está doente, aí quer dar um passeio, uma folga. Por isso que a gente só ouve o líder. O cara quer só desaparecer, aí diz que tá com dor de dente, dor de cabeça, está ruim, aí a gente liga pro líder e confere a informação".*

2.1.3 Comunidade Terapêutica Providência de Deus – Nísia Floresta/RN

A Providência de Deus ficava situada num local de beleza natural exuberante, em Alcaçuz, no município de Nísia Floresta. Era uma casa de campo de dois andares, varanda na parte externa inferior, erigida sobre uma elevação, voltada para uma das sete lagoas de Alcaçuz. Havia poucas construções em torno dessa lagoa e era pouquíssima habitada ou visitada, desse modo, a Comunidade Terapêutica contava praticamente com uma lagoa particular, rodeada por uma vegetação nativa (mata atlântica, coqueiros, cajueiros), quase intacta, em seu terreno.

Na visita à Comunidade, não falei com o coordenador, mas com o obreiro[11] da casa e seu auxiliar, pessoas que estavam respondendo pela instituição na época. Segundo eles, o responsável legal pela CT era Eduardo Castro, que seria pastor da Igreja Batista. Esse senhor também coordenaria outra comunidade terapêutica, em Mangabeira, município de Macaíba[12]. Informaram que a Comunidade Providência de Deus não era ligada a nenhuma igreja, mas que ali eles eram "*crentes*".

---

[9] Murilo não informou detalhes do convênio com a Secretaria de Saúde de Parnamirim. No entanto, o Sr. Marconi, em sua entrevista, informou que havia esse contrato e que o valor era de R$ 55.000,00.
[10] O entrevistado se refere aos internos.
[11] A expressão "obreiro" foi utilizada pelos entrevistados e corresponde ao maior cargo hierárquico da CT abaixo do coordenador geral da instituição, seu responsável. Em algumas instituições, é utilizado o termo "coordenador local". Corresponde ao líder da CT Nova Aliança. Ficticiamente, denomino-os de Luís e Paulo, respectivamente.
[12] Os entrevistados não souberam informar o nome da CT.

De acordo com os entrevistados, a Comunidade foi fundada em 2008 e atendia a homens a partir de quinze anos. Na época da pesquisa, sobrevivia com o pagamento da taxa dos internos, no valor de R$ 250,00 mensais. Relataram que o governo estadual não estava contribuindo com a manutenção da instituição. No entanto, os dois interlocutores, ao longo da conversa, informaram que não pagavam taxa. Não souberam ou não quiseram dar detalhes sobre isso, só citaram que foram oficiais da justiça que os encaminharam até ali, via DEPAD. Segundo Paulo, o obreiro, a sobrevivência da comunidade ocorria da seguinte forma: "*tem alguns [internos] que são pagos, o governo parou de nos ajudar, no momento. Mas, assim, [...] a gente se reúne aqui e distribui quatro, cinco alunos e vamos para rua fazer arrecadação de alimento*". Na época da entrevista, estavam internados dez homens, além dos entrevistados.

Para atender às necessidades da Comunidade, as instalações da casa sofreram algumas adaptações. Na parte superior, ficavam dois quartos, um escritório e o banheiro. Não fui convidada a conhecer essa parte da instituição, os entrevistados a descreveram. Segundo eles, o escritório, além de ser um espaço para guardar o material administrativo, também era o quarto do obreiro. Os quartos (dormitórios) comportavam três beliches. Havia camas dispostas na sala e a varanda também poderia ser utilizada como dormitório, se houvesse necessidade (havia ganchos e colchões para atender à demanda). Os entrevistados não souberam informar a capacidade de atendimento da comunidade. Relataram que enquanto "*chegasse gente eles iriam acomodando*".

Na frente da varanda, estava disposta, em cima de uma cadeira de plástico, uma caixa de som. Logo na entrada da sala, em uma mesa de plástico ao canto, estava uma TV quebrada, mas havia um aparelho de som em condições de uso. A programação televisiva (quando havia aparelho em condições de uso) ou radiofônica era controlada. Em grande medida, era permitida a exibição de programas evangélicos e de futebol. Ao lado da entrada da sala, onde no passado havia uma cozinha doméstica, funcionava um depósito de livros. Pilhas de livros ficavam embaixo da pia, no armário e em cima do balcão de apoio, mas também havia livros empilhados no chão ou em caixas espalhadas pelo cômodo. Entre os livros, encontravam-se coleções e publicações antigas de direito e do ensino médio.

A frente e a lateral do terreno, que faziam fronteira com a rua, eram cercadas por um muro alto. O restante da grande extensão do terreno era cercado

por arame farpado ou fazia fronteira com a lagoa. O terreno era mantido limpo e não havia jardins ou qualquer tipo de cultivo nele, a não ser um pequeno pedaço de grama, perto da casa. No dia da visita, a piscina não apresentava condições de mergulho e nado. A antiga área de lazer da casa, uma meia-água defronte à piscina, tendo como apoio o muro, na qual foi construída uma churrasqueira, estava sendo utilizada para as atividades religiosas (leitura da bíblia, cultos e orações). Nesse espaço, havia um púlpito e alguns poucos bancos de plástico dispostos desordenadamente. A churrasqueira estava interditada.

A cozinha ficava do lado externo. Entre a piscina e a lagoa avistava-se debaixo de umas árvores um telheiro baixo. Em metade de sua extensão, vista de frente, havia uma mureta. Acredito que esse era o espaço no qual se guardavam os utensílios. Na outra metade, vi uma fogueira. Não fui convidada a visitar tal espaço, apenas foi-me apontado de longe. O obreiro ressaltou que a cozinha estava funcionando temporariamente naquele espaço, pois o pastor estava providenciando a construção de um local mais adequado. Quando indaguei se havia funcionários na instituição, Luís e Paulo afirmaram que eram eles mesmos e que não eram remunerados. Em seguida, Paulo complementou: *"A limpeza geral da casa, as atividades, aqui a gente chama de terapia, fica tudo a critério dos alunos. É uma terapia, são duas horas. É ciscar, ajeitar uma cerca, limpar a casa, passar pano, lavar [...]. É uma terapia ocupacional*
que a gente ensina".

O preparo da alimentação e a manutenção da instituição fazem parte da terapia e por isso são realizados pelos internos. Os entrevistados informaram que em conversas descobrem quem sabe cozinhar e, assim, os cozinheiros são eleitos. Trabalham de segunda a sábado, mas folgam no domingo. Na segunda-feira, o cozinheiro retoma suas funções. Indaguei o que aconteceria se ele não quisesse assumir a função e o obreiro respondeu que não teria problema. Naquele momento, havia uns quatro internos que sabiam cozinhar.

O tratamento tinha previsão de nove meses de duração. Mas, de acordo com os entrevistados, poucos o concluíam. Segundo eles, os primeiros meses são os mais difíceis. Para Paulo, "*do quarto em diante você termina seu tratamento tranquilo, basta você querer. Agora, quem pensa que 'tô com seis meses, tô pronto para ir pro mundo', aí se engana*", concluiu o entrevistado.

Luís, o interno mais antigo da instituição e, por isso, constituído o obreiro da casa, completava no dia seguinte ao da entrevista nove meses de tratamento e relatou que não pretendia sair dali, por enquanto: "*Deus me botou à frente da obra, então só saio daqui quando Ele falar para mim: chegou a sua hora*". O entrevistado esclareceu que já foi usuário de *crack* e que essa substância o levou a consumir álcool. Percebia o *crack* como portador de grande malefício, como impulsionador de realização de pequenos furtos e também o causador da falta de higiene pessoal. Segundo me informou, seu envolvimento com o *crack* e o álcool durou cerca de dois anos.

Luís, com dezenove anos de idade, tinha concluído o ensino fundamental e esteve internado em outra comunidade terapêutica por três meses. Esclareceu que saiu devido a

> *"uma discussão... discussão não, desavença. Eu fiz uma pergunta, ele [o obreiro] me respondeu com ignorância. Descobriu que eu contei pra minha mãe [informou que tinha acesso a telefone e comunicou o ocorrido], mandou eu ir embora".*

Disse ainda que a referida comunidade não tinha nome, que ficava no "*Arenão*", em Pium, mas havia sido desativada desse local e estava funcionando em Mossoró, no interior do estado.

Paulo, o auxiliar, tinha vinte e três anos de idade, também havia completado o ensino fundamental. Informou que era técnico de manutenção de equipamento de cozinha e eletricista. Estava em tratamento na Comunidade Terapêutica Providência de Deus havia três meses. Era sua segunda internação. Ele informou que ficara três meses na CAEDD, em 2011, e que saíra por livre e espontânea vontade. Entre a primeira e a segunda internação, Paulo passou nove meses morando na rua. Solicitou auxílio à família para ser internado, devido a problemas com "*as pessoas da rua*". Com isso, queria dizer que sua segurança estava ameaçada. Ele declarou que não lembrava com que idade começou a usar drogas, mas havia bastante tempo e fazia uso de álcool e maconha, de modo controlado. Por volta de 2009, experimentou o *crack*, mas continuou preferindo o álcool.

Em relação às drogas que induzem ao maior número de internações na CT, apontou o álcool e o *crack*. Considerando o álcool a substância mais consumida, fez a seguinte declaração:

> *"Eu não usava crack constantemente porque todo usuário tem o seu grau de usar. Um usa crack constantemente, já aquele outro tem seu limite, ele usa, mas controla. Então cada qual tem um limite, né? O meu, eu não preferi usar o crack, eu preferi usar a cachaça do que o crack. Eu jogava crack fora, dava pra alguém e ficava com a cachaça. Então eu tava me tornando um alcoólatra mesmo, 24h com cachaça. [...] A álcool, não o crack. O crack enquanto você tá num momento ali, você não quer mais sair [...], você não quer mais sair do canto. Mas o álcool não, você sente aquela adrenalina de andar, 'eu vou andar, eu quero andar'. Aí com álcool na cabeça, você vai embora. Mas graças a Deus, disso eu creio que já tô liberto, em nome de Jesus!"*

Paulo avaliou que o *crack* tem poder de causar rápida dependência, mas considerou a possibilidade de uso controlado. Ele relata que "*o crack é uma droga que vicia em questão de minutos, 35 segundos. Mas cabe ao usuário isso daí. Eu conheço uma pessoa que tem 60 e poucos anos, ele tem padaria, tem carro, tem fazenda, ele tem tudo, ele é usuário do crack, só que se controla*".

A rotina da Comunidade Terapêutica Providência de Deus não se diferenciava das demais que visitei. Segundo o obreiro:

> *"A gente acorda 5h30min da manhã, 6h nós temos culto, 7h horas café da manhã, 8h, terapia. Até às 10h terapia ocupacional. Tem outro culto de 11h, estudo do provérbio. 12h do dia a gente almoça. De 12h as 14h é descanso. Dez minutos antes a gente bate ali que é um sininho que temos, 1h15min a gente levanta, lava o rosto. De 2h às 4h terapia para ocupar a mente e de 4h tem um lanche. De 6h tem novamente um culto aqui na casa. E quando tem alguns que dá pra levar pra igreja, eu levo. Alguns ficam na casa para assistir o culto daqui. Os que vão para a igreja são sempre acompanhados, nunca vão só. 7h, a gente serve a janta e 10h se recolhe para dormir. Horário de silêncio até 5h30min da manhã".*

Luís informou que a Comunidade tinha entre trinta e três e quarenta regras, que o interno deveria cumprir durante sua estadia na instituição. Burlar as normas implica sanções que podiam variar, tal como nas demais comunidades terapêuticas visitadas, em medidas disciplinares ou desligamento da instituição[13].

"*A regra da disciplina é tudo*", relatou o entrevistado. Além disso, informou que os internos, quando chegavam à instituição, eram levados ao andar superior da casa

[13] A questão da disciplina e medidas disciplinares é comum em todas as comunidades que visitei, as quais guardam semelhanças entre si.

e todos os seus pertences eram inspecionados, para verificar se estavam portando alguma droga, dinheiro ou celular.

Luís esclareceu que se alguém burlasse as regras era chamado para conversar e que, se aceitasse que estava errado, recebia uma oportunidade. Contudo:

> "*Se quiser levantar a voz, se engrandecer, vai pegar a Bíblia e ler um capítulo. Aí tem um prazo lá pra ele estudar e dizer o que significa aquela parte. Se o caso for mais grave aí a gente põe pra cavar buraco. Agora se agravar mesmo, a gente tem que chamar o Pastor pra pedir transferência. Se não aceitar a transferência o destino dele é casa*".

Indagado sobre quais seriam os motivos que o levariam a mandar um interno cavar um buraco, o entrevistado, como exemplo, citou que podia ser o fato de um interno:

> "*debater com o obreiro, debater com o auxiliar. No caso da gente pegar ele no banheiro fazendo coisas que não deve, tipo se excitar, tipo palavrões. Porque não é do dia pra noite que a gente para de falar palavrões, mas a gente tenta. E então quando está a quatro, cinco meses não tem como você não controlar o palavrão. Então se você chama palavrão dentro de uma comunidade evangélica que nem essa, não cola não. Isso fica a par do auxiliar que passa pro obreiro decidir o que vai ser feito*".

O entrevistado acrescentou:

> *"Lazer, a gente corta também. Corta o futebol, corta a lagoa, corta a piscina, corta as saídas de dentro da casa, ele fica retido dentro da casa, sem sair pra nenhum canto. Porque aqui, quando eles chegam, a família deixa dinheiro, mas o dinheiro não fica com eles, fica com a gente. Dinheiro não pode ficar com eles, aparelho de telefone não pode, agora que há pouco tempo que foi liberado o relógio, mas não era permitido o relógio; a gente não se responsabiliza por objetos do aluno – roupa [...]".*

Perguntei aos entrevistados se eles percebiam eficácia na proposta terapêutica das comunidades religiosas. Eles responderam que consideram boas e que o resultado depende muito da fé e da força de vontade individual. Apontaram que, após o tratamento, a pessoa deve procurar uma igreja e se afastar dos antigos

amigos. Informaram que não havia nenhum tipo de acompanhamento pós-alta da comunidade. Paulo considera que a eficácia do tratamento, para quem cumpre os nove meses previstos, é de vinte a trinta por cento. Conclui declarando

> "*que a abstinência é uma coisa que você vai lutar com ela diariamente. Ela não some, é um leão por dia que você mata. Tem que ter tipo uma arminha. Não é fácil. A todo momento você está sendo tentado. Tem pessoas que falam que estamos nos escondendo, mas não. Se a gente for lá fora, vai conviver com ela – bebida, droga, não vai sumir. Estamos dando um tempo de lá que é para poder enfrentar quando sair*".

Médico ou psicológico não faziam parte da terapia proposta pela Comunidade Terapêutica Providência de Deus, mas Luís e Paulo ressaltaram que a presença desses profissionais seria importante. Indaguei em seguida o que eles achavam que o pastor pensaria sobre a opinião deles e Paulo respondeu:

> *"Ele pensaria a mesma coisa que a gente, o acompanhamento seria muito bom. Às vezes, você tem um problema psiquiátrico, alguém tem e até nem sabem. Não é todos que demonstram ter, mas o psicólogo conversando com você uma hora, ele já arranca um monte de coisa. Um médico também, porque esse vício do crack é uma doença. Então ela deveria tá sendo tratada com mais cautela, mais rigidez. Eu não tô só falando dessa Comunidade, mas por todas. Esse vício se torna uma doença, assim como o vício do álcool. Não deveria tá do jeito que tá. Eu creio que não tá num nível bom, mas deveria ser tratada com mais atenção. Não só com essa Comunidade Terapêutica, mas em todas que existem no RN. O governo deveria se dedicar a isso".*

Falando sobre as ações do governo local, Luís ponderou que sabia que a CT recebia verba para o tratamento dos usuários de *crack*, mas que não sabia o que eles faziam com ela. Paulo complementou:

> *"Eu vim aqui sabendo que tinha psicólogo, médicos, mas quando chega aqui não é. Tão sendo pagos pra isso e não sabem o que fazem com o dinheiro. Onde estão eles? Tão deitados em casa comendo pipoca, assistindo filme? [Risos] Só pode ser".*

Em seguida, continuou:

> *"um, dois quer se mobilizar, ajudar aos centros de recuperação, mas quatro, cinco não querem. [...] Pessoas da alta sociedade estão*

> *envolvidas com drogas como passa na televisão, Janequine[14], num sei quem mais. Mas a sociedade tá fazendo o que? Olham mais pra eles que são famosos do que pra gente. Pra gente viram as costas, pra eles, abrem os braços. Tá tendo um certo termo de preconceito porque somos de baixa renda e eles de classe alta. O que vai influenciar? Se você abrir a fossa de um rico e a de um pobre, qual a diferença? Não vai ter [risos], somos as mesmas pessoas".*

2.1.4 Comunidade Terapêutica Nova Chance – Macaíba/RN

Fundada em 2008, por Alexandre Ornstein Viana da Silva, que desde então a coordenava, Comunidade Terapêutica Nova Chance é o nome fantasia da instituição Casa de Apoio Nova Chance, segundo o coordenador, amplamente conhecida como CANC. O coordenador da instituição afirmou que foi usuário de drogas e também teve passagem por comunidades terapêuticas. Na época da entrevista, tinha trinta e sete anos, ensino médio completo e recentemente se tornara pastor.

Ligada aos preceitos religiosos da Igreja Cristã Evangélica, a Comunidade recebia homens usuários de diversas drogas, acima de dezoito anos de idade. Foi-me esclarecido que não atendia a menores de idade, pois não disponibilizava de mão de obra especializada.

O coordenador da instituição, Alex, como preferia ser chamado, ao menos por mim, que era mais velha do que ele, informou que no primeiro ano de existência da Comunidade, ela funcionava em outro local, próximo a uma rodovia no município de São Gonçalo. O aumento do valor do aluguel foi o principal motivo que fez com que a Comunidade fosse transferida para Macaíba.

Acredito que, por ser localizada, na época da pesquisa, na zona rural do município de Macaíba e instalada em uma casa de sítio, a sua estrutura física e a paisagem, sobrecarregada de belos coqueiros, cajueiros e mangueiras, muito se assemelhavam à Comunidade Terapêutica CAEDD, situada na mesma região. No entanto, era menor e a instalação não era própria, como aquela. Apresentava capacidade para atender vinte homens e, na época da visita, havia doze.

Parte da Comunidade Nova Chance funcionava em uma casa de dois quartos, sala, cozinha e varanda. Um dos quartos era ocupado pelos obreiros e o outro, pelos internos, cada quarto tinha um banheiro. Eram mobiliados com beliches

[14] O entrevistado refere-se a um ator brasileiro que teve seu envolvimento com drogas divulgado na mídia. Acredito que ele tenha se confundido com o nome do ator.

e armários de uso individual. Dois anos antes da época em que a visitei, foram construídos um dormitório e um refeitório, mas não fui convidada a conhecê-los. Para a realização das atividades religiosas, cadeiras de plástico e púlpito eram levados para debaixo de árvores, na parte lateral do terreno.

O coordenador da Comunidade, ao me apresentar as acomodações da Comunidade, parecia muito incomodado com as instalações da cozinha. Informou que estava em vias de iniciar a construção de um espaço planejado para essa finalidade e que já possuía o equipamento de uma cozinha industrial, obtida por intermédio de doação de uma pessoa física. Declarou que faltava conseguir verba para as edificações. Alex informou que utiliza fogão a lenha, mas a Comunidade possuía um fogão de seis bocas. Pediu que eu não fotografasse essa área. Posso esclarecer que ela seguia os padrões de cozinhas rurais, conforme descrevi anteriormente: telheiro meio-água, erguido sobre mastros, dividido em dois. No caso dessa cozinha, um cômodo acomodava o fogo, o outro lado, a lenha, mas observei o espaço a distância. Não chegaram a me mostrar onde ficavam os utensílios e o referido fogão e geladeira. Só tive acesso, nessa comunidade, à área externa, ao escritório, e aos dormitórios descritos acima.

De acordo com a entrevista, a Comunidade sobrevivia com o pagamento da taxa dos internos, no valor de R$ 250,00 mensais. Não havia contribuição do estado, com exceção da participação de um programa da SEMTAS, de doação de verduras – banco de alimentos. Além disso, contava com doações de roupas e alimentos, em sua maioria, provenientes de pessoas evangélicas que tomaram conhecimento da instituição, dos familiares dos internos e também de algumas empresas.

Alex declarou com orgulho que, cerca de dois meses antes da entrevista, ele havia sido contemplado com uma doação de 350 kg de alimentos, provenientes do valor da inscrição de um curso de profissionalização, organizado pela Associação de Amigos de Nova Natal, bairro em que ele reside. Alex estava feliz, segundo me contou, porque havia ministrado uma “palestra sobre drogas para adolescentes, em troca dos alimentos”. O que restava dessa doação estava armazenado em uma estante de prateleiras de metal, em uma área de dois cômodos que foi construída com a finalidade de funcionar como escritório e estoque, separados das demais instalações. Pude conhecer essa parte da instituição, sendo convidada a tirar foto da estante e demais detalhes que eu quisesse.

Além da rotina de manutenção da instituição, cultos, leitura, audiência de programas televisivos ou radiofônicos religiosos, os internos tinham à sua disposição, como atividade física, o futebol. Não havia participação de profissionais de saúde, voluntários ou não, nem de demais áreas do conhecimento. Quando alguém ficava doente, a família era chamada para tomar as devidas providências. Os internos que não tinham contato com a família eram levados à rede de saúde pública.

Segundo o obreiro da casa, a maioria dos internos era encaminhada para a instituição por familiares. O tratamento tinha previsão de nove meses. A partir do sexto mês era previsto que o interno, de quinze em quinze dias, realizasse visitas domiciliares, monitoradas por telefone pela Comunidade Terapêutica. Dependendo do comportamento (se o interno saísse e chegasse depois da hora combinada ou não dormisse em casa, se os familiares notassem que ele usou drogas, se não voltasse no dia e hora marcados, se causasse conflitos domésticos), essas visitas poderiam ser cortadas e o interno passaria por sanções disciplinares[15]. A ideia era iniciar o processo de reinserção social, preferencialmente que o interno buscasse ficar com seus familiares em dias de semana, para, então, ter tempo hábil para procurar emprego.

Perguntei ao coordenador da Comunidade Nova Chance se ele poderia disponibilizar fichas de cadastro e administrativas que usava em seus controles, em branco, para a pesquisa. Ele declarou que não as tinha, que estava elaborando termos de adesão e de desligamento relacionados ao tratamento. Até o momento, ele só utilizava termos de compromisso[16]. Durante a entrevista e coleta de dados, Alex foi muito cauteloso e parecia receoso de que eu mantivesse contato com os usuários da instituição. Afirmou que, por ter sido "*usuário de drogas, pode responder muita coisa*", colocando-se à disposição para contatos futuros.

Quando questionado sobre a existência da primeira comunidade do estado, apontou a CAEED. Perguntei se sabia quantas comunidades existiam no estado, ele afirmou que trinta e sete, tinha ouvido dizer. Ficara sabendo que recentemente havia aberto uma em Mangabeira. Esclareceu ainda que não conhecia as instalações das

[15] As sanções disciplinares são quase as mesmas em todas as CTs, por exemplo, exclusão do interno de atividades esportivas, isolamento, leitura de trechos da Bíblia etc.
[16] Cf. Anexo 1 – Termo de compromisso Comunidade Terapêutica Nova Chance.

demais comunidades terapêuticas, a não ser a Nova Aliança, apesar de conhecer e ser amigo de outros coordenadores de comunidades terapêuticas.

2.1.5 Comunidade Terapêutica Novo Tempo Masculina e Novo Tempo Feminina (em construção)

Na época em que estava realizando as visitas nas CT, mantive contato com Cláudia Regina Canova, psicóloga e consultora de Recursos Humanos e área financeira. Ela estava desenvolvendo, sob o auspício da Igreja Católica, o projeto de construção dessa comunidade, idealizada e ligada juridicamente à Associação Internacional de Educadores para a Paz Mundial, supervisionada pela *International Association of Educators For World Peace*, ligada ao UNICEF e à UNESCO. Esclareceu-me que no Brasil havia dois escritórios que a representavam, um no estado de São Paulo e, desde 1999, outro em Natal, na época, sob sua coordenação.

Cláudia, na época do nosso primeiro contato, maio de 2012, declarou que a inspiração para trabalhar com comunidades terapêuticas "foi um chamado de Deus". Informou que, conforme seu plano de negócio, estava realizando um diagnóstico em comunidades terapêuticas do estado para ter noção da realidade e assim elaborar com maior solidez o projeto das comunidades terapêuticas que Deus lhe designou.

Cláudia finalizou seu levantamento e elaborou um relatório. Sua pesquisa diagnóstica envolveu sete comunidades do RN, tendo entrevistado coordenadores e internos. Apesar de termos finalidades diferentes, o levantamento realizado por Cláudia aponta alguns dados bastantes parecidos com os constatados por mim, durante as visitas de reconhecimento, conforme apontei acima, nas considerações gerais sobre as comunidades terapêuticas que visitei.

A partir dos dados obtidos no levantamento realizado, Cláudia desenvolveu "O PROJETO EXCOLA", um programa de tratamento envolvendo atividades de capacitação profissional, recreativas, esportivas, espirituais e socioeducativas. Como objetivo geral, tal projeto apresentava a meta de "*realizar tratamento terapêutico aos pacientes em regime ambulatorial ou de internamento, contribuindo para manutenção de uma vida abstêmia e para reinserção social e geração de emprego e renda*". Como objetivo específico, apontou a construção das comunidades

terapêuticas e inserção das pessoas que concluírem seu tratamento no mercado de trabalho.

A comunidade Terapêutica Novo Tempo, que atenderia a um público masculino, estava sendo erigida em Parnamirim, na rodovia BR 304, e a feminina, em Macaíba, municípios próximos à capital do estado. Em relação à proposta terapêutica, fui informada de que a abordagem seria psicossocial, "*respeitando-se suas subjetividades, além da valorização da coparticipação e da corresponsabilidade*". Cláudia esclareceu que grande parte das atividades que seriam desenvolvidas nas comunidades terapêuticas que iria dirigir seria realizada em

> "*grupo para promover um aumento de superfície de contato um com o outro, consigo mesmo, com a família, com a sociedade e com Deus, criando pontos de referência para que dependente de SPA (Substância Psicoativa) estabeleça elos que substituam a droga. Seja o estabelecimento de vínculo afetivo no campo profissional, no esporte, na música, nos relacionamentos, na experiência de serviço ao outro, na espiritualidade, todas essas modalidades têm como função viabilizar o acesso à satisfação pessoal e à integração social*".

Dentre as atividades, citou oficinas de música, atividades esportivas (vôlei e futebol), oficinas terapêuticas[17], atividades religiosas, passeios externos, como, por exemplo, ida a clubes, Igrejas, Missas, comemoração de datas festivas, encontro com os pais.

Segundo a entrevistada, a unidade masculina ficaria situada em um terreno que teve seu uso cedido por vinte anos. Nele, seria edificado espaço para desenvolvimento de agronegócios, tendo por finalidade suprir a manutenção da instituição, além da "*função de ser um local de capacitação profissional para algumas pessoas e famílias que forem elegíveis, e ser, em alguns casos específicos de recuperandos, uma terapia ocupacional*'". Informou que as empresas de agronegócio a serem construídas teriam registro com CNPJ, independentemente do que tem a comunidade terapêutica, e atuariam em conjunto, com papéis e projetos bem definidos, em planos de negócios desenvolvidos pela consultoria da Comunidade Terapêutica.

Entre os cursos de formação profissional planejados, Cláudia citou Técnico de Cozinha, Panificação, Técnico em Edificações, Pintura de Parede, Manutenção

[17] Não especificou as atividades terapêuticas que seriam desenvolvidas nessas oficinas.

de Microcomputadores, Segurança Eletrônica, Mecânica de Moto, Eletricidade Residencial. Cada curso tinha a duração de seis meses e carga horária de quatrocentas horas, com aulas teóricas e práticas, nas instalações das comunidades. As oficinas práticas seriam uma estratégia para gerar o desenvolvimento sustentável das comunidades terapêuticas. A prática da Técnica de Edificações, Eletricidade Residencial e Pintura de Parede reverteria em edificações e reparos para as próprias comunidades terapêuticas. "O produto final da execução dessas aulas práticas também contribuiria para que as CTs cumprissem as regras da RDC 129, Resolução da ANVISA de 30/09/2011, que estabelece as normas de funcionamento de uma comunidade terapêutica, as quais deveriam ser cumpridas em curto espaço de tempo", conclui Cláudia[18].

2.2 A Família nas Comunidades Terapêuticas

Na maior parte das comunidades que visitei, os internos, após um mês em isolamento na instituição, podiam receber visitas de 15 em 15 dias de seus familiares, normalmente aos domingos. Nessas ocasiões, os familiares – predominantemente mães e esposas – levam lanches e, às vezes, complementos para as refeições diárias. Tudo que é levado é incentivado a ser partilhado com os demais internos, o que condiz com a proposta de tratamento desse tipo de instituição (DE LEON, 2009; GOTI, 1990).

Durante essa fase preliminar da pesquisa de campo, tive oportunidade de realizar uma entrevista com D. Mariquinha, mãe de um rapaz de vinte e cinco anos, usuário de *crack* e outras drogas há mais de cinco anos. Em conversas informais com outras mães e algumas esposas na mesma situação, ficou claro que essas personagens são as que mais atenção dedicam aos usuários de drogas. Ao mesmo tempo, suas falas revelam que em torno delas vai se processando um isolamento social, que produz intenso sofrimento.

O sofrimento social, entendido como experiência de mal-estar social, moral e politicamente construído, envolve tanto os usuários de drogas como as suas redes de relações familiares. Na entrevista com D. Mariquinha, ela relatou que a "dependência" do filho gerava muita confusão no ambiente familiar. Seu marido

[18] É notável a diferença de "capital simbólico" (BOURDIEU, 2006) expresso tanto no discurso quanto na proposta de trabalho dessa entrevistada em relação aos outros coordenadores entrevistados.

ameaçava denunciá-lo devido aos furtos domésticos que aquele realizava e que ela, apesar de gostar muito de seu cônjuge, às vezes, sentia uma enorme vontade de separar-se dele. No entanto, não o fazia devido às filhas menores e também pelo fato de ele ser "*um bom marido, ele não deixa faltar nada em casa*". Quando indaguei se nas visitas que ela realizava ao filho, no período em que este esteve internado em três comunidades terapêuticas, as filhas iam com ela, D. Mariquinha respondeu que não, pois era um lugar em que havia muitos homens, mas que elas se envolviam demais com a problemática familiar e sofriam muito por isso. Em relação às suas irmãs, cita que elas até tentaram auxiliar, mas o rapaz também realizou furtos domésticos e elas se afastaram, *"o pior é que se afasta dele, se afasta de mim, elas mesmo dizem: agora é cada um por si"*. A mãe continuou: *"como eles não têm esses problemas na família, eles não querem se envolver, eles não vêm aqui, eu que vou lá na casa deles"*. D. Mariquinha revelou também que nem tinha vontade de sair de casa, pois sentia que seus vizinhos olhavam para ela com pena[19]. O tema das emoções e do sofrimento social parece inerente à temática dos cuidados, como apontado por Sarti (2001, 2003), Duarte (2006, 1998), Kleinman (1980), entre outros. Abordando os cuidados desprendidos a usuários de drogas, creio que esse quadro se agrava devido à ineficácia das propostas existentes para amenizar os problemas gerados pelo consumo de drogas contínuo e em grande quantidade, bem como em virtude de ser uma problemática que o uso constante acarreta e dos valores morais que perpassam a temática.

Interpelei D. Mariquinha se ela percebia eficácia nas propostas de tratamento das comunidades terapêuticas pelas quais seu filho havia passado, até aquele momento. Ela relatou que inicialmente acreditava, mas, depois, *"perdeu a fé"*, pois no final das contas, conforme afirmou, é como ele mesmo falou em uma das vezes que desistiu do tratamento: *"eu vou para casa, porque se eu quiser parar de usar droga eu paro até em casa"*. D. Mariquinha considera que é até possível que isso viesse a acontecer, mas *"quando você tem uma família todinha pra dar apoio"*. E continuou:

> *"No caso dele não, é só eu pra dar apoio, assim mermo, quando ele chega aqui eu xingo, eu não tenho mais paciência de falar, de dar um*

[19] O tema das emoções e do sofrimento social parece inerente à temática dos cuidados. Pretendo aprofundar o entendimento de tais questões no decorrer da pesquisa, tendo como fonte inspiradora autores como Sarti (2001, 2003), Duarte (2006, 1998), Kleinman (1980), entre outros.

> *apoio, eu só chamo palavrão. Às vezes, dou pancada, porque eu não sei o que acontece quando ele chega, me dá uma revolta, porque eu digo assim, um homem com quase 26 anos era pra ter sua família, mas fica aí usando droga, me fazendo sofrer, aí eu fico revoltada, sabe?*

No entanto, a mãe do rapaz concluiu:

> *"Eu continuo fazendo minhas bonecas de pano, que assim, quando ele precisa, eu posso ajudar. E quando ele pede para ser internado, quando ele vê que não está bem mesmo, eu acho bom ele se internar, se afastar das companhias ruins e sei lá, para me dar um sossego, pra eu ter um pouco de paz!".*

2.3 Algumas Considerações

Nas entrevistas que realizei com os dirigentes das comunidades, quando indaguei sobre o principal motivo das internações, automaticamente foi citado o uso abusivo do *crack*. Porém, em seguida, eles relataram que há invariavelmente consumo ao mesmo tempo de álcool e outras drogas[20]. Algumas CTs recebiam pessoas encaminhadas pela justiça, para cumprir medidas socioeducativas. Foi comum ouvir relatos de que muitos internos procuravam esse tipo de instituição não necessariamente devido à sua proposta terapêutica, mas como um local de refúgio, pois muitos usuários contraíam dívidas com traficantes ou tinham tido algum tipo de desavença com outros usuários de drogas, vizinhos etc. Ou, ainda, simplesmente os usuários queriam se afastar de seu contexto social de consumo, por alguns meses. Provavelmente devido a estes fatos, em algumas falas dos coordenadores das CTs visitadas, foi citado a existência dos *"turistas de CT"*.

Em relação à estrutura física, umas CTs eram mais sofisticadas, enquanto outras eram mais simples, mas, de modo geral, em todas havia dormitórios coletivos para seis ou mais pessoas, armários de uso individual e refeitório. Das cinco unidades situadas na zona rural, visitadas, duas delas ficavam próximas a lagoas e duas tinham piscina. Em sua maioria, havia campo de futebol, aparelhos de ginástica, televisão e aparelho de som. Os equipamentos de lazer só podiam ser utilizados em determinados horários, com a autorização do responsável pela

[20] Observa-se a convergência desta fala com os estudos socioantropológicos relativos a drogas sobre a questão do poliuso de drogas, constatada, por exemplo, por Bergeron (2012).

instituição, e as programações televisivas ou radiofônicas passam por processo de censura. Só era permitido ver ou ouvir programas e músicas de inspiração religiosa.

A estrutura das cozinhas parece-me ser o aspecto mais delicado, na visão de seus dirigentes. Isso acontece porque a ANVISA (2011) solicita que elas sigam o padrão de cozinha industrial, mas todas as comunidades visitadas, mesmo as que estão constituídas legalmente e são filiadas à FEBRACT, não atendiam a esse requisito. Em algumas delas, não foi autorizada a minha entrada em tais espaços ou então foi pedido para que não tirasse fotos. Uma das comunidades possuía na época a cozinha com os padrões exigidos, a qual foi mostrada com orgulho, mas não estava sendo utilizada, pois havia acabado o gás.

As cozinhas utilizadas, de fato, ficavam do lado externo das instituições, típicas cozinhas das áreas rurais da região Nordeste. Possuíam alpendres de uma só água, apoiados em paredes ao fundo e parte das laterais e na frente, em esteios, pilares ou colunas, fogão a lenha; algumas sem água encanada. A questão da estrutura da cozinha em si, para os fins desta etnografia, não tem importância. O fato relevante é que nesse momento ficou bastante clara a preocupação dos dirigentes das instituições em relação a questões levantadas pelo Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2011).

Sem exceção, nas comunidades que visitei, havia textos bíblicos, dos princípios dos doze passos do A.A. ou avisos estampados nas paredes. Por exemplo, “Atenção! Manter dormitórios limpos, camas e armários arrumados. Agradece: o Senhor Jesus” ou “Os olhos do Senhor estão por todo lugar contemplando os maus e os bons”.

As comunidades terapêuticas visitadas não mantinham em suas instalações nenhum funcionário. Toda a manutenção delas era feita por seus residentes e tais atividades eram consideradas *“terapia ocupacional ou laborterapia”*. Isso não é de se estranhar nem pode ser visto como exploração de mão de obra, dentro das lógicas das comunidades terapêuticas, pois, como já foi dito, a proposta terapêutica desse tipo de instituição baseia-se na tríade fé, trabalho e disciplina.

No Rio Grande do Norte, por exemplo, não é incomum encontrar pessoas vendendo material de limpeza ou algum *souvenir* em ônibus coletivos em nome da *“obra”* da comunidade terapêutica a que estão ligadas. De modo geral, quem produz e comercializa tais produtos são os internos, e isso é considerado parte do

tratamento. Em outras, muito provavelmente devido à localização geográfica, não havia confecção de nenhum material para venda. Mas as atividades de manutenção aconteciam. Nos relatos dos entrevistados, aponta-se que os internos ciscam o terreno, são os responsáveis pela limpeza da instituição, dos afazeres burocráticos e também são os próprios internos que preparam as refeições e cuidam de suas necessidades cotidianas, como lavar roupas.

Muitos segredos permeiam as instituições filantrópicas. Nas entrevistas que realizei com os dirigentes das comunidades terapêuticas, todos se mostraram cautelosos a esse respeito e foram unânimes em apontar que eram instituições sem fins lucrativos e que sobreviviam de taxas ínfimas pagas pelos familiares dos internos, que variavam entre R$ 250,00 e R$ 450,00. No entanto, segundo eles, a maioria pagava o que podia e em algumas falas foi relatada a existência de bolsas, mas não me deram maiores detalhes sobre isso. Em algumas situações, foi dito que não havia pagamento de taxa, mas em conversas informais com alguns internos ou ex-internos foi dito que os familiares arcavam com tais custos.

Além disso, os responsáveis pelas instituições relataram que recebem doações de pessoas físicas e jurídicas, das mais variadas espécies: pequenas quantias doadas por pessoas físicas ou quantias maiores doadas por empresários. Campanhas solidárias para arrecadação de alimentos também eram realizadas. Por exemplo, foi citada por alguns entrevistados a doação realizada pelo Clube de Futebol norte-rio-grandense, ABC, que durante o Campeonato Brasileiro de 2012, em algumas partidas, doou alimentos arrecadados para diferentes comunidades terapêuticas do RN (ABCFC, 2012).

As comunidades terapêuticas visitadas realizavam diversas práticas que poderiam ser alvo de crítica e que, mesmo entre elas, causavam polêmica. Uma delas costumava receber doações de alimentos de certos supermercados, mas eles eram de baixa qualidade e foram descartados dos estabelecimentos de venda. Para algumas comunidades terapêuticas, isso é uma prática que deve ser evitada. Contudo, outras aceitam tais doações sem problema.

Em relação a apoio de órgãos governamentais, três comunidades declararam que no passado recebiam gêneros alimentícios da SEMTAS, no entanto havia tempo que a Secretaria não os enviava. As demais informaram que não recebiam apoio de nehuma espécie do estado. Essas últimas comunidades não são cadastradas no CNPJ, pelo que pude perceber.

Pelo que fui informada, na época em que realizei a pesquisa, órgãos públicos governamentais do Rio Grande do Norte, como apontado anteriormente, teriam convênios estabelecidos com a maior parte das CTs que citei, no entanto não seriam cumpridos e, devido a isso, para que os usuários de drogas encaminhados a essas instituições fossem aceitos, havia um acordo tácito entre tais órgãos e algumas CTs, como, por exemplo, a Secretaria de Segurança, que barganhou com duas dessas instituições veículos apreendidos que estariam disponíveis para serem leiloados.

2.4 A formação da Confederação de Comunidades Terapêuticas do RN

Como visto no capítulo anterior, as comunidades terapêuticas do Rio Grande do Norte, antes da elaboração de políticas públicas locais direcionadas aos usuários abusivos de substâncias psicotrópicas, já atuavam no estado. No mínimo desde 2009, o governo do estado recorre a essas instituições como meio de suprir a demanda solicitada. Apesar de ter pleno conhecimento de que funcionam de forma precária, incentiva a institucionalização dessas instituições, a capacitação dos seus dirigentes e firma convênios, os quais, muitas vezes, não cumpre.

Dentro desse contexto, foi instituída no final de 2011 a Confederação das Comunidades Terapêuticas de Natal, com sede em sala cedida pelo CONEN/RN. Marconi Pereira Brito[21] assumiu a presidência, Murilo Vieira[22], a vice-presidência e Alexandro Ornstein Viana da Silva[23], a tesouraria.

Quando entrevistei o Sr. Marconi, ele declarou que estava trabalhando nesse projeto há cerca de três anos. Informou que foi difícil reunir os dirigentes das comunidades do RN e que houve muita discordância entre eles. Segundo o entrevistado, isso ocorreu devido principalmente à dificuldade do entendimento de que a Confederação era uma instituição coletiva e que não estavam em jogo interesses individuais das comunidades terapêuticas. Murilo também expressou a mesma opinião durante a conversa que tivemos. Os dirigentes de tal instituição declararam que, apesar de o nome da confederação se limitar a Natal, a proposta é a de abarcar, na realidade, todas as CTs do Rio Grande do Norte, a partir de diretórios regionais, que futuramente pretendiam instalar.

[21] Coordenador da CT CAEDD.
[22] Coordenador da CT Nova Aliança.
[23] Coordenador da CT Nova Chance.

Como dito anteriormente, com base nas entrevistas e observações realizadas, nas visitas de reconhecimento do campo de pesquisa, observei que o processo de institucionalização da Confederação tem causado certo desconforto entre os coordenadores das comunidades terapêuticas do RN. Pelo que pude perceber, tal desconforto, em grande medida, estava relacionado à falta de conhecimento dos trâmites a serem seguidos para atingir tal intento. Além disso, foi relatado que, em diversas audiências com o poder público local para tratarem dessa questão, não havia participação dos interessados, existindo ainda uma equivocada visão da formação de instituições coletivas. Acredito que tal fato ocorria, em larga medida, em razão do baixo "capital simbólico" dos coordenadores das referidas instituições e também de uma visão paternalista do estado.

2.5 Percalços e Aprendizados do Percurso Etnográfico Realizado

A mudança da linha condutora do projeto de pesquisa – uso recreativo (hedonismo) do *crack* – para o aspecto das enfermidades e sofrimento social que que o uso de drogas acarreta, as propostas de cuidados indicadas para quem faz uso dessa substância e os aspectos religiosos envolvidos nessa trama exigiram que eu iniciasse o reconhecimento do campo de pesquisa a partir de um marco zero, a fim de estabelecer com a nova ótica de estudo o que Bourdieu (2003) denomina "compreensão simpática" do pesquisador.

O autor relata que a compreensão "simpática do sociólogo" resulta do modo de condução e apresentação da pesquisa e do conhecimento prévio que ele tenha sobre o assunto. Tal conhecimento é obtido por intermédio de entrevistas anteriores com os próprios entrevistados e informantes, de sua prática como pesquisador, e também mediante conhecimento de estudos publicados por seus pares. São as informações prévias que fornecem ao pesquisador a habilidade de "improvisar perguntas pertinentes", que levem o entrevistado a se expor com maior intensidade e sinceridade, durante o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita. Praticar e apresentar exercícios que podem contribuir para uma "compreensão simpática", com o novo objeto de estudo, foi o que tentei realizar e apresentar sucintamente ao longo do texto.

Independentemente da temática, da pesquisa prévia ou do reconhecimento de campo, saltam aos olhos do antropólogo iniciante certos aspectos aparentemente

banais, que interferem no decorrer do trabalho. A título de ilustração, cito o domínio do pesquisador sobre seu aparato tecnológico, como o gravador e a máquina fotográfica, ou tornar habitual ao início de cada entrevista identificar o projeto, entrevistado, local e hora (ALBERTI, 2005). Esses aspectos são apontados teoricamente na formação, mas passar por eles deixa marcas de um entendimento vívido. Em certos momentos, achei que estava gravando a entrevista, mas não estava[24]. A lembrança desse episódio me fez ficar alerta. É notável como a identificação da pesquisa, ao iniciar a entrevista, agiliza a organização do material coletado.

Mesmo que não fosse aprendiz, a pesquisa exploratória possibilitou a elaboração de um mapa concreto, situando geograficamente algumas comunidades terapêuticas do Rio Grande do Norte e mais importante do que isso, um mapa mental indicando a posição de determinadas comunidades terapêuticas, instituições governamentais e atores sociais na arena política do estado, suas divisões e disputas, nos moldes de Bourdieu (2011, 2006).

Nesse contexto, buscarei analisar, nos próximos capítulos, os modos de subjetivação dos usuários de drogas em relação à proposta terapêutica das CTs, a partir de uma das que visitei, não elencada no rol acima apresentado, que considero representar um caso atípico das CTs do Rio Grande do Norte, ao menos das que visitei. Poderia quase dizer que se trata de uma CT que, devido às suas peculiaridades, poderia ser considerada um “tipo ideal”, nos moldes de Weber (1999). Ou seja, uma CT que necessariamente não corresponde à realidade, mas que, devido à exacerbação de alguns de seus aspectos, apresenta rico material de análise de cunho antropológico.

[24] Percebi a tempo e pude refazer a entrevista.

CAPÍTULO III
"*TIRANDO OS DOIDOS DO MEIO DA RUA E BOTANDO TUDO PARA FICAR DOIDO POR JESUS*": COMUNIDADE TERAPÊUTICA *ANZÓIS DA DOR*

A Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor*, situada em uma localidade de um dos municípios do estado do Rio Grande do Norte, foi fundada em 2010 pelo Pastor Cid da Silva, que era congregado à Assembleia de Deus – Ministério de Maduca, e por sua esposa, a pastora[1] Paty. Ao entrevistá-lo, o Pastor se declarou ex-usuário de álcool e cocaína, além de ter sido também, segundo ele, ex-traficante de maconha. Por sua vez, sua esposa alegou nunca ter usado drogas.

Fui informada de que a CT estava em vias de legalização, passando por alteração de nome e se desligando da "Assembleia de Deus – Ministério de Maduca[2]". De acordo com o Pastor Cid, a decisão de desligar a Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor* da Assembleia de Deus deveu-se ao fato de a CT não receber nenhum apoio efetivo da congregação, mas ressaltou que isso não desfazia a sua condição de pastor da referida congregação. Além disso, a Igreja que dirigia estava situada, inclusive, na mesma rua onde ficava a CT e, segundo ele, iria manter o nome da congregação até quando pudesse resolver os trâmites legais de desligamento e, possivelmente, formar um Ministério, para não depender de ninguém[3]. Dessa forma, de acordo com o Pastor, eu não deveria levar em conta as informações contidas na placa de divulgação que se encontrava na frente da instituição quando da minha primeira visita ao local, que foi trocada pouco tempo depois.

---

[1] O Pastor, vez por outra, citava um curso de formação de pastor, de duração de quatro meses, que havia frequentado com êxito. Já sua esposa não possuía formação oficial. Ela explicou que acabou sendo chamada de pastora porque era casada com um pastor e também que aprendia muita na prática. Mostrou sua Bíblia, uma edição voltada para mulheres, e me informou que havia muito material de formação à disposição e que ela achava que a maioria das pastoras passava pela mesma situação que a dela. Poucas tinham formação, apesar de saberem da existência.

[2] Nome do Ministério é fictício.

[3] Essas informações foram obtidas no início da pesquisa. Até minha saída de "campo", não houve desligamento oficial da congregação nem foi concluído o processo de legalização da CT. Cabe lembrar que durante o período da pesquisa estava se esgotando o prazo dado pela ANVISA (2011a) para a regulamentação dessas instituições, que estavam sendo oficialmente inseridas no SUS pelo "Programa de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas" (BRASIL, 2010). Recentemente, havia sido lançado o 4º Relatório de Inspeção do Conselho de Psicologia (CFP, 2011) dedicado às CT. As edições anteriores desses relatórios se dedicaram a asilos de idosos e casa de apoio a menores infratores.

Segundo o Pastor Cid, a mudança de nome da CT foi motivada por ter sido alertado de que havia outra instituição homônima, desse mesmo tipo, em Recife (Pernambuco). Como estava viabilizando o processo de legalização, ele optou por trocá-lo "*para não haver confusão*". Já os trâmites legais foram iniciados devido à solicitação de pessoas de alto poder aquisitivo que queriam ajudar a instituição, mas com a condição de que estivesse constituída conforme os padrões legais solicitados pelo Estado. As informações acerca de que havia uma entidade com nome homônimo e da necessidade de legalização da instituição foram prestadas por membros da Confederação de Comunidades Terapêuticas de Natal, conforme relatos de alguns de seus dirigentes. O Pastor também narrou o mesmo ocorrido e se mostrou incomodado com tal situação, denegrindo por diversas vezes a Confederação e/ou seus dirigentes, havendo o mesmo comportamento por parte destes últimos. Desse modo, tendo em vista as considerações de Pierre Bourdieu (2006) sobre a construção de campo de saber, as disputas entre tais campos e as intracampo, ficou bastante claro para mim (não somente por esse episódio) que as comunidades terapêuticas no Brasil estavam se constituindo como um campo de saber, conforme foi aludido no primeiro capítulo, e que enfrentavam essas três esferas comuns aos campos de saber, instituídos ou em fase de instituição.

Em uma reunião com uma médica e um empresário local, que queriam conhecer o trabalho da CT para, talvez, futuramente participarem como colaboradores, o Pastor Cid alegou o seguinte, quando foram abordadas a questão da legalização da CT *Anzóis da Dor* e a falta de idoneidade de instituições sem fins lucrativos em geral:

> *"Por isso que eu não queria legalizar, fazer nada disso. Eu queria fazer uma coisa assim, por exemplo: tirar da rua e colocar na igreja, pronto! Era o que eu queria. Mas foi descoberto, chegaram aqui dizendo que estavam me investigando há três meses. Eu disse: 'Por quê? O que foi que eu fiz?' – 'Não, você não fez, vai fazer'. 'Você vai ter que legalizar, porque nós estamos investigando todas as casas de recuperação do Rio Grande do Norte, então a gente vai fechar e vamos ajudar as que são sérias, entendeu?'"*

3.1 Conhecendo a Comunidade Terapêutica A*nzóis da Dor*

A Comunidade *Anzóis da Dor* se disponibiliza a atender homens e mulheres. Não conta com prestadores de serviço remunerados nem com voluntários da saúde ou demais áreas. Segundo o Pastor, quando os internos chegam muito debilitados ou ficam doentes são encaminhados ao serviço de saúde pública municipal. Ele considera que o principal motivo que leva as pessoas à instituição envolve o uso de *crack* e álcool, havendo uma intrínseca relação entre o uso simultâneo dessas substâncias.

Sobre a proposta de tratamento, relatou que era baseado na tríade disciplina, trabalho e fé e que tinha a duração de nove meses. Quando os internos iniciavam o tratamento na comunidade, o Pastor informou que eles eram questionados a respeito de sua disponibilidade para a conversão religiosa pentecostal. Além disso, queria saber sobre "*o que faziam antes do crack e o que eles pretendem fazer*". Dependendo da resposta, ele comprava o material para a pessoa desenvolver a antiga atividade, sendo a renda gerada por ela convertida para a instituição até o término do tratamento. Se o interno cumprisse os nove meses de tratamento, o Pastor explicou que ele sairia da comunidade com material para iniciar seu empreendimento.

Em seguida, Pastor Cid apontou, de fato, para uma síntese da proposta da CT: "*O tratamento da gente aqui é vinte e quatro horas na palavra de Deus e ocupando também vinte e quatro horas a mente. Ninguém aqui fica parado*". Explicou que os internos acordavam às cinco da manhã. Depois, faziam a limpeza da casa, participando, em seguida, do "*culto de provérbios*" matinal. Posteriormente, eles tomavam o café da manhã e iniciavam as atividades de feitura ou venda de produtos para comercialização. Ele continuou:

> *"O tratamento aqui é esse. Não tem esse negócio de tomar remédio. As mães às vezes perguntam: 'E aí, vocês dão remédio a eles?' Aí eu digo: 'não, dou, não'. Aí dizem: 'Então não dá pro meu filho aí não, porque ele é muito doido'. Eu respondo: 'Ah, aqui só tem doido, não tem ninguém são aqui, é tudo doido!' [riso]. Porque ninguém vai curar uma droga com outra pra ficar lesado o tempo todinho aqui. Aí não adianta. Sai daqui já viciado noutra droga!"*

Segundo as declarações do Pastor na primeira entrevista, o internamento mais longo que houve durou um ano e dois meses, mas a média de permanência na CT era de seis meses. Na época, chegou a afirmar que atingia, com sua proposta de cuidado, "*99% de recuperação*". Declarou que praticamente não havia "*recaída*" das pessoas que passaram por sua instituição, existindo apenas três casos nessa situação. Complementou: "[...] *por isso que eu não lembro, porque essas coisas negativas eu não gosto de me lembrar não, sabe? E já lutei pra resgatar eles de novo que, às vezes, até eu chego num lugar aí eles se escondem*". Durante o tempo em que estive na instituição, essa versão foi modificada diversas vezes.

3.1.1 A Estrutura física da CT

A Comunidade Terapêutica funciona na residência do Pastor e seus familiares. É uma construção baixa, de meia-água, com varanda gradeada na frente, contendo uma sala, três quartos, uma cozinha, um banheiro e um cômodo conjugado. Na parte interna da casa, um dos quartos é ocupado pela filha do coordenador da comunidade, enquanto o outro se destina a ele e sua esposa. O terceiro quarto, na época, servia como depósito para as doações de roupa que a instituição recebe (caixas e trouxas de roupa estavam acomodadas em um canto). Possuía uma cama e alguns colchões encostados na parede. Seria o equivalente a um dormitório feminino. Porém, quando realizei a observação participante, ele estava sendo preparado para receber o filho do casal, que estava em vias de nascer. Em todos os quartos, a mobília era nova.

Na época da primeira visita, a sala de estar armazenava o estoque de material de limpeza manufaturado pelos internos e também uma televisão de grande porte, que foi recentemente doada. Durante a noite, esse espaço era utilizado para alguns internos dormirem em redes. Quando realizei a pesquisa de campo, esse espaço continha uma vitrine com produtos de beleza, que a esposa do Pastor vendia, e também um *freezer* com picolés para a venda. Os internos dormiam na varanda ou no dormitório deles. A televisão foi transferida para o quarto da filha das lideranças religiosas. No outro vão da sala, mais comprido, havia uma mesa, na parede direita, pintada de verde-claro, um armário de cozinha do tipo popular, preso à parede, de cor branca e, abaixo, o balcão que o complementa, branco com

detalhes verdes. Junto à parede que dividia a cozinha, estava um forno de micro-ondas.

A cozinha, situada na parte interna da casa, possuía um fogão de seis bocas, uma geladeira doméstica e uma máquina de lavar. A casa e os equipamentos são de uso exclusivo dos coordenadores e sua família. Os internos não têm autorização de usá-los, a não ser que sejam solicitados a realizar alguma tarefa ou convidados a adentrar o recinto. Diferentemente das demais CTs que visitei, na *Anzóis da Dor* é o Pastor ou sua esposa quem prepara as refeições dos internos.

A estrutura que os internos utilizavam ficava do lado externo da casa. Ao fundo, junto à parede da casa, na parte mais baixa do terreno, havia uma lavanderia, com dois tanques, onde os internos lavavam suas roupas e a louça que utilizavam e, algumas vezes, realizavam suas atividades de higiene pessoal. Logo depois desse tanque, tinha um galpão coberto por uma lona azul, sem paredes, com algumas prateleiras, que abrigava uma longa mesa forrada por um plástico vermelho, rodeada por bancos e cadeiras de modelos variados. Esse espaço dispunha de um *freezer* horizontal de porte médio e uma cômoda que armazenava ferramentas, tintas, etc. Esse galpão era utilizado para a realização das refeições dos internos, reuniões e alguns trabalhos manuais. Atrás desse espaço, encontrava-se, sob a sombra de uma árvore, um fogão a lenha, que era utilizado esporadicamente, quando faltava gás ou era solicitado que algum interno assasse, por exemplo, alguma carne. O restante do terreno ficava praticamente livre, acomodando algumas mudas de plantas e alguns sacos de material reciclável, coletado para a venda.

O espaço utilizado como dormitório masculino era um cômodo conjugado ao lado direito da casa. Era um vão único, escuro, com problemas no telhado e uma pia de cozinha desativada. Em seu interior, estavam duas camas, dois beliches e ganchos para redes. Os pertences dos internos ficavam guardados em um antigo móvel de sala e em dois guarda-roupas deteriorados. Havia também um banheiro sem porta e em precárias condições de uso.

Quando iniciei a observação participante, o terreno não era o mesmo, o cenário havia mudado. Ao lado direito, na frente do terreno, na parte interna, encostada ao muro, foi construída uma casa de cachorro de alvenaria, de dois vãos, coberta com telha de amianto. O Pastor estava criando cachorros da raça *pitbull* para vender. Porém, o negócio não deu certo, pois todos morreram, apesar dos remédios e cuidados que receberam, conforme observei durante minha estadia na

instituição. Defronte da construção, encostada na parede externa da casa, havia uma pilha de sacos, cheios de estrume de gado, também para venda.

Em um plano mais abaixo do terreno, ao lado da extremidade esquerda do galpão antes citado, tinha sido construído um curral, pintado de verde, com a seguinte inscrição acima da porteira: "Casa do Zé do Bode". Abrigava seis animais e, durante minha estadia, nasceram mais dois. No espaço que sobrava entre esse curral e o galpão, havia uma pilha de estrume para ser ensacado, que crescia diariamente. Do lado esquerdo do terreno, ao fundo, encostado no muro, havia sido construído um minúsculo curral, com aparência de improviso, para abrigar quatro cabeças de gado e um novilho, visivelmente sem os cuidados adequados.

De acordo com o Pastor, os cachorros tinham sido doados. Já os bodes, cabras e gado foram comprados com o dinheiro arrecadado com a reciclagem, ação motivada por um sonho que teve; segundo ele: *"Deus me iluminou"*. Assim, tal como me explicou o Pastor, ficava garantido o leite para consumo dos internos e ainda, em caso de necessidade, os animais poderiam ser vendidos ou abatidos, para complementar o gasto ou consumo alimentar diário da instituição. Fui informada de que havia perdido o "*maior churrascão*", pois, quase dois meses antes, uma vaca quebrou a perna e foi abatida ali mesmo na CT, pelos internos, e com isso a "*mistura*[4]" ficou garantida por alguns meses. Além desses animais, ainda corriam soltos pelo terreno dois gatos e alguns coelhos, além de um cachorro vira-lata. Devido a esse cenário, havia no terreno muitas moscas e tudo era infestado por insetos que causavam "bicho-de-pé"[5].

Fui informada de que a comunidade tinha outros espaços à disposição para atender aos internos. Um deles era uma fazenda, que estava situada a 5 km de distância, aproximadamente. Por intermédio de uma das pessoas que frequentavam a igreja, o Pastor foi indicado para zelar pelo espaço, uma vez que os donos iriam passar uma temporada em outro estado e haviam despedido o funcionário que lá trabalhava. Segundo o pastor, ele iria receber uma doação de ração mensal, equivalente a R$ 300,00.

> *"[...] Ela tá ajudando em doação, como ela compra ração, já diminui no dinheiro que a gente gasta. E nisso tem trabalho pros meninos*

[4] No Rio Grande do Norte, termo bastante utilizado para se referir a carne, ovos ou peixe, que complementam a alimentação.
[5] Espécie de pulga.

> *ocupar a mente, porque eles indo pra rua, trabalhar em casa, negócio de reforma, essas coisas, cansa mais do que lá [...].”*

Como retorno, a dona da fazenda queria que ele cuidasse dos cavalos manga-larga que lá se encontravam. O Pastor estava muito satisfeito com o trato feito e comentou:

> *“[...] achei a troca justa. A terra pra gente trabalhar, se libertar também. Porque eu estou na casa de recuperação também, pode ter certeza disso. Porque se eu não tivesse nada para fazer, acho que já tinha corrido doido no meio do mundo”.*

O Pastor também estava contente por outro motivo. O cabaré que funcionava ao lado da Comunidade tinha fechado as portas e o espaço estava à sua disposição para atender a “*mulheres que usavam drogas e queriam se libertar*”. O Pastor me informou que o lugar tinha muita *“menina perdida, noiada, procurando tratamento”*, mas as comunidades do estado somente atendiam a homens. De acordo com ele, a casa estava pronta para receber mulheres.

O espaço do antigo cabaré ficava situado em um terreno de extrema beleza, largo e comprido, com muitas mangueiras e um pé de jambo. Ao fundo, ficava um rio[6]. As laterais eram muradas. Na parte da frente, havia uma cerca de varas e, para o acesso interno, um portão de arame farpado (como uma porteira). A parte de trás, margeada pelo rio, estava parcialmente cercada também com arame farpado e varas. A casa estava construída no meio do terreno, lateral direita e composta por três quartos, sala, cozinha e banheiro. Na frente, havia uma varanda gradeada e, ao lado, uma garagem.

O banheiro apresentava tanto problemas hidráulicos quanto estruturais, como o piso, que estava erodindo, talvez por uma fossa malfeita. A madeira que compunha o telhado da casa apresentava-se bastante deteriorada devido à ação de cupins. Em um dos quartos, faltavam inúmeras telhas e nos demais cômodos havia muitas goteiras e rachaduras na parede. Mais da metade da varanda estava ocupada por mobília de salão de beleza, que, segundo o Pastor, em breve seria

[6] Esse rio, mesmo não apresentando balneabilidade, era utilizado pela população para fins de recreação. A margem oposta do rio abrigava inúmeros bares. Os internos esporadicamente tinham autorização para nele mergulhar.

utilizada para montar um curso para *"as meninas"*. No restante do espaço, havia duas redes e uma cadeira. Os demais cômodos quase não possuíam móveis. Em um quarto, havia uma cama e, no outro, uma cama e um guarda-roupa, deixados pelos antigos moradores. O terceiro quarto servia de depósito para parte do material de limpeza que era comercializado. Na cozinha, ficava um *freezer* horizontal, também deixado pelos antigos inquilinos. Segundo Leninha, 15 anos, a única interna que esteve na casa durante meu período na instituição:

> *"Tão aparecendo as coisas. Não tinha mesa, apareceu. Apareceu um rack, tava jogado ali. A mesa também tava jogada ali, eu acho que ia pro lixo. Eu apanhei ela, pintei, tá toda bonitinha. Só tá mole, tem que ajeitar ela. E o quarto tem a cama, tem meus dois colchões. Eu não sei dizer, mas acho que vieram do lixo. Acho que foi. Ainda hoje encontraram um colchão de casal no lixo e vai ficar aqui".*

Feliz por estar ampliando os espaços de atendimento da Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor*, no final de dezembro de 2012, o Pastor Cid pronunciou as seguintes palavras, em uma "viagem de evangelização[7]", em sua preleção aos fiéis da localidade:

> *"[...] Eu até estava falando para ele* [pastor local, que estava inaugurando uma igreja] *que eu não tenho chamado para isso, de abrir igreja. Não, prefiro abrir manicômios. Porque na minha casa é tudo doido. É todo mundo doido. Uma hora tá tudo bem, daqui a pouco começa um a brigar com o outro, jogar pedra um no outro. Eu digo: 'Meus Deus, que é isso?! Então agora é isso aí!. Nós estamos abrindo manicômios. Tirando os doidos do meio da rua e botando tudo para ficar doido por Jesus!"*

Tanto na primeira entrevista como durante o tempo em que mantive contato com a instituição, o Pastor Cid enfatizava constantemente que as instalações

[7] Essas viagens de evangelização consistem em um deslocamento, dos internos e fiéis da igreja (algumas vezes são convidadas pessoas de outra igreja), para algum município próximo, conforme acerto prévio com alguma igreja local para recebê-los, sendo o Pastor convidado a participar do culto. Os internos passam cerca de seis horas vendendo material de limpeza e são orientados a chamarem as pessoas para ouvir a "palavra de Deus", no culto a ser realizado mais tarde. O Pastor, após administrar a divisão de equipes e contagem da mercadoria, fica nas instalações da igreja, aguardando os internos chegarem de suas vendas, o que ocorre por volta das 16 horas. Então os internos almoçam e têm permissão para descansar ou passear pela cidade por duas horas, até o momento em que deverão estar todos reunidos para participarem do culto. Ambos os pastores estavam contentes porque a igreja local em que nos encontrávamos estava sendo inaugurada em um local onde, antes, funcionava um bar. O culto e as conversas informais entre os pastores tiveram como tema a ocupação de "antros de perdição" pelos evangélicos.

utilizadas eram provisórias. Em inúmeras vezes, ele declarou que estava em construção a "*CT de seus sonhos*", para atender às necessidades da comunidade *Anzóis da Dor*, bem próximo dali. O objetivo da sua vida era "*realizar esse desígnio de Deus*". Em um terreno de 50 x 50 metros, que havia sido doado[8] para a instituição, estavam sendo erigidos dez "*pavilhões*".

A comunidade terapêutica que descrevi fica situada na zona urbana, tratando-se da única, das que visitei, com essa característica. Era também a única onde os internos podiam ter acesso a celular. Curiosa com a questão, indaguei ao Pastor e à sua esposa como eles percebiam isso. Paty, a esposa, prontamente respondeu:

> *"É justamente essa diferença que a gente quer mostrar [...]. É isso aí que a gente fala pra eles [internos] desde quando eles chegam aqui, que a gente não trata eles como dependente químico. A partir do momento que eles chegam aqui, a gente trata como se fosse da nossa família. [...]. Porque geralmente nas clínicas é assim, a gente já foi a outras clínicas, a outros lugares que os pastores que tomam conta só vêm de 15 em 15 dias fazer uma visita. E aqui não, eles moram dentro da nossa casa, eles fazem parte da nossa família. Eu costumo dizer que aqui não é uma casa de recuperação, é uma casa de família*".

Pastor Cid complementou que uma CT "*tem que estar perto do urbano que é pra não dar aquele choque, tirar, e quando o cara vim de novo, ser um mundo totalmente diferente de novo*". Além do mais, estando na cidade, outras pessoas ajudam-no a manter-se informado sobre o comportamento das pessoas que estão sob seus cuidados. A esse respeito, declarou:

> *"Porque qualquer coisa que acontece, que eles façam de errado ou de bom, o próprio pessoal da igreja chega pra mim e diz: 'Pastor, o menino ali ajudou a velhinha a atravessar a rua'. 'Pastor, um ali tava fumando cigarro escondido [risos]'. É, elas dizem mesmo. Não tem como se esconder, os membros da igreja, tudo que vê eles dizem. E lá dentro [se referindo a instituições situadas em zona rural] fica mais difícil porque é só eu e ela pra ver. E aqui não, aqui são muitas pessoas tomando conta deles*[9]".

---

[8] Durante a observação participante, fui informada de que, na realidade, não houve doação, o terreno onde a construção estava sendo realizada era fruto de invasão. Ouvi falar muito dessa "*obra de Deus*", mas não fui levada a conhecê-la, embora tenha havido diversas promessas nesse sentido.

[9] Essa fala coloca em cena claramente a principal função do panoptismo, apontada por Foucault como uma das técnicas do poder disciplinar que caracteriza a sociedade moderna, o olhar. "Um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo [...] cada um exercerá essa vigilância sobre e contra si". Essa técnica de controle é econômica tanto do ponto de vista financeiro quanto do político. É uma vigilância gratuita, que não necessita de armas ou coações físicas, o que, por sua vez, diminui as possibilidades de revoltas. Mas

3.1.2 Os internos

Quando cheguei à CT *Anzóis da Dor* para dar início à imersão em campo, havia treze internos. Em relação à nacionalidade, todos eram brasileiros, sendo que três nasceram na capital do estado, oito em diferentes municípios do Rio Grande do Norte, um em São Paulo e outro era pernambucano de Recife. A idade dessas pessoas variava entre 18 e 52 anos. Durante minha estadia, essa média de internos se manteve, porém ocorria grande rotatividade e, nesse contexto, também houve a entrada de uma adolescente de 15 anos, a segunda mulher que a instituição recebeu durante seus quase dois anos de existência.

Em relação ao grau de instrução, dentre os internos, somente uma pessoa tinha cursado o ensino médio completo e uma outra possuía o ensino fundamental completo. Todas as demais não concluíram o ensino fundamental ou eram analfabetas, algumas funcionais, outras completamente. Quanto à ocupação profissional, nenhum dos internos que conheci na CT *Anzóis da Dor* possuía qualificação formal. Havia um pintor de letras (que fazia faixas e outros trabalhos ou serviços), poucos trabalhadores rurais, um laminador de móveis e a maioria era de pessoas que faziam "bicos", um deles sabia um pouco sobre o serviço de pedreiro, outro, de eletricista, o outro era carroceiro, etc.

Os internos alegaram diversos motivos para buscarem o tratamento na CT. Embora, em um primeiro momento de conversa, a maioria deles tenha ressaltado a vontade de se "*curar do vício*", "*deixar de ser dependente químico*", "*se libertar das drogas*", no decorrer da convivência diária com eles, esse motivo, por parte de alguns, foi alterado, principalmente, pelos que estavam na instituição há menos tempo. Uns desejavam "*dar um tempo das drogas, engordar um pouquinho*", ou queriam descansar da intensa atividade que viver nas ruas exige. Outros estavam se esquivando de problemas com a polícia, com traficantes ou com outros usuários de drogas, principalmente depois de terem passado por situações de perigo iminente ou *"livramento"*, como eles dizem[10]. Dessa forma, parece-me claro que as CTs apresentam finalidades variadas para seus internos, as quais ultrapassam a busca

---

apesar de ter grande importância, o olhar não é o único nem o principal instrumento do poder disciplinar (FOUCAULT, 2007, p. 218).

[10] Levando em consideração as entrevistas realizadas nas CTs que visitei, esses motivos, parece-me, repetem-se. Alguns deles também aparecem nos trabalhos de Rui (2007). O termo *livramento* não é utilizado somente no Nordeste.

por cuidado[11]. De certa forma, há um contrauso desses próprios espaços pelos internos. Ao mesmo tempo, esse contrauso é estimulado pelo Estado, principalmente quando encaminha judicialmente pessoas para esse tipo de instituição[12].

No que se refere ao tipo de drogas consumidas, os internos afirmaram em suas falas o uso de álcool, maconha, cocaína, *crack*, cheirinho de loló, éter, cola, medicamentos[13] e "cigarro" (tabaco). Em diversas falas, o álcool aparece como desencadeador para o uso de outras drogas. Em poucas, o álcool foi citado como a única droga utilizada. O uso das demais drogas apareceu nos discursos dos internos sempre associado umas às outras. Ninguém afirmou que somente fazia uso de *crack*, ou seja, os internos dessa CT, assim como os demais usuários de drogas que entrevistei em outras ocasiões, são poliusuários de drogas. O consumo de mais de uma droga é um fato constatado em diversos trabalhos, por exemplo, os de Rui (2007), Melotto (2009) e Machado (2011). No entanto, é perceptível na fala dos internos que fazem uso de *crack* a relevância que eles dão a essa droga como fonte de destruição do corpo e da mente, em comparação a outras. Foi comum ouvir nas falas que o *crack* é que deixa "*noiado*", mesmo que a pessoa tenha consumido outras drogas. É o *crack* que faz a pessoa "*se perder*". É o *crack* que faz a pessoa emagrecer. O problema do emagrecimento e do baixo peso, bem como o da falta de higiene, apareceu em diversas falas, por atores sociais distintos, como uma espécie de indicador do uso de *crack*. Esse aspecto também foi notado em outras pesquisas (RUI, 2007; MELOTTO, 2009; MACHADO, 2011). Na CT *Anzóis da Dor*, os internos

[11] A capacidade de manipulação de instituições e diversas pessoas, por parte de crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade socioespacial ou, como se diz popularmente, "meninos de rua", pode ser conferida em diversas obras, dentre as quais cito Gregori (2000). Acredito, dado minhas conversas com pessoas que estavam nessa situação, mesmo sem serem crianças, que as considerações dessa autora podem ser estendidas a elas.

[12] Rui aponta que a CT onde realizou seu trabalho, uma instituição católica que baseia sua proposta terapêutica nos Doze Passos do A.A., e que, portanto, levando-se em consideração o primeiro capítulo deste trabalho, pode ser considerada uma CT filiada ao modelo Minnesota, mantém-se a partir de recursos públicos e privados. Assim, acolhe pessoas que a procuram por livre e espontânea vontade ou são influenciadas por seus familiares, que podem arcar com o custo do tratamento, bem como recebe "pessoas encaminhadas por mandatos judiciais e/ou necessitadas de abrigo" (RUI, 2007, p. 54). Diante disso, questiono e deixo a questão em aberto: qual a função dessas instituições do ponto de vista do Estado? É um local para propiciar cuidados a usuários de drogas, servir de abrigo ou local de medidas socioeducativas?

[13] Quando questionei sobre o uso de LSD, foi dito que era droga de "boyzinho" (esse é um termo bastante usado no RN para se referir a rapazes), referindo-se a pessoas de alto poder aquisitivo. Em relação a drogas injetáveis, até onde sei, não é uma prática usual. Mas eles relataram que não faziam uso devido ao medo da agulha.

disseram para mim diversas vezes frases como: "*a gente chega aqui que nem uma bandeira de pirata, é só o pano* [a camisa velha ou suja] *e a caveira*".

O caso de Leninha é interessante, pois ela contou-me que aos doze anos iniciou o uso de maconha e já fazia uso de cigarro. Ela considera que deixou de estudar devido ao uso do *crack*, mas que maconha não atrapalhava seus estudos, já que "*ela só faz dar fome e sono*". O consumo do *crack*, assim como o das demais drogas, segundo sua narrativa, ocorreu por curiosidade. Explicou que em 2010 mantinha um relacionamento com uma *"mulher"* mais velha e ambas vendiam *crack, mas "só consumiam cocaína"*. Leninha contou que ficava olhando as pessoas que usavam o *crack* e, ao vê-las "*doidonas*", queria saber o que sentiam. Disse também que já fez uso de cola, mas que nunca gostou de bebidas alcoólicas.

Porém, algumas pessoas afirmaram não ser o *crack* a droga mais consumida. Na CT, havia três internos que se declararam *alcoolistas* e um deles disse: "*agora as pessoas chamam qualquer um que esteja um pouquinho doidão de noiado, eu gosto mesmo é da minha branquinha, esse negócio de crack é comigo não*". *Branquinha* é um termo bastante comum para se referir à cachaça. Já outro interno, Carlão, de 27 anos, contou:

> *"Cinco. Sentava lá na sala de jantar, pra fumar pedra, ficava lá até 4h, 5h da manhã, eu ia trabalhar de 7h, nem dormia direito. Ia trabalhar de 7h, voltava de 6h pra casa e começava tudo de novo. Mas graças a Deus nunca me viciei não. O que me prejudicou foi a cola, porque eu bebia muito também, aí misturava uma coisa com a outra, e eu tava virando bicho no meio da rua, por causa da cola e do álcool. Aí virando bicho no meio da rua, arrumando muita confusões, passei por vários livramento[14], né? De morte, já perdi as contas.*

3.1.3 Rotina e trabalho

O que era fixo na rotina da CT *Anzóis da Dor* era a hora de acordar, além da certeza de que havia muito trabalho a ser realizado. Quem ia fazer o quê, quando e onde não eram passíveis de definição. O Pastor Cid decidia a cada dia. Isso ocorria principalmente, acredito eu, devido à rotatividade dos internos e à grande carga de trabalho a ser realizada, que também variava muito. Além disso, alguns trabalhos dependiam de mão de obra especializada. O Pastor fechava contratos contando com os internos, mas se estes saíssem ele tinha que realocar a mão de obra. Por

[14] Esse termo, conforme os entrevistados, refere-se a passagens ilesas por situações de perigo.

exemplo, quando o Pastor comprou o gado, havia um interno que dominava seu manejo. Enquanto eu estava lá, o rapaz saiu da instituição e o Pastor teve que chamar um "vaqueiro" para tirar o leite, pois havia dias que isso não era feito, já que ninguém tinha o conhecimento especializado. Em outro momento, segundo alguns internos, ele fechou uma empreitada para reformar uma casa e teve sérios problemas porque o interno com conhecimento especializado – o mestre de obra – foi embora. O serviço teve que ser feito e refeito, mais de uma vez.

Essa falta de rotina e o grande volume de trabalho a ser realizado, como forma eficaz de terapia, são explicitados claramente pelo Pastor Cid aos internos. A fala a seguir foi pronunciada pelo coordenador da CT *Anzóis da Dor*, quando teve o primeiro contato com um rapaz que havia ido à instituição a fim de se cuidar. Iniciou a fala dizendo que já tinham passado mais de mil pessoas pela CT e, apontando para os internos que estavam presentes, afirmou:

> *"[...] E só tem esses aqui porque é pesado [refere-se ao tratamento]. Ou o camarada, ele se liberta de tudo ou fica doido e vai se embora. Tá certo? Eu tô falando pra você sinceridade. [...] e outra coisa, fique logo sabendo, lá na frente não tem o nome assim: "Empresa – precisamos de empregados, assina-se carteira, o salário mensal". Não tem não, nada disso lá. Pra depois como vários que passaram aqui: 'Ah! Pastor não assina nossa carteira, ah! Não sei o quê'. Não, aqui não tem nada de carteira. Aqui tem as terapias que são feitas, tá? E nem eu tenho, se eu fosse receber salário, irmão, eu já tava milionário pelo que eu faço, tá? Então significa que meu salário eu estou depositando no lugar que só Deus sabe onde está. Tá bom? Fique logo sabendo disso, que se meu filho acordar amanhã e for comer só de onze horas da noite, já fique sabendo que já é pra dar glória a Deus muito grande, por comer onze horas da noite. Tem outros que nem come. [...] vamos ajudar [cita o nome do rapaz] pra ver se ele passa ao menos uma semana".*

De qualquer forma, em um dia habitual, os internos acordam entre cinco e meia e seis horas da manhã. Imediatamente, começam a trabalhar: molhar as mudas de plantas, alimentar os bodes e cabeças de gado, tirar leite, limpar o terreno, coletar material reciclável e vender material de limpeza. Essas foram as atividades mais comuns que presenciei. Por volta das oito e trinta, eles tomam café, tal como expliquei no início do capítulo, e voltam ao trabalho. Entre treze e quatorze horas, eles almoçam e, depois, retornam ao trabalho. Por volta das dezessete horas cessam as atividades laborais. Às dezenove horas, iniciam as atividades religiosas. Em torno de vinte e uma hora e trinta minutos, jantam e depois podem descansar.

No caso das atividades religiosas, havia cultos quatro dias por semana na igreja, nos demais dias os internos deveriam se reunir para a leitura de provérbios. Durante minha estadia na instituição, houve dias, contudo, em que cultos foram cancelados, porque tinha trabalho por fazer ou não havia fiéis, além dos internos. Da mesma forma, a leitura de provérbios, por várias vezes, não aconteceu.

Os internos designados para a coleta de material reciclável (o que exigia mão de obra especializada, pois era preciso saber guiar a carroça) normalmente saíam em jejum. Alimentavam-se na casa de algum conhecido, mas, em outros dias, não chegavam a se alimentar. Às vezes, eles comiam alimentos que encontravam durante a coleta.

Certa ocasião, acompanhei um dos internos, quando ele foi realizar essa atividade. Saímos às seis horas da manhã da CT e percorremos muitos kms até chegarmos à localidade indicada pelo Pastor Cid para aquele dia, um bairro situado na zona sul da cidade de Natal. A viagem durou aproximadamente uma hora. Muito desajeitada em cima da carroça e com muito medo do trânsito, pois estávamos numa rodovia bastante movimentada, fui motivo de muitos risos por parte de Carlão, o rapaz que levava a carroça.

Na altura de um estádio de futebol, saímos da estrada e adentramos em uma rua não pavimentada. Pouco depois, Carlão, descalço, sem luva, sem camisa e muito menos com alguma proteção solar, fez a primeira parada, em um terreno baldio, onde havia vários sacos de lixo. Carlão apalpou um saco, depois outro e disse que devia ter tido alguma festa por ali, pois nos sacos havia garrafas *pet* e latinhas de cerveja, material de interesse para a instituição. As latinhas, por serem de metal, era o que mais dava lucro na venda do material coletado. As garrafas interessavam, não porque iam ser vendidas, mas porque era nelas que o material de limpeza era acondicionado para venda, explicou-me. Ele ficava atento também para ripas de madeira e latas de tintas, pois esse material era utilizado na confecção das faixas. Nesse dia, encontramos algumas latas de tinta, mas não continham grande quantidade do material. No entanto, ele contou que às vezes encontrava latas quase cheias.

Carlão voltou a subir na carroça e quando avistava uma lixeira cheia ou um amontoado de sacos acumulados nas calçadas, descia da carroça, examinava o conteúdo dos sacos, muitas vezes abrindo-os, pegava o que lhe interessava e arrumava o monte que havia desfeito. Ele disse que os moradores não implicavam

com ele, porque não deixava o lixo bagunçado, e que era conhecido porque tinha uma rota; ele sabia onde *"achar lixo bom, o cara vai aprendendo as manhas"* e, em certas situações, as pessoas até guardavam material para ele, principalmente peças de ferro ou aparelhos eletrônicos, que, às vezes, estavam funcionando. Disse que já havia achado muitos celulares, máquinas fotográficas, tudo funcionando ou com pequenos defeitos.

Em algumas ocasiões, o material reciclável (lixo seco) estava separado do orgânico, mas outras vezes não, mesmo assim, sem problema algum, ele mexia nos sacos. Carlão me contou que, algumas vezes, encontrava alimentos em perfeito estado, segundo ele, para ser consumido, como, por exemplo, iogurte, bolo, farinha etc. e que as pessoas deixavam os alimentos em condições de ser consumido "*bem por cima*", pois assim os catadores sabiam que estavam *"bom pra comer"*, não estavam estragados. Quando encontrava esses alimentos em quantidade maior, levava para a CT. Eu tive a oportunidade, durante o tempo em que estive na instituição, de presenciar o consumo de três quilos de farofa pronta, que Carlão achou no lixo. Eram embalagens fechadas, mas fora da validade, ainda assim foram consumidas com grande apreço, por todos os internos, na hora do almoço.

Carlão me contou que preferia a coleta a ficar na instituição fazendo outro serviço. Na coleta, ele não passava fome e também, quando enchia dois *bags*[15], parava numa praça e ficava ali, deitado num banco, na sombra, dormindo, descansando ou pensando na vida, coisas que na CT não eram permitidas. Por volta das quinze horas, fazia o percurso de volta. Ele me narrou que, por várias vezes, teve oportunidade de ingerir bebida alcoólica ou cheirar *thinner*, pois isso era fácil de se encontrar nas lixeiras, principalmente restos de bebidas. Por isso, o Pastor não deixava *"os novatos"* fazerem a coleta.

Por volta das dez horas, paramos na casa de uns conhecidos dos internos da CT, os quais, conforme fui informada em diversas ocasiões, lhes davam alimentos. Algumas vezes, tomavam café e comiam bolo, em outras, almoçavam. Era uma casa humilde. As anfitriãs eram duas senhoras simpáticas, evangélicas, lavadeiras de roupa. Demostraram grande apreço pelo esforço de Carlão e de outros internos da CT *Anzóis da Dor*, para cessar o uso de drogas. Passamos quase meia hora conversando. Elas falaram do grande índice de usuários de droga que havia no

[15] Sacos bem grandes onde era armazenado o material coletado.

bairro: "*Um monte de menino perdido por causa do crack* ", disseram em tom baixo e triste. Carlão me informou que nesse bairro existiam muitos locais de venda de drogas. Vez por outra, apontava uma casa e me dizia que era local de venda ou consumo de drogas.

Assim, nesse vai e vem de Carlão para coletar material reciclável, chegamos, por volta do meio-dia, à uma longa avenida que, *grosso modo*, seria a fronteira do bairro em que estávamos com outro. Nessa avenida, havia um sinal conhecido por ser um local onde diversos usuários de drogas ficavam pedindo dinheiro. Carlão reconheceu alguns dos homens que estavam ali. Então, parou a carroça e conversou um pouco com eles. Queria saber o paradeiro de alguém que não estava lá e foi informado que o rapaz tinha sido assassinado por um traficante. Ficou um pouco desolado e disse: "*Por isso que não quero voltar pra droga, quero morrer agora não*". Em seguida, convidou o rapaz que havia lhe dado a notícia a entrar para a CT, mas ele se negou e respondeu: *"Aquilo lá dá pra mim não. Prefiro ficar aqui"*. Seguimos um pouco mais à frente, eu me despedi de Carlão e voltei para casa. Ele voltou sozinho para a CT[16].

Os internos que saíam para vender produtos de limpeza passavam pela mesma situação que descrevi acima no que tange à alimentação. A quantidade de produtos era conferida quando eles saíam e quando voltavam. Mesmo quando vendiam todo o material, não tinham autorização para gastar nada. O almoço, quando ocorria antes de eles chegarem, era separado, e eles almoçavam quando retornavam, entre quinze e dezoito horas. Assim como Carlão, os internos falaram que não passavam fome quando trabalhavam "*na rua*". Era só chegar perto de um restaurante que eles localizavam na lixeira alimentos que poderiam ser consumidos.

3.1.4 Questões financeiras e gastos com os internos

Filantropia e dinheiro sempre envolvem mistério. Conversando com alguns internos sobre quanto o trabalho deles rendia em termos financeiros, fizemos um cálculo que chegou a R$ 3.500,00, contando somente com a venda de produtos de limpeza e material reciclável. Com a venda de faixas (havia um interno especializado

[16] O itinerário não era definido pelo Pastor, somente a localidade. Às vezes, indicava uma praia próxima, há menos de 5 km da instituição, em outras, a coleta era realizada em um bairro conhecido de Natal.

nessa atividade, internado há seis meses), mensalmente era arrecadado um valor entre 800,00 e R$ 1.200,00 reais. Havia também a taxa única de internamento que alguns internos pagavam, no valor de R$ 300,00. Além disso, ninguém soube me detalhar mais nada com precisão. Ficaram especulando sobre quanto o Pastor arrecadava com as reformas ou as pinturas de casa que tinham realizado, com a venda de picolé na praia, entre outras atividades esporádicas que realizavam.

Na Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor*, o gasto com a manutenção dos internos era mínimo. Durante o tempo em que estive presente na instituição, não vi os coordenadores realizarem nenhuma compra de alimentos em quantidade, mas vi que eles compravam complementos, tais como temperos, sabão, ou um quilo de açúcar. As famílias de alguns internos doavam mensalmente uma cesta básica de alimentos e material de higiene pessoal. Uma padaria doava diariamente cinquenta pães. Havia doações esporádicas de alimentos, roupas e calçados, realizadas por fiéis conhecidos ou não, bem como por outras pessoas. Em geral, as doações de alimentos e de objetos de valor, e ainda o que era encontrado durante a coleta do material reciclável e estava em condições de uso, passavam por uma triagem realizada pelos coordenadores da instituição. Eles escolhiam o que queriam e depois cediam o que achassem necessário para os internos.

Algumas vezes, a comunidade recebia alimentos fora da data de validade, os quais eram servidos aos internos sem nenhuma ressalva. Durante o tempo em que estive na instituição, o cardápio mais usual foi cuscuz com coalhada, arroz, feijão, carne e pão com leite. Como havia muitas moscas voando no quintal, invariavelmente alguma caía no prato de alguém. A refeição dos coordenadores, às vezes, era diferenciada. Em uma reunião com um casal chamado pelo Pastor com a pretensão de que o casal se dispusesse a coordenar a CT feminina sem receber honorários, ao se referir às suas instalações, ele comentou que Deus o acompanhava tanto que, no acerto com os proprietários do espaço, ele ficou dois meses sem pagar aluguel:

> *"[...] calçado, é roupa, é alimento. Tudo que você imaginar nós temos aqui. Porque é tudo doado. Eu não ganho salário, minha esposa não ganha salário, os meninos não ganha salário [...]. A gente apenas fala de uma taxa de trezentos reais, mas ninguém paga essa taxa".*

Houve um momento em que a demonstração de benevolência ficou, de modo coletivo, evidente, em minha etnografia. Apesar de não se preparar uma

comemoração natalina, o Pastor entregou, no dia 24 de dezembro, roupas novas aos internos, com a indicação de que eles as usassem no dia 29. Essas roupas foram doações realizadas por terceiros (alguns deles eu conheci e conversei), mas foi dito aos internos que o Pastor as tinha comprado. No dia 29 de dezembro de 2012, foi realizado um "Culto Festivo" na igreja e, após esse evento, todos os presentes foram convidados a participarem de um jantar festivo que os aguardava na CT. Para a realização desse jantar, os fiéis da igreja, que quiseram participar, contribuíram com dinheiro, o que rendeu aproximadamente R$ 200,00 (duzentos reais), mas também houve doação de carne suína e bovina por parte do empresário que citei anteriormente e também da dona da fazenda. O cardápio era composto por um pernil e uma ave do tipo *Chester* assado, risoto de carne, salada, farofa, arroz com passas e, de sobremesa, alguns bolos, também doados. A proprietária da fazenda e seus familiares e os dois casais de pastores eram os convidados de honra. Eu ajudei a preparar e servir o jantar. Dessa vez, tudo era de primeira qualidade e foi a única vez que vi o Pastor realizar compras de mantimentos e, mesmo assim, não foi por ele que eu soube que o dinheiro empregado provinha dos fiéis. Para todos os efeitos, a instituição estava arcando com tais custos. A ceia foi disposta na mesa da casa do Pastor, somente os convidados de honra tinham autorização para adentrar no espaço e se servir. As demais pessoas presentes receberam pratos feitos por mim, pela pastora e alguns poucos fiéis.

3.1.5 Disciplina e resistência

Ficar sem uma ou mais das refeições diárias por determinado tempo, ter a obrigação de lavar a roupa de todos os internos ou lavar toda a louça por uma semana, limpar sozinho o quintal, capinar grande extensão de um terreno e ficar em silêncio foram as sanções disciplinares mais frequentes que presenciei na CT *Anzóis da Dor* ou de que tive conhecimento. Os internos me relataram que isso era comum e, como pude observar, gerava muitos comentários jocosos e risos do tipo "*Pega! obedece não!*", ou então *"Quem mandou fumar pedra?! Agora tem que sofrer!".* Outras vezes, os internos, conversando entre si, diziam "*olha que te dou uma disciplina, seu bosta de cobra"*, imitando o Pastor.

Durante minha estadia na instituição, presenciei uma sanção disciplinar que, segundo soube, nunca havia acontecido antes: *"a disciplina da pedra"*. Leninha foi

submetida a essa situação, de acordo com o Pastor, "*por falar demais*". Ela estava contando um sonho a um dos internos.

> *"[...] Aí peguei e sonhei com a mulher e disse que o sonho tinha sido bom. Aí, quando dou fé, na hora do almoço, o Pastor disse: 'É, essa aí disse que sonhou com a sapatão! Disse que tava fazendo relações e que tava gostando do sonho!'. Isso aí foi uma vergonha pra mim! Porque ele, o sonho, não foi assim, que eu tava tendo relações com ela. O sonho foi que tava eu, a minha ex-namorada, como eu tinha comentado com você. E também tinha outra garota, que é Pamela, que eu já tinha ficado com a Pamela. Tava o Buiu, tava uma galera de traficante e nós, que era assim desentendida, né? Que ficava com homem e com mulher, tava assim no meio. Aí gostei do sonho, né? Era a galera, né, que tava toda lá, fazendo coisa que não deve".*

Depois de alguns dias, mesmo tendo presenciado o episódio, pedi que Leninha me explicasse em que consistia a "*disciplina da pedra*":

> *"Pra onde eu for eu tenho que levar a pedra, uma pedra paralelepípedo. Se eu for pra igreja, eu tenho que levar ela, se eu ir almoçar, tenho que levar ela; se eu for tomar banho, tenho que levar a pedra [risos]! Na hora de dormir ela tem que tá no meu quarto. Se eu tiver na área, ela tem que tá na área. Se eu tiver aguando as palmeiras, ela tem que tá lá, debaixo de algum pé de pau[17]. É Assim [risos]. Se eu for no mercado tenho que levar a pedra junto comigo [risos]!"*

Todos os internos ficaram chocados com a disciplina da pedra, mas, no mesmo dia, o episódio tornou-se motivo de piada e riso para todos os internos da instituição, sem que ninguém deixasse de perceber o absurdo da situação. No dia seguinte, um dos internos deu a Leninha uma bolsa de lona, para ela colocar a pedra e ficar menos exposta àquela situação.

Foi Leninha que passou também pela "*disciplina do silêncio*", experiência pela qual a maioria dos internos já havia passado. Leninha a descreveu do seguinte modo:

> *"Foi porque o pastor teve um dia que a gente foi tomar o café da manhã, aí ele pegou e foi falar em negócio de droga. Aí eu pedi pra ele se calar, pedi pra ele não falar na droga, que realmente até tirou meu apetite. Aí peguei e levei a disciplina. [...] Ele disse assim: 'Ah você quer me dar a disciplina do silêncio?' Eu não sabia nem isso,*

[17] Termo bastante utilizado no RN para se referir a árvores.

> *[risos] que tinha disciplina do silêncio. Eu vim saber através dele, do Pastor. 'Não pastor, eu nem sabia o que era a disciplina do silêncio'. Aí ele disse 'E ai de você se eu pegar alguém falando com você. Vai pegar disciplina também'".*

Quando realizei a primeira visita à CT *Anzóis da Dor*, conheci um casal: Drica com 44 anos e Marcio com 38[18]. Conversando com ela sobre sua experiência na CT, ela narrou, rindo muito, uma das disciplinas pela qual havia passado. Contou que, devido a uma briga com seu companheiro, o Pastor ordenou que ela passasse a dormir na varanda[19]:

> *"[...] Ele [Pastor Cid] pensando que eu ia pedir arrego pra voltar pra dentro de casa. Eu peguei um bocado de pau, encostei, fiz meu banheiro lá no quintal. Aí, ele disse a Marcio: "Meu Deus, não tem jeito pra essa mulher, não. O que ela fez no meu quintal? Ela fez uma favela no meu quintal'. Ligava pro meu irmão. 'Vem pra cá, pelo amor de Deus, buscar essa mulher, que vai me matar! Eu tô tomando remédio controlado, vai dar um enfarte. Venha buscar essa mulher, tá fazendo da minha casa uma favela'. Que ele pensava que eu ia pedir arrego, pra me humilhar, pra disciplina. Eles pensavam isso de mim. Só que eu peguei e fiz um banheiro pra não tá pedindo pra tá entrando lá [...]".*

Um rapaz de 18 anos, Adelson, contou que aprendeu a viver nas instituições asilares, de modo que não sofresse muito[20]: *"O cara tem que saber se virar"*. O segredo, de acordo com ele, é se fazer de *"tonto"*, não demonstrar que sabe muito ou que tem grandes habilidades. É fazer o que mandam lentamente, assim não fica sobrecarregado. Segundo ele, quem demonstra muita habilidade trabalha mais, é mais explorado. Enfatizou que era importante nunca delatar os companheiros por nada que tivessem feito. Alguns dias antes da confraternização de final de ano na CT, Adelson me disse que iria *"só esperar a festa para dar um rolé"*. Eu perguntei se não tinha medo de não ter volta e ele respondeu que não, "*o Pastor aceita todo mundo, é só aguentar um pouco de humilhação na primeira semana e depois fica tudo bem"*.

****

[18] Durante o período em que estive inserida na instituição, mantive bastante contato com o casal, que havia se retirado da instituição, mas estava morando ali perto e não estava fazendo uso de drogas.
[19] Drica me informou que, quando chegou à CT, dormia no quarto da filha do Pastor, pois o outro quarto que me foi apresentado como dormitório feminino estava alugado para uma moça que anteriormente era a inquilina do cômodo que serve de dormitório masculino.
[20] Ele passou boa parte de sua vida, a partir dos sete anos de idade, em orfanatos.

Todos esses casos aqui descritos permitem uma análise antropológica. Considerando o modo como os coordenadores conduzem a CT *Anzóis da Dor*, é possível argumentar que fazem bastante uso do "poder pastoral". Na perspectiva de Foucault, o "poder pastoral" diferencia-se do "poder tradicional" porque não é exercido sobre um território específico, mas sobre uma grande diversidade de pessoas em movimento. Além de ser exercido sobre um grande número de pessoas,

> [...] o poder pastoral é um poder que garante ao mesmo tempo a subsistência dos indivíduos e a subsistência do grupo, diferentemente do poder tradicional que se manifesta essencialmente pelo triunfo sobre os dominados. Não é um poder triunfante, é um poder benfazejo (FOUCAULT, 2006, p. 66).

Metaforicamente, não podemos pensar os usuários de drogas que passaram pela CT como essa "*multiplicidade de pessoas em movimento*"? Além do mais, era o Pastor ou seu rebanho (usuários de drogas sob sua tutela) que iam diretamente ao local onde elas estavam e realizavam *"o processo de evangelização"*, chamando-as para aceitar Jesus e deixar de usar drogas, sem ônus algum, uma vez que a instituição proveria todas as necessidades. Tudo isso era motivado pela *"bondade"* do pastor.

No *"poder pastoral"*, o pastor, além de ter o poder de determinar o que é necessário para se obter a salvação (no caso das CTs, a não utilização de drogas), tem posição privilegiada para vigiar "ou pelo menos de exercer sobre as pessoas uma vigilância e um controle contínuo" (FOUCAULT, 2006, p. 68). Além da lógica das CTs se basear, em geral, na vigilância mútua entre os internos, no caso da CT *Anzóis da Dor*, devido à sua localização (espaço urbano), essa vigilância conta com o auxílio dos fiéis, o que garante maior controle do Pastor sobre os internos. Nesse aspecto da vigilância, talvez seja possível verificar que, por um lado, ela apresenta características do "poder pastoral". O pastor deve vigiar para saber o que suas "ovelhas" estão fazendo (FOUCAULT, 2006). Por outro lado, essa vigilância apresenta características do "poder disciplinar", que observa as pessoas, tendo em mente controlar ou tornar mais eficiente sua produtividade material. Nesse caso, teríamos o controle sobre o trabalho, o ponto nodal na CT *Anzóis da Dor* que, a meu ver, ultrapassa a função de "laborterapia", tal como presenciei nas demais CTs que visitei, dando indícios de um interesse extremamente econômico sobre as atividades laborais dos internos.

Por outro lado, no entendimento de Goffman (2010, p. 69-70):

> Quase sempre as instituições totais parecem funcionar apenas como depósito de internados, [...] mas, usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. [...] Essa contradição entre o que a instituição realmente faz e aquilo que, oficialmente, deve dizer que faz constitui o contexto básico da atividade da equipe de dirigente.

Já Foucault (2007, p. 73) considera que o

> [...] fascinante nas prisões [que são uma instituição total] é que nelas o poder não se esconde, não se mascara cinicamente, se mostra como tirania levada aos mais íntimos detalhes, e ao mesmo tempo, é puro, é inteiramente justificável, visto que pode se formular no interior de uma moral que serve de adorno a seu exercício: sua tirania brutal aparece então como dominação serena do Bem sobre o Mal, da ordem sobre a desordem.

Se os autores acima citados discordam a respeito da visibilidade do poder, ambos consideram que, por mais força que ele tenha, no sentido de causar mudanças na subjetividade dos atores sociais, a fim de atingir seus intentos, há resistência, aliás, uma ideia muito cara, para Foucault (2007). Se Goffman está se referindo muito mais ao ponto de vista da equipe dirigente, Foucault está traçando muito mais da perspectiva dos internos, das interações cotidianas, quando o espetáculo “brutal se mostra de fato”.

Goffman não se detém no estudo das “formas de poder”, tal como faz Foucault (2007, 2008), mas compreende que as interações “face a face” (GOFFMAN, 1975) instauram relações de poder e que estas não são fixas. Com a ideia de *persona* ou pela metáfora da dramaturgia, considera que o ser humano é um ator social que, de acordo com sua localização, em determinado contexto, na interação face a face, vai ter mais ou menos controle da situação. Assim, no que diz respeito ao poder não ser localizado em determinada instância, de não ser fixo e apresentar características específicas, dependendo do contexto sócio-histórico, tal como defende Foucault (2007, 2006), acredito ser possível vislumbrar certa aproximação entre esses autores.

Goffman (2010, p. 69-70) pondera que o objetivo oficial das “instituições totais” é a “reforma dos internados na direção de algum padrão ideal”. No caso da

CT *Anzóis da Dor*, o padrão ideal é a abstinência das drogas e a conversão ao pentecostalismo. Trata-se da salvação prometida pelo “poder pastoral”.

A fim de causar mudanças internas nas pessoas, o processo imposto nas “instituições totais”, denominado por Goffman (2010) como a “mortificação do eu”, evidencia que, paralelamente à essa mortificação, há um “sistema de privilégios”. Esse sistema é composto pelas regras da instituição, por prêmios obtidos devido à obediência e castigos (consequência do não cumprimento das regras), o que propicia “um esquema de reorganização dos internos” (GOFFMAN, 2010, p. 48). A relação entre a “mortificação do eu” e o “sistema de privilégio” tem como efeito geral a cooperação de pessoas que, muitas vezes, não têm razão para não cooperar. Goffman (2010) salienta que esse sistema é falho, pois os internos não se sujeitam, muitas vezes, aos dirigentes. Talvez essa falha no sistema de “mortificação do eu” justifique a grande rotatividade dos internos, que se recusam a atender às exigências do Pastor.

O autor chama de “sistema de privilégio secundário” as ações de resistência ao processo de mortificação. Tal sistema consiste em “práticas que não desafiam diretamente a equipe dirigente, mas que permitem que os internos consigam satisfações proibidas ou obtenham, por meios proibidos, as satisfações permitidas” (GOFFMAN, 2010, p. 54). As falas de Adelson e de Drica parecem ilustrar muito bem essa situação.

O motivo da obediência no cristianismo é considerado por Foucault um dos fatores mais importantes para se entender diversas relações de poder que se instauram no cotidiano, sobre as mais diversas temáticas. Segundo o autor, no cristianismo “[...] não se obedece para atingir um certo resultado, não se obedece, por exemplo, para simplesmente adquirir um hábito, uma aptidão ou mesmo um mérito. A obediência deve conduzir ao estado de obediência [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 69).

Se pensarmos nas “disciplinas” (castigos) descritas, podemos questionar: qual o fundamento terapêutico que há nelas? No âmbito do “poder pastoral”, as disciplinas têm a função de estabelecer ou reforçar o senso de humildade dos atores sociais (FOUCAULT, 2006, p. 69). Manter-se obediente ao pastor “é condição fundamental de todas as outras virtudes”, o que nos coloca à frente, conforme Foucault (2006, p. 69), de um “sistema de obediência generalizada” que, quando “internalizado”, apresenta-se como “a famosa humildade cristã”. Ser humilde nessa

acepção significa dizer para si mesmo: “[...] aceitarei as ordens de qualquer um, a partir do momento em que elas me forem dadas e que eu puder reconhecer nessa vontade do outro – eu, que sou o último dos homens – a própria vontade de Deus” (FOUCAULT, 2006, p. 69).

O usuário de drogas é percebido na CT *Anzóis da Dor* como um homem que está no estágio final, derradeiro, de ser salvo ou, em outras palavras, para deixar de usar drogas. Será a conversão, o castigo e o trabalho o que faz com que alguns internos da CT se mantenham abstêmios? Qual o itinerário terapêutico que essas pessoas percorreram? Por que buscaram auxílio em uma instituição terapêutica religiosa? O que os internos pensam a respeito dessa filosofia terapêutica? Consideram-na eficaz para cessar o uso de drogas? Pode-se falar em eficácia permanente, abstinência permanente? No próximo e último capítulo deste trabalho, busco responder a essas questões, ou melhor, tento elaborar um esboço relativo a algumas dessas questões.

CAPÍTULO IV
UM MOSAICO EM MOVIMENTO: OS "INTERNOS" DA CT *ANZÓIS DA DOR*

No capítulo anterior, expliquei que havia rotatividade de internos na CT *Anzóis da Dor*. No período em que realizei a pesquisa, havia uma média de quinze pessoas acomodadas na instituição. Em dezembro de 2012, quando iniciei o período mais longo de observação participante, eu conhecia sete de todas essas pessoas, pois elas estavam há mais de cinco meses na instituição. Durante minha permanência, três pessoas completaram nove meses sem usar drogas e quatro outras estavam cinco ou seis meses sem usá-las. Leninha, que eu conheci durante a minha permanência, estava internada há menos de uma semana.

No presente capítulo, passo a me apoiar em algumas das narrativas e histórias de vida dos internos mais antigos e de Leninha, tentando descrever um pouco a vida dessas pessoas, apontando as razões que as levaram a buscar auxílio para cessar o uso de drogas. O quê esses atores sociais pensavam sobre as CTs e suas propostas terapêuticas? Ou seja, busquei entender os modos de subjetivação dos usuários de *crack* e outras drogas em relação às comunidades terapêuticas.

Esses recortes narrativos constituem um mosaico, com um desenho incompleto, quase sempre oculto e mudo, das pessoas que buscam tratamento em CTs. Esse mosaico nos leva a pensar as trilhas percorridas por usuários de *crack* e outras drogas. Possibilita-nos refletir sobre questões de gênero e sexualidade, de adaptação a diferentes modos de vida e situações sociais, a conversão religiosa, a decisão de usar e/ou parar de usar drogas. Deve-se destacar que as relações de poder e de resistências estão entre os aspectos importantes dessa reflexão. Pode-se dizer que é um mosaico sempre em construção, em constante movimento, onde os temas se misturam de modo multifocal, polivocal e polifônico (CLIFFORD, 1998).

4.1 Trilhas Terapêuticas

A maioria das pessoas com quem conversei já havia passado por alguma CT antes da *Anzóis da Dor*. As Comunidades Terapêuticas (CTs) são a proposta organizacional mais conhecida no Rio Grande do Norte, através da denominação amplamente utilizada: "*clínica*". Todos os usuários desconheciam qualquer proposta

de Redução de Danos. Poucas tiveram contato com instituições médicas especializadas como os CAPs[1], e somente uma delas ficou internada em instituição hospitalar. A única pessoa que chegou a falar deste espaço terapêutico foi Jurandir, de 37 anos, que buscava apoio pelo uso de bebidas alcoólicas (foi ele que citei anteriormente e disse que gostava da *"branquinha"*). Chegou a me contar:

> *[...] aquele negócio pra mim dá certo não. É legal, você conversa um pouco com o doutor, às vezes dão uns negócios pra gente fazer, de artesanato [...] quando ia com minha mãe, até ia, mas, deixar o cabra ir sozinho com dinheiro de passagem [risos] dá certo não! Tiro por mim, eu saía até na intenção, mas passava na frente de um bar, aí pronto! Lá ia dinheiro da passagem, ia roupa, o que tivesse, só chegava no outro dia, se chegasse [risos]!*

O hospital é temido por praticamente todos os internos ou usuários de drogas que entrevistei devido ao uso terapêutico de medicação alopática forte. Só conheci uma pessoa que passou por essa experiência. Ele relatou ter ficado internado, por poucos dias, porque era alcoolista. Declarou ter sido bem atendido mas que "*conseguir vaga lá é difícil*". Quase todos os demais internos assim consideravam: *"a gente sai de lá [do hospital] lesinho, não sabe quem é, eles dopam a gente*". Relataram casos em que algum conhecido entrou "*bonzinho da mente pro [hospital] João Machado*[2] *e voltou lesado, até amarraram ele lá*". Essa imagem do tratamento hospitalar é bastante difundida entre os usuários de drogas, em seu meio familiar e pelos coordenadores de comunidades terapêuticas. No capítulo anterior, mencionei que o Pastor Cid questionava negativamente o uso de remédios para tratamento de drogas. Nas demais CTs que visitei, os coordenadores compactuavam da mesma ideia e buscavam transmitir uma imagem negativa e desagradável desse tipo de instituição.

4.2 Trilhas Percorridas até a CT *Anzóis da Dor*

Como disse antes, a proposta de tratamento mais procurada no Rio Grande do Norte é aquela viabilizada pelas comunidades terapêuticas religiosas, havendo um maior número delas ligadas às igrejas evangélicas. Segundo um dos internos,

---

[1] O entrevistado não soube informar se era o CAPS ou CAPS-AD.

[2] Hospital Colônia Dr. João Machado, instituição psiquiátrica pública, situada em Natal, que tem alguns leitos reservados para usuários de drogas.

Márcio, isso se explica "*porque tem mais igreja evangélica e elas ficam de porta aberta. As igrejas católicas só abrem no domingo e às vezes*".

Mas outro interno, Ronaldo, de 44 anos, com experiência anterior em CT, considera que isso se deve à ineficácia da proposta terapêutica das CTs católicas. Ele me contou que fez uso de maconha por muito tempo e que isso não atrapalhava sua vida e suas relações sociais. A partir do ano 2000, passou a consumir "*mesclado [crack com maconha], a pedra pura nunca fez a minha não*. [...] Em 2004 *perdi o controle, todo dinheiro que pegava era só pensando na droga".* Pediu, então, ajuda ao seus familiares e foi *"internado em uma comunidade terapêutica católica"*. Ficou em tratamento cinco meses e saiu, voltando a consumir drogas dois meses após. Retornou à mesma CT, internado por mais sete meses. Ao sair da segunda internação, sua esposa solicitou a separação do casal. Um tempo depois, envolveu-se com roubos e foi preso. Afirmou que o fato de perder sua família o desestruturou emocionalmente[3]. Voltou a usar drogas, pois, quando esteve na prisão, esse uso foi suspenso. Ronaldo me contou que retornou a Natal a fim de obter apoio da família materna, mas isso também não deu certo: "*então montei uma barraca lá na praia de Ponta Negra* [e trabalhava] *pastorando*[4] *carros ou ajudando os barraqueiros e fumando meu mesclado*".

Ronaldo contou que tinha ouvido falar da CT *Anzóis da Dor* através de outros usuários de drogas e "*no dia que a solidão e saudade das minhas filhas bateu forte, resolvi parar de usar droga*". Assim, ele procurou a CT *Anzóis da Dor*. Em dezembro de 2012, Ronaldo completou seis meses de tratamento na instituição e era considerado pelo Pastor Cid como seu "*homem de confiança*". Ronaldo explicou sobre as diferenças entre as propostas de tratamento das CTs:

> "*O tratamento aqui, desde que eu cheguei aqui* [na CT *Anzóis da Dor*]*, não sei se os outros falaram para você, mas a gente chega aqui achando que é só uma clínica de recuperação como a que eu passei, católica, da primeira vez e depois eu percebi que não era. A gente percebe aqui, como o Pastor diz, aqui é uma casa que ensina mais do que as outras, na parte cristã. A outra casa, a gente rezava mais o*

[3] Goffman (2010) esclarece que em um processo de afastamento da sociedade, como os que ocorrem quando as pessoas estão vivendo em instituições totais ocorre o que ele denomina de "tempo social perdido". Durante o período em que alguém esta internado em uma destas instituições o mundo social a sua volta não deixa de acontecer, assim o interno não acompanha, por exemplo, o crescimento dos filhos, nascimentos de parentes, e etc.

[4] "Pastorar" é um termo bastante utilizado no Rio Grande do Norte, como sinônimo de cuidado, de vigiar, tomar conta. Pode se referir tanto a pessoas como a coisas, ser usado de modo jocoso ou não.

> *terço do que aprendendo a palavra de Deus. Aqui você se liberta através da palavra de Deus. Que em um ano lá eu nunca tinha visto na Bíblia que existia lá em João, oito, escrito: Conhecerei a verdade e a verdade vós libertará. Eu entrei, fiquei um ano, continuei um dependente químico. Lá a casa ensina que você vai ser um dependente químico a vida toda [...] NA (Narcóticos Anônimos) é muito bom, tem no mundo todo, o AA também. Eles ensina que você vai ser um dependente químico pro resto da vida. Essa doença eles botam assim: que a doença tá dentro de mim. Que como eu bebi eu ganhei uma doença, uma sequela. Que eu tenho sempre que evitar o primeiro gole, se não eu volto tudo de novo. Como eu usei droga, tenho que evitar o primeiro trago no cigarro, o primeiro baseado, a primeira droga, se não volta a fazer tudo de novo. Eles ensinam isso lá. E como é que uma casa que fala tanto dizendo que é verdade e prega que você não vai se libertar pro resto da vida? Prega que você vai viver preso pro resto da vida! Isso não é coisa de Deus*!"

Carlão, o interno mais antigo da CT *Anzóis da Dor*, esteve em outra comunidade terapêutica evangélica. Contou que iniciou o tratamento após um "*livramento*", por intermédio de seu irmão, em uma CT localizada em Recife, em 2011. Após quinze dias, foi transferido para uma unidade do RN. Carlão me informou que essa CT foi fechada pela justiça[5]. Ele não se mostrou, de nenhum modo, satisfeito com a estadia de dois meses naquela comunidade terapêutica. Alegava que não havia tratamento no local, que o uso corriqueiro de drogas era comum, desde que o usuário da comunidade cumprisse a meta de venda de *souvenir* nos ônibus coletivos. No relato que segue, além das informações sobre o tratamento na referida CT, Carlão também aponta como teve acesso à CT *Anzóis da Dor*, onde ficou internado por um ano e dois meses. Declarou que nesse período teve duas *"recaídas*", momentos em que se afastou da instituição, e durante a pesquisa completou nove meses sem fazer uso de drogas:

> *"Como eu lhe disse – o tratamento que tinha era esse. Quando chegava no sábado, a meta era batida, você recebia sua parte e na hora você pegava o dinheiro. No lugar de vir pra casa, não, todo mundo saía – ia raparigar, ia fumar crack, maconha, saía pros*

[5] A história da CT a qual Carlão se refere é citada por outros internos. Alguns moradores da localidade e também alguns dos coordenadores com quem mantive contato, ao longo deste trabalho, também fizeram alusão a essa CT. Ela é uma, entre tantas CTs, que tem o nome "Desafio Jovem". Estão presentes em quase todo o território nacional. No Rio Grande do Norte, há mais de uma unidade. Devido à grande proliferação de CTs pelo Brasil que utilizam indiscriminadamente esse nome, no *site* oficial da Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), o atual nome dado ao Movimento Nacional Desafio Jovem, como citei no primeiro capítulo, há uma chamada que diz o seguinte: "Convidamos todos os centros que usam o nome Desafio Jovem no Brasil a entrar em contato conosco, pois o Desafio Jovem tem padrões de funcionamento e para usar o nome Desafio Jovem é necessário se adequar a esse padrão" (DESAFIO JOVEM, 2012).

> *cantos, se espalhando. [...] O dono dessa casa, dessa clínica é pastor [...], mas só que o que ele visa não é a libertação dos internos e sim, o dinheiro. Ele não chega e pergunta como é que você tá – 'Você tá sentindo bem?' Não! Ele tá perguntando: 'Ei, como que tá sendo aí?' [se referindo a meta de venda a ser atingida]. Ele visa dinheiro. E eu acho que não pode ser assim não. [...] Muitos que vinham de lá pra cá [de Recife para Natal] caindo[6] aqui, aí ficavam com medo de vir pra casa [medo de retornar a CT] né? Com medo de chegar sem nada. O líder, às vezes, metia o cacete nos meninos. Comigo, graças a Deus nunca tocou um dedo. E uns iam presos, ficavam no meio da rua, roubava. Tem muitos preso até hoje. [...]*
> *Aí foi quando eu conheci o Pastor Cid, o Pastor ia para lá vender [...] aí pregava a Palavra lá também. O pastor, o outro pastor que era dono da CT de Recife não quis ele lá, com medo de tomar, que o canto é bom. Só que a gente estava frequentando a Igreja Assembleia, aí um dos meninos que estavam lá, que veio do Piauí, passou só três dias aí o Pastor Cid chamou ele, ele ficou lá na casa do Pastor. [...] com dois meses eu lá dentro, tive uma queda profunda, tomei 12 latas de cana, fumei 12 pedras de crack. No outro dia, o Pastor Cid teve lá e me chamou, foi eu e mais três para casa dele. Aí até hoje eu tô aí [7]*".

Por sua vez, Márcio, de 38 anos, afirmou que foi usuário de *crack*, cigarro, cachaça e maconha por mais de dez anos. Em meados de 2010, dirigiu-se para o centro de Natal em busca de amigos, pois queria se afastar da rotina em que vivia, contudo acabou tornando-se morador de rua, logo no início de 2011. Assim, ele me contou:

> *[...] Já havia mais de 10 anos que fumava crack, fiquei um ano na rua, um ano e alguma coisa... Então ficava lá pelo sinal, e tinha uns caras que ficavam lá mesmo – tinha colchão embaixo de uma árvore, fumava lá embaixo, perto da CAERN. Me drogava ali, às vezes ficava até onze, meia-noite, uma hora da manhã se drogando, o dinheiro acabava, não tinha mais como ir pra casa, pra lugar nenhum, então: Ó, Márcio, dorme por aí, fui ficando... um dia, dois, três, fiquei um ano e meio [...].*

Márcio nunca havia procurado auxílio para interromper o uso de drogas. Sua primeira experiência, nesse sentido, ocorreu na CT *Anzóis da Dor*, devido a um encontro inusitado entre sua companheira e a família dela.

---

[6] O termo indica a volta do uso de alguma droga. "Recaída" também tem o mesmo sentido.

[7] Essa entrevista ocorreu na minha residência, em Natal, em julho de 2012, antes da observação participante, mas depois do primeiro contato com a CT. Carlão e Márcio estavam vendendo material de limpeza. Ficamos todos surpresos com o inusitado da situação e eles pareciam mais surpresos ainda quando os convidei para entrar. Ofereci um lanche e perguntei se podia aproveitar o momento e fazer algumas perguntas. Ao final da conversa, comprei alguns produtos. O Pastor Cid só veio saber desse encontro quando eu já estava realizando observação participante na CT.

> *"[...] A minha esposa, Drica, ela tem os parentes dela, há uns cinco anos que a procurava. Ela não tinha contato com a família. Então uma vez ela passou, a última vez, ela passou três dias, aí curtia direto. Aí ela apareceu num dia, quando foi a tardezinha ela sumiu de novo. Aí eu já estava cheio já daquele negócio de, pô, eu vou ficar mais nesse negócio não, vou procurar a minha família e vou me sair. Então fui à procura dela pra comunicar [...] que eu estava saindo fora, que eu não estava aguentando mais, já estava a ponto de não ser o mesmo. Tinha dias que você chega até a pensar coisas que... Aí eu saí à procura dela, passei umas 11h da noite, aí encontrei ela ali, [...] na cidade do lado da Catedral* [Igreja Católica] *tem a Igreja da Graça* [Igreja Evangélica] *que foi onde a gente ia passando em frente e saiu uma cunhada dela [...] chama ela [...]. Aí ela ficou meia assim, sem jeito, eu tava até drogado, eu pernoitado há três dias. Ela ficou toda sem jeito assim, eu também fiquei sem jeito. O pessoal, todo mundo bem vestido, e foi onde esse irmão dela, abraçou ela, estava todo mundo morrendo de saudade dela, por mais que ela tivesse aprontado já, e eu fiquei assim, meio sem jeito e o irmão dela 'não, vamos para cá, vamos orar'. Você na rua, bermuda... não é porque eu morava na rua que eu fosse sujo não, mas você fica sujo, você fica fedorento. E a gente entrou na Igreja [...] amanheceu o dia e a gente lá com eles orando e tal".*

Márcio contou que os familiares de Drica insistiram para que ela fosse buscar suporte em uma "*clínica*". Ela aceitou, mas apenas se eles arrumassem tratamento para seu companheiro também. Dessa forma, o casal foi internado na CT *Anzóis da Dor.*

Drica, à época com 44 anos, informou ter sido usuária de *crack*, maconha, loló, medicamentos, álcool etc.: *"o que aparecia eu usava, nem sei direito o que usei, acho que já usei de tudo"*. Ao contrário de seu companheiro, Drica teve uma longa vivência nas ruas. Contou que seu pai era alcoolista e como isso acarretava muitos problemas na sua vida familiar. Casou cedo, aos quinze anos, com um homem bem mais velho, com o qual teve uma filha. No entanto, o casamento não durou dois anos. Segundo Drica, esse homem batia muito nela: *"aí um dia peguei minha filha, deixei na casa da mãe dele e caí no mundo, vim pra Natal, agora que vim me aquietar"*. Após me informar como sua família a havia encontrado, Drica disse:

> *"[...] Que se tivesse continuado na rua mesmo, irmã, eu acho que eu já tinha matado ele [Márcio] ou ele tinha me matado. Eu já era cismada com ele, dele querer se vingar [ela havia esfaqueado o seu companheiro]. Aí, quando tava doidona, pegava logo uma faca, botava aqui debaixo e ele: 'que arrumação é essa ?' Com medo de mim. Márcio tem medo de mim, mulher. Ele sabe do que eu sou capaz de fazer*".

Drica ficou na CT *Anzóis da Dor* por três meses. Saiu devido a uma série de desentendimentos com o Pastor, que culminou com a "disciplina" citada no capítulo anterior, e se dirigiu para a casa de seus familiares. Por conta da separação, Márcio "*teve uma recaída e voltou pra rua*", esclareceu Drica, contando também como, contra a vontade de seus familiares, localizou seu companheiro e o convenceu a voltar para a CT. Pouco tempo depois desse episódio, Drica alugou uma casa próxima à CT, a primeira residência do casal, *"porque o Pastor deixou".* Drica, após sair da CT, para garantir sua sobrevivência, vendia trufas, que ela aprendeu a fazer com seus familiares.

Leninha, com quinze anos de idade, relatou que era usuária de *crack*, cocaína e maconha e foi encaminhada por seus familiares para a Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor*. Eles souberam da existência da CT durante o trabalho de "*evangelização*" que foi feito em residências de um bairro de Natal. Com a espontaneidade que lhe é peculiar, Leninha prontamente respondeu sobre como havia conhecido a instituição:

> *"Foi o Léo [...] que eu conhecia, [...] eu cheguei a me drogar com o Léo. [...] Aí quando encontrei ele de novo ele disse: "Jesus te ama, abençoada. Sai dessa vida pra você ser minha noiva". Eu não falei nada, só comecei a rir. Aí, quando foi uma vez, ele tava vendendo detergente lá na vila e conversou com minha mãe e disse que tinha um cabaré, que esse cabaré foi fechado para abrir uma casa de recuperação de dependente químico. Aí conversou com a minha mãe e tal. Aí, minha mãe chegou pra mim e disse que se eu quisesse alguma coisa da vida, eu viesse pr'aqui. Aí, eu agradeço primeiro a Deus, né? E segundo, a Léo, que Léo que falou. Eu já estava esperando uma clínica pelo juiz. Mas se fosse esperar pelo juiz, aparecia morta, e ele não arrumava a clínica!"*

Leninha me contou que estava muito contente por estar internada, pois havia causado muito desgosto "*para minhas mães*[8] *e agora elas estavam felizes*", uma vez que estava se tratando. Leninha achava que *"suas mães"* tinham vergonha dela, mas não tinha certeza e me explicou:

[8] Leninha passou sua infância em um lar adotivo, com sua "mãe Preta" e na adolescência foi residir com sua mãe biológica, ambas iam visitá-la com assiduidade. Leninha não soube me dizer a que órgão as psicólogas estavam ligadas e não tive oportunidade de conversar sobre o assunto com "suas mães".

> *"[...] Eu mesma tinha vergonha de mim. Passava toda suja nos cantos, na rua as pessoas olhando pra mim. Minhas colegas que eu tinha no colégio se afastaram tudinho de mim. Por que se eu não usasse droga, eu não ia querer tá com uma pessoa que usa droga porque já é uma influência, né?"*.

Leninha nunca havia sido internada e também não era evangélica, nem a sua família. Já havia muito tempo que "suas mães", segundo me informaram, estavam preocupadas com a menina. Procuravam órgãos públicos para obter auxílio e queriam muito que Leninha fosse internada, pois além de ter sido autuada por roubo e porte de drogas, Leninha havia acabado de brigar com uma usuária de *crack* e estava *"jurada de morte"*[9]. Mesmo tendo conhecimento dessas informações, perguntei se ela já havia tido outra experiência em CT:

> *"É a primeira vez que tô internada, já tentei, andei muito atrás, mas não tinha conseguido. [...] O juiz tinha prometido. Porque eu tinha uma audiência, negócio de droga, de tráfico, aí eu pedi, chorei mesmo. Ele me prometeu [...] que ia arrumar uma clínica para mim se tratar e eu tô esperando até hoje. Isso foi ano, acho, no ano passado [2011] [...] eu tinha minhas psicólogas, mas não dava jeito, eu dava sempre aquela recaída*. [...]. *Estava vendo que não era vida para ninguém, não".*

Em relação a essa promessa de internação, ocorrida durante a audiência, Leninha contou que tinha recebido a notícia de que isso ocorreria em maio de 2013 (não soube informar em qual Comunidade Terapêutica). Segundo ela, se esperasse, morreria antes pois *"quem vive no mundo das drogas tem dois caminhos: a cadeia ou o cemitério, e quem entra na cadeia sai pior, e pro cemitério eu não quero ir não"*, declarou rindo.

4.3 Nas Trilhas da Sexualidade, do Gênero e da Sobrevivência

Em nossas conversas, os internos citaram muitas vezes os pequenos assaltos que faziam, a prestação de serviços sexuais e de outros tipos de serviços. Como conseguiam pequenos donativos e pediam cigarros quando trabalhavam nos sinais. Eram os meios que garantiam a sobrevivência e o consumo diário de drogas.

[9] Leninha chegou à CT com os braços e antebraços com cortes de garrafa, em fase de cicatrização final.

De fato, uma palavra adequada para definir os meios e estratégias de sobrevivência que eram referidos por meus interlocutores seria precariedade.

Por ter passado cerca de seis anos vivendo nas ruas, Yan apontou para algumas dessas estratégias e também descreveu outras, primordiais para sobreviver. Disse que se tivesse dormindo na rua, em área urbana movimentada, tinha que acordar bem cedo, "*antes do povo começar a passar*", pois havia pessoas "*ruins, que chuta a gente, que joga água, mija em cima de nós*". Por esse motivo, para dormir, havia certo rodízio entre os usuários de drogas com quem ele ficava no semáforo. Sempre deveria ter alguém acordado por perto *"não podia confiar totalmente nos caras, porque às vezes eles mesmo roubavam o que a gente tinha ou se juntavam com algum inimigo da gente e aí pronto, já era. Na rua, você tem que dormir com um olho aberto e outro fechado".* O fato de dormir pouco, segundo ele, era o que levava as pessoas a verem "*coisas onde não existia*" quando usavam o *crack*, uma vez que era comum ficar consumindo "*a droga*" até altas horas da madrugada ou até por dois ou três dias, sem dormir, "*aí o cabra ficando muito tempo acordado, fica fraco da mente!*".

Carlão foi um interno que me disse que não sabia se "virar na rua", porque sempre morou com sua família, mesmo quando fazia uso de drogas. Além disso, afirmou ter medo, pois, além de ficar agressivo quando bebia, conheceu diversas pessoas que morreram na rua quando estavam dormindo ou porque receberam "quentinhas com veneno", ou ainda devido a ações de policiais. Essas últimas informações apareceram em diversas falas. Dessa forma, todos os internos me disseram praticamente a mesma coisa: *"tem que ter as manhas, senão morre logo"*. Esse fato corrobora mais uma vez as considerações de Gregori (2000).

Leninha mantinha seu consumo de drogas, depois de se separar da companheira, que era traficante, prestando serviços sexuais. Tinha como principal ponto de contato com seus clientes uma rua conhecida pela vida noturna em Natal, "*a rua do Salsa*", localizada no bairro de Ponta Negra, próximo à sua residência. Além disso, fazia transporte de armas e drogas para traficantes. Em 2012, teve uma passagem pela polícia. Foi acusada de roubar um policial, mas explicou que "*quem tava errado era ele, né? Mantendo relações com uma menor*". Depois disso, como ficou "*marcada"*, segundo suas palavras, *os "traficantes não quiseram mais eu por perto, aí só ficava lavando a roupa de um, transando com outro... [...] mas agora só tava ficando com um coroa"*. Leninha me contou detalhes de algumas relações com

os "*coroas*". Perguntei-lhe quanto ela ganhava por cada "*transa*" e ela me respondeu que dependia da sua situação. De início, ganhava mais, às vezes vinte reais. Chegou a receber cinquenta reais uma vez. Contou-me como se fosse uma grande soma. Contudo, podia "*transar*" por apenas cinco reais. Disse-me que nos últimos tempos estava mantendo relações com um *"coroa"* que lhe *"dava as coisas"*. Segundo ela, o *"coroa não usa droga"*, comprava, apenas, para o uso pessoal de Leninha. Presenteava-lhe com produtos de higiene pessoal, e, às vezes, dava-lhe algum dinheiro. Leninha chegou a dizer que sua mãe biológica sabia o que acontecia e, de vez em quando, aceitava a ajuda financeira dele.

Por sua vez, Drica, bem mais velha do que Leninha, e com experiência acumulada de *"vida nas ruas"*, relatou suas experiências e estratégias de sobrevivência, boa parte delas envolvendo sexualidade e furtos, como quem narra aventuras de sucesso[10]. Falou sobre diversos casos amorosos que teve no passado, inclusive um que foi interrompido porque o rapaz foi buscar cuidado em uma CT. Contou também que era criteriosa ao escolher seus parceiros:

> *[...] morava na rua, mas pra mim ficar com homem era difícil". [...] Fazia programa, mas com os coroas, com os de rua não. Gostava não. Eu sempre carregava meu dinheiro, curtia minhas paradas e fazia presença pra eles, pros caras lá, né, quando vai chorar. [...] Eu só ia lá* [em locais de uso]*, fumava e disparava de novo. Eu ia, fumava e ia arrumar dinheiro, eu não ficava lisa não. Quem tava comigo assim, era uma disputa, os homens tudo atrás de mim, sabe. Esses morador de rua, os caras de rua, os vagabundo. Porque sabia que eu era queixuda mesmo. Aí era mole, não faltava, que sabe que quem tava comigo não faltava nada pra ele. [...]*

Drica discorreu sobre as estratégias que utilizava para se manter na rua. Uma vez, veio foragida de uma cidade do interior do estado para a capital e passou a dormir sozinha em uma praça: *"[...] eu ficava toda enrolada ali pro pessoal pensar que era um homem, né?".* No entanto, começou a manter relações sexuais com um rapaz que também dormia no mesmo lugar *"pra não ficar dormindo só, né?!".* Narrou ainda, em tom de aventura, seu envolvimento em assaltos com arma branca (faca). Do mesmo modo que ela não tinha noção do número de homens com os quais

[10] Essa entrevista foi realizada em sua residência, que ficava situada ao lado da CT, e conforme esclareceu Drica, somente foi alugada por que o Pastor deu permissão. Fazia sete meses que ela estava sem usar drogas, tendo passado três meses na CT. Em seguida, mudou-se para a casa dos familiares, logo após o episódio que citei no capítulo anterior.

manteve relações sexuais, profissionalmente ou não, uma vez que morava na rua há mais de dez anos, também não sabia quantas pessoas havia assaltado:

> *"Ah, sei não. Furei porque tinha cara que tirava onda comigo, cara que queria roubar, misericórdia de Deus, roubava demais, deixava passar nada não. Saía correndo naquela descida do viaduto, corria, corria, era bala que não te pega, com uma carrada de dinheiro. Quando eu descia correndo, Márcio já sabia que tinha roubado. 'Drica pelo amor de Deus, foi aonde?!' Ah, sei não, visse. Márcio roubava não, levantava grana fazendo programa. Roubar não é pra todo mundo, não. Não é todo mundo que tem coragem de meter os peitos, não, e ficar numa boa, não!"*

Drica me informou que seu relacionamento com Márcio já tinha mais de um ano, que ele era um "*bom marido*" e provia todas as suas necessidades, enfatizando "*tudo que ele pegava era pra mim, não faltava drogas*". Contudo, devido ao fato dela ser ciumenta, havia muitas brigas entre o casal. Segundo ela, "*ele não queria nenhuma mulher"*. Devido ao efeito do crack*, "via direitinho ele dando drogas pras gatas, guardando pedaço de droga".* Por isso, inclusive, o havia *"furado"*. Então, indaguei como ela se sentia em relação a Márcio, quando ele *"fazia programa"* , ao que ela me respondeu:

> *"Era uma confusão, eu tinha raiva, mas fazer o quê? Mas pelo menos eu sabia que era com veado [Tu 'tinha' mais ciúmes das mulheres?]. Homem... Mas eu brigava, esculhambava com ele 'Seu veado!', 'Seu não sei o quê!' Botava ele lá embaixo. Aí ele saía atrás de mim, e eu correndo. Quando pensava que não, chegava bem de mansinho e deitava do lado dele".*

Todos afirmaram manter relações sexuais, quando estavam nas ruas, para financiar o consumo de drogas. Os internos homens foram unânimes em afirmar que se relacionavam tanto com homens como com mulheres. No entanto, não se consideravam "gays", pois diziam não se deixarem ser penetrados, mas penetravam o parceiro, o que se assemelha bastante com a discussão clássica de Peter Fry (1982) sobre o modelo tradicional de relações homossexuais no Brasil. Ao contarem essas histórias em tom de "*aventuras da rua*", apontam de modo preconceituoso e com desdém que, na alta madrugada, quando as boates fechavam, os "*gayzinhos*" estavam mais dispostos a manter relações sexuais, "*a fim de transar*", e eles "*pegavam mesmo*". Chegaram a narrar situações em que estavam com pressa,

ansiosos para comprar "*a pedra*" e levavam os rapazes e homens para terrenos baldios, onde os assaltavam, *"as bichinhas tudo novinhas e bêbadas"*. Um dos internos chegou a dizer que não deixava de andar com um saquinho de *"cremosinho"* (um iogurte embalado em saco plástico) para servir de vaselina. Não posso afirmar até que ponto tais histórias são verdades, pois havia uma certa disputa para mostrar quem tinha aprontado mais nas ruas. Poderia afirmar que, pelo menos dos internos que entrevistei, 90% dos homens, para manterem seus gastos na rua ou com drogas, mantinham relações sexuais com outros homens. A sexualidade seria, então, uma questão a ser bastante desenvolvida em outros trabalhos.

Com base nos relatos de Drica e Leninha, acredito poder assegurar que as mulheres também encontravam na prestação de serviços sexuais um meio para sua sobrevivência. Contudo, envolviam menos atividades homossexuais. O seu público mais assíduo eram homens com idade avançada.

O caso de usuários masculinos de drogas com relações afetivas heterossexuais estáveis que realizavam "programas" com outros homens, parece-me ser mais aceito por suas esposas, que compactuavam a ideia de que eles não eram *gays*. Elas justificavam que eles faziam isso pelo dinheiro e não porque gostassem. Apesar de incomodar em termos morais, afirmavam que era para levantar recursos para o consumo de drogas. Assim, haveria menos risco de terem suas relações afetadas. Se fosse com mulheres, elas não aceitariam, tal como a fala de Drica indica[11].

Se tomamos como parâmetro as mulheres não usuárias de drogas que mantêm relacionamentos heterossexuais estáveis, parece-me existir uma inversão de valores. Em diversas situações, ouvi relatos de mulheres, que, quando descobriam que seus maridos estavam tendo relações extraconjugais homossexuais, expressavam mais mágoa, do que se tal fato ocorresse com outras mulheres. Além disso, pelo que pude perceber, o relacionamento sexual entre duas mulheres aparentemente causa menos desconforto na rede de relações sociais dos usuários de drogas do que aquele que acontece entre dois homens

Em todas as CTs visitadas, seus dirigentes foram unânimes em considerar que a maior problemática enfrentada pelas CTs, para manterem os internos em

[11] Faço essas considerações porque, além de Drica, mantive longos diálogos com a esposa de um ex-interno da CT *Anzóis da Dor*, em uma das minhas visitas esporádicas à instituição.

tratamento, era relacionada à exigência de abstinência sexual ou afetiva[12]. Essa problemática é apontada por diversos autores, entre eles Rui (2007). Na CT *Anzóis da Dor* ocorria a mesma coisa: tanto os internos quanto o Pastor Cid alegaram que "*era mais fácil se livrar das drogas do que do desejo carna*l". Dentre todos os internos com os quais conversei, apenas Ronaldo concordava com essa exigência e, meio irritado, declarou:

> *"Muitos aí ficam falando em casar, querem buscar mulher mas não para pra pensar que enquanto estava nas drogas não parava para pensar nisso. Então, agora, eu tenho que buscar a Jesus primeiramente. Eu tenho que ser fiel a ele. Foi Jesus que me libertou, eu tenho plena confiança nisso. Eu sou muito realista. Passei dezoito anos casado, um casamento maravilhoso. [...] Estraguei tudo por causa da droga. Então será que eu tô pronto pra assumir de novo uma mulher? Eu tô trabalhando legal enquanto tô aqui dentro. Depois que eu sair? Vou pensar nisso depois. Agora, se for os planos de Deus, que nem o Pastor diz: 'você sendo fiel a Deus, pensando só em Deus, quando você pensar que não, Jesus preparou tudo para você'. Então confio nisso, sou um cara que tenho uma fé tão grande que você nem imagina, tenho mesmo! Se não fosse a minha fé, eu já teria ido embora, principalmente porque eles me irritam, porque eu sou um cara organizado!"*[13].

Os interlocutores dessa pesquisa, fora da CT, tinham uma vida sexual ativa e livre ao mesmo tempo que usavam drogas. Ao entrarem na CT, tinham que parar de usar drogas e de ter relações sexuais, em razão da lógica interna desta proposta terapêutica. Por causa disso, boa parte das práticas disciplinares envolvia exatamente a "recaída" tanto de uso de drogas como da abstinência sexual.

4.4 Nas Trilhas das Disciplinas, dos Discernimentos e das Peripécias

Segundo os internos da CT, o período mais difícil ocorre nos três primeiros meses de abstinência, quando há a tentativa de cessar o uso de drogas. Afirmaram que ter "recaída" durante esse período é tão normal que o Pastor Cid já esperava por isso, portanto, muitas vezes aceitava o fato, aplicando somente uma "*disciplina"*, e não expulsando a pessoa. Em geral, essa "*disciplina*" seria mais branda se quem tivesse burlado a norma da abstinência informasse logo ao Pastor e pedisse perdão.

---

[12] Essa questão aparece nos trabalhos de Rui (2007) e de Machado (2011).
[13] Ronaldo fazia parte da equipe de dirigentes.

Nas nossas primeiras conversas, Carlão contou que teve três "recaídas" enquanto estava em tratamento na CT *Anzóis da dor*. Em duas delas, voltou a consumir bebida alcoólica e na outra fumou um cigarro. Em uma dessas vezes em que bebeu, contou que estava acompanhado de sete internos e todos cometeram a infração:

> "*Chegou tudo bebo em casa e o Pastor disse: 'Vou mandar vocês embora', mas não mandou não. Aí no outro dia, normal, não deu disciplina, [...], mas uma semana depois a gente bebeu no terreno de novo, um outro menino comprou uma garrafa de 51, a gente acabou bebendo, ele foi embora, mas, não houve disciplina não, logo no começo, né?"*

Em relação ao cigarro, Carlão contou que quando cometeu a *"infração"* estava acompanhado de dois outros internos. Eles estavam de carroça levando tijolos para a CT, que estava em construção. Um deles fumou e o terceiro foi avisado de que não deveria delatar ninguém, ao que o rapaz respondeu: "*É, se não caguetar vou tá pecando do mesmo jeito*". Carlão contou que à noite, quando estavam todos reunidos para jantar, o Pastor teria dito*: "quem foi que fumou aí hein? Que ele disse que Deus revela a ele. Ele disse que estava sentindo um gosto de cigarro na boca, não só ele como a Pastora*". Carlão lembrou que na hora ficou calado, porém, mais tarde, o Pastor perguntou novamente quem havia fumado. Carlão então falou para seu amigo: *"Bora contar ao Pastor, tem pra onde a gente correr não, que Deus já revelou a ele, aí ele sabe que foi nós"*. Eles contaram ao Pastor, e esse apenas sorriu. Porém, no dia seguinte, quando estavam todos os internos reunidos para tomarem café da manhã, o Pastor comunicou que não iria mandá-los embora, que eles pedissem perdão e decretou a "disciplina". Eles teriam que ficar três meses em silêncio, um mês sem sair das dependências da CT e ler, meditar e escrever sobre o entendimento do livro de provérbios da Bíblia. No entanto, Carlão me informou que "*graças a Deus foi só uma semana, porque eu não tava aguentando ficar dentro de casa, não*".

Ao perguntar mais a respeito das práticas de "disciplina", diversas pessoas que estavam internadas afirmaram que estas eram realmente necessárias. Também declararam que, às vezes, o pastor exagerava, como no caso da *"disciplina da pedra"*, cumprida por Leninha. Por exemplo, ela considerava que retirar a alimentação estava errado, porém:

> *"[...] até a disciplina do silêncio, a disciplina da pedra, tá certo, porque é pra pessoa aprender, que ele [Pastor Cid] tá fazendo isso. É pra pessoa aprender, pra pessoa pensar mesmo o que vai falar. Pra quem vai falar, a hora que vai falar, né?"*

Então indaguei, veementemente, se ela não considerava errada a disciplina da pedra, ao que me respondeu: "*Rapaz eu acho assim mais ou menos. A pessoa até que aprende, tal, mas o ruim que acho é o peso, né? Nós mulheres não pode pegar peso*[14]". Presenciei ou fui informada de diversas disciplinas "corporais" e "verbais". Acredito que as "verbais" (insultos, recriminações pesadas, humilhações, desqualificações) eram as que mais abalavam os internos. Estes pareciam ser menos condescendentes com elas, o que talvez fosse o principal fator responsável pela alta rotatividade dos internos nas CTs, associado à carga de trabalho excessiva, tal como foi mostrado no capítulo anterior[15].

Assim que iniciei o trabalho de campo, o Pastor estava formalizando simbolicamente o acerto com a dona da fazenda e me convidou para ir junto com ele, sua esposa e sua filha, além de alguns internos. O Pastor queria me apresentar aos anfitriões e que eu realizasse um registro fotográfico. Quando chegamos, depois das devidas apresentações, tomamos água, café e conversamos um pouco. Em seguida, o Pastor conclamou todos as pessoas presentes a realizarem uma oração para Deus, que abençoasse a casa e a família dos anfitriões. Pediu que todos ficassem de mãos dadas, formando um círculo, e fez a oração. Tendo realizado minhas "obrigações" com o Pastor, fui ter com os internos, enquanto o coordenador da CT e sua família ficaram na casa com os proprietários da fazenda.

Como no local existiam diversas mangueiras, encontrei dois internos e ficamos conversando embaixo de uma delas. Algum tempo depois, apareceram mais dois internos, os quais avisaram aos colegas que o Pastor havia mandado pegar algumas mangas para a Pastora. Então, desceram para tirar capim em um rio que ficava mais abaixo. Os que ficaram subiram, cada um em uma mangueira, e começaram a disputar quem chegava mais alto e quem pegava a maior manga. Eu fiquei embaixo das árvores, servindo de guia para os dois. Nessa brincadeira, os dois tiraram mais de duas mangas. Depois de separarmos as melhores para a

---

[14] Essa entrevista ocorreu uns dias após a disciplina, o que pode ter influenciado a resposta da Leninha.

[15] Nas demais CTs ocorre o contrário, quase não há atividades a serem feitas, a não ser as ligadas à limpeza da casa e os cultos.

Pastora, como era de praxe, ficamos ali comendo as demais. Enquanto comíamos, o Pastor chegou e passou a gritar muito com os dois internos, menosprezando-os em público. Eu não consegui esconder minha surpresa e um deles, Jurandir, viu minha reação. Como quase sempre ocorria, os internos ouviram tudo em silêncio. Contudo, Jurandir ficou em silêncio não somente naquele momento, mas por mais alguns dias, respondendo somente o que lhe era questionado. Quando o Pastor foi ridicularizá-lo por ele se auto infligir a "*disciplina do silêncio*", Jurandir arrumou seus poucos pertences, agradeceu ao Pastor pela estadia e foi embora. Todos os internos que estavam presentes consideraram que não havia necessidade do pastor *"humilhar o cara daquele jeito"*. Esse acontecimento demonstra a resistência que os usuários podem apresentar diante do "poder pastoral" que lhes é imposto na CT.

Outra situação pode ilustrar com clareza o discernimento, a não sujeição total ou "embrulhada" nos termos de Goffman, dos internos da CT *Anzóis da Dor*. Acredito que possa ser estendida a outras CTs. O Pastor e sua esposa descobriram que Leninha havia mantido relações sexuais nas dependências da CT. Praticamente todos os internos e eu sabíamos do ocorrido. Eu não estava na CT no dia em que isso foi descoberto. Quando cheguei, no dia seguinte, encontrei-me com Igor[16], o rapaz que Leninha estava namorando, praticamente desde a primeira semana em que foi internada. Ele me disse que havia "sujado". O Pastor tinha descoberto que ele "*transou*" com Leninha e, assim, ele havia sido muito humilhado e expulso da CT por ter se negado a cumprir a disciplina determinada pelo Pastor: cavar uma grande vala na fazenda. Contudo, Igor afirmou que estava ainda mais aborrecido porque o Pastor tinha ligado para sua mãe e dito que ele era um "pedófilo e que ia mandar a polícia atrás dele". Com os olhos cheios de lágrimas, disse-me: *"Poxa, Andréa, pedófilo é coisa de gente ruim, Leninha não é mais nenhuma criança, ela fazia programa e tudo mais, e foi ela que deu em cima de mim, alias, dá mole pra todo mundo, só o Pastor que não vê. Agora minha família não quer mais saber de mim*". Ao se despedir, disse que ia vender sua bicicleta e a mochila com roupas e ainda acrescentou: "*vou meter a cara nas pedra com força, vai ser agora*".

Continuei minha caminhada até a CT e, como sempre, antes de qualquer coisa, fui cumprimentar os coordenadores da instituição. Foi nesse momento que fui chamada a atenção por não ter delatado o casal, tal como citei na introdução. Em

[16] Igor estava na CT há menos de dois meses, tinha 25 anos e me informou que fazia uso principalmente de *crack*, álcool e maconha.

seguida, me dirigi às instalações da CT feminina. Leninha havia sido confinada ali como uma medida disciplinar.

Na CT feminina, fui recebida por Leninha com um grande sorriso e ela foi logo me dizendo: *"Andréa, sujou!"*. Explicou que tinha acabado de chegar do posto de saúde, onde foi realizar um teste de gravidez, cujo resultado foi negativo. Quando eu a interpelei sobre a suspeita de gravidez, ela me esclareceu que foi *"coisa da Pastora"* porque tinha engordado um pouco e não havia menstruado desde que chegou à CT. Segundo Leninha, ela ficava, às vezes, quatro ou cinco meses sem menstruar devido ao uso de drogas. Descreveu que quando havia suspendido o uso de drogas por seis meses *"via logo que minha barriga ia inchando, [...] meus peitos não é só desse tamanho, não. Meus peitos ainda vão crescer tanto ainda. Tu vai ver quando eu tiver mais gorda. Eu, mulher, conheço meu corpo"*. Em seguida, entre muitos risos, Leninha referiu-se à reação do Pastor. Contou que ele, fora de si, pronunciou uma série de impropérios e que, no dia seguinte, mais calmo, foi conversar com ela. Disse que a amava muito, mas ela o havia traído, que ele estava ali para ajudá-la e que ela fizesse de conta que era sua filha e que os "*meninos*" estavam ali para serem tratados. No entanto, Leninha estava inconformada e, com muito sarcasmo, disse:

> *Mas namorar não é um negócio normal, não? [risos] Ele me chamou de otária, bosta de cobra [risos], abestalhada, mongol [risos]. Um bocado de coisa ontem ele falou e eu não gostei. Daí hoje ele veio falar comigo. Não era pra ele estar falando comigo, não. Porque ele mandou eu ir embora e mandou mais coisa de novo. Já é a segunda vez que ele manda eu ir embora e eu não vou. Disse que era eu ficar trancada três meses aqui no quarto [risos].*

Poucos dias depois, Igor estava de volta. Ele pediu perdão ao Pastor e este, com toda a sua "benevolência", o aceitou de volta. Mais uma vez sem entender nada, resolvi indagar ao Pastor como essas idas e vindas funcionavam, pois a infração de Igor, segundo os parâmetros da CT, havia sido grave. O Pastor relembrou uma conversa que tivemos anteriormente, quando me informou que Igor tinha sido "chamado"[17] para se tornar Pastor e ele não poderia ignorar os mandados de Deus. Ou seja, Igor "precisava trabalhar para Deus usar". Por esse motivo, ele o aceitou de volta. Na primeira oportunidade, perguntei a Igor o que tinha acontecido

[17] Chamado, entre os evangélicos, é sinônimo de dom.

para ele voltar. Ele me respondeu: *"Rapaz, deixa quieto, eu sei o que tô fazendo"*. À noite, depois do jantar, vi Igor e Leninha trocando beijos.

4.5 Conversas em Família

Durante minha permanência na CT *Anzóis da Dor,* consegui estabelecer contato com alguns familiares dos internos, realizando, inclusive, com duas famílias, diálogo fora do espaço da instituição, tanto em momentos festivos quanto em suas vivências cotidianas. Com outras famílias mantive apenas conversas dentro dos limites da instituição. Frequentei, com certa assiduidade, a residência de Ágata, a irmã de Yan, um dos internos que havia completado nove meses na Instituição sem fazer uso de drogas e que, entretanto, não havia se desligado ainda da CT. Yan foi o primeiro interno a completar o tratamento, mas vivia aquilo que Goffman (1975) chama de *angústia da saída*. Essa *angústia* é conhecida em diversas instituições, sejam elas totais ou não. Às vésperas de sair, os internos colocam questões como: E agora, consigo viver sem drogas? O que vou fazer ao sair da CT? Por esse motivo, havia a insistência de seus familiares e amigos para que ele alugasse um espaço e trabalhasse por conta própria, invés de trabalhar para o Pastor.

Ágata estava morando provisoriamente no local porque passou por um incidente grave. Como era traficante de *crack*, levou dois tiros da concorrência local. Dessa forma, além de ter de se afastar do lugar onde morava, precisava convalescer e não tinha quem a ajudasse a cuidar do filho pequeno. Por essa razão, solicitou o auxílio do irmão, que lhe alugou uma casa próxima à CT, fez sua mudança e a ajudava com o bebê. Assim, quando cheguei certo dia à CT, para um visita esporádica, estavam todos os internos brincando com uma criança que engatinhava sobre a mesa comprida, que ficava na parte externa da CT. Fiquei por ali, conversando com um e outro interno, quando, pouco depois, adentrou na CT, pelo portão lateral, uma moça encurvada, andando bem devagar. Fomos apresentadas. Cumprimentei-a e parabenizei a beleza de seu-filho. Desconfiada, Ágata me olhou e, então, perguntou, em tom baixo, para a filha do Pastor, que estava próxima, se eu era missionária. Imediatamente obteve a resposta: "não, ela é pesquisadora", enfatizou a menina. Além de ter sido visível a mudança de sua expressão facial, imediatamente começou a conversar comigo de modo descontraído. Passado algum tempo, ela disse que tinha que voltar para casa e pediu que o irmão a ajudasse com

o carrinho do bebê. Por não querer sair naquele momento, Yan falou que esperasse. Então, aproveitei a oportunidade e me ofereci para acompanha-la.

Ao sairmos da CT, Ágata disse: *"bem que eu vi que você não era missionária. Por causa da roupa e também porque elas só se misturam com o povo para falar de coisa de igreja, e você não, estava de boa com os internos. Mas também fiquei desconfiada, sem saber quem você era, porque jeito de drogada de CT você não tem"*. Caímos, então, as duas na gargalhada e passou a existir entre nós uma relação de cordialidade. Fomos até sua casa, tomamos um café, fumamos nossos cigarros e expliquei-lhe a respeito da pesquisa que fazia. Foi quando ela me contou detalhes de seu incidente e, assim, estabeleci uma relação bem próxima com essa família.

Em uma outra visita à CT, encontrei Ágata acompanhada de um casal de amigos e de sua avó, esta última visivelmente irritada com o Pastor e com o modo de funcionamento da CT. Ela logo me cumprimentou e me chamou para seguir com eles. Sentados na frente de sua casa, ficamos a conversar com seus amigos e seu irmão, que chegou pouco depois. A avó de Yan e Ágata, Dona Mafalda, era uma mulher de aproximadamente 60 anos[18]. Era católica e professora de geografia da rede estadual e municipal de ensino em Natal. Dois anos antes, sua única filha, que tinha sido usuária assídua de *crack* e outras drogas, havia falecido. Nesse dia, D. Mafalda encontrava-se bastante revoltada, pois era a primeira vez que visitava uma CT. Ela me disse que apreciava as mudanças de comportamento de seu neto, mas discordava totalmente da forma como a CT *Anzóis da Dor* conduzia o tratamento dos internos. Explicou que tanto os familiares paternos como ela tentaram anteriormente auxiliar o rapaz, mas haviam se afastado, porque seu neto "*não era fácil*", já tinha dado muito "*desgosto*", roubado a família, agredido fisicamente alguns parentes etc. Uma das tias do rapaz havia arcado com suas despesas na CT, quando ele se internou da primeira vez. Ela, no entanto, resolveu se afastar, porque ele saiu da comunidade e logo "*voltou pra rua, pro sinal*". Agora ele estava completando nove meses sem usar drogas e a neta estava "naquelas condições", Dona Mafalda resolveu se reaproximar do neto e estava tomando conhecimento do modo de funcionamento da proposta terapêutica da CT *Anzóis da Dor*.

[18] Cálculo feito pelos netos. "Ela não diz a idade por nada nesse mundo", ouvi seus netos brincando com ela, quando eu a indaguei sobre a questão.

> *"[...] Aí eu consegui chegar perto. Mas eu já tô ficando... Distanciando. Porque eu estou vendo que o negócio não é bem como eu imaginava, sabe? Apesar que é bom, porque ele tá fora das drogas. Tá um menino diferente [...] Logo ele [se refere ao Pastor Cid] gosta, ele explora muito ele [se refere ao neto]. Sabe por quê? Ele é um menino muito desenrolado. A venda das coisas ele sabe, pra pedir as coisas, pra fazer aquilo... Assim... Ele usa muito a palavra de Deus... Vai pregar lá nas casa, sabe? Na Redinha[19], todo mundo ficou admirado, sabe? Quase ninguém reconheceu ele, porque ele tá outro menino e tudo. Aquelas pregações dele, sabe? Que ele aprendeu de repente "pê-pê-pê-pé-pé-pé" e agora tá outro, né? Mas ele em relação ao Pastor , ele tá assim [faz um gesto]. É parece que a cabeça deles sofreu uma lavagem cerebral enorme: [...] Porque eles estão precisando. O Pastor só sentado, coçando tudo, e eles trabalhando pra aumentar mais o rendimento dele e tudo mais, não sabe?"*

A amiga de Ágata ponderou que os "*recuperados*" estavam equivocados quando consideravam que alguém tinha sido o responsável por sua abstinência. Para ela, o responsável pela "*cura*" dos usuários de drogas era, de fato, Deus e a vontade individual de cada:

> *[...] O erro de alguns recuperados é pensar que deve a vida. Quem recuperou foi Deus, mas foi por intermédio do Pastor. [...] eu tenho certeza que se ele [Yan] não tivesse atitude de dizer eu vou, ninguém ia fazer isso. Porque podia ser Mafalda que tivesse pegado ele, amarrado e levado ele não ia ficar, não ia parar de consumir. Como ele mesmo sabe, ele só deixou porque ele cansou. Ele mesmo disse 'eu não quero'. [...]. Ele teve uma ajuda, uma pessoa que tava ali ajudando a ele. Agora querer sair [cessar o uso de drogas], saiu por causa dele mesmo, entendeu. Então assim, ele tem que pegar, parar e pensar: "Não, realmente esse é um bom caminho. O caminho de Deus é um bom caminho e vou continuar nele. Mas eu saí por causa de mim". Reconhecer que ele teve muita ajuda, que o Pastor ajudou muito ele, mas não é chegar e perder a vida. Não adianta estar fora das drogas e tá trabalhando, se escravizando. Ele tem que estudar, tem que fazer uma casinha pra ter o descanso dele. Pra futuramente casar, ter a família dele. Então é isso que eu acho. Continuar no caminho de Deus, né? Assim ele é feliz! [...].*

O namorado da moça, concordando com ela, disse: "*a gente tem que procurar o que se adapta melhor. Se é o católico, o evangélico, o espiritismo. Mas não crê naquela pessoa que tá ali passando a palavra pra você. É você seguir na palavra de Deus e não idolatrar alguém ali na frente".*

---

[19] Bairro situado na zona norte de Natal.

Essa família também colocou em pauta a disputa entre católicos e evangélicos. Dona Mafalda comentou que não compreendia a razão "*desse povo errado*" não buscar auxílio entre os católicos: "*só vai sair se for crente*?" Nesse momento, Yan prontamente respondeu: "*É porque o Deus dos católicos tá lá na cruz ainda, tá entendendo?*" Por sua vez, a amiga complementou que entendia a razão da preferência. Segundo ela, os católicos "*são mais liberais [...] não reclamam da bebida, e a bebida é a porta de tudo"*. Passou a retratar o percurso de um usuário de drogas hipotético, que recaía a partir do momento em que ingeria alguma bebida alcoólica, passava pelo uso de cigarro, chegava à maconha e *"depois ele volta pro crack pior do que quando ele saiu"*. Em resumo, os evangélicos não permitiam o uso de nenhuma droga, concluiu ela. Yan imediatamente concordou com a amiga da família e disse "*um abismo puxa outro*". Nesse momento Dona Mafalda, calada e pensativa, ouvia a conversa e, num rompante, que ocasionou o riso de todos nós, disse:

> Homem, pelo amor de Deus! Evangélico, evangélico, evangélico, evangélico. Eu sou católica, jamais deixarei de ser, não vou me tornar uma viciada de nada. Tem que ser evangélico pra deixar de seneo\\r? De fazer isso, fazer aquilo? Não! Eu não concordo! Não sei como é que vou chegar a uma conclusão disso, mas eu não concordo! Concordo não! Os evangélicos, eles o quê? Visa mais o bem-estar do que os católicos?

A conversa passou a ter como tema o grande crescimento contemporâneo do neopentecostalismo. Aludiram que essa religião estava se tornando uma mercadoria, que havia anúncio de venda de igrejas evangélicas em jornal, que existiam muitos erros e deslizes cometidos por religiosos, evangélicos ou não, entre outros assuntos,

Diversas vezes depois, eu estive na residência de Ágata. Certo dia em que almocei com eles, observei os irmãos disputarem, em tom de brincadeira, quem era o mais esperto: ela, que era *"traficante e ladra profissional"*, ou ele, que era um *"noiado de rua"*. Apesar do trágico da brincadeira, ao final, chegaram à conclusão de que os usuários de *crack* buscavam o prazer imediato. Muitas vezes, quando iam roubar, agiam sem um planejamento, não pensavam em guardar nenhuma soma de dinheiro e se arriscavam com mais frequência. Já os traficantes elaboravam mais suas ações, agiam somente com um plano pré-definido. Além de possuírem capital

de giro para a aquisição das drogas que vendiam, devido ao perigo eminente de serem presos, buscavam sempre ter alguma economia, para o pagamento de advogado, para a sobrevivência na prisão, ou mesmo quando foragidos por algum tempo.

Em outra ocasião, participei de um almoço na casa de Drica e Márcio, quando Drica reencontrou sua mãe, após cinco anos sem vê-la. Nessa ocasião, estavam presentes, também, o irmão e sua esposa. Esse encontro foi mais emotivo e com menos brincadeiras. A conversa, como era de se esperar, girou principalmente em torno de informações e recordações de familiares e amigos, entre Drica, o irmão e a mãe. Eu e Márcio observávamos mais do que participávamos dos diálogos.

No entanto, como também era inevitável, a CT *Anzóis da Dor* e o Pastor Cid foram tema de conversa. Nesses momentos, acredito que devido a minha presença, o irmão de Drica, que estava estudando para se tornar um pastor, apesar de demonstrar desagrado em relação a CT e seu coordenador[20], mostrava-se bastante cauteloso ao pontuar suas críticas. A cada situação de desagrado que sua irmã narrava, ele dizia, "*deixa pra lá, mulher, Deus sabe o que faz, o importante é que você tá aqui, na tua casa, com teu marido. É só acreditar na palavra de Deus e não nas dos homens*". Contudo, quando ele ficou sabendo da "*disciplina da pedra*", não se conteve e disse: "*esse Pastor não tem sabedoria de pastor, não. Este Pastor tem que orar muito a Deus por sabedoria de pastor. Onde já se viu uma coisa dessa* ? *Esse Pastor exagera*"

4.6 Eficácia Terapêutica? Ou Crenças Abaladas?

Invariavelmente, eu perguntava aos internos o que eles achavam da proposta terapêutica da CT *Anzóis da Dor* e quase sempre apontavam críticas e elogios. Os internos que eram os homens de confiança do Pastor, ou seja, os que compunham a "equipe de dirigentes" (GOFFMAN, 2010), não apontavam críticas, quando estavam desempenhando esse papel[21]. Os elogios se refiram ao fato da CT

[20] Drica já havia me informado que seu irmão tinha rompido relações com o pastor e que não foi a favor que ela alugasse uma casa para morar tão próxima da CT.

[21] Aproveito para informar que não me ocupei muito com esses internos devido ao fato de eles apontarem o discurso oficial da instituição, e meu interesse nesta pesquisa tem como foco principal apreender a visão dos internos sobre "a vida íntima" dessa instituição (GOFFMAN, 2010).

ser localizada em território urbano, ao fato deles poderem se afastar dos perímetros da instituição. Falavam da constante presença de pessoas não usuárias de drogas na instituição, as quais, por diversas circunstâncias, eram fiéis da igreja, pessoas que vinham em busca da prestação de serviços e compra de produtos diversos ou a visita, bastante flexível, dos familiares. Além disso, eles eram autorizados a portar celulares, embora muitos não tivessem para quem ligar, havendo um maior uso na comunicação entre eles, inclusive como estratégia de driblar a disciplina institucional para namorar. O que de fato valorizavam, era a possibilidade de comunicação com terceiros. A sensação de terem liberdade. Esses aspectos não ocorriam nas demais CTs que visitei e, inclusive, foram motivo de críticas, por parte dos coordenadores.

Os internos não sentiam incomodados, necessariamente, com o trabalho, pois gostavam de se sentir úteis e de ter ocupação. A queixa não era relativa ao tipo de trabalho que faziam, mas ao excesso dele. Já a falta de rotina cotidiana e a questão da alimentação eram muito criticadas.

Em relação à conversão religiosa evangélica, nem todos concordavam que fosse imprescindível para conseguirem abandonar o uso de drogas. Apenas concordavam ou assumiam publicamente esse discurso devido ao contexto em que se encontravam. Quando perguntados, as respostas mais comuns diziam respeito à força de vontade individual e ao afastamento dos espaços do uso de drogas.

No entanto, nenhum deles negava a necessidade de se apoiar em Deus para abandonar o uso de drogas Ou seja, todos se definiam como cristãos, mas não necessariamente eram convertidos ao pentecostalismo.

Certa vez, presenciei na CT *Anzóis da Dor* um diálogo inusitado entre um interno, que foi em busca de cuidados na instituição[22], e o Pastor Cid. Esse último indagou o rapaz acerca do que ele buscava na CT, o qual respondeu que queria "*se desintoxicar, deixar de usar pedra*". O Pastor então lhe inquiriu "*Só isso*?" e o rapaz replicou: "*Só. Não tá bom, não? Não é um início? Não vou dizer a você que vou ser crente daqui pra manhã, né? Isso é trabalhar de Deus dia a dia. Eu tenho meus conceitos*". O Pastor, já visivelmente irritado, contestou: "*Não estou perguntando a você se você vai ser crente. Eu perguntei a você o que veio buscar aqui*". Novamente, o rapaz respondeu que queria se "*desintoxicar"*. E de novo o Pastor replicou "*Só isso?",* obtendo esta resposta: "*Só*". Inconformado, o Pastor retorquiu:

[22] O mesmo que citei no capítulo anterior e o Pastor Cid disse que ele não aguentaria o tratamento da CT *Anzóis da Dor*.

"*Mas não que se libertar*?" Mais uma vez, o rapaz se posicionou "*É o início, né Pastor? A desintoxicação*". O Pastor finalizou, então, a conversa: "*mesmo que você passe dez anos, se você não se libertar, quando você terminar de se desintoxicar, como você diz, você vai voltar a fumar pedra de novo. Aí, é que você fuma com força! Não tem nada para perder*".

Na primeira conversa que tive com Márcio, quando indaguei-lhe sobre a eficácia da proposta de cuidados das CTs, ele me respondeu que considerava que "sim e que não", pois, mesmo que fosse por um breve período de tempo, a interrupção do uso de droga já seria positiva, afinal a pessoa se recuperaria um pouco. Mas eficácia dependia mesmo da força de vontade individual. Cerca de três meses depois, no dia da saída dele e de sua esposa da fazenda, ele não se referiu a essa possibilidade. Apontou a importância do envolvimento de terceiros para cessar o uso de drogas, não falando obrigatoriamente na necessidade de conversão religiosa.

> *"Porque assim, quando eu estava mesmo na dependência, hoje eu não me considero liberto mesmo não, considero assim, mais da metade do caminho andado, entendeu. Hoje eu sei controlar mais minha ira, em relação a me drogar. Antigamente um bate boca daquelezinho, ah, a carreira que eu dava pra boca era grande. Quer dizer, era o modo que eu achava que estava saindo do problema. Eu não encarava a realidade, eu me escondi nas drogas. Já hoje não me dá aquela vontade. De vez em quando dá aquela vontade, mas passa. Então eu já me acho assim, não me acho totalmente liberto, mas 70% do que não prestava em mim saiu [...]. É bom a gente ter uma pessoa que oriente com palavras quando você precisa. Porque todos nós, por mais que você, tem sabedoria na sua área, né? Eu acho que você precisa de uma pessoa pra conversar, desabafar. [...] a gente precisa de uma pessoa, um pastor, um parente. Então o que ela*[23] *fala é chegar um ponto da gente perder o controle dessa situação. Aí que tá o problema. Eu mesmo tenho a convicção de que não quero mais voltar a usar droga nenhuma. Tô tão bem aqui. Mesmo com essas confusões aqui eu tô achando massa. Com tudo velho, assim mesmo eu digo: 'ah, tô feliz porque tenho a pessoa que eu gosto'. Minha família mora aí, mas tô nem aí. Ao mesmo tempo que digo 'tô nem aí', eu entendo porque eu já aprontei demais. As pessoas da minha família que eu ainda me encontro, bato papo assim é minhas duas irmãs. [...] Minha irmã mais nova é a mais chegada em mim".*

[23] Ele se refere à Drica, que havia dito que eles iriam se afastar logo do Pastor, para não ter risco de haver mais aborrecimentos.

Logo no início da etnografia, Carlão e mais alguns internos me diziam que acreditavam que o Pastor falava com Deus. Depois de uns dias, observei que, quando humilhados verbalmente ou expostos a uma carga excessiva de trabalho sem se alimentarem[24], eles diziam entre si ou mesmo diretamente a mim: "*Que Pastor fala com Deus o quê !? É o povo da rua que vê a gente fazendo as coisas ou os caguetes daqui de dentro que fala pra ele, isso aqui tudinho quem fez foi a gente*" ou então, "*quero ver o Pastor quando todo mundo for embora*".

Outro exemplo. Drica e Márcio estavam acomodados em sua casa, e o Pastor, como havia fechado o contrato com a dona da fazenda, chamou o casal para ir morar lá, pois assim eles não teriam que arcar com o aluguel. Eles foram. Em menos de duas semanas que estavam lá, quando a proprietária do espaço falou em assinar a carteira de trabalho de Márcio, o Pastor ficou bastante irritado. Nessa época, eu já estava realizando a pesquisa e presenciei o momento em que o Pastor conversava por telefone com a proprietária e disse: "*Não tem que assinar carteira nada não, ele tá em tratamento*!". Nesse mesmo dia, o Pastor chamou Márcio e o acusou de ter quebrado uma máquina, o insultou muito e de certa forma induziu os internos que estavam na CT, no momento, a agredi-lo. Márcio saiu corrido da CT *Anzóis da Dor*, levando pedradas, e voltou para a fazenda. Logo em seguida, recebeu um recado do Pastor, informando-o que deveria se retirar das dependências da fazenda. Assim, eles retornaram para sua casa, da qual, por sorte, ainda não haviam devolvido a chave. À tarde, pouco depois do casal ter realizado a mudança, fui conversar com eles. Drica, muita irritada, contou:

> *"Porque a pessoa vem da rua, todo mundo quer jogar, como se passasse na cara. Quer dizer, ele deu a televisão, a geladeira, mas ele disse que de lá a gente só tirava a roupa [...]. Essas coisas daqui quase tudo foi achado no lixo, até a geladeira. [...] Eu disse: 'Pastor, eu não vou tirar só minhas roupas, não. O que eu levei vou trazer de volta. [...]. E o tempo que Márcio ficou trabalhando? [...]*

Drica ficou sem saber o que faria da vida, se continuava ou não frequentando a Igreja. Disse:

[24] No dia festa de confraternização, por exemplo, praticamente todos os internos estavam trabalhando na fazenda desde cedo, passaram o dia todo só com o café da manhã, não almoçaram e foram jantar somente por volta das onze horas da noite.

> *"Na hora da pregação, na hora do testemunho dele, que ele for pregar, a gente não vai crer. Olha quem tá pregando pra gente? Quer dizer a gente não vai confiar numa palavra dele. Como eu vou glorificar na hora que ele tiver falando a palavra de Deus, será que é Deus mesmo que está usando essa pessoa?"*

Esclareceu que sua família era evangélica há muito tempo, desde quando era criança, e que, por isso, ela tinha

> *"[...] sabedoria da palavra de Deus, não tenho entendimento das palavras, do significado das coisas de Deus. Mas da terra eu sei algo. Eu sei algumas coisas. Eu sei o que é certo e errado também. Mais essa experiência que eu passei na rua, pro que presta e não presta, aí pronto [...] Fica essa dúvida na mente da gente, irmã. [...] Porque os pastores que a gente tem é totalmente diferente. Quando tá acontecendo alguma coisa, senta os dois, os três, aí vai o conselho, tá entendendo? Não chegar gritando, esculhambando, dizendo que vai matar, arrancar o pescoço, fazer isso e aquilo outro. Existe não, nada de pastor não. Deus quer isso não."*

Claro que Márcio também concordava com as considerações de sua esposa, porém era mais ponderado e falava menos, mas, em determinado momento da conversa, sintetizou como considerava o comportamento do Pastor, a cada vez que um interno saía da Instituição, falando para mim o seguinte:

> *"No meu entender, é uma pessoa que torce pra, sei lá, [...]. Não é uma pessoa que diz 'vou dar uma força a Márcio'. Não, ele já vai com o pensamento negativo e você não vai conseguir, vai tropeçar e cair. Então eu acho que uma pessoa dessa não tá me ajudando!"*

Apesar da conversa, o casal foi ao culto na Igreja e Márcio, em determinado momento da liturgia, se ajoelhou perante o púlpito e pediu perdão ao Pastor Cid. No dia seguinte, voltei à casa do casal e disse que não estava entendendo nada devido à conversa do dia anterior. Márcio prontamente me explicou que, como se tratava de religião, de um pastor, era melhor não arriscar mais uma dívida com Deus. Além do mais, se eles se mantivessem indispostos em relação ao Pastor, este iria difamá-los pela região e, assim, ele não conseguiria trabalho algum, pois "*entre a palavra de um pastor e a de um noiado*", fica claro que ele não teria credibilidade,

Quando acompanhei Carlão na coleta de material reciclável, durante nosso trajeto, ele demonstrou claramente sua "angustia da saída". Em breve completaria

nove meses sem uso de drogas e ficaria noivo em poucos dias[25]. Estava angustiado também porque os planos que o Pastor tinha para ele não era o que ele queria. O Pastor dizia que ele era um escolhido de Deus para ser diácono, para auxilia-lo na Obra. Carlão relatou que era fiel à Deus, mas era tímido, gostava de ficar na dele, não se sentia a vontade falando em público, não queria ser pastor e nem coordenar CT: "isso é *o sonho do pastor não o meu!*". Ele queria frequentar a igreja, trabalhar e constituir família; poder sair para se divertir com sua esposa e futuramente ter filhos. Carlão relembrou um pouco sua vida em Pernambuco. Ressaltou sua competência como laminador de moveis, me informando que no passado não faltava trabalho para ele. Mas disse que não queria morar lá, embora sentisse muita falta de sua mãe e irmão, tinha medo de "*cair na tentação e voltar a usar drogas*". Queria se estabelecer e começar nova vida no Rio Grande do Norte, de preferência nas proximidades da CT, local que ele conhecia e era conhecido e querido por muitas pessoas, segundo me informou.

Após essa fala Carlão ficou em silêncio por alguns minutos, em seguida disse ser uma pessoa trabalhadora, tinha "*fé que não* queria mais usar drogas", que havia cumprido seu tempo de tratamento na CT e queria seguir sua vida. Apostava que se distribuíssem cem currículos ele arrumaria emprego, ao contrário do que o Pastor dizia. E que se não fosse nessa profissão podia ser qualquer uma, pois "*nunca tive medo de trabalho e tu já viu o que a gente faz. Quem passa nove meses lá faz qualquer serviço*", narrou rindo. Continuou sua fala dizendo que era por isso que o Pastor não queria que ele saísse. Em seguida, perguntou o que eu achava sobre sua capacidade para conseguir um emprego e sobreviver após sair da CT.

Um pouco surpresa, tanto pela sinceridade e confiança da declaração como pela indagação, olhei para o rapaz e disse que ele sabia que estava ali pesquisando o que eles pensavam sobre a proposta terapêutica da CT, que não detinha amplo conhecimento da religião evangélica e assim não sabia como funcionava a questão do "chamado de Deus" e os planos do pastor Cid. Mas que não via o porquê dele não conseguir emprego em sua antiga profissão ou trabalhar em outra. E complementei dizendo-lhe que considerava que ele devia conversar com uma pessoa de confiança, que, de preferência, pudesse lhe auxiliar, inicialmente, nesse

[25] A noiva de Carlão não era usuária de drogas, era a filha do casal de missionários que se recusou a coordenar a CT feminina. Tinha quinze anos de idade e durante o tempo em que estive na CT, se ausentou por poucos dias. Sua presença na instituição devia-se ao fato dela ocupar-se de diversas tarefas domésticas.

processo de readaptação social. E indaguei o que sua família pensava sobre ele sair ou permanecer na CT. Ele respondeu que ainda não os havia comunicado. Imaginava que sua mãe inicialmente poderia ficar meio preocupada, mas quando ela e seu irmão o ouvissem, e tomassem conhecimento da sua atual situação, iriam concordar com ele[26]: *"o medo deles é eu voltar para o vício ", mas eu quero me casar com moça de família e ela é evangélica, não vão reclamar.*

Nesse interim, seu telefone toca e ele segue pela estrada conversando com um amigo, de Pernambuco, a quem também indagou sobre a decisão de sair da CT e foi por este encorajado a seguir sua vida, mas achava precipitado ele se casar, considerava que ele devia só namorar, conforme relatou Carlão após encerrar a ligação.

Esse foi um daqueles momentos em que aparece claramente, na pesquisa de campo, a relação dialógica que estabelecemos com nossos interlocutores e a impossibilidade da imparcialidade do pesquisador e do pesquisado (Bourdieu, 2003;Clifford,1998). De acordo com Bourdieu (2003) um pesquisador preparado e disposto a descobrir a verdade, por vezes é levado a "improvisar na hora, na urgência da situação da entrevista, as estratégias de apresentação de si e as respostas adaptadas, as aprovações e as perguntas oportunas, etc. de maneira a ajudar o pesquisado a dar a sua verdade ou, melhor, a se livrar da sua verdade" (BOURDIEU, 2003, p.709).

É característico da maioria das instituições totais ter como objetivo principal a mudança na subjetivação de seus tutelados. A esse processo Goffman denomina de "mortificação do eu" e considera que ele ocorre de várias formas: cultura aparente, ataques e despojamento do eu, despojamento dos bens, enquadramento, exposição contaminadora, desequilíbrio do eu. Segundo o autor os objetivos "confessados" dessas instituições apresentam pouca variação: "atividade econômica; educação e instrução; tratamento médico ou psiquiátrico; e segundo sugestão de um estudioso das prisões "incapacitação, retribuição, intimidação e reforma" (GOFFMAN, 2010, p.77). Nesse quadro, cabe às CTs o que está em questão oficialmente (como objetivo confesso), isto é, a alteração na subjetividade

[26] Dos internos que conheci, foi o que mais me surpreendeu em termos de saúde e eu não pude deixar de interferir dizendo-lhe que devia procurar um posto de saúde, mas isso não ocorreu. Ao término dessa "aventura", como disse me dirigi para minha residência e quando voltei dois dias depois, Carlão estava andando com dificuldade e não podia ir trabalhar porque a pastora tirou de seus pés quarenta bichos de pés e um tapurú, segundo fui informada (dado o estado do pé do rapaz, essa contagem não é exagero).

dos usuários de drogas e, para tal, eles devem “morrer e renascer”. Para tanto, a metodologia utilizada é, verdadeiramente, a “mortificação do eu”.

Em diversas instituições totais, é comum os internos participarem de várias reuniões com a equipe de dirigentes, com pauta oficial bastante específica - terapia, estudo da bíblia, questões administrativas, etc., mas, na prática, quase invariavelmente, elas funcionam como meio de transmissão de reclamação e de recomendações morais, ou seja, tratam-se de espaços privilegiados para a prática de “mortificação do eu”. Tais encontros constituem o que Goffman denomina de “cerimônia institucional” (2010). A “mortificação do eu” pode ser pensada, em termos foucaultianos, como um dos dispositivos de poder e suas formas, algumas das técnicas de poder (FOUCAULT, 2007,2009).

No caso da CT *Anzóis da Dor*, um desses momentos ocorria nos dias em que havia a “leitura do provérbio” e os internos eram obrigados a participar. Durante minha estadia na Instituição, diversos deles se posicionaram de modo bastante crítico em relação a isso. Algumas vezes, diziam que o Pastor não conduzia bem a atividade, pois só a leitura em conjunto não funcionaria para o processo de aprendizado, uma vez que diversos internos não sabiam ler e ficavam de cabeça baixa só fingindo que estavam lendo. Os internos que tinham passado por experiência em outras instituições consideravam que o Pastor devia lançar mão de filmes e desenhos bíblicos, como acontecia nas CTs que haviam passado. E que também devia ter “*um tipo de dever de casa, mandar o cabra ler um pedaço da bíblia e depois contar o que entendeu*”. O pastor de vez em quando dava essa ordem, mas quando se reuniam novamente nem lembrava que havia passado essa tarefa.

Participei de diversas “leituras do provérbio” e era evidente a comunicação não verbal entre os internos (risos, caçoada direcionada a um colega ou ao Pastor) e as respostas dadas automaticamente, somente por serem solicitadas. Muitas vezes, eles estavam tão cansados, que pestanejavam nesses encontros. Era visível o desinteresse de quase todos eles por esta obrigação. Alegavam que deveria ser um encontro para aprendizado bíblico, mas de fato o que ocorria era um encontro onde constantemente havia reclamações, porque eles trabalhavam pouco ou estavam e/ou queriam estabelecer relações amorosas e assim desobedeciam a Deus. Nunca havia um elogio, a não ser, algumas vezes para os “*protegidos*” (internos que faziam

parte da equipe de dirigentes). De acordo com os internos, a leitura do provérbio parecia ser apenas uma desculpa para iniciar "*a bronca*".

Os internos tinham razão: nesses encontros a "mortificação do eu" ocorria de diversas formas e com grande frequência. Foi, por exemplo, numa reunião dessas que Leninha foi insultada por seu passado sexual. Era nesses encontros que diversos internos tinham suas vidas intimas expostas sem a menor consideração, como ocorreu com Igor, o namorado da Leninha. Nesse dia, o Pastor Cid se dirigiu a menina e disse: "*Como tu vai manter relação com um cara desse, que tem Aids, sífilis, todo mundo sabe que ele se metia com os veados, transou sabe lá com quantos, é um prostituto*". Era comum o pastor se dirigir para vários deles dizendo que eles não valiam nada, que seus familiares não se importavam com eles, que estavam ali só devido à sua bondade.

Um tema bastante abordado nesses encontros era a saída dos internos. Durante minha estadia na Instituição, observei a afastamento de várias dessas pessoas. Umas não passaram vinte e quatro horas ou passaram somente alguns dias. Outras saíram quando haviam completado alguns meses. Poucas foram as pessoas que cumpriram a meta dos nove meses sem o uso de drogas. Esses pioneiros também não ficaram na CT. Às vezes, essas saídas ocorriam após um dos encontros descritos acima, em que o Pastor Cid, depois de eloquentes discursos sobre a inexistência de virtudes dos internos, convidava-os a sair ou literalmente os expulsava da instituição.

Em minha última semana de pesquisa etnográfica, o clima na CT estava bastante tenso. Adelson e Yan, que haviam cumprido os nove meses sem uso de drogas, foram expulsos da instituição[27]. Como motivo dado, foi a insistência dos dois em manterem relações afetivas com meninas que moravam nas proximidades da instituição. Até onde soube, elas não eram usuárias de drogas.

Logo depois, Adelson retornou, mas em poucos dias foi expulso de novo, acredito que definitivamente. Segundo o Pastor o rapaz não era produtivo, não tinha o *"chamado de missionário, você nota que ele é uma pessoa assim parada, preguiçosa* [...].*Ele é um crente daqueles que, assim: Deus não faz exceção para ninguém. Ele quer salvar o mundo, mas Deus tem os escolhidos para abençoar"* e, portanto, o jovem não era, segundo ele, "abençoado"!

[27] Yan tinha algum apoio familiar Adelson não.

Yan foi o primeiro dos internos da CT *Anzóis da Dor* a completar os nove meses sem uso de drogas, entretanto, ele saiu e voltou à CT algumas vezes. Ocasionalmente, discutia com o Pastor por se negar a fazer este ou aquele serviço. Dizia: "sou mais interno não Pastor". Mas a briga mais frequente ocorria devido ao fato do rapaz insistir em manter um relacionamento amoroso. Assim, era expulso e mudava-se para a casa da irmã. Mas o Pastor solicitava a presença dele para a realização de algum serviço e quase sempre era atendido. Quando Yan brigava com sua irmã, ele pedia ao Pastor que o recebesse de volta na CT, sendo quase sempre aceito outra vez.

João que estava na CT a quatro meses foi expulso por ter expressado saudades da sua filha de quatro anos, com quem mantinha boas relações. Em uma das vezes que solicitou permissão e ajuda financeira para ver a filha, após ter entrado em crise de choro, foi ridicularizado e humilhado pelo Pastor, que disse: "*Quando estava bêbado, "noiado" por ai, nem lembrava que a filha existia. Agora fica chorando que nem um veadinho de saudade*". Em certo dia, a cena mais uma vez se repetiu e o Pastor muito irritado respondeu, aos berros, que não daria auxilio algum e que ele se retirasse da CT, uma vez que "ali era lugar de cabra macho, de homem de Deus e não menino chorão, veadinho, fraco", etc. O rapaz arrumou suas coisas e assim como tinha vindo de Natal até a instituição a pé, fez o caminho de volta do mesmo jeito. O Pastor se negou a arcar com o custo da passagem que não ultrapassava cinco reais[28].

A situação de João gerou divisão e reflexão entre os internos. Uns concordando com o Pastor, chegando a dizer: "*é, tem que sofrer para dar valor, não estava nem ai mesmo pra menina e agora quer ficar com ela toda hora*?". Márcio, apesar de não ter filhos, se identificou com o problema do rapaz e comentou: "*é engraçado. Querem que a gente se aproxime dos parentes, que deixe de fazer as coisas que fazia antes e não quer que a gente fique perto de família, que mude e em vez de dar desgosto dar carinho, satisfação*?" Tanto Drica quanto Carlão e Yan, que participavam da roda de conversa, chegaram a afirmar, revendo suas posições: "*é mesmo*". E tristes lamentaram pelo rapaz: "*numa dessa que o Diabo atenta e você volta a usar droga*".

[28] A ajuda financeira que o rapaz solicitava, provinha de uma quantia que o rapaz teria recebido, deixado parte com o pastor e parte ele havia arcado com a ida e vinda da menina para a CT, local onde ela ficou quinze dias. Eu acompanhei parte da estadia da menina, presenciei promessa do pastor relativo ao auxílio financeiro para ir ver a filha, o que foi negado e ocasionando-o uma crise nervosa .

Foi neste contexto de grande movimentação emocional que eu vi os internos reunidos pela última vez. Era um típico domingo de verão, em meados de janeiro de 2013, um dia ensolarado, com grande movimentação nos bares à beira do rio, adjacente à CT, o som bastante variado e alto, além de muitos risos dos banhistas. Era uma atmosfera de muito contraste com o que encontrei na CT *Anzóis da Dor*, naquele dia, quando cheguei por volta das 14 horas. A Pastora se encontrava na varanda sem dar espaço para muita conversa. Perguntei pelos internos e pelo Pastor e fui informada que estavam reunidos porque iria ter uma reunião.

A reunião estava começando, foi quase um monólogo do Pastor, que estava muito irritado devido aos acontecimentos, a não realização de tarefas na fazenda e porque havia descoberto que Carlão não queria ser diácono. Iniciou a reunião dizendo o que na bíblia estava escrito:

> [e] os fatos mostram que tem muitos pastores que quando Jesus voltar, vão ficar. Pastores que roubam não só dinheiro, mas a verdadeira palavra de Deus. [...]. Eu queria que vocês fossem embora, tá? [apontando para quase todos os internos, com exceção de três]. Porque eu já disse que aqui não é uma casa de recuperação. Aqui é uma casa que treina homens de Deus, homens de qualidade. Se quer uma casa de recuperação vai pra [cita a CT que fica próxima dali...]. Bote a cabeça no lugar irmão. [imitando os internos diz] "Pastor quando completar nove meses eu vou embora". Então vai embora agora irmãos, porque daqui a nove meses eu tenho certeza que, do jeito que tá continuando, vocês não vai tá liberto pra sair daqui com nove meses não.

A preleção do Pastor teve como tema a sua benevolência, o poder da força divina e a ingratidão dos internos, além da incapacidade deles de viver fora da CT. Recriminou veementemente Carlão[29] por sua tomada de decisão, mas este retrucou que acreditava que não voltaria mais a usar drogas, que tinha aprendido a lição.

> *Isso eu dou glória. Porque eu digo a você Carlão: Deus cansa, sabia que ele cansa? E ele mesmo diz "ele prepara e leva" tá?. Esse tempo todinho que você esta aqui é pra saber que você é escolhido de Deus. Escolhido de Deus! Então Deus pra não perder você, ele bota oportunidade pra que você morra*.

[29] As pragas, a fala, era quase a mesma para todos os interno, quando este haviam saído "*Ninguém saiu abençoado dali*".

Por volta das 15 horas, foi servido o almoço e logo em seguida os internos voltaram a lida na fazenda. Ao me despedir, disse que voltaria, no dia seguinte, para entregar os dvds de fotografias que eu tinha prometido. Eu já sabia que Carlão havia se decidido (e convidado um dos internos, o Cristiano) a morar em uma localidade próxima, onde residia a família de sua noiva. Sabia também que Yan estava acertando os últimos detalhes para alugar uma casa nas proximidades da CT. No entanto, me informaram que isso aconteceria apenas dali a dois dias. No dia seguinte, quando retornei, no final da tarde, recebi a notícia que haviam ido embora no domingo mesmo. E quem estava na CT eram os internos que compunham a equipe de dirigentes. Pelo que pude perceber, Leninha e Igor não ficariam por muito tempo. Ao sair da CT, dirigi-me à casa de Yan que estava bastante contente com sua primeira residência após anos de vida nas ruas, na casa de familiares ou na CT. No lugar, havia um colchão, uma televisão e alguns poucos pertences, que seu irmão lhe tinha cedido. Contou que ia vender picolé na praia para o Pastor e também as trufas de Drica. Elas iam ficar no meio dos picolés, em uma vasilha, pois o Pastor não podia saber disso.

Ao atingir o ponto em que a etnografia que estava realizando findava, pensei nas palavras de Pierre Bourdieu. Para esse autor:

> [...] certos pesquisados, sobretudo entre os mais carentes, parecem aproveitar essa situação como uma ocasião excepcional que lhes é oferecida para testemunhar, se fazer ouvir, levar da esfera do privado para a esfera pública; uma ocasião também de se explicar, no sentindo mais completo do termo, isto é, de construir seu próprio ponto de vista sobre eles mesmos e sobre o mundo, e manifestar o ponto, no interior deste mundo, a partir do qual eles veem a si mesmos e o mundo, e se tornam compreensíveis, justificados, e para eles mesmos em primeiro lugar. Acontece até que, longe de serem simples instrumentos nas mãos do pesquisador, eles conduzem de alguma maneira a entrevista e a densidade e a intensidade de seu discurso, como a impressão que eles dão frequentemente de sentir uma espécie de alívio, até de realização, tudo neles lembra a felicidade de expressão (BOURDIEU,2003,p 704.

De algum modo, o cumprimento dos nove meses sem uso de drogas parece estar relacionado a um compromisso dos internos com eles mesmos, à uma força simbólica própria e às suas redes de relações sociais. É como se o cumprimento dos

noves meses desse segurança aos internos e nesse momento o poder de sua agência particular aparecesse com mais força. Eles sabem que a cessação do uso de drogas pode não ocorrer, não há garantia dessa possibilidade, pois “o Diabo sempre atenta”, tal como diziam os usuários de drogas com quem convivi na CT Anzóis da Dor. Nove meses é considerado tempo adequado pela maioria dos internos para esse tipo de terapia. Diversas vezes, indaguei o por quê dos nove meses, mas a maioria de meus interlocutores não tinha a mínima ideia da resposta. Alguns poucos consideravam seis meses um tempo adequado. Contudo, os nove meses carregavam consigo uma conotação simbólica muito forte, talvez com o peso comum aos ritos de instituição subjetivados (BOURDIEU, 1996,p.107-116). Cumprir os nove meses era o objetivo deles. Era o desafio a ser atingido.

CONCLUSÕES EM ABERTO

O título acima não é uma mera licença poética, o que não seria nada mal. Mas, de fato, ele se deve ao entendimento de que a vida cotidiana é um grande espetáculo teatral, no qual atores sociais representam papéis diferentes em cada situação em que se encontram, e de que, por mais que uma situação se repita, ela jamais será a mesma. A vida é um contínuo em aberto, um novo espetáculo é encenado cotidianamente, que, embora às vezes apresente um roteiro, nunca tem um final predefinido, é sempre uma aventura.

Crack, usuários de *crack* e comunidades terapêuticas praticamente, de um dia para o outro, passaram das sombras ou dos bastidores para um palco iluminado pelo desconhecimento, preconceito e muita discursividade sobre eles. Substância, pessoas e instituições se materializaram. Mas do que se tratava? De onde vinham? Para onde iam? O que queriam? Que papéis lhes eram imputados e que papéis realmente desempenhavam os atores que faziam o elo entre uma substância e uma instituição permeada pela moralidade, por diversos setores sociais? Foi mais ou menos esse cenário que me levou a este estudo.

Assim, propus-me a captar os modos de subjetivação dos usuários de *crack* em relação às propostas das comunidades terapêuticas religiosas e suas práticas cotidianas. Minha hipótese era a de que, apesar de meus interlocutores serem apresentados pelos discursos em voga como não-pessoas, ou como pessoas-objeto, doentes, paralisadas, facilmente manipuladas, eles tinham muito a falar de si, sobre o que queriam, de onde estavam e para onde queriam seguir.

Consegui estabelecer uma relação próxima com a maioria das pessoas durante a etnografia. Desse modo, cheguei a ouvir mais de quinze histórias de vida. Em suas falas, muitos fatos tristes surgiram e me foram relatados: famílias desestruturadas, recaídas no uso de drogas, tentativas de suicídio, maus-tratos de familiares, passagens em lares adotivos, saudade de filhos e mães, sentimento de culpa. No entanto, também ouvi muitas histórias de peripécias, "*causos*" de aventura, de romances e de solidariedades. Foram histórias mais tristes do que alegres, embora, quase invariavelmente, narradas entre muitos risos. Eram relatos e histórias que aconteceram tanto no espaço público como na CT *Anzóis da Dor.*

Para saciar minha curiosidade, achei que era necessário conhecer um pouco sobre os usos sociais do *crack*, como seu consumo passou a ser considerado um problema de saúde pública e também como instituições religiosas passaram a fazer parte do Sistema Único de Saúde de um Estado que se define laico, o Brasil. Abordo essas questões no primeiro capítulo deste trabalho. Em seguida, fui conhecer essas instituições, conversar com seus coordenadores, com alguns familiares de internos das CTs situadas no Rio Grande do Norte, recorte deste estudo, com o propósito central de averiguar como elas se constituíam concretamente, a que se dispunham e como estavam se organizando politicamente, em um momento em que alguns discursos as endeusavam e outros as demonizavam. Trato dessas questões no segundo capítulo. Mais familiarizada com o território de pesquisa, dei meu grande "mergulho" antropológico, realizando observação participante em uma dessas instituições. Convivi com os personagens que habitavam, naquele momento, a Comunidade Terapêutica *Anzóis da Dor*. Ouvi suas histórias e tentei descortinar o que acontecia nos bastidores de um palco iluminado pelas sombras. Discorro sobre esses aspectos no terceiro e quarto capítulos desta dissertação, cuja narrativa caracteriza-se por uma descrição densa.

Ao longo deste percurso, descobri muita novidade? Não. A dita "epidemia do *crack*" foi anunciada como "uma doença devastadora", uma ameaça iminente à coletividade e às pessoas acometidas "desse mal", os "noiados". Essas pessoas definidas e vistas como "doentes", ao ocuparem espaços públicos, foram dispersos por meio de ações judiciais. O primeiro setor que deu atenção a esses "doentes" foi o religioso através das comunidades terapêuticas, cujas práticas e cuidados baseavam-se na tríade fé, disciplina e trabalho e no afastamento da sociedade mais ampla, constituindo-se em espaços identificados como "instituições totais".

Os usuários de *crack* – os quais na verdade não fazem uso somente dessa substância – que buscam esse tipo de terapia, voluntária ou involuntariamente, não se deixam ser engessados, sujeitados totalmente, como a princípio pode parecer. Mesmo se eles acabam sendo submetidos à uma grande vigilância, ela alcança até onde eles próprios permitem. São pessoas que, como todas as outras, possuem grande poder de agenciamento.

As CTs do Rio Grande do Norte não se diferenciam muito das situadas nas demais unidades federativas. Grande parte delas está localizada em zonas rurais e não disponibiliza atividades significativas para o crescimento pessoal dos internos.

No entanto, além de serem o tipo de instituição mais acessível para as pessoas que se sentem enfermas ou são definidas por terceiros como doentes, preferem esse tipo de proposta terapêutica, em detrimento do tratamento hospitalar. No âmbito de sua institucionalização, a negociação entre os coordenadores das CTs gera disputas intracampo, o que dificulta sua articulação política.

Especificamente em relação à CT *Anzóis da Dor*, praticamente todos os internos que conheci eram poliusuários de drogas há muito tempo. O poder pastoral exacerbado do coordenador dessa instituição não impede que o poder circule, por sua vez, entre os internos que, aparentemente, se sujeitam à vontade do Pastor, mas dentro de limites estabelecidos por eles próprios. Fazem uso da instituição, assim como seu coordenador faz uso deles. Ninguém está presente no lugar completamente enganado, pois segundo eles ali "só *tem* artista", englobando nessa fala coordenadores e internos. O poder simbólico do Pastor, embora seja significativo para os internos, não deixa de, às vezes, ser abalado, devido a comportamentos não condizentes com o *status* ou imaginário social de *"um homem de Deus"*, demonstrando, mais uma vez, o poder de discernimento desses atores sociais.

No que concerne à dificuldade de cumprir preceitos religiosos ligados à abstinência sexual, prevista no tratamento, há sérias dificuldades. Segundo coordenadores e internos de comunidades terapêuticas é mais fácil para os internos a abstinência do uso de drogas do que a abstinência sexual, sendo talvez este um dos grandes motivos de desistência do tratamento nesse tipo de instituição.

No tocante à eficácia terapêutica, levando em consideração a lógica interna da CT como instituição, que se atrela à noção de suspensão total e permanente do uso de toda e qualquer droga, a proposta é ineficaz, pois há grande rotatividade de internos e muitas "recaídas". Será que compactuar com a noção de suspensão total não é cair na lógica do discurso proibicionista do uso de drogas? Se uma pessoa que faz uso de drogas, de modo que prejudique sua saúde, cessa esse uso, mesmo se por poucos meses, não se poderia considerar isso como uma prática de redução de danos? Pensando no sofrimento que o uso contínuo de drogas provoca nos familiares ou nas redes sociais do usuário de drogas, a interrupção, por pouco tempo que seja, já é vantajosa. Não defendo a lógica interna que move tais instituições, mas negar que elas apresentam alguma função social, que aliviam sofrimentos, mesmo que temporariamente, a meu ver, seria uma inverdade.

Por último, talvez seja possível imaginar que a grande insurgência da discursividade em torno do *crack*, a qual presenciamos no início do século XXI, no Brasil, carrega consigo o mérito (apesar de todo triste desfecho que pode causar) de pôr na pauta do dia a temática das drogas de forma mais ampla. Entendo que o advento do *crack* no Brasil impulsionou o debate sobre as drogas em várias esferas da vida social, o qual foi por muito tempo silenciado, talvez em função das políticas repressivas de combate às drogas e das moralidades vigentes, que preconizam, com bastante contradição, a possiblidade de existência de um mundo sem drogas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Andrea Lúcia Vasconcellos; BENTES, Isabela. Plano de enfrentamento ao crack: plano (para) noia? In: Anais do SEMINÁRIO INTERNACIONAL VIOLÊNCIA E CONFLITOS SOCIAIS: ILEGALISMOS E LUGARES MORAIS, 3. Fortaleza: UFC, 2011, p. 86. (resumo).

_____. Breves apontamentos sobre as comunidades terapêuticas e a percepção dos usuários sobre elas. In: **II Encontro Nacional sobre a Socioantroplogia do Uso de Psicoativos**. 01 e 02 de junho. Pré-evento 28º RBA. PUC-São Paulo, 2012. (apresentação oral).

_____. Plano de enfrentamento ao Crack e as comunidades terapêuticas: caminhos para a (re)constitucionalização de um Estado eclesiástico? In: Anais do SIMPÓSIO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HISTÓRIAS DAS RELIGIÕES, 13.São Luiz, Maranhão: UFMA, 2012a, p. 149. (resumo).

ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2005.

ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. “Idade doida da Pedra”: configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina (org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora da PUC Minas, 2010. p. 13-37.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS NO BRASIL (São Paulo). **Alcoólicos Anônimos** A.A. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>. Acesso em: 12 mar. 2012.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro. **Comunidades terapêuticas**: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. 2003. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BECKER, Howard S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1928].

BERGERON, Henri. **Sociologia da droga**. Aparecida: Ideias e Letras, 2012.

BIZZOTTO, Antonieta. G. A luta do crakeiro embaraçado entre a fissura e a intoxicação. In: SAPORI, Luís Flavio; MEDEIROS, Regina (org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. p. 125-144.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. São Paulo: Bertram Brasil, 2006.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

_____. Compreender. In: BOURDIEU, Pierre (Coord.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2003.p.693 -713.

BOURGOIS, Philipe. **In Search of Respect**: selling crack in el Barrio. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

_____. Homeless in El Barrio. In: BOURDIEU, Pierre et al (org). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 203-214.

BRASIL (Estado). **Decreto n. 7179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010.

BRASIL (Estado). **Resolução n. 101, de 30 de maio de 2001**. **Resolução-RDC/Anvisa n. 101**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf>. Acesso em: 18 set. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Diretoria Colegiada. **RESOLUÇÃO – RDC** n. 29, de 30 de junho de 2011a. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 05 maio 2012.

BRASIL. **Crack é possível vencer**. 2011b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/cuidado/tratamento>. Acesso em: 24 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. 2010. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index. php>. Acesso em: 04 mai. 2010.

BRASIL. **Ata da 103ª Sessão da Câmara dos Deputados, Deliberativa Extraordinária, Vespertina, da 3ª Sessão Legislativa Ordinária, da 54ª Legislatura**. Brasília, DF, 8 maio 2013. Disponível em: <ttp://www.camara.leg.br/internet/plenario/notas/extraord/EV0805131445.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

CARLINI, E. A. *et al*. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006.

CHAVES, Edmundo Muniz. **Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas**: dos amparos legais aos amparos reais. 2007. 82 f. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas e do Terceiro Setor) – Curso de Gestão de Políticas Públicas e do Terceiro Setor, Instituto Toledo de Ensino, Bauru, 2007.

CLIFFORD, James. **A experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4º Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <www.crpsp.org.br/portal/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos_pdf>. Acesso em: 05 maio 2012.

CSORDAS, Thomas. **Corpo, significado, cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 6, n. 1, p. 50-65, mar. 2013. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>. Acesso em: 9 jun. 2013.

DAS, Veena. Wittgenstein and anthropology. **Annual Review of Anthology**, Palo Alto, v. 27, p. 171-195, 1998. Disponível em: <www.jstor.org/discover/10.2307/223368>. Acesso em: 20 jul. 2012.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2009.

DOMANICO, Andrea. **"Craqueiros e cracados**: bem-vindo ao mundo dos nóias!": estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O Advento do Crack no contexto Político Brasileiro. In: SAPORI, Luís; MEDEIROS, Regina (Org.). **CRACK**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora da PUC Minas, 2010. p. 81-101.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TEAPÊUTICAS. 2011a. Federação brasileira de comunidades terapêuticas. Disponível em: <http://www.febract.org.br/>. Acesso em: 24 jan. 2011a.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TEAPÊUTICAS. 2011b. Amor-Exigente e a Redução de Danos. Disponível em: <http://www.febract.org.br/ae.htm>. Acesso em: 24 jan. 2011b.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista de Educação**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 58-78, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. Sexualidade e poder. In: MOTA, Manoel Barros da (Org.). **Ética, sexualidade e política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 56-76.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRACASSO, Laura; LANDRE, Maurício. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **Tratamento do Usuário de Crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 34. p. 503-513.

FRACASSO, Laura. Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial. In: ENCONTRO INTERDISCIPLINAR: DEPENDÊNCIA QUÍMICA, SAÚDE E RESPONSABILIDADE SOCIAL, 1., 2008, Campinas. **Anais...** Campinas: Universidade Federal de Campinas, 2008. v. 1, p. 9-22. Disponível em: <http://fefnet172.fef.unica>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. **Movimento-das-comunidades-terapeuticas-e-o-resgate-da-auto-estima**. Disponível em: <http://pesquisacompartilhada.arteblog.com.br/487851/ />. Acesso em: 24 out. 2011.

FRY, Peter. Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil. In: FRY, Peter. **Para inglês ver**: identidade e política na cultura brasileira. Capa. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 87-115.

GEERTZ, Clifford. A Religião como Sistema Cultural. In: _____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. p. 100-157.

GLASER, Frederick B. The Origins of the Drug-Free Therapeutic Community. **British Journal Of Addiction**, Toronto, p. 13-25, mar. 1981.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1975.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975a.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. [1961].

GOTI, Elena. **La comunidad terapêutica**. Buenos Aires: Nueva Visíon, 1990.

GREGORI, M. F.; SILVA, C. A. **Meninos de rua e instituições**: tramas, disputas e desmanche. São Paulo: Contexto; Unesco, 2000.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972 [1968].

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture**: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

LABATE, Beatriz *et al.* (Org.). **Drogas e culturas**: novas perspectivas. Salvador: EDFBA, 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo; ZALESKI, Marcos. Políticas Públicas. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 633-651.

MACHADO, Laura Paes. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa.

2011. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.ppgcs.ufba.br/site/db/trabalhos/2662013100334.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: Edufba; Cetad/UFBA, 2000. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

MACRAE, Edward. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A *et al*. (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDFBA; CEET AD/UFBA, 2004. p. 22-48.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução – tema, método e objetivo desta pesquisa. In: ____. **Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da nova Guiné Melanésia. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984 [1921].

MEDEIROS, Regina. Clínica e croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração da toxinomia. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina (org). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora da PUC Minas, 2010. p. 165-218.

MELOTTO, Patrícia. **Trajetórias e usos de crack**: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo-RS. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NERY FILHO, Antonio *et al.* (Org.). **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: Edufba; Cetad, 2009. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. **O trabalho do Antropólogo**: olhar, ouvir, escrever. São Paulo: Editora da UNESP, 2000.

_____. Pesquisa *em versus* Pesquisas *com* seres humanos. In: _____. **Antropologia e Ética**: o debate atual no Brasil. Niterói: Eduff, 2004. p. 33-44.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **O terror e a dádiva**. Goiânia: Vieira; Cânone, 2004.

PERRENOUD, Luciane; RIBEIRO, Marcelo. Histórico do consumo de crack no Brasil e no Mundo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 50-56.

RABINOW, Paul; ROSE, Nicolas. O conceito de biopoder hoje. **Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, Paraíba, v. 1, n. 24, p. 27-57, abr. 2006. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>. Acesso em: 25 out. 2012.

RAMOS, Alcida Rita. A difícil questão do consentimento informado. In: VÍCTORA, Ceres *et al* (Org.). **Antropologia e Ética**: o debate atual no Brasil. Niterói: Eduff, 2004. p. 91-96.

RIBEIRO, Abeid *et al*. Aspectos socioculturais do consumo de crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 50-56.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RUI, Taniele Cristina. **Usos de "drogas", marcadores sociais e corporalidades**: uma perspectiva comparada. 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

_____. IX Congresso Argentino de Antropologia Social. **Encorporando as "drogas"**: revendo alguns estudos sobre o assunto. 2008. Disponível em: <http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=699>. Acesso em: 05 abr. 2012.

_____. A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica. **DILEMAS**: Revista de Estudos de Conflitos e Controle Social, São Paulo, v. 3, n. 8, p. 45-73, abr./maio/jun. 2010. Disponível em: <revistadil.dominiotemporario.com/doc/Dilemas8Art2.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SAPORI, Luís Flavio; MEDEIROS, Regina (org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora da PUC Minas, 2010.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. De Belmont ao Odilon Galotti: as Comunidades Terapêuticas no Brasil e a resistência à ditadura militar. **Cultura Psi**, Buenos Aires, v. 0, n. 1, p. 63-83, jan. 2012. Disponível em: <http://www.culturaspsi.org/Revistas/volumen_0/8.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

VALDERRUTÉN, Maria Del Carmén Castrillón. **Drogadiccion y cura**: los proyectos restitutivos de las comunidades terapêuticas. 2000. 136f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade de Brasília, 2000.

VALENÇA, Tom. **Consumir e ser consumido, eis a questão!**: configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo. 2005. 230 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

VALENÇA, Tom. **Consumir e ser consumido, eis a questão! (parte II)**: outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo. 2010. 321 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

VARGAS, Eduardo Viana Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: VARGAS, Eduardo Viana ; LEAL,Fachel Ondina (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectiva etnográfica. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1998 p.127-.136. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 06 set. 2012.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: uma alter-Ação como Evento. **Revista Antropologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20 ago. 2011.

VELHO, Gilberto. **Nobres & Anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1998.

VELHO, Gilberto (Org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Revisão técnica de Gabriel Cohn. Brasília: Editora da UNB, 1999.

WHYTE, Willian Foote. **Sociedade de esquina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.

_____. Gangues, galera e quadrilhas: globalização, juventude e violência In: VIANNA, Hermano (Org.). **Galeras cariocas**: territórios de conflitos e identidades culturais. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 17-57.

_____. Pesquisando no perigo: etnografias voluntárias e não acidentais. **Revista Mana**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132009000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 mar. 2011.

FILMES/CD:

EM NOME da Razão: um filme sobre os porões da loucura. Barbacena, MG: Quimera, 1979. P&B. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=R7IFKjl23LU>. Acesso em: 17 jun. 2012.

HOSPÍCIO de Pedro II: da construção à desconstrução. Realização do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Centro Cultural Ministério da Saúde, 2013.

NOTÍCIAS:

AÇÃO DA POLÍCIA CIVIL termina em prisões e tumulto na Cracolândia: agentes do Denarc detiveram suspeitos de tráfico nesta quinta (23). Prefeitura tem frente de trabalho para usuários e desconhecia ação. **G1**, São Paulo, 23 jan. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2014/01/acao-

da-policia-civil-termina-em-prisoes-e-tumulto-na-cracolandia.html>. Acesso em: 27 jan. 2014.

CONSELHO de Psicologia critica proposta de consultórios de rua. **Olhar Direto On line** 18.dez.2011. Disponível em: <http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?id=224642>. Acesso em: 31 dez. 2011.

CRACK: CONSUMO no RN cresce 30%. 2010.**Tribuna do Norte-RN on line** 05.out.2011 Disponível em: <tribunadonorte.com.br/noticia/crack-consumo-no-rn-cresce-30/145977 2/4>. Acesso em: 09 nov. 2011.

CRACK VIRA epidemia na Bahia e autoridades reagem.**Jornal a Tarde on line** 30 jan. 2010. Disponível em: <http://www.atarde.com.br/cidades/noticia. jsf?id=1363081>. Acesso em: 07 jul. 2011.

BRASIL. Empresa Brasil de Comunicação (Org.). O Crack se espalha pelo Brasil. **Grandes Reportagens** 23 dez. 2009.. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2009/03/09/materia. 2009-03-09.4207446239/view>. Acesso em: 07 maio 2011.

BRASIL. ANVISA. Ministério da Saúde**. Casas para dependentes químicos terão legislação própria**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/080601.htm>. Acesso em: 07 abr. 2011.

BRASIL. **Primeiro Grande levantamento estatístico sobre consumo de crack. Brasil**, 02. mar. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/03/2/brasil-faz-primeiro-grande-levantamento-estatistico-sobre-consumo-de-crack>>. Acesso em: 25 maio 2011.

CENÁRIOS do crack: mapeamento feito pela Secretaria Nacional Antidrogas em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) traçou cenário das cracolândias nas capitais brasileiras. **O Estdão On line** 12 mar. 2012. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/especiais/cenarios-do-crack,157744.htm >. Acesso em: 13 jan. 2012.

ENTRE o vício e a liberdade. **UOL reportagens on line** 3 jul. 2011. Disponível em: <cienciahoje.uol.com.br/especiais/reunião-anual-da-sbpc/entre-o-vivio-e-a-liberdade>. Acesso em: 10 out. 2011.

FALAR que país vive epidemia de crack é grande bobagem: secretária de políticas sobre drogas comenta mapeamento do consumo no Brasil e critica o que chama de “pedagogia do terror”. **Jornal Uol On line** 17.mai.2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1705201118.htm>. Acesso em: 29 nov. 2011.

FRENTE Parlamentar de Combate ao Crack é lançada em audiência pública. Natal, 31 out. 2010.**No minuto On line** Disponível em: <http://nominuto.com/noticias/cidades/frente-parlamentar-de-combate-ao-crack-e-lancada-em-audiencia-publica/53908/>. Acesso em: 22 ago. 2011.

LOCCOMAN, Luiz. A polêmica da internação compulsória: medida sugerida como política pública para usuários de crack provoca discussões; defensores da proposta argumentam que “um em cada dois dependentes químicos apresenta transtorno mental”, aqueles que discordam citam abusos e ineficácia do procedimento. abr. 2012.**Jornal Uol On line** Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html>. Acesso: 28 out. 2012.

NATAL (RN) ganha primeiro centro de políticas sobre drogas do país. 08 abr. 2011. **Jornal Uol On line** Disponível em: <www.ne10.uol.com.br/…/natal-rn-ganha-primeiro-centro-de-politicas-sobre-drogas-do-pais-265421. php>. Acesso em: 23 ago. 2012.

PREFEITURA DO NATAL. **Prefeitura implementa políticas públicas de atenção aos dependentes químicos**. 16 abr. 2010. Disponível em: <www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-2907.html>. Acesso em: 09 nov. 2011.

RIO GRANDE DO NORTE. **Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social**. Equipe de Saúde Mental da Sesap elabora estratégia de atuação ser padrDisponível em: <http://www.portal.rn.gov.br/content/aplicacao/sesed/imprensa/enviados/noticia_detalhe.asp?nImprensa=>. Acesso em: 12 abr. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. **Governo do Estado**(a). Governo do RN realiza reunião técnica para debater combate às drogas. 07 mar. 2012. Disponível em: <www.rn.gov.br/imprenssa/noticias/governo-do-rn-realiza-reuniao-tecnica-para-debater-as-drogas-10164>. Acesso em: 05 nov. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. **Governo do Estado**(b). Enfrentamento às drogas no Estado terá reforço com lançamento do programa RN Vida. 02 ago. 2012. Disponível em: <rn.gov.br/imprensa/noticias/…/11864/>. Acesso em: 06 nov. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. **Governo do Estado**(c). RN Vida: Sesap trabalha no Plano de Atenção à Saúde dos usuários de crack e outras drogas. 22 out. 2012. Disponível em: <rn.gov.br/imprensa/noticias/…/12829/>. Acesso em: 06 nov. 2012.

ROVERI, Andréa. Crack já esta perdendo o seu lugar como a droga da moda. **A Tribuna**, Campinas, 06. Abr. 1997.Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=CMUHE037689>. Acesso em: 06 nov. 2012.

SEJUDH PROMOVE capacitação aos profissionais de comunidades terapêuticas. **Globo News on line** 10 jun. 2011. Disponível em: <www.plantaonews.com.br/conteudo/show/secao/43/materia/38042>. Acesso em: 09 ago. 2012.

SELO UNICEF - MUNICÍPIO APROVADO**. SEMTAS inaugura Centro Municipal de Políticas sobre Álcool e Drogas**. 10 abr. 2011. Disponível em:

<www.selounicef.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=27&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=6620&l_…>. Acesso em: 07. ago. 2012.

SP DÁ 1º passo para internação forçada de meninos de rua usuários de droga. **O Estadão On line**, 2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,sp-da-1-passo-para-internacao-forcada-de-meninos-de-rua-usuarios-de-droga,751406,0.htm>. Acesso em: 29 jul. 2011.

TEMPORÃO diz que internação compulsória não resolve problema das drogas.**Jornal da Ban On line**. 05 maio 2010. Disponível em: <http://www.band.com.br/viva-bem/saude/noticia/?id=298202>. Acesso em: 27. jul. 2011.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Mapeamento Comunidades Terapêuticas

1 - DADOS GERAIS

a - Nome da Comunidade Terapêutica e do responsável

b - Nome do entrevistado/função

2- Dados específicos sobre a CT:

a - Tempo de existência:

b - É ligada a alguma religião? Qual?

c- Como a instituição se mantém?

d - A estrutura física é alugada, própria ou cedida?

e - As pessoas que buscam as instituições contribuem de algum modo? Como?

f - Quantas pessoas trabalham na instituição cotidianamente e quais suas funções?

g - Esporadicamente quem trabalha na instituição?

3 - PERFIL DAS PESSOAS QUE PROCURAM A INSTITUIÇÃO:

a - Faixa etária

b - Sexo:

c - Escolaridade:

d - Qual o motivo mais comum faz que as pessoas procurem a instituição?

e - Como eles chegam (-ram) à instituição?

f - Quantas pessoas assistidas há na instituição no momento?

g - Qual é a proposta da instituição para as pessoas que a procuram?

h - Qual é a situação médica/jurídica das pessoas que procuram a instituição?

i- Em média as pessoas que buscam esta instituição permanecem o tempo previsto?

j - Qual o tempo previsto? Qual a média de permanência dessas pessoas?

3 - CURIOSIDADES

a - O Sr.(a) sabe qual foi a primeira Comunidade Terapêutica do Rio Grande do Norte?

b - O Sr.(a) sabe quantas Comunidades Terapêuticas existem no RN? Quais? O Sr. (a) as conhece?

c- O Sr (a) gostaria de falar mais alguma coisa para essa pesquisa?

APÊNDICE B - Questionário direcionado às pessoas em situação de acolhimento em Comunidades Terapêuticas.

1-Idade
2-Local de nascimento
3-Nível de escolaridade
4-Religião
5-Tempo de tratamento na comunidade
6-Já esteve em tratamento em outras Comunidades? Quantas? Por quanto tempo em cada uma?
7-Já buscou outro tipo de tratamento? Qual?
8-Que substâncias psicotrópicas (drogas) você já utilizou? Com que idade começou?
9-Qual o motivo o leva a procurar tratamento nas Comunidades Terapêuticas?
10-Como você se mantém na Comunidade Terapêutica? (quem arca com os custos)
11-Você recebe visitas? De quem? Com que frequência?

Anexo A - Termo de Compromisso Comunidade Terapêutica Nova Chance

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA CHANCE

End. Rua António Pinheiro Filho s/n
Tel. 8879-8249 / 9958-2496 / 8885-9681/ 9193-1525

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____
Portador do RG:_____ e CPF:_____
Morador do endereço. _____
Bairro. _____, na cidade de _____
Telefone:_____ e celular _____
Sou responsável por parte da manutenção do aluno. _____
_____enquanto ele estiver
Nesta instituição, comprometendo-me a ajudar a mesma com a oferta de R$: _____ mensais.
Data Prevista _____

Obs:

- Se o compromisso firmado não for cumprido na data prevista, o responsável terá 05 (cinco) dias de tolerância .
- Em caso de desistência do aluno as contribuições não serão devolvidas.

Natal: _____/_____/_____

---------- ----------

Responsável Administração

Anexo B - Ficha de Identificação de Internos da Comunidade Nova Aliança

Vidas em primeiro lugar

INSTITUTO POTIGUAR DE PREVENÇÃO E COMBATE AS DROGAS

Rua Chá das Flores, N.º146 – Colônia do Pium
CNPJ 07.153.983/0001-45
Utilidade Pública Estadual Lei N.º8.709/05
Utilidade Pública Municipal Lei N.º5.636
FONES: 3237-0035 / 88322636

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome do aluno: _____
Data de nas: ___/___/____ data da entrada: ___/___/___.Data de saída: __/__/__
Nome do pai: _____
Nome da mãe: _____
Endereço: _____Bairro:_____
N.º___ ap._____, bloco _____tel._____
RG: _____, CPF:_____tel._____
Estado Civil: _____, Religião_____
Grau de instrução: _____, profissão, _____
Já foi interno em outra clinica? Sim ( ) não ( ) qual ?_____
Já foi preso? Sim ( ) não ( ) porquê?_____ ,quantas vezes?_____
É foragido da justiça sim ( ) não ( ) porquê ? _____

Avalie sua infância:
Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Ótima ( ) Muito feliz ( )

Questões familiares:
Seus pais são vivos? Sim ( ) não ( ) Casados ( ) Separados ( )
Tem Filhos: Sim ( ) Não ( ) Quantos:_____
Alguém da sua família é evangélico? Sim( ) Não( )
Outro (a) Responsável: _____

Questões de saúde:

É portador de algumas dessas doenças?
Pressão alta( ) diabetes( ) hepatite ( ) Aids ( ) epilepsia ( ) problemas cardíacos ( ) Deficiência física( ) auditiva( ) Visual( ) outras:_____
Dependência química: álcool( ) cigarro( ) drogas( ) drogas injetáveis ( )
Que drogas já utilizou? Maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) outras:_____
Desde quando vem utilizando drogas (ou Álcool)?_____
Como começou a usar drogas?_____
Alguém de sua Família usa drogas? Não ( ) sim ( ) Quem?_____