



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO - REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

OSVALDO JOSÉ THEODORO NETO

**RELIGIÃO E ENFRENTAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: o
caso da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz - MA**

Goiânia
2019



OSVALDO JOSÉ THEODORO NETO

RELIGIÃO E ENFRENTAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: o caso da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz - MA

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (Religião e Movimentos Sociais), para obtenção do título de doutor em Ciências da Religião.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Teles Lemos

Goiânia
2019

T388r Theodoro Neto, Osvaldo José
Religião e enfrentamento do uso de substâncias psicoativas
: o caso da comunidade terapêutica Casa do Senhor,
Imperatriz - MA / Osvaldo José Theodoro Neto.-- 2019.
145 f.

Texto em português, com resumo em inglês
Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Escola de Formação de Professores e Humanidades,
Goiânia, 2019

Inclui referências: f. 124-129

1. Comunidades terapêuticas. 2. Religião. 3. Vício
em drogas. I.Lemos, Carolina Teles. II.Pontifícia
Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Religião - 2019. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 614.216(043)

RELIGIÃO E ENFRENTAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: O CASO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA CASA DO SENHOR, IMPERATRIZ - MA.

Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, aprovada em 14 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Carolina Teles Lemos

Profa. Dra. Carolina Teles Lemos / PUC Goiás (Presidente)

Clóvis Ecco

Prof. Dr. Clóvis Ecco / PUC Goiás

Eduardo Gusmão de Quadros

Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros / PUC Goiás

Marcelo S. Fantinati

Prof. Dr. Marcelo Silva Fantinati / UEG

Maria Aparecida de Castro

Profa. Dra. Maria Aparecida de Castro / IFG

Profa. Dra. Ivoni Richter Reimer / PUC Goiás (Suplente)

Prof. Dr. Gilson Xavier de Azevedo / UFG (Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as seguintes pessoas e instituições:

Primeiramente a Deus que me deu forças e saúde para desenvolvê-lo;

A minha esposa e filhos pelo apoio dispensado;

A minha Mestre e orientadora Profa. Dra. Carolina Teles Lemos;

A Igreja Batista Porta Formosa – Imperatriz;

A Pontifícia Universidade Católica de Goiás;

Aos usuários e internos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus pela força e ânimo para terminar este trabalho;

A minha Esposa: Claudia Barbosa Vilarins Theodoro, pelo incentivo na caminhada;

Aos meus filhos: Patrícia do nascimento Theodoro, Nilton José Theodoro Neto, André Felipe Veiga Theodoro (In memoriam), Pedro Thiago Veiga Theodoro. Amanda da Silva Theodoro e Elisabete Barbosa Vilarins Theodoro, pela minha ausência e incentivo;

Aos meus pais Nilton José Theodoro e Valdete do Nascimento Theodoro (In memoriam);

Ao meu irmão Davi José Theodoro e Izia Folha, pelas correções ortográficas deste texto;

A Minha Mestre e orientadora Profa. Dra. Carolina Teles Lemos, pelo incentivo, correções, e ensinamentos a mim dispensado;

Aos meus colegas de curso, inspiração para mim pela determinação;

A Igreja Batista Porta Formosa, pela compreensão e pela minha ausência para realizar o doutorado;

Aos membros desta Igreja, pelo carinho e afeto;

Aos membros da banca examinadora, pelas correções e apoio;

A UNISULMA, a Coordenação do Departamento Atenção Básica e aos companheiros da Equipe do Consultório na Rua, pelo apoio e pela minha ausência;

E aos internos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor – Fazenda da Esperança, pela colaboração para realizar este trabalho.

RESUMO

O uso de Substâncias Psicoativas – SPA, sempre esteve relação com a humanidade através da história. Seu uso está relacionado ao entretenimento, como medicamento, e fins religiosos. As reações coercitivas ao seu uso, apontam para questões sociais e religiosas, sobre quem deve, e não deve utilizá-las. Neste questionamento entra em cena o combate ao seu uso na sociedade. Um grupo crê que a terapia da redução de danos é fundamental para evitar recaídas, outros apostam na abstinência, como terapia apropriada para cura. Neste aspecto entra as Comunidades Terapêuticas –CTs, como possibilidade de cooperar no processo de cura aos sujeitos que apresentam uso problemático de SPA, com a terapia da religiosidade. O **Objetivo** principal deste trabalho é, descrever e analisar as percepções sobre a religiosidade, dos recuperandos internados por uso abusivo de SPA, na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, através das suas representações sociais. **Hipoteticamente** pressupõe-se que a terapia da religiosidade influencia no enfrentamento ao uso de SPA, e, faz sentido positivo para os colaboradores da pesquisa na sua adicção. Trata-se de uma **pesquisa** de categoria qualitativa analítica, pautada na representação social, com enfoque quantitativo preliminar. Os principais **resultados quantitativos** apontam que a maioria absoluta frequenta os ritos religiosos. Quanto aos elementos **qualitativos**: a religiosidade/espiritualidade faz sentido para os internos na sua recuperação do uso de drogas, contudo, percebe-se que há Copyng Religioso Espiritual negativo, sem afetar o tratamento. A família é fundamental como suporte no enfrentamento ao uso de drogas. Contudo, há relacionamentos familiares, seja pela cultura, seja pelas crises enfrentadas, servem como elementos disparadores ao uso de SPA. As representações sociais dos internos, apontam que a CT é um ambiente cósmico. A hipótese foi aprovada parcialmente. A religiosidade/espiritualidade faz sentido na busca da sobriedade, há copyng negativo ao apontarem para assédio moral, atitude antidemocrática com privilégios para alguns internos, sentimento de culpa pelo uso de SPA, e ruídos na comunicação. **Conclui-se**, portanto, que a terapia da espiritualidade faz sentido na adicção ao uso de drogas, ajuda na sobriedade, e fortalece o enfrentamento na cura do uso de SPA.

Palavras Chave: Religião, Substância Psicoativa, Comunidade Terapêutica.

ABSTRACT

The use of Psychoactive Substances - PAS, has always been relationship with humanity throughout history. Its use is related to entertainment, as a medicine, and religious purposes. Coercive reactions to its use point to social and religious questions about who should and should not use them. In this question comes the fight against its use in society. One group believes harm reduction therapy is critical to relapse, others rely on abstinence as appropriate healing therapy. In this aspect comes the Therapeutic Communities - TCs, as a possibility to cooperate in the healing process to the subjects who present problematic use of SPA, with the religiosity therapy. The main **objective** of this paper is to describe and analyze the perceptions about religiosity of recovering patients hospitalized for abusive use of SPA in the Casa do Senhor Therapeutic Community, through their social representations. **Hypothetically**, it is assumed that religiosity therapy influences coping with the use of PAS, and makes positive sense for research collaborators in their addiction. It is a research of analytical qualitative category, based on social representation, with preliminary quantitative approach. The main **quantitative** results indicate that the absolute majority attend religious rites. As for the **qualitative** elements: religiosity / spirituality makes sense for inmates in their recovery from drug use, however, it is perceived that there is negative Spiritual Religious Copyng, without affecting treatment. The family is fundamental as a support in coping with drug use. However, there are family relationships, whether by culture or by the crises faced, serve as triggers for the use of PAS The social representations of the inmates point out that the TC is a cosmic environment. The hypothesis was partially approved. Religiosity / spirituality makes sense in the pursuit of sobriety, there is negative copyng when pointing to bullying, undemocratic attitude with privileges for some inmates, feeling guilty about using PAS, and noise in communication. It is **concluded**, therefore, that spirituality therapy makes sense in addiction to drug use, helps in sobriety, and strengthens copyng in curing PAS use.

Keywords: Religion, Psychoactive Substance, Therapeutic Community.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening
AUDIT	Alcohol Used Disorders Investigation Teste
CAGE	Cutdown Annoyed Guilty Eye-opener
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro Segundo
CRE	Copyng Religioso Espiritual
CREN	Copyng Religioso Espiritual Negativo
CREP	Copyng Religioso Espiritual Positivo
CT	Comunidade Terapêutica
CTs	Comunidades Terapêuticas
DAB	Departamento da Atenção Básica
DUSI	Droug Use Screening Inventory
e-SUS	Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Política Nacional de Combate ao Uso de Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REC	Recuperando
RECOPE	Escala Americana de Copyng Religioso Espiritual
RT	Residência Terapêutica
SPA	Substancia Psicoativa
TID	Tratamento Interdisciplinar
TO	Terapia Ocupacional

LISTA DE APÊNDICES

1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2 Questionário da Pesquisa

LISTA DE ANEXOS

- 1 ASSIST - OMS
- 2 DUSI
- 3 AUDIT
- 4 RDC 101 ANVISA
- 5 RDC 29 ANVISA
- 6 SISTEMA CRE
- 7 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

SUMÁRIO

	Pag.
INTRODUÇÃO	13
.....	
CAPÍTULO 1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO	19
1.1 PANORAMA SOCIAL DO CONSUMO DE DROGAS.....	21
1.2 PANORAMA LOCAL: O TERRITÓRIO, O SUJEITO E O ENFRENTAMENTO AO USO ABUSIVO DE DROGAS.....	25
1.2.1 Conhecimento geo/político/espacial do território de Imperatriz.....	25
1.2.2 Descrição dos recuperandos, perfil social, suas interfaces no uso de drogas, e religião.....	28
CAPÍTULO 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA, E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.	51
2.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	57
2.1.1 As Comunidades Terapêuticas, sua história, características e sua legislação.....	61
2.1.2 Comunidade Terapêutica Casa do Senhor	65
CAPÍTULO 3 COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL, E FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO DO USO DE DROGAS.....	82
3.1 COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL E ENFRENTAMENTO NO USO DE DROGAS	82
3.2 A FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO NO USO DE DROGAS	98
CAPÍTULO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICES.....	130
ANEXOS.....	136

RESUMO

O uso de Substâncias Psicoativas – SPA, sempre esteve relação com a humanidade através da história. Seu uso está relacionado ao entretenimento, como medicamento, e fins religiosos. As reações coercitivas ao seu uso, apontam para questões sociais e religiosas, sobre quem deve, e não deve utilizá-las. Neste questionamento entra em cena o combate ao seu uso na sociedade. Um grupo crê que a terapia da redução de danos é fundamental para evitar recaídas, outros apostam na abstinência, como terapia apropriada para cura. Neste aspecto entra as Comunidades Terapêuticas –CTs, como possibilidade de cooperar no processo de cura aos sujeitos que apresentam uso problemático de SPA, com a terapia da religiosidade. O **Objetivo** principal deste trabalho é, descrever e analisar as percepções sobre a religiosidade, dos recuperandos internados por uso abusivo de SPA, na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, através das suas representações sociais. **Hipoteticamente** pressupõe-se que a terapia da religiosidade influencia no enfrentamento ao uso de SPA, e, faz sentido positivo para os colaboradores da pesquisa na sua adicção. Trata-se de uma **pesquisa** de categoria qualitativa analítica, pautada na representação social, com enfoque quantitativo preliminar. Os principais **resultados quantitativos** apontam que a maioria absoluta frequenta os ritos religiosos. Quanto aos elementos **qualitativos**: a religiosidade/espiritualidade faz sentido para os internos na sua recuperação do uso de drogas, contudo, percebe-se que há Copyng Religioso Espiritual negativo, sem afetar o tratamento. A família é fundamental como suporte no enfrentamento ao uso de drogas. Contudo, há relacionamentos familiares, seja pela cultura, seja pelas crises enfrentadas, servem como elementos disparadores ao uso de SPA. As representações sociais dos internos, apontam que a CT é um ambiente cósmico. A hipótese foi aprovada parcialmente. A religiosidade/espiritualidade faz sentido na busca da sobriedade, há copyng negativo ao apontarem para assédio moral, atitude antidemocrática com privilégios para alguns internos, sentimento de culpa pelo uso de SPA, e ruídos na comunicação. **Conclui-se**, portanto, que a terapia da espiritualidade faz sentido na adicção ao uso de drogas, ajuda na sobriedade, e fortalece o enfrentamento na cura do uso de SPA.

Palavras Chave: Religião, Substância Psicoativa, Comunidade Terapêutica.

ABSTRACT

The use of Psychoactive Substances - PAS, has always been relationship with humanity throughout history. Its use is related to entertainment, as a medicine, and religious purposes. Coercive reactions to its use point to social and religious questions about who should and should not use them. In this question comes the fight against its use in society. One group believes harm reduction therapy is critical to relapse, others rely on abstinence as appropriate healing therapy. In this aspect comes the Therapeutic Communities - TCs, as a possibility to cooperate in the healing process to the subjects who present problematic use of SPA, with the religiosity therapy. The main **objective** of this paper is to describe and analyze the perceptions about religiosity of recovering patients hospitalized for abusive use of SPA in the Casa do Senhor Therapeutic Community, through their social representations. **Hypothetically**, it is assumed that religiosity therapy influences coping with the use of PAS, and makes positive sense for research collaborators in their addiction. It is a research of analytical qualitative category, based on social representation, with preliminary quantitative approach. The main **quantitative** results indicate that the absolute majority attend religious rites. As for the **qualitative** elements: religiosity / spirituality makes sense for inmates in their recovery from drug use, however, it is perceived that there is negative Spiritual Religious Copyng, without affecting treatment. The family is fundamental as a support in coping with drug use. However, there are family relationships, whether by culture or by the crises faced, serve as triggers for the use of PAS The social representations of the inmates point out that the TC is a cosmic environment. The hypothesis was partially approved. Religiosity / spirituality makes sense in the pursuit of sobriety, there is negative copyng when pointing to bullying, undemocratic attitude with privileges for some inmates, feeling guilty about using PAS, and noise in communication. It is **concluded**, therefore, that spirituality therapy makes sense in addiction to drug use, helps in sobriety, and strengthens copyng in curing PAS use.

Keywords: Religion, Psychoactive Substance, Therapeutic Community.

INTRODUÇÃO

As Comunidades Terapêuticas¹ CTs, estão no ‘centro nervoso’ epistemológico das discussões entre um governo ultra conservador, a priori, que defende a abstinência do uso de substâncias psicoativas SPA, e, alguns profissionais e pesquisadores, interessados nas questões, que apontam a redução de danos, como uma conduta mais eficaz na diminuição do consumo de SPA.

O Conselho Federal de Psicologia - CFP, e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), entre outros, realizaram uma pesquisa no Brasil (Relatório Nacional das Comunidades Terapêuticas), onde encontraram, tratamento, análogo aos manicômios. E na sua avaliação, ferem os direitos humanos. Entretanto, há pesquisas realizadas em Comunidade Terapêutica - CT, que utilizam como processo terapêutico, a espiritualidade/religiosidade², revelam, uma alta prevalência de satisfação dos usuários, e diminuição de recaídas. Para Chioro dos Reis (2014, p. 27), a espiritualidade/religiosidade, são ampliações do modelo da unicausalidade, processo focado só na doença, para a multicausalidade, onde entra em cena as terapias complementares, como por exemplo, a espiritualidade/religiosidade.

Será que o estudo das religiões, outrora rechaçado pela academia, que só preconizava como labor científico os aspectos da teoria positivista de Augusto Comte (evidência, só com a matemática), e, que agora toma ‘corpo’, como ciência (baseado na sociologia durkheimiana – representações coletivas, e na psicologia social de Moscovici – representações sociais), introduzido em várias instituições educacionais, tem rigor científico? Há evidências significativas de que a religião impacta na qualidade de vida dos sujeitos que creem. Ajudam no enfrentamento de suas crises e doenças, e no processo de cura. Porém, há estudos que revelam, haver copyng³

¹ Comunidades Terapêuticas, são entidades religiosas que prestam cuidados aos sujeitos que abusam de (SPA), sem uso de medicamentos. Centram seus cuidados na abstinência de (SPA), nos serviços religiosos, serviços laborais, disciplina e o confinamento com tempo determinado para alta, que varia de cada entidade (Nota do autor)

² Religiosidade/Espiritualidade, segundo Chioro dos Reis, (2016, p. 27), é um cuidado baseado para além do modelo biomédico, que centra suas ações apenas na doença. Para o autor, religiosidade está relacionada com as instituições religiosas, onde os sujeitos seguem uma crença, ou a prática de uma determinada religião. Espiritualidade, refere-se aos significados e valores que o sujeito dá a sua existência. “A palavra espiritualidade, tem sua origem na palavra latina *spiritus*, que significa sopro/respiração/vida, ou ainda no termo da mesma língua, *spiritualis*, designando uma pessoa do espírito, cheia do espírito, ou espírito animado” (PONTES, AQUINO e CALDAS, 2016, p. 19).

³ Segundo Pontes, Aquino e Caldas (2016, p. 23), ‘copyng’ palavra inglesa sem tradução, que significa ‘lidar com’, ‘adaptar-se-á’, ‘enfrentar’ ou ‘manejar’. Portanto, um conjunto de estratégias para as pessoas enfrenarem as

religioso negativo e positivo, provocando (os negativos) iatrogênicas aos acólitos. Isto, tem despertado interesse de vários pesquisadores no meio acadêmico, (PONTES, AQUINO E CALDAS, 2016, p. 23).

Que posicionamento tomar diante das questões preliminares levantadas aqui? A melhor terapia é a abstinência do uso de drogas, a redução de danos, o uso dos medicamentos é fundamental para evitar recaídas, ou, as terapias religiosas/espirituais são por si só efetivas? As CT, são instituições que pela sua natureza, oferecem copyng religioso espiritual positivo - CRE, e ou, copyng religioso espiritual negativo - CREN? As CT são espaços de liberdade, ou prisão análogo ao manicômio? São elas um retrocesso ao processo da luta antimanicomial?

O tema se impõe, pelo fato de que, as políticas de saúde mental nacional preconizam a desinstitucionalização, e a redução de danos, e, por uma parte significativa dos profissionais de saúde mental, principalmente os psicólogos e os psiquiatras, as CT configuram um retrocesso como modelo de atenção, configurando uma possível volta do famigerado modelo manicomial, onde os sujeitos eram confinados em clínicas psiquiátricas, isolados socialmente, em condições humanas precárias e com a cidadania aviltada. As CTs são de fato um modelo a priori reducionista e biomédico? Não possibilita a co-construção dos projetos terapêuticos singulares, significando no seu escopo a manutenção de corpos oprimidos como no modelo manicomial? Corpo oprimido segundo Lima Junior (1998) é a opressão, “[...] a negação do corpo, reverenciando-o a um destino trágico, único e obrigatório para corporeidade. ”

Objetivo principal deste trabalho é escrever e analisar as percepções sobre a religiosidade, dos recuperandos internados por uso abusivo de uso substâncias psicoativas - SPA, na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, através das suas representações sociais. Os objetivos corolários: Descrever o panorama social no uso das substâncias psicoativas, e o panorama social de Imperatriz quanto ao uso das substâncias psicoativas; referenciar o contexto social da religião e saúde mental no uso de drogas; analisar a percepção da religião e da família no enfrentamento ao uso de drogas pelos indivíduos em recuperação na Comunidade Terapêutica Casa do

adversidades e crises. A iatrogenia nesse caso está relacionado a um desejo de ser uma terapia útil, porém que causa dano aos sujeitos do cuidado.

Senhor e contribuir com especialistas e a comunidade, quanto ao modelo de atenção aos sujeitos que abusam de substância psicoativa. Hipoteticamente pressupõe-se que a terapia da religiosidade influencia no enfrentamento ao uso de SPA, e, faz sentido positivo CRE, para os colaboradores da pesquisa na sua adicção.

Trata-se de uma pesquisa de categoria qualitativa analítica, pautada na representação social, com enfoque quantitativo preliminar. O enfoque quantitativo nas ciências possibilita uma análise direta dos dados num aspecto mais lato e generalista dos achados (GIL, 2007). No que se referem às representações sociais Takahashi e Shima (2005, p.138) *apud* Sawaia (1994, p.107), dizem que “Constitui-se num eixo teórico privilegiado para análise do processo saúde/doença, já que permite identificar os elementos norteadores do agir dos indivíduos e do coletivo”.

A sua utilização fundamenta-se em Minayo (2004, p.13) quando diz que, trazendo o debate do qualitativo para o campo da saúde ele não está distante do campo das Ciências Sociais, posto que não esteja separado de outras realidades cotidianas. “Neste sentido saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário; ambos são reais em suas consequências” (MINAYO, 2004, p. 16). A pesquisa qualitativa no seu escopo busca o significado das coisas, por ter um fundamento organizador. (TURATO, 2005).

Tura (2005, p.15) diz que as representações coletivas são muito significativas quando se deseja definir representações sociais. Segundo este autor foi Durkheim (1996) “que o elaborou tendo concedido as representações coletivas a partir da interação dos homens entre si e a natureza. Buscando analogias entre leis sociológicas e psicológicas, distinguiu as representações individuais das coletivas”.

Serge Moscovici, no seu livro: A invenção da Sociedade, discute os aspectos teóricos envolvendo o método das representações sociais, baseado na psicologia social, e, discute ainda os dilemas da coerção social, o drama de ser, em meio a uma sociedade coerciva, o problema coercivo interno, e a religião como sentido e coerção.

Moscovici (2011, p. 20) adverte que querer explicar os fenômenos sociais pelas causas psíquicas pode ser um erro, e é exaustivamente censurado. Porém, esse corte epistemológico não consegue arrefecer o impacto na psique que é influenciada pelos

fenômenos psicológicos, em sua relação com a sociedade, esta inserção na sociedade, a condição social influencia nas escolhas feitas pelos sujeitos.

Ciando Levi Strauss diz “Todo fenômeno psicológico, é um fenômeno sociológico”. Ainda discute questões das representações sociais em duas premissas: a primeira, que se possa abstrair o lado subjetivo, emocional e as capacidades mentais e a segunda, que se dispõe de teorias a partir de causas sociais, como a utilidade em lutar pela vida. As representações sociais é uma máquina de fabricar deuses (MOSCOVICI, 2011, p. 20, 27, 28 e 30).

Sendo assim, a opção pelo método das representações sociais é de grande relevância. Poderia ser escolhido outro método, contudo, parece essencial estudar, o que pensam, como vivem com outros pares, como se relacionam com a divindade, familiares e a sociedade, os sujeitos adictos que estão em recuperação na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz – MA.

Que método seria mais efetivo para o estudo das significações da espiritualidade num determinado momento de cosmização de sujeitos que usam substâncias psicoativas? Segundo Guerriero (2010, p. 54-55), baseado nas proposições de Rudolf Otto (1980), só é possível estudar religião aquele que experimenta o ‘sabor’ do sagrado, do temor, colocando à disposição para arvorar-se em questões fenomenológicas, em oposição ao positivismo, propondo um desvelamento dos substratos mais subjetivos dos sujeitos que se cooptam com o divino.

No entanto, Emile Durkheim (2000), contemporâneo de Otto, relaciona o fenômeno religioso como um fato social que poderia ser medido e observado pelo pesquisador. Guerriero (2010, p. 55) firma que as ciências da religião se assenhorearam destes dois saberes, para se constituir, contudo, Minayo (2004, p. 11) afirma que: “Em suas diferentes manifestações como a Fenomenologia, a etnometodologia, o interacionismo simbólico, o significado é o conceito central para a análise sociológica”, sendo assim: “Os mecanismos da relação sujeito-objeto se apresentam nos hábitos contraídos, nos preconceitos, e em tudo que constitui nossa característica moral” (DURKHEIM, 1970, p. 17 *apud* TURA, 2005, p.15).

Preliminarmente, a população dos colaboradores eram de 80 (oitenta)

participantes recuperando das fases I, II e III⁴ da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor. Destes, aleatoriamente, foram escolhidos 15 (quinze) sujeitos para aprofundamento através de uma entrevista semiestruturada. Segundo as orientações de Pasquali (2003, p. 45-52), o instrumento foi estruturado num modo quantitativo-qualitativo. Os dados quantitativos foram originados a partir de um questionário com 25 questões fechadas, assim distribuídos: a) dados pessoais; dados dos prontuários do recuperando; capital cultural; renda familiar; origem; situação atual e prática religiosa. b) frases ponderadas, com instrumento da Escala de Likert, sobre valores, experiência religiosa na adicção ao uso de substância psicoativa, com valores entre “discordo totalmente”, “discordo”, “indiferente (não discordo, nem concordo”, “concordo”, “concordo totalmente”.

Os dados qualitativos, no mesmo questionário apresentado a totalidade dos participantes incorporou questões abertas sobre os fatos mais marcantes na vida e na vivência religiosa na Comunidade Terapêutica, sobre as que mais crítica e as que mais admira, com as seguintes perguntas: a) o que te levou a consumir drogas? b) quais pontos negativos você vê na Casa de Senhor? c) quais são os pontos positivos que você vê na Casa do Senhor? d) qual a importância da religião em sua vida? e) o que significa este tempo que você está aqui na Casa do Senhor? Prisão, retiro ou outra coisa? Ainda conforme orienta Pasquali (2003, p. 38-44), respeitada a resolução 466/2012 do CNS/MS (Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde), foi oportunizado durante toda fase da pesquisa, a construção e a revisão conceitual sobre o objeto psicológico dos sujeitos em foco sobre o uso de substâncias psicoativas e religião. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador nos meses de janeiro/fevereiro de 2018, em diferentes momentos. Conquanto, a aplicação dos questionários foi precedida de pré-teste de acordo com (PASQUALI, 2003, p. 52-58).

Os dados quantitativos foram analisados pelo Excel®, utilizado tratamento estatístico de dados seguindo as orientações de Minayo (1999), obedecendo a seguinte sequência: definição das variáveis a partir dos dados coletados do questionário e na Escala de Likert; representação gráfica das amostras de dados relativas às variáveis obtidas no questionário, identificação das variáveis e das amostras de dados, o valor da média e do desvio padrão de cada amostra, bem como

⁴ As fases I, II e III, são determinadas por períodos de três meses cada uma delas. A fase I, é o período de desintoxicação das drogas; na fase II, trabalha-se mais a formação do caráter, e a III, a reinserção social.

a diferença entre as médias e os resultados finais; apresentação dos resultados provenientes da aplicação dos testes estatísticos; análise dos dados representados nos gráficos e tabelas.

Foram selecionados aleatoriamente 18,75% - dezoito e setenta e cinco do total de uma população de 80 (oitenta) sujeitos, configurando uma amostra de quinze (15) colaboradores, para o caso das questões abertas. Receberam tratamento diferenciado, a partir da consideração das ideias-chave, repetições e incidências de argumentação sobre os diferentes aspectos que se destacarem nas suas respostas.

Seguindo as orientações de Martins e Bicudo (2003) e de Minayo (1999), a análise de dados foi feita em quatro momentos: a) o sentido do todo – leitura da descrição do relato após a transcrição sem buscar qualquer interpretação; b) nova leitura e outras mais para discriminar as unidades de significado, anotando-as diretamente no texto para ir focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado; c) transformação das expressões cotidianas do sujeito. - Objetivo foi chegar às categorias e, d) síntese das unidades de significado – todas as unidades de significado devem ser levadas em conta para estruturação de categorias para análise.

Esta pesquisa foi realizada após projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na PUC Goiás com o parecer nº 2.411.972, para garantir a recomendação ética acerca do anonimato dos participantes, que foram identificados com as letras *REC* e o número de sua inserção na entrevista. O primeiro colaborador entrevistado, foi identificado como *REC1*, e assim sucessivamente, até o *REC15*, ou seja, recuperando 1 até ao de número 15.

Discutir-se-á no capítulo 1 - o uso das SPA na história, o que isso implica na saúde mental e social dos sujeitos que abusam dessas substâncias, o impacto na sociedade, se as CTs são efetivas, e se constituem, ou não, como instituição na mão, ou contramão da lua antimanicomial. No capítulo 2 – o foco está nos coping religioso espiritual, e no enfrentamento ao uso de drogas, se são positivos, e/ou negativos. No capítulo 3 – qual o impacto que uso abusivo de drogas traz para os familiares, e como se dá o enfrentamento na crise.

CAPÍTULO 1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO.

Para fundamentar as proposições das ideias aqui descritas, a seguir será apresentado sucintamente, fragmentos introdutórios de teoria sobre o tema como contextualização do uso de SPA, religiosidade e saúde, copyng religioso e família.

O objetivo deste capítulo é descrever e analisar o panorama social do consumo de drogas psicoativas, e os cuidados ofertados em Comunidades terapêuticas, portanto, será abordado o panorama social do consumo de drogas, desde a pré-história; o panorama do consumo de drogas na cidade de Imperatriz; a desinstitucionalização e reforma psiquiátrica; descrição das comunidades terapêuticas no município de Imperatriz, e a percepção sobre religião e recuperação ao abuso de drogas, pelos colaboradores em tratamento, na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor.

O uso de substância psicoativa sempre existiu, ou seja, acompanha a civilização desde muito tempo. Drogas eram utilizadas como rituais religiosos, míticos ou movimentos socioculturais. Apesar destas condições preliminares, hoje, pela sociedade de consumo e pela globalização se transformou em condições estressantes e com grande impacto social. O olhar para o uso de SPA deve avançar para além do pré-conceito e da exigência do padrão 'zero'. Necessário se faz entender o que é redução de danos e padrão de consumo abusivo. (SCHNEIDER e VON FLACH, 2014, p. 15).

De acordo com Bastos e Reis, (2014, p. 109-112), a existência dos aspectos epidemiológicos sobre o consumo de drogas no Brasil não significa que haja uma epidemia, porém, como está relacionado com substâncias ilícitas, e dentro do aspecto comercial que leva a outros fatores importantes de agravo, necessita-se estudar este fenômeno. Porém, o padrão de uso pode expor sujeitos a uso danoso e com agravos à saúde, sendo por isso necessários esforços para se entender a questão. Os autores ainda descrevem que a droga com maior incidência de uso é o álcool, com o aumento do seu uso entre escolares, com prevalência significativa.

Imperatriz é situada diametralmente entre Belém - PA, Teresina - PI, Palmas - TO, e 'cortada' pela Rodovia Federal - BR 010, isto facilita o acesso, e a torna cidade que recebe pessoas de vários matizes e matizes. Na série histórica do Projeto

Consultório na Rua de 2018, a droga que demandou mais atendimento aos moradores de rua foi o álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA - DAB, 2018). Além do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS Ad, Imperatriz conta com um número significativo de CTs que atende um número também significativo de sujeitos que abusam de SPA, com maior incidência para o álcool.

Quanto ao contexto da espiritualidade e da saúde, há estudos significativos, porém escassos que mostram a salutogenicidade da espiritualidade na área da saúde. De acordo com Aquino, Caldas e Pontes (2016, p. 6): “Historicamente a espiritualidade e a saúde sempre estiveram interligadas, a exemplo da etimologia da palavra saúde e salvação – que derivam do mesmo radical latim *salus* – [...]”. Dizem ainda que o psiquiatra e filósofo vienense Victor Frankl considera os fenômenos da espiritualidade e da religiosidade como expressões do gênero humano, que faz sentido ao sujeito que crê, continua os autores. Portanto, a espiritualidade poderia ser elemento que, se bem utilizado, estabelece sentido aos sujeitos que abusam de SPA?

Ouro fator importante no que diz respeito aos sujeitos que abusam de SPA, é a estigmatização da sociedade, que determina o caráter criminoso, dependendo da , e das condições sociais dos que usam e portam SPA. Ou seja, marginalizando esses sujeitos, e/ou, não acreditando em sua recuperação, e na capacidade de enfrentamento ao uso. Isto fica claro, baseado no que está exarado na Lei de combate ao uso de drogas. Frankl (1987) diz que os sujeitos que sofrem de transtornos mentais (usuários que abusam de SPA, são considerados adoecidos com transtornos mentais), mesmo que incuráveis, devem ser tratados com dignidade e como ser humano. Eles são capazes de: “Transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana; retirar da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis”. Veja o que diz Frankl, (1987, e-book s/p.)

Um indivíduo incuravelmente psicótico pode perder sua utilidade, mas conservar a dignidade de um ser humano. Este é meu credo psiquiátrico. Sem ele, para mim não valeria a pena ser psiquiatra. Por amor a quem? Simplesmente por amor a uma máquina cerebral danificada, que não pode ser consertada? Se o paciente não fosse categoricamente algo mais do que isso, a eutanásia estaria justificada.

Fica então claro que, se as terapias impetradas aos indivíduos que abusam de SPA, e, que estão internados em CTs, cujo cuidado atente para corroborar com a falta

de dignidade, ferindo os direitos humanos, não podem ser reconhecidas como cuidado efetivo e livre de iatrogenia.⁵

A oferta aos indivíduos que abusam de SPA, internados em CT, como a Casa do Senhor, pode ser motivo de fortalecimento do enfrentamento religioso, e amenizar seus sofrimentos? Que sentimento podem ser observados no seu contato com os ritos, mitos, o sagrado e o profano? Qual a percepção do enfrentamento religioso no cotidiano de sua 'caminhada' na internação em CT? De acordo com Quiceno (2016, p. 63), as pessoas devem na sua trajetória de vida, para satisfazer suas necessidades básicas lutar contra o estresse diário, enfrentando a polaridade entre a felicidade o sofrimento e a dor. Para contribuir com especialistas e com a sociedade no que se refere a um modelo de atenção a estes sujeitos, que minimamente não se traduza em ações iatrogênicas, analisar-se-á suas percepções quanto a sua internação na Casa do Senhor.

Seguindo o pensamento do psiquiatra Serge Moscovici (2011, p. 20), podemos cooptar sua teoria ligando-a com os aspectos da religião, e o sentido que ela traz para o ser humano. Uma situação que amiúde é discutida pela sociedade é o fato de que a religião lança suas amarras, ao mesmo tempo que traz pressão interna, libera o homem dessas próprias pressões internas. A coerção é um dilema da existência humana, e uma essência. O drama de ser, a coerção dramática de escapar daquilo que não se escapa, o drama humano de fazer aquilo que se deve fazer (MOSCOVICI, 2011, 47).

Investido de missão e voluntariedade, sentir-se chamado pela divindade para deixar a zona de conforto, arvorar-se numa condição inóspita, ele o faz, para responder à essa coerção interior, para mostrar superioridade, a coerção interna o faz pensar, 'eu devo fazer isso', 'não devo fazer aquilo' (MOSCOVICI, p. 50).

Essa pressão vem do interior). A religião é um conjunto de representações e práticas para manter o curso normal da vida. A coerção religiosa abre as chagas, mas ao mesmo tempo, se traduz como um 'bálsamo suavizado' que cicatriza feridas. Diz ainda o autor, que a origem da religião procede das massas, suas representações faz o homem acreditar no absurdo, no impalpável que faz sentido. Suas práticas mágicas

⁵ Iatrogenia, é um cuidado realizado em saúde que, mesmo que, intencionalmente relacionado a produzir efeitos positivos, resultam em ações deletérias aos indivíduos.

são alentadoras. (MOSCOVICI, 2011, p. 20 – 55). Derrocando a dicotomia entre a realidade individual e social, a teoria de Moscovici é pertinente, para entender as representações dos sujeitos que abusam de SPA.

A Teoria das Representações Sociais, retomada por Serge Moscovici, alude o conceito durkheimiano, ampliando suas concepções para além da dicotomia individual/coletiva. (TURA, 2005, p.18). Continua o autor:

O insight de Moscovici, trabalhando no campo da psicologia social, foi perceber o potencial do conceito de representações coletivas de Durkheim para o entendimento dos processos cognitivos, constituídos em interação com a vida social, em um tempo e lugar específicos. Contudo, com Moscovici o conceito rompe a dicotomia entre o individual e o coletivo e se insere na interseção entre estes dois polos. Ou seja, Moscovici não admite a separação entre a consciência individual e a realidade social da mesma forma que não entende o indivíduo como passivo diante da representação, mas antes como construtor e reconstrutor das representações que, por sua vez, determinam a medida de sua localização no universo da comunicação social. (TURA, 2005, p.18).

Quanto a religiosidade e os aspectos singulares nas manifestações religiosas? Guerriero (2010, p.54) diz que as ciências humanas foram se distanciando de suas perspectivas objetivas e se assenhoreando das questões subjetivas, que os sujeitos estudados trazem, o pesquisador tem suas próprias convicções religiosas, sobre sua religião, e a religião dos outros, ou seja, não é um sujeito passivo, é um interlocutor ativo e empoderado.

Outro fator importante dentro das concepções das representações sociais, cooptando com Moscovici e com Guerriero, são as teorias de Mikhail Bakhtin, quando fala do empoeiramento dos sujeitos dentro do discurso. A escrita é a codificação das vozes, capaz de transmitir sentido (BUBNOVA, 2011, p. 270). Continua a autora: “Ao contrário, vinculada toda comunicação à ideia do ato ético e da responsabilidade [...]. A voz tem conotações subjetivas e responsáveis” (BUBNOVA, 2011, p. 268).

1.1 PANORAMA SOCIAL DO CONSUMO DE DROGAS.

Segundo MacRae (2014, p. 29), o uso de drogas vem desde a pré-história, o ser humano vem usando substâncias que afetam o sistema nervoso central, tanto para meditar, quanto para experiências espirituais ou mesmo se divertir. Afirma ainda que seu uso está comparado aos instintos das necessidades humanas básicas como

alimentar-se, beber água e sexo. Quanto ao controle social formal e informal o autor afirma:

O uso de drogas era geralmente feito de acordo com uma série de princípios, leis, de conduta e de rituais religiosos e profanos que determinavam quem, como e com que finalidade a droga era usada. Era comum haver restrições de idade, gênero e classe social para diferentes substâncias e distintos modos de uso. Cada cultura desenvolvia as suas regras e seus costumes, de acordo com a sua forma de entender o mundo e se organizar. O cumprimento destas normas era imposto e fiscalizado de maneira formal, segundo leis preestabelecidas, ou, informalmente pela pressão e vigilância de familiares, vizinhos, *sacerdotes* (grifo nosso), empregadores e outros agentes sociais, percebidos pelos sujeitos como importantes em suas vidas. Constituam-se assim, os chamados controles sociais formais e informais. (MACRAE, 2014, p. 31).

Cerca de 15% dos aproximadamente oitocentos tipos de drogas medicamentosas os egípcios incluíam cerveja e vinho em sua composição. O autor ainda afirma que em diferentes contextos históricos e culturais, regras rígidas definiam quem poderia utilizar estas substâncias (p. 32).

Certas plantas, com poderes alucinógenos ou visionários, tinham papel importante em cultos antigos em vários países como Grécia, Roma e Índia, também entre os feiticeiros da Sibéria, norte da Europa e das Américas indígena. Era uma convivência tranquila. Não há menção de que seu uso estava relacionado ao desvio de conduta e frouxidão do caráter, ou desvios comportamentais. Com a cristianização no século IV pelo Império Romano, o conceito de uso de drogas entrou em colapso, combatendo as noções pagãs sobre seu uso. Estigmatizado para combater o mundo pagão, aos cultos mágicos e religiosos, como também seu uso terapêutico para aliviar a dor. Para os líderes religiosos da época, o cristianismo deveria ser engendrado pelo aspecto do sofrimento e da dor, era necessário combater aquilo que trazia alegria e prazer ao sofrimento. O uso das drogas agora passara a ser destacados como heresia, e era punido com torturas e até morte. Veja ainda o que diz MacRae (2014, p. 30):

Cabe lembrar, ainda, que que uma das poucas ocasiões em que o uso de drogas foi visto como ameaça à sociedade foi na idade média, quando membros do clero o consideravam como pecaminoso e relacionado à bruxaria. Na contemporaneidade, essa prática também passou a ser concebida como causadora de doença e criminalidade. [...], as políticas públicas têm servido para reforçar as estruturas vigentes. Essas políticas têm, igualmente ajudado no controle de grupos vistos como ameaçadores à ordem instituída, como ocorreu no Brasil.

Durante séculos o homem pode conviver com uso de SPA. Não há menção de que o abuso dessas substâncias estaria relacionado à degradação do caráter, ou a sérios desvios comportamentais, inclusive incluindo na lista o ópio. Porém, a punição aos usuários, tanto por protestantes e católicos, como será visto abaixo, destinava-se a grupos das mulheres, dos camponeses, e dos pensadores que criticavam os dogmas eclesiásticos. “As acusações serviam, evidentemente, para fins políticos e econômicos. Ajudavam, também a estigmatizar grupos [...] que punham em questão os dogmas eclesiásticos” (MACRAE, 2014, p.33).

É de grande substancialidade quando se trata de igualdade/equidade (*paris inter paris*), o que se encontra exarado na Lei de Combate às Drogas, Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006), que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), no seu Capítulo II, artigo 28, parágrafo 2º, quando descreve o teor dos crimes e das penas, assim define:

Para determinar se a droga se destinava a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, *ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais*, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (grifo do autor). (BRASIL, 2012, LEI ANTIDROGAS)

De igual forma, segundo as percepções de MacRae, o teor da Lei descrita acima tem um caráter criminalizador a algumas camadas sociais. O crime, quanto ao uso, ou ao porte de SPA, dependem do local, do sujeito, e de suas condições sociais.

Nos Estados Unidos, atendendo as reivindicações da campanha antidrogas com âmbito internacional, com finalidade econômica e política, foram aprovadas leis em 1914, controlando a produção de ópio e cocaína, em 1919, incluiu-se a esta lista a cannabis (maconha). Continua: “A campanha americana antidrogas continuou em âmbito internacional e, em 1961 e 1971, foram assinados, pela maioria dos países [...] o convênio sobre substâncias psicotrópicas [...]. Com este convênio pretendia-se resolver [...] o comércio e uso [...]” (MACRAE, 2014, p. 36)

No Brasil, MacRae (2014, p.37), destaca que há os vícios elegantes, e o ópio do pobre. Fala de certa estereotipia, apontando o usuário como irresponsável e incapaz de gerir a sua vida, numa tentativa clara de ‘embranquecer’ a população, e melhorar a raça brasileira. Afirma ainda o autor que: “Essas ideias faziam parte de

uma política higienista, que visava à exclusão dos setores indigentes, negros, sustentada numa suposta ciência conhecida como eugenia”. Com a chegada do regime militar em 1964, outro grupo passou a ser ‘perigoso’ para nação, os estudantes de classe média. Assim, em 1976 foi elaborada uma nova legislação contra os entorpecentes para aplacar os ímpetos de uma “juventude rebelde”. (MACRAE, 2014, p. 39).

Vimos, portanto, que as substâncias psicoativas ao longo da história eram utilizadas para fins lúdicos, religiosos e medicinais. Por questões econômicas, os Estados Unidos da América elencaram uma série de leis que proibia o plantio, comércio e uso destas substâncias, chamada de Lei Seca. No Brasil sua proibição serviu como higienização da cidade e como repressão principalmente aos jovens que se rebelaram contra o regime militar. E agora está no centro das discussões sobre questões como a abstinência, e a redução de danos. Neste centro nevrálgico, configura-se um embate entre os religiosos que, se assenhoreiam da ideia do consumo zero, o modelo político vigente ultradireitista, que preconiza a (abstinência), e os que presumidamente, seriam de esquerda, e a favor da liberação do uso dessas substâncias (redução de danos). A tensão entre a abstinência e a redução de danos, vai além do conceito do uso, ou não, de SPA. É uma questão política? É uma questão de coerção moral/religiosa?

1.2 PANORAMA LOCAL: O TERRITÓRIO, O SUJEITO E O ENFRENTAMENTO AO USO ABUSIVO DE DROGAS.

1.2.1 Conhecimento geo/político/espacial do território de Imperatriz.

O surgimento de Imperatriz começou a ser desenhado os fins do século XVI e início do século XVII, com a iniciativa dos bandeirantes, que partindo de São Paulo, buscavam riquezas. Em 1658, os Padres jesuítas Manoel Nunes e Francisco Veloso, foram os primeiros a utilizar o sítio onde hoje está Imperatriz. A fundação de Imperatriz se dá em 16 de julho de 1852, três anos depois da partida da expedição que saiu do porto de Belém, em 28 de junho de 1849. Frei Manoel Procópio do Conceição de Maria, Capelão da expedição, foi o fundador do povoado, que recebeu de início o nome de Colônia Militar de Santa Teresa do Tocantins. Quatro anos após, em 27 de agosto de 1856, a Lei nº 398 criou a Vila de Imperatriz, em homenagem à Imperatriz Tereza Cristina. Com o tempo o nome foi categorizado pela simplificação de

Imperatriz. Sua elevação a categoria de cidade é datada de 22 de abril de 1924, no governo de Godofredo Viana, pela Lei nº 1.179. Até 1958, Imperatriz se constituía uma cidade isolada. Com a criação da rodovia Belém/Brasília até 1958, data sua construção. A partir de então, em 1960, Imperatriz experimentou um acelerado crescimento. Em 1970, foi considerada a cidade mais progressista do país, recebendo contingentes migratórios das mais diversas providências. (IBGE, 2016)

Localizada no Sul do Maranhão, está diametralmente entre cidades como São Luís - sua capital, Palmas - TO, Belém - PA, Teresina - PI. Isto possibilita a chegada de pessoas de várias localidades, ainda por ser 'cortada' pela BR 010 (Belém/Brasília), e o rio Tocantins em toda sua extensão, gentílico imperatrizense, com uma população de 254.569 - duzentos e cinquenta e quatro mil e quinhentos e sessenta e nove habitantes; e uma população adstrita de 1.250.000 - um milhão duzentos e cinquenta mil, a torna um excelente centro comercial, e de alta procura por serviços de saúde.

TRABALHO E RENDIMENTO – Salário médio mensal dos trabalhadores formais: 1,8 salários mínimos; pessoal ocupado: 55.347 - cinquenta e cinco mil, trezentos e quarenta e sete pessoas; percentual de pessoa ocupada é de 21,8% - vinte um e oito; percentual da população com menos de ½ salário mínimo é de 37,4% - trinta e sete e quatro.

EDUCAÇÃO – taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,4% - noventa e oito e quatro; IDEB (anos iniciais) 5 - cinco, anos finais 4.3 - quatro e três; matriculados no ensino fundamental 40.697 (quarenta mil, seiscentos e noventa e sete); docentes do ensino fundamental 1.761 - um mil setecentos e sessenta e um; número de estabelecimento de ensino fundamental 160 - cento e sessenta escolas.

ECONOMIA – produto interno bruto - PIB, R\$ 23. 565, 19 - vinte e Três mil, quinhentos e sessenta e cinco reais e dezenove centavos; índice de desenvolvimento humano municipal IDHM - 0,731 - zero, setecentos e trinta e um. **SAÚDE** - mortalidade infantil, 11,16 (onze, dezesseis) por mil nascidos vivos; internações por diarreia, 1,6 - um e seis por mil habitantes; estabelecimentos de saúde, 102 - cento e dois.

TERRITÓRIO E AMBIENTE – área da unidade territorial, 1.368,986 - um milhão, trezentos e sessenta e oito e novecentos e oitenta e seis Km²; esgotamento

O mapa da cidade de Imperatriz, que é entrecortada pela BR 010, atravessando toda sua extensão, e o rio Tocantins, foi dividido em quatro distritos sanitários: região norte, nordeste, sul e sudoeste, a fim de visualizar melhor o território, os locais de aglomeração dos moradores de rua, e de atendimento aos sujeitos com transtorno mental, e, por conseguinte, os que abusam de SPA. Foi realizado pelo autor, em exigência ao projeto de matrerialmento do Departamento da Atenção Básica - DAB, desse município, para o cuidado, aos sujeitos que sofrem com transtornos mentais (nesse caso, inclui-se os que abusam de SPA, e moradores de/em situação de rua, com o objetivo da realização do Projeto terapêutico Singular - PTS,

1.2.2 Descrição dos recuperandos, perfil social, suas interfaces no uso de drogas, e religião.

Por ser uma cidade cosmopolita, Imperatriz recebe pessoas de vários lugares do Brasil e de países vizinhos como a Venezuela, Bolívia. É possível ver uma contingência significativa de africanos vendendo tênis e outras mercadorias, no centro da cidade e periferia. Os colaboradores da pesquisa são na sua totalidade do sexo masculino. O que é percebido pela equipe do Consultório na Rua, a partir dos seus relatórios enviados para o Sistema de Informação do SUS - e-SUS, e por suas vivências nos projetos de assistência, tanto para usuários de SPA, como para aqueles que estão em situação de rua, é que na sua maioria, os sujeitos são do sexo masculino. Este é um problema enfrentado nesta região, as políticas públicas e sociais são prestadas em grande parte para os homens. Portanto, cabe discutir em tempo oportuno, esta questão de gênero importante no território de Imperatriz.

A idade dos colaboradores da pesquisa, está na faixa etária entre 18 a 59 anos, média - 32,2 anos, moda - 24 anos, mediana - 30 anos e desvio padrão - DP = 9,7240. A maioria absoluta oito 08/53,3%, possuem renda familiar de dois a três salários mínimos. Quanto ao estado civil, a maioria absoluta, doze 12/80%, são solteiros. Não há entre eles casado, e dois 02/13,3%, relatam união estável, apenas um 01/6,7%, é divorciado.

Pesquisa realizada em Ribeirão Preto, sobre os fatores associados ao uso abusivo de drogas em pacientes ambulatoriais, e publicada na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016), chegaram aos seguintes resultados: A maioria eram mulheres (71,2), com idade entre 21 e 83,

anos média de 48,2 anos - DP = 13,2. Considerando o estado civil, elas encontraram 143/58,9%, usuários de drogas que eram solteiros, e 196/80,75, relataram viver com a família.

A pesquisa realizada na CT Casa do Senhor, corrobora com a teoria de Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016). Quando comparado o estado civil, ambas ponderam que a maioria absoluta são solteiros, e, ainda mais, quando 80,7%, afirmam, morar com familiares. Isto pode estar relacionado ao fato, de que o uso abusivo de SPA, trazem danos emocionais aos parceiros, e aos familiares, tornando o vínculo familiar frágil, e os parceiros não suportando a convivência, abandonam⁶, seus parceiros.

Quadro 1 Comparação dos resultados encontrados na Comunidade terapêutica Casa do Senhor (2018), e a teoria de Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016), quanto a idade, estado civil e escolaridade, dos indivíduos que abusam de SPA,

VARIÁVEL	PESQUISA	IDADE	MÉDIA	MODA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
Idade	CT Casa do Senhor (2018)	18 a 59	32	24	30	9,7240
	Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016)	21 a 83	48,2	-	-	13,2
Estado Civil	CT Casa do Senhor (2018)	Solteiros/divorciados			13	86,7%
	Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016)	Solteiros			143	58,9%
Escolaridade	CT Casa do Senhor (2018)	Ensino Fundamental			07	46,7%
		Ensino Médio			05	33,3%
		Ensino Superior			01	6,7%
		Sem Instrução			01	6,7%
	Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016)	Ensino Fundamental			140	57,6%
		Ensino Médio			83	34,2%
		Ensino Superior			20	8,2%
Sem Instrução			-	-		

Fase de recuperação – doze 12/80%, estão na fase III (última fase), completando assim, os nove meses de recuperação. Escolaridade – quatro 04/26,7%,

⁶ Esse dado não foi estudado pelo pesquisador, que o fará, em tempo oportuno. Porém, pela avaliação dos casos encontrados na região do sul do Maranhão, é significativo o abandono por parte dos conjugues, quando o sujeito abusa de SPA. É um dado empírico que merece ser controlado. Outro fator importante, no conteúdo da pesquisa, e, que será discutido a posterior, é que no caso do abuso no uso do álcool, é maior o dano realizado a terceiros, do que ao próprio usuário. (NOTA DO PESQUISADOR)

tem o ensino médio incompleto, outros quatro 04/26,7%, ensino fundamental completo. Três 03/20%, ensino fundamental incompleto. Agora, com ensino médio completo, superior incompleto, superior completo, um 01. Também apenas um 01, informou ser sem instrução.

Ainda relatam Corradi-Webster e Gherardi-Donato (2016), que: “Entre os participantes, 140/57,6% possuíam apenas o ensino fundamental ou menos. ” Os que possuem ensino médio são 83/34,2, e com ensino superior, apenas 20/8,2%.

Entre os colaboradores estudados da CT Casa do Senhor, quando agrupados pelos que completaram seus estudos ou não, a maioria, 07/46,7% tem ensino fundamental ou menos; com ensino médio, 05/33,3%, com ensino superior 02/13,3%, e um não tem instrução 6,7%. Os números de ambas pesquisas, apontam para uma equivalência entre eles, na periodização dos tempos de estudos, ou seja, a maioria tem ensino fundamental, a minoria chegou ao ensino superior.

Bahls e Ingbermann (2005) afirmam, baseadas em estudos realizados pelo *National Institute on Drug Abuse* dos Estados Unidos da América - (*National Institute on Drug, 1997*), entre fatores relacionados à socialização de adolescentes que abusam de SPA, está o fracasso no desempenho escolar. Este é um problema que deve estar na pauta das políticas públicas da sociedade civil, das instituições interessadas no caso, a fim de, em conhecendo os fatores de risco, construir ações efetivas de cuidado e amparo aos adolescentes, que abusam de SPA.

Qual o significado da religião para os indivíduos? Autores como Peter Berger (1985), Max Weber (1982), Severino Croatto (2001), Emile Durkheim (1989), Serge Moscovici (2011), entre outros, realizam um colóquio sobre o tema, relacionando e descrevendo sua importância para o ser humano. Discutem ainda a religião, no conexo social e psico-espiritual, como relevante e fazedora de sentido à vida, por conseguinte, a religião fortalece o sujeito em suas crises e adoecimentos, propor esperança no caos, oferecer a capacidade de enfrentamento dos seus problemas através de compensações a posteriori dessa vida, no céu, no cosmos que começa a viver aqui, em contato com a divindade, o paraíso.

A religião, entra no ‘cardápio’ da sociedade como promotora da felicidade, e como implementadora e disparadora de melhor qualidade de vida. Quando

perguntados se frequentam, e qual a sua religião, assim responderam os recuperandos da Casa do Senhor:

Tabela 1 Afirmação de frequência aos ritos da religião, recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.		
Frequência aos ritos	N	%
SIM	12	80
Não	03	20
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo Pesquisador, 2018.

A CT Casa do Senhor, como já vimos é uma entidade religiosa. Contudo, os sujeitos que estão em recuperação, em tese, não são obrigados a seguir os ritos religiosos, embora sejam estimulados a frequentá-los, já que a terapia proposta, é a da espiritualidade. Isto posto, pressupõe-se presença dos recuperandos nos ritos religiosos. Na afirmação de frequência aos ritos religiosos, 80%, quase a totalidade, respondem que frequentam. Não foi controlado o fato da frequência aos ritos é por uma atitude coercitiva ou não. Se coercitiva, pelo que diz Berger, os recuperandos encontram uma equidade entre o que ele está sofrendo, e o que a Casa propõe, ou seja, equilíbrio entre ele mesmo e a sociedade em que agora vive. No entanto, suas representações sociais apontam para percepções como: Orar para a divindade faz bem. Os estudos bíblicos, e dos evangelhos ajudam na adicção. A disciplina e espiritualidade fazem crescer como pessoa. Antes do contato com a divindade, não tinham pontos positivos. Se há uma coerção por parte dos administradores, pelas percepções é positiva na adicção de SPA. Berger (1985) e Eliade (1982), assim relacionam a religiosidade na possibilidade de fazer sentido para os que creem:

Em o dossel sagrado, Peter Ludwig Berger, no capítulo *Religião e Construção do Mundo*, afirma que “Toda sociedade é um empreendimento de construção do mundo. A religião ocupa um lugar destacado neste empreendimento” (BERGER, 1985 p.15). O homem é um ser dependente da sociedade. Ela, a sociedade, é anterior ao homem, e quando morrer ela continuará a existir. Berger (1985, p.15).

A existência humana é um processo de disponibilizar, a se colocar em equilíbrio do homem com ele mesmo e com o mundo (BERGER, 1985, p.18). Neste aspecto, a religião, no pensamento de Berger, é um empreendimento humano que

relaciona cosmos e o sagrado. “Ou por outra, a religião é a cosmificação feita de maneira sagrada” (BERGER, 1985, p.38). Para o autor em destaque, a religião proporciona ao ser humano a cosmização⁷, que faz sentido para sua vida dando-lhe possibilidade de relacionar com o sagrado, a possibilidade de conseguir êxito em seus enfrentamentos nas crises. “O homem enfrenta o sagrado como uma realidade imensamente poderosa distinta a ele. Essa realidade a ele se dirige, no entanto, coloca a sua vida numa ordem, dotada de sentido” (BERGER, 1985, p. 39).

Eliade (1992, pp.13-14) introduz suas ideias enfatizando a grande repercussão mundial que foi o livro de Rudolf Otto, *Das Heilige* (1917), pautando sua discussão não na racionalidade da religião, sobretudo na sua irracionalidade. Para isso, usa as ideias de *sentimento de pavor* diante do sagrado; do *mysterium tremendum*; da *magestas* e do *mysterium fascinans*. Termina dizendo que não é o elemento racional e o não-racional que lhe interessa, mas, o sagrado na sua totalidade, e que: “a primeira definição que se pode dar ao sagrado é que se opõe ao profano” (ELIADE, 1992, p. 14).

O sagrado se manifesta quando algo que não pertence ao nosso mundo se manifesta na materialidade do mundo natural, ou seja, o profano. Quanto aos dois modos de ser no mundo o autor diz que se pode medir o precipício que existe entre as experiências sagrada e profana. O sagrado e o profano constituem em duas modalidades que dependem da forma como o homem se posiciona diante do mundo. (ELIADE, 1992).

Quanto à história do sagrado há diferentes momentos levando-se em conta os aspectos da economia, cultura e organização social, e o espaço do sagrado não é homogêneo, apresenta solução de continuidade, como no caso da história mosaica e da divindade, quanto ao encontrar uma terra santa. A manifestação de uma *hierofania* num determinado lugar, vinca a ruptura da não homogeneidade e funda ontologicamente o mundo, na experiência profana, há uma ideia de homogeneidade de espaço. (ELIADE, 1992).

⁷ Segundo Peter Berger (1985), ‘cosmização’, deriva de Mircea Eliade. Cf. Seu Cosmos and History. Vide p. 38.

Ao bem da verdade já não há mundo, apenas, diz o Eliade (1992, p. 23): “fragmentos de um universo fragmentado, massa amorfa de uma infinidade de lugares, mais ou menos neutros, onde o homem se move [...] numa sociedade industrial”. Os templos se constituem lugares espaciais especiais, onde se dá a *teofania*. Lugar sagrado, onde os deuses descem e os homens se transportam simbolicamente para os céus.

Eu vejo na questão de orar pra Deus né e de refletir muito no passado da gente no nosso passado e deixar se levar e se perder pelas drogas. E aqui na Casa do Senhor, eu vejo muito que a gente tem que refletir no passado. Quando ela sai daqui quero frequentar o NA, andar no caminho e na Casa do Senhor. O que a casa propõe para nós é isso aí. (REC2/24 anos)

[...] é a espiritualidade, que me ajudou bastante a esquecer as drogas, aqueles pensamentos que vinha né, eu falava com Papai do Céu, este é o ponto que mais me ajudou. (REC.5/21 anos)

O que é bom aqui na Casa do Senhor é as reuniões que ajudam muito. Na hora dos estudos bíblicos dos evangelhos, acho que isso é fundamental na vida de um adicto em recuperação né, um rapaz que está buscando a sobriedade que é estar livre das drogas, é fundamental a religiosidade. Aqui faço curso de informática com doze pessoas mais ou menos. (REC.6)

[...] aqui é a disciplina né, a espiritualidade e a convivência. A pessoa aprende muito. (REC.7)

Quando eu não tinha Deus, eu não tinha estes pontos positivos na minha vida. Eu deixava o inimigo trabaia na minha vida. O ponto positivo é que eu tenho Deus trabaiaando 24 horas na minha vida. Eu durmo, eu acordo com meu Deus. Eu vivo na capela com meu Deus. Eu não tenho ponto negativo aqui, graças a Deus. Porque eu to com ele, e quem tá com ele não tem ponto negativo. (REC.14)

Pelas representações sociais dos recuperandos, e pelo fato de oitenta (80%) frequentarem os ritos religiosos, percebe-se que, a oração à divindade, o refletir no passado para esquecer as drogas pelo contato com a divindade, o falar com quem representam de força maior, as reuniões, os estudos bíblicos dos evangelhos, é de fundamental importância para a vida e para a recuperação ao uso de SPA. A disciplina e espiritualidade os ajudam a modelar o caráter, e a conviver com os outros. Isto os fortalece, segundo suas percepções, na abstinência ao consumo de SPA. “Eu durmo e acordo com meu deus. Eu vivo na Capela com meu deus”. Diz estar com Ele, e quem está com Ele, não tem ponto negativo, afirma. (REC14/52 anos).

Percebe-se ainda pelas suas representações sociais a religiosidade, é um fator fundamental para trazer ordem, e sentido para sua vida, e sucessivas aproximações

com o sagrado. Com o viver com a divindade! Dormir com a divindade! O fenômeno religioso nas falas dos colaboradores sugere uma aproximação com os mitos e os ritos da religião. Aqui discutimos não o que é racional ou irracional, mas, o que faz sentido para os recuperandos.

O que é fascinante! O que é tremendo! Estas representações sociais estão fundamentadas em autores como por exemplo Rudolf Otto (1985), quando fala do sagrado diz que a religião não cabe em enunciados meramente racionais. Que o sagrado é o objeto fundante do termo em várias religiões. É o sagrado, o santo, o nominoso. Severino Croatto (2001), apresenta o fenômeno da religião como signos e significados do sagrado, profano e o divino. Discute ainda que o mito está imbricado nas interpretações das realidades, e o rito como fonte gestual da religião, para aproximação com o sagrado.

Pinheiro (2016) alude uma estrutura consciente de experiência com o sagrado, cooptando com esforços dos sujeitos experimentarem o sagrado. Ainda discute que a sacralização pode ser obtida pela ritualização da vida, e do rito, emana forças que converterão as energias profanas em energias do sagrado. Seus ritos adotam uma função mediadora entre o seu estado atual, e o que a divindade promove para sua adicção. Nesse caso é necessário despir-se dos preconceitos, entender o que os interditos adotam como sagrado, e o que isolam como profano para sua vida faz sentido.

O viver em comunidade, 'rezar' juntos na capela, estudar os evangelhos, fazem sentido para eles em alcançar seus objetivos na sua 'caminhada', que é a abstinência ao uso de SPA, em colaboração mútua e solidária. O fenômeno religioso, pelas representações sociais dos colaboradores, também aponta para atitudes de reflexão sobre o passado recente, relacionado ao uso de SPA, um presente focado na companhia do deus que transforma a realidade do sofrimento momentâneo, a dor por causa dos efeitos do uso abusivo de SPA, a crise existente, transformando este caos em cosmos, e, para um futuro, pleno de sentido de vida, uma absolvição e 'salvação', pela abstinência do uso de SPA.

As representações sobre o uso abusivo das SPA são percebidas como profano, ou seja, uma afronta à divindade, e sua abstinência como possibilidade de contato com o sagrado, corrobora com a teoria de Otto, (1985), ao descrever o sentimento de pavor daquele que crê diante do sagrado, que chama de *mysterium tremendum*, das

magestas e do *mysterium fascinans*. O sagrado se opõe ao profano, conclui Eliade (1992).

Durkheim (1989) provoca o leitor a despir-se dos fazeres e saberes próprios, para entender o fenômeno religioso. Entender o que é sagrado e profano. Quando os recuperandos, em suas representações, evocam o passado como o caótico pelo uso abusivo de SPA, e apontam para o futuro, como possibilidade de conviver a abstinência, que traria nomia⁸, e maior contato com a divindade, sugere o que Durkheim diz, quando sinaliza que as coisas sagradas são aquelas que os sujeitos protegem, isolam, e as profanas, que devem permanecer à distância, como é o caso do uso de SPA. Representações como disciplina na ‘casa’, espiritualidade, convivência, realizar curso de informática, e a sobriedade, pressupõe o que Weber (1991), discorre sobre isto em sua teoria, quando afirma que a religião proporciona aos acólitos condição de comunidade a partir das vivências e representação de sentido.

Segundo os estudos de Pinheiro (2016, p. 237), baseada na teoria maussiana a religião está ligada ao fenômeno sagrado que no seu escopo contribui na concepção de um mundo que faça sentido. Ainda citando Eliade (1992) diz:

O sagrado é um elemento da estrutura da consciência e a experiência do sagrado está indissolúvelmente ligada aos esforços de construir um mundo que tenha significado. Portanto, o sagrado se manifesta nos ícones, nos gestos, mas, sobretudo na experiência religiosa. É na experiência religiosa que a dignidade excepcional do sagrado se manifesta de modo especial. A sacralização também pode ser obtida pela ritualização da vida. O rito adota uma função mediadora, convertendo as energias profanas, sacralizando as realidades. (ELIADE 1992, *apud* PINHEIRO 2016, p. 237).

Os aspectos religiosos fundamentam-se na alteridade, no abrir-se para as relações de corpos que se cuidam no dar, no receber e retribuir. “Citando Mauss, Pinheiro diz que este autor: ‘estuda o princípio da reciprocidade, manifesto nas obrigações de dar, receber e retribuir enquanto fundamento da vida social’ (PINHEIRO 2016, p. 237).

⁸ Peter Berger descreve nomia, como no termo grego (nomos = lei, ordem), diz que é derivado de Durkheim, a partir do conceito de anomia, em o Suicídio. Continua explicando Berger, que nomia é uma “ordem imposta as experiências e sentidos dos indivíduos. Dizer que a sociedade é um empreendimento de construção do mundo, equivale a dizer que ela é nomizante. Nomia, portanto, é o estado em que o indivíduo se sene pertencente ao seu meio social, quando tem sentido sua existência. (BERGER, 1985, p. 32)

Para que vivas bem e com longevidade, e em condições econômicas favoráveis. Viver longe das SPA, continuar o tratamento após alta na instituição Narcóticos Anônimos - NA, remonta a ideia da teodiceia weberiana, nas concepções de viver bem com a divindade e abandonar o pecado para obter a salvação.

Oliveira (2003, p. 29). Afirma que a religião: “absolutiza o relativo e legitima o arbitrário [...]. Neste sentido, a religião é uma força estruturante da sociedade”. A religião conclui, possui uma alquimia ideológica, simbólica e política.

Estar em uso abusivo de SPA, determina o estabelecimento do caos para os colaboradores, ruptura familiar, impossibilidade de realização de tarefas com as quais possam ter rendimentos. E, segundo Weber, a religião reestabelece o cosmos, dá sentido, protege no presente, e garante um futuro livre de crises.

Segundo Pinto, Lemos e Ecco (2016), citando Parker (1966), O fenômeno religioso aparece no campo das representações e significações quando o sujeito está frente reproduções que possam determinar enfrentamento de uma crise, entre outras coisas, para transformar o presente, e o estabelecimento de um futuro com qualidade. Ainda segundo Pinto, Lemos e Ecco (2016), citando Berger (1985), a sociedade na busca de uma qualidade de vida melhor, constrói arquétipos para manter nomia, e para isso utiliza-se da religião.

Para os colaboradores em recuperação na CT Casa do Senhor, a religião é significativa para lhes dar sentido, e ser coadjuvante na sua adicção das SPA. Quanto as discussões que estão no centro do ‘olho do furacão’, entre o governo (abstinência), e teóricos que preconizam a (redução de danos), estão aquele que sofrem com abuso das SPA, e que veem na religião uma possibilidade de ‘ressurreição’ dos seus corpos oprimidos por esse padrão de uso.

Veem na religião a possibilidade de adaptar-se aos inquéritos propostos pela sociedade, a fim de, saírem da linha da marginalidade (nomia), querem adaptar-se a essas leis da sociedade, no que se refere a abstinência das SPAs. E aí, pouco importa se estão em coerção religiosa, em postulados da abstinência, ou da redução de danos. A racionalidade, e/ou a irracionalidade, é irrelevante, a coerção ou não. A disciplina e a terapia da espiritualidade imposta pela coordenação da Casa do Senhor, são essências para sua ‘redenção’ como pessoas, e na manutenção do enfrentamento na sua adicção ao uso abusivo de SPA.

Portanto, pelas representações sociais dos colaboradores, percebe-se a busca de um sentido para sua vida e a busca dos seus objetivos que é viver em abstinência ao uso de SPA, e para isso recorrem a religião como norte. Qual é a religião enunciada pelos colaboradores? Vejam a tabela abaixo:

Religião referida	N	%
Católica Romana	07	46,7
Evangélica	04	26,7
Sem Religião	03	20,0
Não lembra	01	6,6
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo Pesquisador, 2018.

Um dos argumentos abordados sobre as CTs, por parte de alguns profissionais da saúde e pesquisadores é que, como o estado é laico, subsidiar com recursos financeiros entidades religiosas seria para eles, uma aviltação a Constituição Federal do Brasil. Outro destaque, refere-se, ao que se preconiza como processo terapêutico, ou seja, a religiosidade. Há CTs, de vários matizes e matrizes, ou seja, de várias confessionalidades. Mesmo as não cristãs, tem um viés religioso.

Entre os colaboradores da pesquisa observa-se que a maioria refere ser católicos romanos, 07/46,7%, um número significativo é protestante, 04/26,7%, 03/20%, referem não ter religião, e um não lembra. A CT Casa do Senhor é uma instituição da Diocese Católica Romana de Imperatriz. Recebe pessoas de várias entidades religiosas, e não religiosas. Não é uma prática da instituição, na entrevista investigar a confessionalidades religiosa dos que fazem triagem, como opção de escolha para internar ou não.

O *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*⁹ denuncia o que considera grave violação aos direitos humanos, nas 28 CTs inspecionadas em quatro regiões brasileira. Afirmam ter encontrado violação de liberdade religiosa, baseados na triangulação dos inquéritos realizados, ou seja, as pessoas internadas,

⁹ Inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCT), Procuradoria Federal de Direitos do Cidadão (PFDC) e Ministério Público Federal (MPF). Sua primeira edição foi em 2017. Relatório reúne inspeção feita nas CTs de cinco regiões do Brasil, a fim de identificar as reais condições dos cuidados prestados por estas instituições.

a equipe do cuidado, e os prontuários. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, *Et al* 2017, p. 79). Baseiam suas afirmações nos seguintes termos:

A liberdade de consciência e crença, assim como a prestação de assistência religiosa em entidades civis e militares de internação coletiva, bem como a vedação à privação de direitos por motivo de crença religiosa, constam entre os direitos e deveres individuais e coletivos previstos na Constituição de 1988 (art. 5º, incisos VI, VII e VIII). Deriva daí que, individualmente, cada cidadão ou cidadã pode escolher crença e afiliação a uma, a outra, ou a nenhuma religião, mas uma crença religiosa não pode levar à privação de direitos. (CFP, MNPCT, PFDC, *Et al*, 2017, p. 79).

Ainda destacam que essas práticas são violações dos direitos de liberdade religiosa pelo fato da demanda pelas CTs, na prática da confessionalidades de suas matrizes doutrinárias (CFP, MNPCT, PFDC, *Et al*, 2017, p.79). “A obrigatoriedade da presença dos internos em atividades religiosas é confirmada pela existência de punição em casos de ausências, conforme se vê em diversos relatos reproduzidos [...]” (CFP, MNPCT, PFDC, *Et al*, 2017, p. 80)

O lado negativo, é mais pelo lado da religião. Como eu sou evangélico, aqui eles veneram santo, faz o terço, algo que eu não gosto, mas de todo modo eu respeito. Eles também criticam muito os evangélicos. Mas como eu aprendi a tolerância... então eu tolero, eu sei que algumas coisas eles estão errados, mas eu não tento concertar, tento vir aqui para concertar os meus erros, não os dos outros. E é isso (REC11, 24 anos)

A representação social de (REC11/24 anos) vê como negativo o fato de ter que realizar um ritual religioso que não gosta, como rezar o terço, venerar santo, porque se diz evangélico, diz tolerar, ter que participar dos rituais propostos. Qual o real sentido dessa representação social? Termina focando seu discurso em suas próprias crises, afirmando que tenta consertar os seus próprios erros, não os dos outros.

Seria forçado dizer que, em suas representações, estão vincadas às forças coercitivas religiosa de que Moscovici sublinha? Ou seguindo as ideias de Eliade, não importa aqui o racional ou o irracional, mas o que faz sentido, ou seja, a sua recuperação (cosmificação), é maior do que ter que navegar em ritos, ‘nunca dantes navegado’. Melhor no barco do que morrer afogado no (caos) da drogadição.

Que são padrões de uso? Será que há coerção na exigência padrão zero? Padrão zero é iatrogenia? Moralismo religioso? A política da redução de danos é

cientificamente comprovada como proposta terapêutica coadjuvante e promotora da diminuição das recaídas?

Uma questão importante no cuidado de quem usa SPA é determinar o seu padrão de uso. Um padrão de uso verifica se o uso é relevante para determinar se haverá prejuízo significativo ao indivíduo, aos familiares e à sociedade. Então, entra em questão a frequência, qual substância, o comportamento, a saúde, desordens psiquiátricas, competência social, sistema familiar, escola, trabalho, relacionamento com amigos, lazer/recreação. O DUSI - vide anexo², é um instrumento que possibilita esta intervenção breve (DE MICHELI e SARTES, 2014, p. 29). Assim define:

O DUSI (Drug Use Screening Inventory) é composto por uma tabela inicial que aborda a frequência de consumo de treze classes de substância psicoativas seguida por 149 questões divididas em 10 áreas, fornecendo um perfil da intensidade de problemas em relação ao uso de substâncias; [...]. As questões são respondidas se “sim” ou “não”, sendo que as respostas afirmativas equivalem a presença de problemas. Além das 10 áreas mencionadas, o DUSI possui uma “Escala de Mentira”, composta por 10 questões (uma ao final de cada área) que foram acrescentadas com a finalidade de checar a existência de possíveis questionários inválidos (DE MICHELI e SARTES, 2014, p. 29).

Na versão brasileira reduzida do DUSI, por De Micheli e Formigoni, (2000), pesquisa-se a substância, e a frequência do dela no último mês. Com as seguintes perguntas: (não usei, usei de 1 a 2 vezes, de 3 a 9, 10 a 20, mais de 20 vezes, tenho problema pelo uso desta droga e esta é a minha droga preferida). A seguir investiga-se a área de uso. A seguir De Micheli e Sartes (2014, p.32), baseadas em De Micheli e Formigoni (2000), apresentam quatro índices que podem ser calculados: o da densidade absoluta de problemas, densidade relativa, densidade global e escala de mentiras. Usam o ponto de corte¹⁰ de propriedade psicométricas, que para sensibilidade é de 72%, e para especificidade, 97%.

Quadro 2 Fórmulas do DUSI, para detectar uso problemático.

<p>Densidade absoluta de problemas – indica a intensidade de problemas em cada área isoladamente. Fórmula:</p> $\frac{\text{Nº de respostas afirmativas em cada área}}{\text{Nº de questões na área}} \times 100 \quad \text{_____} \quad \%$
--

¹⁰ As autoras adotam o ponto de corte, para detecção do uso de risco de substâncias psicoativas, investigados numa intervenção breve, pelo profissional de saúde. (DE MICHELI, FORMIGONI, 2002).

Figura 2



Fonte: Dados colhidos pelo Pesquisador, 2018

De acordo com Silveira e Silveira (2014), o uso abusivo de álcool, traz mais consequências para terceiros do que para o usuário. O álcool é a SPA que configura, pelas falas dos colaboradores, como 'ritual de iniciação' para dependência química.

Em primeiro lugar eu conheci as drogas através do álcool. Começou com certas amizades e a influência de amigos naquela ocasião. E também a dificuldades e os problemas na rua, raiva, aí começou estes problemas. (REC.1)

É, o que me levou a consumir drogas foi primeiramente a influência de amigos né, como eu comecei com o álcool aos 12 anos, e também porque eu perdi minha mãe aos 10 anos, e ficou uma certa revolta dentro de mim, eu não conseguia entender porque eu perdi ela. (REC.4)

E, eu digo assim, devidamente por eu me influenciar cedo com bebidas alcoólicas, de não ter como se diz, fazer o que certo como os pais da gente diz ne. Andar com pessoas erradas, desrespeitar a família. (REC.2)

Aos dez anos de idade eu perdi minha mãe, e isso foi o fator inicial para minha revolta e o uso de drogas, comecei com doze anos bebendo álcool, com treze cheirei cocaína, com quinze comecei com a maconha, durante muito tempo não consegui entender a morte da minha mãe. (REC.11)

Trabalhava num lugar afastado, lá o povo usava álcool, aí eu comecei a usar o álcool para mim esquecer. Usando álcool, usando, usando. O dinheiro que eu conseguia era para consumir álcool, fiquei dependente. Não liguei mais para nada, só queria beber. Aí consegui voltar ao

normal de novo, consegui me regularizar. Voltei para casa, minha mãe me ajudou, me deu uma casa, fui morar lá. Morando sozinho. Eu estava muito isolado, muito triste. (REC. 15)

De Micheli e Sartes (2014, p.29) apontam que “diversos estudos indicam que o uso do álcool e outras drogas entre adolescentes tem aumentado nos últimos anos”. Asseguram ainda que, de acordo com o *V Levantamento Nacional sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio*, estudos realizados em 27 capitais com 48.155 estudantes, revelam que 65,2% já haviam consumido álcool na vida, 24,9% usavam o tabaco e 22,6% outras drogas. “Na faixa etária de 10 aos 12 anos, 12,7% das crianças já haviam consumido outras drogas além do álcool e o tabaco. Dizem ainda as pesquisadoras, que isto preocupa profissionais da área da saúde, e que quanto mais cedo uma criança começa a usar SPA, mais chance de se tornar um dependente, trazendo prejuízos significativos para o desenvolvimento social e para cognição.

Isto está evidente nas representações sociais dos colaboradores, e corrobora com a teoria acima, quando afirmam ter começado a consumir SPA na adolescência. *REC4/24 anos*, afirma ter começado o uso de SPA com álcool aos 12 anos de idade. *REC11/24 anos*, diz: “[...] comecei com doze anos bebendo álcool, com treze cheirei cocaína, com quinze comecei com a maconha, [...]”.

Portanto, é imprescindível que o estado, e a sociedade civil, desenvolvam ações educativas, esporte e lazer para adolescentes, a fim de prevenir o uso precoce de SPA. Nas escolas, igrejas, grupos comunitários, onde se possa dialogar com sinceridade, postulando redução de danos, e pontuando os pontos positivos do não uso, a abstinência, os riscos do uso problemático. No caso, o baixo estado cognitivo, influenciando o atraso nos níveis de escolaridade, e o rendimento escolar, prejuízo na salutogenicidade, e transtornos mentais severos, que trarão menor qualidade de vida aos indivíduos, dificultando sua socialização. Ainda se discute a importância das CTs no processo de ressocialização, e na abstinência do uso de SPA, se postuladas pelo que preconiza a RDC 101. Pelas representações sociais dos adictos, a religiosidade, o cuidado dos terapeutas, como arteterapia, laborterapia, entre outros, e o cuidado sacerdotal, são relevantes para alcance dos objetivos, nesse caso, a sobriedade.

Quanto ao padrão de uso, é necessária maior discussão sobre o que está posto, e compreender claramente a questão, para além do debate entre a redução de

danos preconizados por um grupo de profissionais de saúde mental, e a política da abstinência exarada na Lei de Combate ao uso de Drogas. Será que para alguns indivíduos o uso social é um elemento disparador para o uso de outras SPAs? E para outros o uso social não se revela como elemento disparador para o usar outras SPAs, resultando em culpa, desajustes familiares, e o seu uso não influencia no absenteísmo ao trabalho?

Tabela 4 Quantidade dose/dia de SPA dos recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018

Quantidade dose/dia	n	%
Duas a cinco	03	20,0
Seis a dez	02	13,3
Mais de dez	10	66,7
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo Pesquisador, 2018.

Continuando a discutir os aspectos relacionados ao padrão de uso, Galduróz e Ferri (2014) apresenta o instrumento CAGE¹², que investiga se o indivíduo sentiu que deveria diminuir o uso de álcool, se as pessoas o aborrecem pelo seu padrão de uso, se, se sente culpado, e/ou, deseja consumir bebidas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca. Também descrevem os autores, sobre a dose padrão, e a quantidade¹³ de álcool em cada bebida, a fim de determinar se o indivíduo está ou não dependente. Assim descrevem como realizar o diagnóstico: “1. Atribua um ponto para cada resposta positiva (sim) a cada uma das perguntas; 2. Some os pontos das respostas; 3. Interpretação: dois pontos ou mais, ou seja, duas respostas afirmativas ou mais indicam grande possibilidade de dependência de álcool. ”

Outro instrumento relevante para o diagnóstico de dependência é descrito por Formigoni, *et al* (2016), o "ASSIST¹⁴ (Alcohol, Smoking and Substance Involvement

¹² CAGE, é um questionário de intervenção breve que possibilita determinar, dependência ou não, pela intervenção breve.

¹³ A equivalência de quantidades de álcool ingeridas em diferentes bebidas, medidas em termos de dose padrão, são as seguintes: Bebida destilada, Cerveja - Taça de vinho 1 dose de 40 ml de destilados (cachaça, conhaque, uísque, (vodca) 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de chope 1 copo de 140 ml de vinho. (GALDURÓZ e FERRI, 2014).

¹⁴ ASSIST, é um questionário de triagem composto por oito questões. Sendo que as questões numeradas de 1 a 7 abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias lícitas e ilícitas e a questão 8 é voltada ao uso de drogas injetáveis. Algumas drogas adicionais, que não fazem parte dessa lista, podem ser investigadas na categoria outras drogas. (FORMIGONI, *et al*, 2016)

Screening Test), Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool e Substâncias”. - Veja anexo², Instrumento para triagem numa intervenção breve, orientando o usuário, e se necessário encaminha-lo para outros serviços em caso de dependência, e outras co-morbidades.

Em Imperatriz, além do CAPS Ad, o indivíduo pode ser encaminhado para as CTs, e a Casa do Senhor é uma dessas. Pelas suas representações sociais, a religiosidade e os serviços tanto dos profissionais, cuidadores e o sacerdotal, são importantes para fazer sentido no seu uso problemático¹⁵ de drogas. Suas respostas quanto ao uso de dose/dia, revela que a maioria absoluta, 10 indivíduos 66,7%, usavam mais de dez doses/dia, 03, duas a cinco 20%, e 02, de seis a dez doses/dia. Pelo exposto, a totalidade apresentava uso problemático do uso de drogas. A Casa do Senhor é um lugar onde encontram, segundo suas percepções, alívio, libertação do caos social que o uso problemático de drogas oferece.

Nesse caos social provocado pelo uso problemático de drogas, as representações sociais dos colaboradores descrevem a figura do sacerdote, e das atividades recreativas como disparadores de sentido para suas vidas. O sacerdote é o que entende a palavra; o sacerdote é o agente que traz riqueza espiritual; as recreações são pontos positivo para sua recuperação. O sacerdote para eles é o possuidor da magia que contagia, é o que possui o carisma que arrefece o caos, trazendo em seu labor, a suavidade cósmica. É aquele que aproxima o acólito dos seus deuses, da sua divindade.

Deus prova o seu poder, quando se faz conhecido aos sujeitos em recuperação na Casa do Senhor. Quando o sacerdote não está, a espiritualidade cai. A representação social dos nove meses para voltar ao convívio do lar com os familiares após alta, significa nascimento. Vida nova! Novo mundo! Salvação! A figura do psicólogo, do assistente social, as recreações como vimos anteriormente, é positiva para os colaboradores. Sentem-se seguros na companhia daqueles que são detentores do saber, de quem podem receber orientações para alcançar seus objetivos, que é manter a sobriedade. As recreações, como o esporte, lazer, o trabalho na lavoura, são significativos para promover a ocupação do tempo, e para ajudar na

¹⁵ Uso problemático de drogas relaciona a dependência da substância, que resulta numa baixa qualidade de vida e em problemas sociais e familiares. (NOTA DO PESQUISADOR)

recuperação através das atividades de vida diária, pelo trabalho nas oficinas de padaria, horta, exercícios físicos, a ludicidade, etc.

Oliveira (2006) *apud* Calimam (2014) afirma que um dos critérios diagnósticos, dos indivíduos que abusam de SPA é a perda das obrigações sociais, familiares e *laborais* (grifo do pesquisador), e esta condição se traduz em risco para o uso ainda maior de SPA. Quanto ao aspecto do trabalho, Antoniassi; Leal e Tedesco (2008, p. 223)¹⁶ descreve que “a Terapia Ocupacional visa atender as demandas do ambiente do trabalho social pessoal e domésticos dos indivíduos que [...] apresentam alguma dificuldade [...], esta dificuldade pode ser uma incapacidade física ou mental [...]”. Pelas representações sociais, é positivo o trabalho, as recreações, e o acompanhamento dos profissionais. Quais são suas percepções sobre a atuação dos sacerdotes na recuperação no uso de drogas?

Os pontos positivos é o trabalho né, a recreação que a gente tem, é os acompanhamentos de psicólogo, da assistente social. Só isso mesmo. (REC11, 24 anos)

Assim, quando o Padre Elisvaldo e o Padre Gilberto estavam aqui na casa no tempo em que eu cheguei, eles são muito entendedores da palavra passava muito para a gente, como agente vem da rua e não sabe e não conhece a Deus, se não estávamos nesta vida. Acho que a espiritualidade caiu um pouco. Porque deixou nas nossas mãos, e o que a gente passava para os irmãos era o basicosinho, o necessário para a gente ficar rico na espiritualidade. Foi isto que deixou um pouco a desejar. (REC8 36 anos)

Positivo eu falo de pessoas Pe. Gilberto. Ele tem um programa muito bom, já é a segunda vez que eu passo pela Casa do Senhor, e era um tipo de programa. Agora mudou totalmente, eu me senti como se eu já tivesse nove meses. As coisas entram melhor na minha cabeça, é um sistema que ele tem. Realmente funciona, sem dúvida nenhuma. E outros positivos que eu acho é o programa em si, a disciplina. As pessoas não vão sair magoado, é o mesmo sistema do Pe. Gilberto. Não tem outra coisa. (REC9, 48 anos)

¹⁶ Antoniassi; Leal e Tedesco (2008), basearam suas concepções sobre a Terapia Ocupacional e sua importância no tratamento e na melhora da qualidade de vida na Federação Mundial de Terapia Ocupacional: Segundo a WFOT – World Federation of Occupational Therapists (1993). Isto posto nos faz entender que se numa CT, há laborterapia, é necessário a presença do Terapeuta Ocupacional.

Figura 3 Foto Comunidade Terapêutica Viver Sóbrio.



Fonte: <https://nucleoviversobrio.com.br/blog/o-que-e-uma-comunidade-terapeutica/>

Esta figura tem a intenção de mostrar, a CT Viver Sóbrio, onde percebe-se um lugar aconchegante, arborizado, espaço 'cósmico', que possibilita entrar em contato consigo mesmo, e desfrutar de um ambiente saudável, mágico, com carisma de cuidado na adicção ao uso de SPA.

Weber (1991), discute uma experiência carismática, a magia, fazendo uma análise etimológica da palavra. Magia, portanto, é uma experiência carismática. Na Weber (1991, p. 280), o autor diz o seguinte: "O carisma pode ser, e somente neste caso merece em seu pleno sentido esse nome – um dom pura e simplesmente vinculado ao objeto ou a pessoas que por natureza a possuem e por nada pode ser adquirido. " O mago é pessoa carismaticamente qualificada com alto grau de influência, podendo temporariamente encarnar coisas em elevada abstração Weber (1991, p. 281). "O aspecto telúrico da ação do mago, toda esteriotipação, é aplacar a ira dos deuses, o desejo da cura e da longevidade tem um aspecto econômico". Ainda segundo Weber (1991), a relação do ser humano com os deuses está relacionada aos aspectos econômicos. Para tanto, em suas práxis, o mago em seu serviço divino se utiliza da oração, sacrifícios, entre outros Weber (1991, p. 292).

Weber (1991), continua discutindo o tema mago e sacerdote. Sacerdotes são os oficiais da igreja, os funcionários, que são preparados para exercer esta função. O culto para ter sentido metafísico tem que ter sacerdote. "Tanto no culto sem sacerdote

quanto no mago sem culto falta, em geral, a racionalização das ideias metafísicas [...]” (WEBER, 1991, p. 295).

Quanto aos aspectos relacionados ao conceito de deus, ética religiosa e tabu, Weber (1991, p. 295 -296) diz que: “[...] se cabe influenciar determinado deus ou demônio mediante coação ou suplica. Assim como o mago tem de provar seu carisma, o deus tem de provar seu poder”. As exigências éticas aos deuses vão aumentando. Weber (1991), destaca quatro momentos distintos: 1) com aumento do poder, 2) ampliação das concepções condicionadas pela orientação meteorológica da economia, 3) com a maior regulamentação dos homens em relação a observância de regras e, 4) com a crescente importância social e econômica da confiabilidade da palavra dada.

Por definição de profeta Max Weber (1991, p. 303) diz que: “Por profeta queremos entender aqui o portador de um carisma puramente pessoal, o qual, em virtude de sua missão, anuncia uma doutrina religiosa ou um mandado divino. ” O caráter da revelação profética tem muito a ver com questões comuns, tanto da parte do profeta como dos seus acólitos (WEBER 1991, p. 310).

O profeta, quando sua profecia tem êxito, atrai acólitos permanentes, e ao lado desses acólitos permanentes que vai carismáticamente conduzir sua missão e desenvolve suas atividades em comunidade de fiéis na congregação. Continua o autor: “[...] uma comunidade neste sentido religioso, de associação de vizinhança, econômica, fiscal, ou política, enseja condições econômicas, capitulando deveres e direitos, constituindo novos saberes”. (WEBER, 1991, p. 311).

Cabe ao sacerdote sistematizar a nova doutrina vitoriosa ou a velha doutrina efêmera contra os ataques proféticos, “ determinar o que é ou não sagrado e de impregnar isto à crença dos leigos, para garantir sua própria soberania. Para isto usa do trabalho sacerdotal do sermão e a cura das almas” (WEBER, 1991, p. 318).

Quanto à composição do campo religioso, Oliveira (2003) explica que “[...] Bourdieu usa a tipologia weberiana, que distingue os agentes religiosos como os sacerdotes, profetas e magos”. (OLIVEIRA, 2003, p. 36). Assim define: “O sacerdote é por excelência o agente da religião estabelecida, [...] O profeta, ao contrário, é o agente religioso que em situações extraordinárias de crise [...] produz uma concepção

religiosa [...] o mago, ou feiticeiro, é o agente religioso autônomo, como um freelance do sagrado. (OLIVEIRA, 2003, p. 37 e 38). “[...] Bourdieu faz uma reelaboração da tipologia weberiana, articulando as relações entre agentes religiosos e os leigos como um único conjunto de relações cuja lógica reside na estrutura do campo religioso” (OLIVEIRA, 2003, p. 39 – 40). O autor ainda afirma que quanto maior a distância entre produtor e consumidor, maior será a autonomia. Controlar o simbólico só será relevante se a experiência religiosa atender de maneira efetiva a demanda social. Da expressão “campo religioso” ao conceito de “trabalho religioso”, consiste a ideia de que o conteúdo deste pensamento sobre o religioso configura-se epistemologicamente numa construção, embora mereça críticas, de legado teórico sociológico importante.

Uma das questões mais politizadas entre as CTs e os profissionais de saúde, é que a maioria dessas comunidades não possuem profissionais técnicos em seu corpo de funcionários. Será necessário um especialista para que se tenha uma qualidade no cuidado? O que adianta, um vocacionado bem-intencionado, com excelente alma e coração, sem conhecimento científico? Teria Weber razão, quando afirma, que o destino do nosso tempo está focado no racionalismo e na intelectualidade e pelo desencantamento do mundo?

Destacamos finalmente que, as SPAs desde a pré-história, tem o seu uso preconizado no contexto da sociedade. Seja para fins recreativos, religiosos, entre outros. Porém, não podemos ignorar o fato de que seu abusivo, pode trazer danos significativos aos indivíduos. O padrão de uso problemático é um caso de saúde pública. Contudo, segundo teóricos interessados na questão, não há uma epidemia do uso de drogas no Brasil. Imperatriz, por estar diametralmente entre grandes capitais do Brasil, se torna local de grande fluxo de indivíduos e uma população flutuante significativa. Também, espaço de oportunidade para o desenvolvimento do tráfico de drogas.

Discutiu-se neste tópico, a salutogenicidade, que a religiosidade pode trazer para adictos em SPA. Padrões de uso, e possibilidade e diagnóstico problemático, e encaminhamento das demandas. Como visto, fica muito evidente que há uma estigmatização por parte da sociedade quanto aos indivíduos que abusam de drogas. É imprescindível reconhecer que antes de uma drogada/drogado, há uma mãe, uma esposa, um médico, advogado, um cidadão adoecido que necessita de cuidados.

Victor Frankl (1987), sinaliza para os aspectos humanitários com que devem ser atendidos os indivíduos que sofrem transtorno mental, e por adição aqui, incluem-se os que abusam do uso de SPA. Serge Moscovici (2011), descreve que a religião faz sentido para aqueles que creem. Apesar da pressão interna que causa, ela suaviza, os indivíduos que se apropriam de seus ritos.

A teoria das representações sociais na ótica durkheimiana, com suas prerrogativas sociais (ontológicas), foca na sociedade o seu estudo. Já em Moscovici (2011), a percepção da materialidade dos arquétipos individuais (singular), apoiado na psicologia social, no sujeito. Então, preconiza-se o indivíduo, dotado de poder, empoderado - (empowerment)¹⁷. A verdade está no seu discurso, nas suas percepções, nas suas representações sociais. É a volta das coisas à elas mesmas, no dizer de Hegel.

O objetivo deste capítulo, foi descrever/discutir/analisar, o panorama social do uso de SPAs, o cuidado religioso em CTs, e a reforma psiquiátrica¹⁸ como modelo de atenção em saúde mental, nesse caso, aos que abusam dessas substâncias.

Como vimos anteriormente, o uso de SPAs, vem desde a pré-história. MacRae, (2014), nos adverte quanto ao fato da sua estigmatização e segregação, focando sua teoria no que diz respeito, a quem pode, e não pode usar. Neste aspecto, reportamos a Lei 11. 343 (Lei Antidrogas), que determina quem o Juiz, vai criminalizar, baseado em postulados sociais.

Os indivíduos pesquisados são na sua totalidade do sexo masculino 18 a 59 anos, com média de 32 anos, sua maioria é solteiros, e começaram a usar drogas na adolescência. A maioria, possuem ensino fundamental, e professam confessionalidade católica romana. Suas representações sociais, sobre a espiritualidade é positiva. O território da CT é sagrado. O sacerdote é o interlocutor entre ele e a divindade. Esta relação tem em suas percepções, a transição do caos em cosmos (do consumo problemático a abstinência). Um número significativo de evangélicos, tem em suas representações sociais uma espiritualidade negativa pelo fato de terem que assistir ritos católicos. Como rezar o terço, rezar a Ave Maria, etc.

¹⁷ Expressão inglesa sem tradução no português, que significa oferecer poder ao sujeito do cuidado. Baseado nas teorias de Gastão Vagner, onde este autor discute o poder do sujeito na clínica. Onde pode co-construir se Projeto Terapêutico Singular. Daí então o silogismo: empoderamento.

¹⁸ Reforma Psiquiátrica será abordada posteriormente. Está baseada na Lei 10.216, de abril de 2001, sob a égide da Reforma Sanitária Brasileira.

Porém, suas percepções, descrevem que o objetivo da sua recuperação ao uso de drogas, é mais importante, e por isto estão focados. O Relatório Nacional de Inspeção das CTs, acusam que, dentre as que foram objeto de inspeção, a maioria, segundo o relatório, viola os direitos da liberdade de expressão religiosa, e isso viola os direitos humanos.

Quanto aos padrões de uso, a maioria absoluta (73%), usam drogas todos os dias, e (66,7%), a utilizam mais de dez doses ao dia, configurando o que preconiza o padrão de uso problemático, baseado no DUSI, CAGE, ASSIST, e outros instrumentos. Pergunta-se: As Comunidades Terapêuticas, configuram-se como instituições que cooptam, com aquilo que é postulados da Reforma Psiquiátrica? Ou, são instituições asilares?

CAPÍTULO 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA, E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.

Desde sempre que indivíduos com alguma entidade noológica¹⁹ marcadamente diferente (leprosos, bruxas, os que supostamente eram possuídos pelos demônios e, hoje, os que sofrem com transtorno mental), sofriram/sofrem o exílio e o isolamento. Neste momento descrever-se-á a história da loucura, da psiquiatria, e a desinstitucionalização, caminhando pela reforma psiquiátrica e a possibilidade de cuidados alternativos, ou seja, terapias complementares, no caso deste trabalho, o da religiosidade, como é o caso do cuidado nas Comunidades Terapêuticas.

Em a História da Loucura, Michel Foucault retrata no capítulo 1. *Stultifera navis*,²⁰ sobre a mazela que se abate ao final da Idade Média, e a higienização da cidade, provocando a retirada desses indivíduos adoecidos do centro, os levando para as periferias. A lepra inaugura o desumano, provocou esterilidade, uma nova encarnação do mal, do medo, mágicas de purificação e exclusão.

“A partir da alta Idade Média, até o final das Cruzadas, os leprosários tinham-se multiplicado por toda a superfície da Europa suas cidades malditas. Segundo Mathieu, Paris chegou a haver 19.000 deles em toda cristandade” (FOUCAULT, 2017, p. 3). Foucault, apresenta ainda em suas páginas iniciais do capítulo o quanto os leprosários eram economicamente viáveis à igreja Romana. (Foucault, 2017, p. 3-8). Com o fechamento dos leprosários lentamente, foi necessário instituir outro fenômeno noológico importante: a loucura. Vejam o que Foucault ainda diz:

[...] esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra os medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença. (FOUCAULT, 2017, p. 8)

Um novo objeto entra em cena, emoldurando a Renascença, e que logo ocupará lugar privilegiado, a ‘Nau dos Loucos’, “estranho barco que desliza ao longo

¹⁹ Do grego antigo nous+logos: estudo da mente. Ciência do espírito. Parte da filosofia que estuda os pensamentos. (<https://www.dicionarioinformal.com.br>)

²⁰ Alude ao que se preconiza, em retirar os indivíduos leprosos da cidade, a fim de higienizá-la. Pintura do artista holandês Hieronymus Bosch, exposta no museu do Louvre em Paris. Navio dos Loucos. Michel Foucault, a utiliza para denunciar a retirada dos leprosos da cidade na idade média. (FOUCAULT, 2017).

dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos”. A *Narrenschiff*²¹, romanescas e satíricas, ocupavam-se em transportar, retirar os loucos das cidades, a fim de purificá-las, higienizá-las. (FOUCAULT, 2017, p. 9)

Em *Vigiar e Punir*, o nascimento da prisão, Michel Foucault apresenta o regulamento redigido por Léon Faucher, para Casa dos jovens detentos em Paris. Dentre os artigos enunciados destacamos os seguintes:

[...] Art. 19 – A oração é feita pelo capelão e seguida de uma leitura moral ou religiosa [...]; Art. 20 – Trabalho. Às cinco e quarenta e cinco no verão, às seis e quarenta e cinco no inverno, os detentos descem para o pátio onde devem lavar as mãos e o rosto, receber uma primeira distribuição de pão. Logo em seguida, formam-se por oficinas e vão ao trabalho, que deve começar às seis horas no verão e às sete horas no inverno [...]; Art. 22 – Escola. Às dez horas e quarenta, ao rufar do tambor, formam-se as filas, e todos entram na escola por divisões. A aula dura duas horas, empregadas alternativamente na leitura, no desenho linear e no cálculo. (FOUCAULT, 2017, p. 12).

No capítulo 8, intitulado: Instituições Complexas e Austeras, Foucault (2014, p. 223) afirma que a prisão elabora todo o corpo social, o processo para repartir os indivíduos, distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo e o máximo de forças, para treinar seus corpos e promover comportamentos ‘ajustados’. A prisão deve ser utilizada para disciplinar exaustivamente, treinar o detento fisicamente, modelar seu comportamento e sua aptidão profissional. Não deve ser interrompida até que tenha conseguido o seu objetivo (FOUCAULT, 2014, p. 228).

Segundo Piccinini, (2014, p. 9), entre 500 e 400 a.C. com o surgimento da medicina natural a partir do trabalho de Hipócrates (460-370 a.C.), a loucura deixa de ser atribuída a ira dos deuses, ou possessão demoníaca, como era entendida pelos egípcios, indianos, gregos e romanos. Mil anos se passam e os sujeitos com sofrimento mental ainda eram vistos como mulheres ‘bruxas’ ou possuídas pelos ‘demônios’. “Em 1407, é inaugurada em Valência, Espanha, a primeira instituição dedicada ao cuidado aos doentes mentais”. Duzentos anos se passaram (1600) e, as mazelas a estes sujeitos internados são notórias. Isolamento social, percebidos como vagabundos e delinquentes, contidos com amarras e correntes, tratamento desumano. Continua o autor. Vejam o que diz:

[...] A Revolução Francesa (1792), com sua preocupação com os pobres e desvalidos, nomeia Philippe Pinel, em 1793, para dirigir o

²¹ Idem a *Stultifera Navis*, Nau dos loucos).

Asilo de Bicêtre, dando início a uma revolução no cuidado com os doentes mentais. Nasce a psiquiatria dentro de uma ideia revolucionária de tratamento humano aos loucos. Jean Dominique Esquirol (1782-1840) propõe o asilo como forma de cuidado aos doentes mentais e, nos EUA, por volta de 1840, a ativista Dorothea Dix (1802-1887) propõe a construção de hospitais estaduais para abrigar os doentes mentais ao observar que os alienados eram mantidos em prisões em péssimas condições. Dix solicitou ao Papa Pio IX que examinasse a forma cruel com que os doentes mentais eram tratados. Já em 1843, Emil Kraepelin [...] apresenta estudos científicos sobre a doença mental e distingue os quadros de psicose maníaco depressiva e de demência precoce. (PICCININI, 2014, p. 9).

No final do século XIX, início do século XX, a solução asilar já se mostrava frustrante e com apresentação de novas medidas terapêuticas como a psicanálise de Freud, e o dos antipsicóticos e antidepressivos, após a Segunda Guerra Mundial, houve um esvaziamento dos hospitais. (PICCININI, 2014, p.10).

No Brasil, segundo Daniela Arbex, (2013, p. 27) houve um verdadeiro ‘holocausto’, com mais de 60 mil mortos nos asilos. Ela dedica seu livro aos “milhares de homens, mulheres que perderam a vida num campo de concentração chamado Colônia”. A jornalista em seu livro intitulado Holocausto Brasileiro, apresenta o horror do hospital psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais. Análogo a ‘Nau do Loucos’, e que tinha a prerrogativa de higienizar as cidades, Arbex (2013, p. 27), que a loucura dos chamados normais dizimou pelo menos, “mais de duas gerações de inocentes em 18.250 dias de horror. Restam hoje menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa”. Eram levados de várias cidades do Brasil para o Hospital Colônia, de trem, amontoados em vagões. O ‘Trem dos Loucos’, era análogo a ‘Nau dos Loucos’, que Michel Foucault denunciou. Veja o Daniela Arbex registra:

Está chegando mais um “trem de doidos” – gritou um funcionário. A parada na estação Bias Fortes era a última da longa viagem de trem que cortava o interior do país. Quando a locomotiva desacelerava, já nos fundos do Hospital Colônia, os passageiros se agitavam. Acuados e famintos, esperavam a ordem dos guardas para descer, seguindo em fila indiana na direção do desconhecido. Muitos nem se quer sabiam em que cidade tinham desembarcado ou mesmo o motivo pelo qual foram despachados para aquele lugar.

Os deserdados sociais chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil. Eles abarrotavam os vagões de carga de maneira idêntica aos judeus levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os acampamentos de concentração nazistas de Auschwitz. A expressão “trem de doido” surgiu ali. Criada pelo escritor Guimarães Rosa, ela foi incorporada ao vocabulário dos mineiros para definir algo positivo, mas, à época, marcava o início de uma viagem sem volta ao inferno. (ARBEX, 2013, p. 28-29).

Em vez de navio dos loucos, temos agora o trem dos loucos. Mas pouco importa se de navio ou trem, ou de ônibus. O que entrava em cena era mesmo a mazela, a segregação, isolamento e tratamento desumano que sofriam os indivíduos com transtorno mental. Hoje, ainda podemos ver a saga e a herança recebida, com a necessidade que temos de não deixar ‘enfeiar’ a cidade, e limpá-la, porque esses indivíduos nos tornam ‘feios’, a cidade fica ‘suja’. Denunciam nossas injustiças, os sujeitos que sofrem com transtornos mentais, os que estão em situação de rua, e os que abusam de SPAs.

Figura 3 Trem que transportavam pacientes para Barbacena – MG.



Fonte: VAN/ Kellen Lanna; Vinícius Costa; Mariane Motta
Foto: Reprodução VAN (UFSJ)

Trem chegando na estação de Barbacena trazendo os incautos, ilipendiados e marginalizados, aos seus algozes e vorazes ‘cuidadores’. Local caótico, de maus-tratos, diazepam, e haldóis, e fenergans, eletrochoques e mortes. Este trem é por assim dizer froucamente dizendo, ‘uma nau dos loucos’, ‘trem dos doidos de Barbacena’.

Está assim, fundado no Brasil, o modelo manicomial. Como modelo asilar de confinamento de pessoas ‘doidas’, que enfeiam a cidade e devem ser confinadas em ‘cela forte’, a fim de esconder as injustiças da sociedade? Com efeito, e focada na resistência de vanguarda de profissionais da saúde mental, e na Reforma Sanitária, surge a Lei 10. 216, apontando para um modelo alternativo ao encarceramento de pacientes, focado na assistência emancipadora e cidadã.

A Reforma Sanitária, conforme Júnior (2009)²², no seu texto: Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica, baseada em Jairnilsom Silva Paim (2008), Editora FIOCRZ, pergunta: Porque que a Reforma Sanitária não cumpriu o que prometeu? A partir da inquietação de Paim, o autor destaca que a Reforma Sanitária deveria ser um processo de transformação da vida social e não apenas mecanismo político, de gestão e organização de cuidados em saúde.

Numa compreensão crítica dos fenômenos em que norteiam a Reforma Sanitária Brasileira, Paim (2008), apud Junior (2009), que apoiado em bases teóricas sólidas como Marx, Gramsci e outros, destaca a dicotomia entre o Estado e a Sociedade Civil. “[...] Também analisa, em Gramsci, categorias como ideologia, revolução passiva e transformismo” (JUNIOR, 2009, p.1). Observe que diz o texto a seguir:

Para análise de um fenômeno complexo como a Reforma Sanitária brasileira, Paim fundamenta-se em bases teóricas sólidas como Heller, Marx e Gramsci. No primeiro capítulo - A Reforma Sanitária Brasileira como Fenômeno Sócio Histórico - analisa as possibilidades de mudança social a partir das reformas e revoluções, discutindo quatro tipologias: reforma parcial, reforma geral, movimentos políticos revolucionários e revolução social. Discute e apresenta críticas à dicotomia entre Estado e Sociedade Civil. Também analisa, em Gramsci, categorias como ideologia, revolução passiva e transformismo. Esse quadro teórico além de subsidiar a compreensão do papel dos intelectuais orgânicos na elaboração da proposta e do projeto da Reforma Sanitária brasileira, também possibilita a compreensão crítica dos enfiamentos do processo. (JUNIOR, 2009, p. 01).

A Reforma da Psiquiátrica (Lei 10.216), baseada nestes pressupostos, deveria concorrer para que os cuidados em saúde mental, focada na desinstitucionalização dos chamados alienados, com transtorno mental, o resultaria numa transformação social e emancipação destes sujeitos? Seria um retrocesso o modelo de assistência aos usuários de drogas nas Comunidades Terapêuticas, cuja assistência de cuidado está centralizada na internação com enfoque na espiritualidade, na atividade laboral na abstinência de substâncias? Quais os entraves entre a política do PNAD (Política Nacional de Combate ao uso de Álcool e outras Drogas), a Sociedade Civil?

Veja Isto: No dia 11 de abril de 2019, o Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, assinou o decreto 9.761/2019, que aprova a Nova Política Nacional sobre

²² Resenha crítica, publicada pela Editora FIOCRUZ, conforme consta na Referência.

Drogas (PNAD), como relatório dos seus 100 primeiros dias de governo. “Com o decreto, a Política sobre Drogas deixa de ser de redução de danos, passando a promover a Abstinência. Entre os principais objetivos, está a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas.” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP/CONSELHO FEDEERAL DE MEDICINA – CFM). Segundo a reportagem (ABP, 2019), “esta aprovação é resultado do esforço entre a ABP e o CFM, com apoio do Dr. Quirino Cordeiro, ex-Coordenador Geral de Saúde mental, Álcool e outras Drogas [...] e atual Secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania”

Quais são os principais pontos deste decreto: Na introdução – destaca-se que o álcool, é o 7º fator no mundo mais importante para redução de anos de vida. Nos seus pressupostos – reconhecer a espiritualidade, o esporte, como fator importante para redução de riscos ao uso de drogas; reconhecer o uso de drogas lícitas como disparador para o uso de drogas ilícitas. Seu objetivo – regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, acolhimento em *Comunidades Terapêuticas* (grifo nosso) [...],

A partir da visão holística do ser humano, observa a intersectorialidade e a transversalidade das ações; “Promover a estratégia de *busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas* (grifo nosso) como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas”. (BRASIL/MINISTERIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA CIDADANIA/PNAD, 2019).

O que diz a Lei da Reforma Psiquiátrica? Editada em 06 abril de 2001, esta lei preconiza a prioridade de cuidados aos chamados “alienados” e “psicopatas” com a humanidade da assistência e nos serviços extra-hospital como os CAPS, Residências Terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, entre outros. No seu escopo, a internação voluntária – com o consentimento do usuário, como prerrogativa de primeira conduta, seguindo da involuntária – sem o consentimento do usuário, e da compulsória – solicitada pela justiça, quando necessário. Veja o quadro a seguir:

Quadro 2. Parágrafo único do art. 2º da Lei 10.216 que ressalta os direitos das pessoas com transtornos mentais:

I	ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
II	ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
III	ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
IV	ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
V	ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
VI	ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
VII	receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
VIII	ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX	ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Fonte: MINISTERIO DA SAÚDE: Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 – Saúde Mental.

[...] As legislações anteriores relacionadas à Saúde Mental no Brasil se preocupavam mais em excluir as pessoas com transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem”, do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do paciente. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (BRITO e VENTURA, 2012).

O que são Comunidades Terapêuticas? Entidades que estão em consonância com a reforma sanitária e psiquiátrica? Ou manicômios, disfarçados de comunidade? Como se configuram as CTs de Imperatriz?

2.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas, estão adequadas aos preceitos exarados na Lei 10.216? Os sujeitos cuidados estão privados da liberdade? São explorados pelo seu trabalho em nome da terapia laboral? A abstinência exigida e requerida, juntamente com a terapia da espiritualidade, configura copyng religioso negativo, positivo, ou os dois?

Como resposta a psiquiatria asilar, e visando transformação no modelo de atenção surge assim a psiquiatria social. Alguns movimentos são aqui representados, como por exemplo, a Terapia Ocupacional (TO), criada por Hermann Simon na década de 1920, quando valorizada, atribui um papel terapêutico importante do trabalho, na recuperação de sujeitos com transtornos mentais. No Brasil, Nise da

Silveira (1905 – 1999), médica psiquiátrica do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), recusou usar método terapêutico da época como insulino-terapia, eletrochoques e lobotomias, valendo-se da arte como processo terapêutico. Sendo assim, surge o Museu de Imagens e do Inconsciente, numa pequena sala do CPPII. Trabalhando eminentemente sob considerações arquetípicas, lá estão produções artísticas produzidas pelos sujeitos que sofrem com transtornos mentais. Não reconhecidas por psiquiatras da época, foi ovacionada pelo psicanalista suíço Carl Gustav Jung. (ROCHA, 2012).

Ainda segundo Rocha (2012), compõe a psiquiatria social a psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária e as comunidades terapêuticas. A autora fundamenta suas concepções dos saberes da antipsiquiatria, citando os médicos psiquiatras ingleses, Ronald Laing e David Cooper, criticaram a tutela dos profissionais de saúde mental, principalmente na entidade noológica esquizofrenia, onde os pacientes eram tratados por médicos e enfermeiros com preconceito, e onde a hierarquia e a disciplina, tornavam-no inválidos. “Em um hospital psiquiátrico de Londres, Cooper criou uma unidade independente, um novo tipo de comunidade terapêutica” (ROCHA, 2012).

As comunidades terapêuticas surgem como foco na terapia do meio. Portanto, assim definido como uma terapia desenvolvida a partir da percepção do território do sujeito. (TOWNSEND, 2002), afirma a autora:

O Padrão Vb dos Standards of Psychiatric Mental Health Clinical Nursing Practice da American Nursing Association (ANA, 1994), afirma que a enfermeira psiquiátrica de saúde mental proporciona estrutura, e mantém um ambiente terapêutico em colaboração com o cliente e outros responsáveis pelos cuidados em saúde.

A palavra *milieu* em francês significa “meio”. A tradução para esta palavra é “ao redor ou ambiente”. Em psiquiatria a terapia relacionada com o território ou meio ambiente é chamada de Terapia do meio, Ambiente Terapêutico ou Comunidade Terapêutica. (TOWNSEND, 2002). Quais são os pressupostos básicos em que se baseia uma Comunidade Terapêutica Segundo Skinner (1979) apud Townsend (2002)? Cada indivíduo é encorajado a crescer; a intervenção terapêutica está centrada na oportunidade dada aos sujeitos; os lócus do cuidado é o próprio ambiente do sujeito; a pressão dos pares faz parte da mudança de comportamento que deve

ser adequado ao convívio dentro da instituição e restrições e punições devem ser evitadas

Segundo Rocha (2012), “Durante a Segunda Guerra Mundial, psiquiatras do Exército Bion e Rickmann, assim como Maxwell Jones na Inglaterra... recebendo soldados com distúrbios mentais... passaram a tratá-los em pequenos grupos.” Após o pós-guerra, verificou-se que os pacientes se beneficiavam muito com estes encontros. Investia-se muito em terapia de grupos, analisavam-se tudo que acontecia, liberdade de comunicação, tolerância aos sintomas, os conteúdos dos delírios eram interpretados em vez de reprimidos, os trabalhos da equipe terapêutica revelavam um bom relacionamento entre si e com os pacientes que eram respeitados, ouvidos e tudo era decidido em conjunto. Este ambiente era bem diferente dos hospitais psiquiátricos que excluía os “diferentes” do meio social e aqueles que não se enquadravam dentro do que se preconizava como norma. (ROCHA, 2012).

Quais as condições que promovem uma CT? Que condições podem ser descritas para que se configure como um ambiente que seja considerado terapêutico? Townsend (2002), assim descreve:

[...] As necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas; as instalações físicas são propícias para alcançar os objetivos da terapia; há uma forma democrática de governo; as responsabilidades da unidade são divididas de acordo com a capacidade dos clientes; um programa estruturado de atividades sociais e relacionado aos trabalhos é elaborado como parte do programa de tratamento, e, comunidade e família são incluídas no programa de terapia na tentativa de facilitar a alta hospitalar.

Ainda segundo este autor, o cuidado aos clientes em uma CT deve ser realizado por uma equipe de tratamento interdisciplinar - TID. Toda equipe assina o projeto terapêutico. A equipe de tratamento interdisciplinar em psiquiatria deve ser a seguinte: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, arteterapeuta, diretor de psicodrama, nutricionista e capelão. (TOWNSEND, 2012). Portanto este projeto preconiza a atuação de um especialista que saiba compreender as necessidades dos sujeitos ali internados. Quantas e como se dispõe as CT de Imperatriz? Como se apresenta o projeto terapêutico institucional? Tem equipe multidisciplinar?

O roteiro para inspeção de CTs para dependentes de SPA da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais orienta sobre a especificidade dos serviços;

recursos humanos; questões organizacionais; projeto arquitetônico; infraestrutura física, equipamentos e materiais; alojamentos; sala de terapias/recuperação; cozinha; lavanderia; almoxarifado; setor administrativo; processo (avaliação médica, psiquiátrica, psicológica, familiar, exames laboratoriais). Instrumento baseado na RDC²³ ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001, e, nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Com campos próprios para colocar as legendas: IC = Índice de Criticidade, I = Imprescindível, N = Necessário, R = Recomendável, INF = Informativo, NA = Não se Aplica - Vide anexo³.

As CTs são instituições destinadas aos cuidados extra hospitalar em saúde mental, juntamente com o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas - RT, Clínica de Arteterapia – CA, entre outras. Estão baseados no objeto fundante da Reforma Psiquiátrica, alicerçada na Lei 10.216/2001 que preconiza a internação em Hospital Psiquiátrico como último recurso de tratamentos aos sujeitos com transtorno mental.

Todo este arcabouço centra-se na percepção de que os sujeitos do cuidado são cidadãos, e, que podem dentro de um estado psíquico considerado, determinar sua internação, e discutir seus projetos terapêuticos singular em detrimento do ontológico.

A “Internação Voluntária”, descrita na Lei 10.216/2001 permite ao sujeito participar efetivamente deste processo. Em caso de estado psíquico que não permita esta situação, um familiar, acompanhante ou amigo, poderá assinar o termo de “Internação Involuntária”, dentro do parâmetro legal, comunicando ao Ministério Público, esta internação (BRASIL, Ministério da Saúde 2001). Vários estudos mostram que o sujeito deve ser tratado sob esta dimensão em que os processos de adoecimentos preconizam uma atenção singular e focada na cultura, território, relacionamentos e religiosidade.

Segundo Wagner (2006) o modelo biomédico é reducionista e olha só para o evento patológico como única causa de adoecimento. O modelo de gestão em saúde baseado no princípio filosófico Paidéia trabalha na ótica da trilogia: saber, poder e afeto. Neste caso o sujeito tem o direito de prescrever junto com a equipe de saúde o

²³ RDC 101, da ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária), do Ministério da Saúde (MS), com o fim de inspecionar as Comunidades Terapêuticas do Brasil, e dar parecer técnico.

seu projeto terapêutico. Ele é mais do que paciente, co-constroe o seu cuidado. O modelo de Cuidado Ampliado evoca situações na clínica, onde o cuidador amplia suas ações para além do modelo biomédico que focado na doença não oferecendo ao sujeito cuidado, a possibilidade co-construir sua terapia singular, como o “preferir fitoterápicos a benzodiazepínicos” (CUNHA, 2004).

2.1.1 As Comunidades Terapêuticas, sua história, características e sua e legislação.

Ainda descrevendo sobre as CTs, sua história e regulamentação, Fracasso (2016)²⁴, descreve que elas começaram a ser instituídas do século XX. De vários formatos, com suas especificidades, contribuem para o cuidado aos indivíduos com transtorno mental, e, por conseguinte, aos usuários de SPA. Descreve a autora sobre os locais de maior impacto: “As iniciativas que configuraram maior impacto e que continuam a influenciar a concepção de trabalho que é feita atualmente são as realizadas na Inglaterra por Maxwell Jones e nos Estados Unidos por diferentes grupos [...]”. Uma CT democrática é uma verdadeira revolução nos cuidados destes indivíduos em sua reabilitação social. Assim afirma:

[...] A experiência da Comunidade Terapêutico-democrática para distúrbios mentais empreendida na Inglaterra pode ser definida como uma verdadeira revolução no campo psiquiátrico. O modelo da Comunidade Terapêutica psiquiátrica foi primeiramente desenvolvido na unidade de reabilitação social do Hospital Belmont (mais tarde chamado de Henderson), na Inglaterra, na metade da década de 1940. Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros. Maxwell Jones (1972) e seus colegas, Rapaport (1960), Salasnck e Amini (1971), estudaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica, as quais estão descritas brevemente a seguir (KENNARD, 2003): (FRACASSO, 2016)

Quadro 3. Características de uma Comunidade Terapêutica.

I	considera-se a organização responsável pelo resultado terapêutico;
II	a organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento;

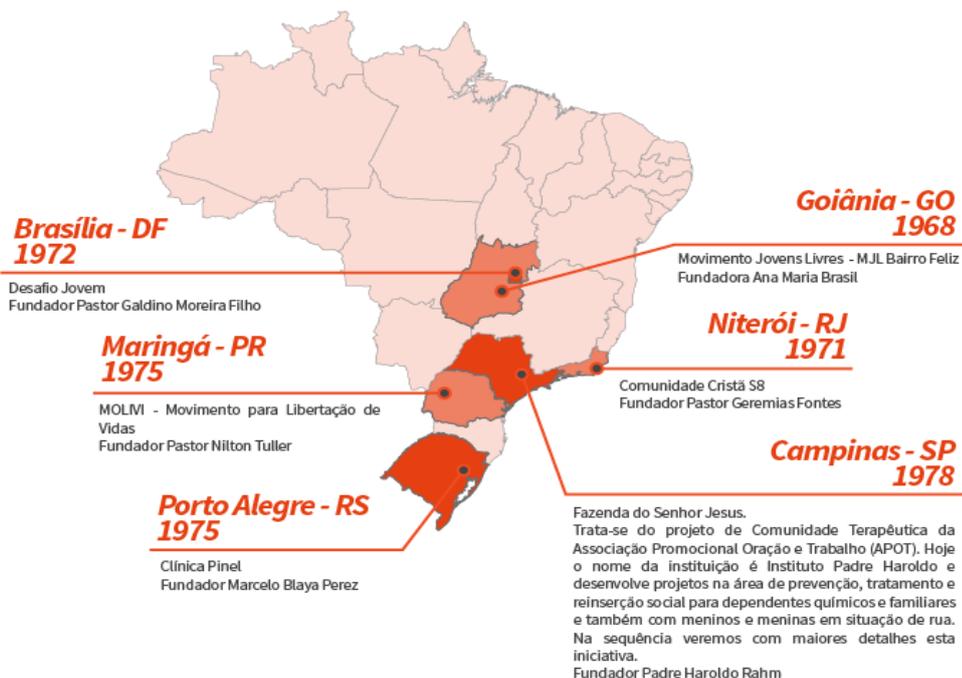
²⁴ Laura Fracasso lattes.cnpq.br/0646741713559336 Graduada em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo. Mestre e especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo. Psicóloga clínica. Docente na Universidade Federal de São Paulo, na Universidade de São Paulo e na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas.

III	um dos elementos centrais é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição;
IV	todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos;
V	a atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância a comportamentos disruptivos;
VI	atribui-se um alto valor à comunicação;
VII	o grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade;
VIII	utilizam-se técnicas educativas e a pressão psicológica para propósitos construtivos;
IX	a autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.

Fonte: Fracasso (2016), Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentação. SENAD.

A concepção de considerar as CTs às necessidades de indivíduos que abusam de SPA surgiria mais tarde. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que influenciou o movimento da reforma psiquiátrica mundial, ancorou-se nas concepções de Jones e ampliou o cuidado para os indivíduos que sofriam com uso abusivo de SPA, através do método de CTs. Retomando o texto de Fracasso (2016): “A natureza terapêutica do ambiente total (motivação geral das CTs de Maxwell Jones) é precursora do conceito fundamental de comunidade como método no tratamento de usuário de substâncias psicoativas que surgiria mais tarde”. Fracasso (2016) afirma que as CTs, fazem parte do movimento de reforma psiquiátrica italiana, instituída por Basaglia.

Figura 4. Mapa indicando as primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil.



Fonte: Fracasso (2016), Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentação. SENAD, baseado em NUTE-UFSC.

Fracasso (2016) diz que com a fundação da Fazenda de Senhor Jesus, em 1978, pelo Pe. Harold J. Rahm, acelerou a implementação de várias CTs pelo Brasil. Percebendo, que alguns dependentes químicos não entendiam a força terapêutica do método, ele instituiu o modelo psicossocial no quadro de sua equipe de trabalho.

O modelo psicossocial nas CTs pressupõe, entre coisas, a boa relação entre os pares e equipe de cuidados. Esta boa relação considera a boa convivência, boa comunicação, mediação de conflitos, democracia, e isto pressupõe mudança do caráter daqueles que estão em recuperação. Ou seja, a provocação para mudança de caráter, é fundamental para que os adictos alcancem seus objetivos. (FRACASSO, 2016). Sobre isto ainda descreve a autora, que o modelo psicossocial das CTs, para alcançar os resultados esperados, é imperioso, a boa relação com o outro, consigo mesmo, a fim de provocar mudança no comportamento:

O Modelo Psicossocial das CTs pressupõe a compreensão de que: o indivíduo é um agente ativo na dependência; o contexto social é um importante aspecto na definição dessa dependência; a compreensão da dependência está, portanto, na interação entre a droga, o usuário e o contexto social. Sendo assim, um dos principais instrumentos terapêuticos da CT é a convivência entre os pares, na qual o usuário tem que mediar o seu comportamento individual com as exigências do coletivo e da interação com os outros que lhe cercam, relação que produz resultados na percepção de si e provoca mudanças de comportamento nos sujeitos em situação de dependência de drogas. (FRACASSO, 2016).

O grande avanço das CTs em rede nacional trouxe consigo o desvio dos padrões que se destacara, na matriz inicial, e nos postulados éticos. Há CTs que se denominam Comunidades Terapêuticas, mas que na verdade são apenas moradia para os indivíduos que abusam de SPA. Sem um cuidado terapêutico adequado, essas “moradias” são responsáveis pelo índice baixo de recuperação. Então, adverte a autora: “Para modificar esse panorama e implementar uma normalização, por assim dizer, ao método, o Padre Haroldo funda, em 16 de outubro de 1990, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)”. (FRACASSO, 2016).

O que diz o Código de Ética da FEBRACT? Filiada à Federação Mundial e a Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas, a FEBRACT recebe alunos de todo o país. Contendo um Centro de Treinamento, os níveis de atendimento aumentaram a qualidade. Estabeleceu-se princípios, e padrões, que alicerçam a boa convivência, com o estabelecimento do Código de Ética. (FRACASSO, 2016).

Dentro dos princípios norteadores do Código de Ética da FEBRACT, contida no texto de Fracasso (2016), destacamos: a abstinência dentro da CTs, ou seja, deve ser livre de drogas; a espiritualidade, como prática terapêutica, sem imposição de crenças; ambiente com características familiares e projeto terapêutico tanto para o indivíduo como para familiares e o trabalho como processo terapêutico e de emancipação. De acordo com Fracasso (2016), A ANVISA revogou a RDC 101 /2001, pela RDC²⁵ 29/2011 para adequar-se ao modelo de CTs, preconizado pela FEBRACT. Veja este comentário, sobre o Código de Ética:

De acordo com a FEBRACT, a Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas (FETEB), a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), os elementos essenciais que compõem o tratamento residencial, voltado para a abstinência e praticado nas Comunidades Terapêuticas, são os seguintes: prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas; internação e permanência voluntárias, entendidas como uma intervenção que objetiva auxiliar o dependente de substâncias psicoativas (SPA) a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade, assumindo suas funções como cidadão, membro de uma família e trabalhador e/ou estudante; ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais (temporariamente, neste último caso); convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da Comunidade Terapêutica; critérios de admissão, permanência e alta definidos com o conhecimento antecipado por parte do dependente de SPA candidato e de seus familiares/responsáveis; aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica, tanto pelos dependentes de SPA como pelos familiares/responsáveis; utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na Comunidade Terapêutica e na recuperação do dependente de SPA; acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação. (FRACASSO, 2016).

A RDC/29 - Vide anexo⁴, como visto anteriormente surgiu com intuito de se adequar ao que preceitua os postulados da FEBRACT. A padronização instituída visa postular ações terapêuticas que fazem sentido para os pacientes, melhorando o cuidado, e reduzindo as recaídas.

²⁵ Em 2011, a Anvisa revogou a RDC 101/2001 e criou a RDC 29/2011, com o intuito de se aproximar do Modelo de Comunidade Terapêutica proposto pela FEBRACT. Assim, as comunidades deixaram de se adequar às normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital ou centro de tratamento, em favor de seu caráter residencial e de convívio familiar. (FRACASSO, 2016).

Agora, estas CTs, através da implantação de política governamental no combate às drogas, a partir do Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019 aprovou a nova PNAD, que poderá financiar, com custeio do Governo Federal, internações de indivíduos que abusam de SPA, em leitos nas CTS.

2.1.2 Comunidade Terapêutica Casa do Senhor.

Como visto anteriormente, Imperatriz é um grande centro comercial. Para esta região aflui indivíduos de vários lugares, trazendo também os problemas sociais de uma cidade cosmopolita. Atendendo a uma população adstrita de 1.250,000 milhões de habitantes, a cidade oferece vários serviços na área da saúde. O município tem uma rede de saúde mental que atende desde a alta complexidade, até a atenção primária.

Há, no município os seguintes serviços: três CAPS (III, AD e Ij), um Serviço Residencial Terapêutico, Ambulatório de Saúde Mental, Saúde Mental na Atenção Básica, Centro POP e Consultório na Rua. Existem várias CT, como os da Igreja Nova Aliança, Casa de Davi e Casa de Rute. A igreja Assembleia de Deus tem uma. A Igreja Nova Vida tem uma. Outra é independente, construída por católicos romanos e a sociedade civil, chamada de Casa do Filho Pródigo. A Igreja Batista está realizando um projeto para construir uma Cristolândia (baseada nos moldes na Cristolândia, que funciona na Cracolândia de São Paulo).

A Mitra Diocesana de Imperatriz, implantou a CT Casa do Senhor. Seu Projeto Psicossocial de Reabilitação de Dependentes de Drogas e Álcool, com sede localizada à Rua XV de novembro, 400, Beira Rio, Imperatriz – MA. São dois os locais onde ocorre a reabilitação: fase I e II, à Rua Brasil, S/N – Povoado de Coquelândia, Imperatriz – MA; e a fase III, à Rua A, 03, Parque Independência, Imperatriz – MA.

Seus usuários são homens que sofrem dos problemas decorrentes do uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas. Tratamento em regime de internato com 09 – nove meses de duração, divididos em 03 meses em cada fase. A primeira fase é o momento da desintoxicação, na segunda o recuperando desenvolve mais ainda a socialização e o desenvolvimento do caráter, na terceira começa o processo de alta com a ressocialização e inserção no mercado de trabalho. Objetivo é promover a recuperação e a integração social de dependentes químicos. Conscientizar sobre o

impacto das drogas, bem como trabalhar na prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Por conseguinte, gerar no recuperando, o amor, a disciplina, a responsabilidade, a espiritualidade, a liberdade e o trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida do recuperando, de sua família e do bem-estar social.

Como objetivos específicos: Contribuir para o desenvolvimento de atitudes de responsabilidade, disciplina e autonomia na rotina dos reabilitando, afastando-lhes cada vez mais do uso de álcool e outras drogas. Possibilitar meios de inserir os residentes recuperandos no mercado de trabalho, através de cursos profissionalizantes e parcerias com empresas públicas e privadas, assim como fortalecer a rede de atenção aos dependentes químicos e aos familiares no município de Imperatriz.

Equipe multidisciplinar, com diretor executivo, duas assistentes social, dois psicólogos, coordenadores das três fases, convenio com CAPS Ad e Consultório na Rua. Metodologia – A espiritualidade; implementação dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos – AA, Narcóticos Anônimos – NA e a Pastoral da Sobriedade; atendimento psicológico individual e em grupo; atendimento odontológico; atendimento psiquiátrico; grupo de mútua ajuda; palestras sobre drogas, saúde e sexualidade; prevenção de recaídas; laborterapia; aulas de artesanato e música; educação física e esporte e lazer. Os recursos humanos, pelo que consta no Projeto Institucional, se adequam aos que preconiza a RDC ANVISA nº 29. Assim como o projeto arquitetônico, infraestrutura física, equipamentos e materiais. Vejamos suas percepções sobre a Casa do Senhor:

Tabela 5 A equipe de cuidadores é fundamental como suporte para sua recuperação? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Indiferente	2	13,3
Concordo	2	13,3
Concordo totalmente	11	73,4
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Pelas suas representações sociais, entre os que concordam totalmente, e concordam 86,7% afirmam que, os cuidadores são relevantes para sua recuperação. Ambiente terapêutico, onde cuidadores são peças importantes na adicção. Townsend (2012) diz que as CTs devem ter um ambiente terapêutico para servirem ao seu fim último. É como ela chama de “terapia do meio”, meio ambiente. Para ser efetiva, a CT tem que ter um ambiente saudável. Na Casa do Senhor se sentem felizes, aprendem coisas que fora não conseguiam. Segundo Rocha (2012) as CTs que se mostram cuidadora e não iatrogênica, devem possibilitar um ambiente diferente dos hospitais psiquiátricos que excluía os “diferentes” do meio social, e aqueles que não se enquadravam dentro da norma. Não deve ser comparado, ao que Arbex (2013) denuncia em “*O Holocausto Brasileiro*”, *genocídio com mais de 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. Nem utilizar de expedientes sanitários higienizadoras das cidades confinadoras, cláusticas, e exclusionistas, como acusa Michel Foucault (2017). Então, uma CT, deve ser um ambiente terapêutico e salutogênico, onde a doença, uma desordem, o caos se transforma em saúde, o cosmos.

A figura do sacerdote nos arremete a religiosidade. Ele é o que pode representar-se como mediador entre os indivíduos e a divindade. Ele controla o sagrado! É o que traz o infinito a terra, transformando o caos em cosmos.

A religião sempre esteve no cerne do pensamento do ser humano, principalmente quando se trata de saúde, e de cura para enfermidades e as crises. A forma como as pessoas enfrentam suas crises tem transcrições socioculturais, pelos signos e significados imprimidos pela sociedade. As configurações das percepções sobre a doença é que ela representa, desordens, caos, e está relacionada aos espíritos do mal. (ECCO, LEMOS, 2016, p. 113).

Na relação saúde e religião, destaca-se o seguinte, como as doenças estão relacionadas aos espíritos do mal, é necessário, portanto, expurgá-las. Neste aspecto, é que entra o sacerdote que pode controlar os espíritos malignos. Ceccarelli (2000) apud Ecco e Lemos (2016, p. 122), analisam que a igreja católica, pelos contextos das pragas, doenças e sofrimentos, assume um papel do médico na sociedade. Ainda afirmam, baseados em Ceccarelli (2000), que se instalou um “culto ao Cristo Curador”.

O sacerdote é o mediador entre o céu e a terra, entre o transcendente e o imanente. Toda doença se dá no corpo e na mente. Eduardo Quadros (2016), em

“Crença e cura; A fabulação do corpo do padre Pelágio Sauter”, faz um questionamento, se o que é realmente transcendente pode existir, ou é uma invenção cultural da sociedade? Afirma: “este texto investiga a possibilidade de se refletir a partir da *imanência* (grifo de Quadros, 2016) dadas manifestações *religiosas* no momento concreto do sagrado” (QUADROS, 2016, p. 139).

Veja o que Signates (2016), fala sobre o corpo e a religião:

A relação entre religião e saúde, ou, mais especificamente, a cura, é fundadora da noção de religiosidade, especificamente se considerarmos o que conhecemos até hoje em termos de história da religião. Desde a antiguidade, a religião foi ao recurso das pessoas para debelar doenças, aliviar sofrimento e, sobretudo, inserir a dor e a angústia na narrativa do mundo (SIGNATES, 2016, p.168).

Com estas afirmações, podemos perceber o grande embate que os teóricos das Ciências da Religião enfrentam com a academia, com seus arquétipos científicos fincados na teoria positivista de Comte. A ciência nascida no século XVII, sob a designação de ciência moderna, foi distanciando-se de saberes milenares mais próximos da natureza, e distantes da academia que afirmava o conhecimento científico.

No campo da saúde, os médicos foram distanciando-se desses saberes em detrimento da ação dicotômica que preconizou Abraham Flexner, que ao seu tempo organizou a medicina em setores, distanciando os alunos dos aspectos da integralidade das ações. Isto trouxe prejuízo na clínica, o foco está na doença e não no indivíduo como um todo, ou seja, o cuidado holístico (hólos) – ὅλος, palavra grega que significa a totalidade.

Flexner, portanto, inaugura o modelo biomédico, cujo modelo de assistência se baseia no cuidado a doença, e não ao adoecido. As práticas alternativas, como a da religiosidade/espiritualidade, não são aceitas com facilidade para o maior número de profissionais da saúde. (DIAS, 2016, p.186) e (SIMÕES, 2016, p. 197).

A CT Casa do Senhor, oferece serviços que poderíamos dizer, estão na contramão do modelo flexneriano, ou seja, coadjuvantes da reforma psiquiátrica?

As representações sociais dos colaboradores da pesquisa quanto ao cuidado da equipe são positivas para estabelecer o objetivo maior que é a recuperação, a sobriedade. Serem acompanhados pelos psicólogos e assistente social, os cursos que

realizam, a espiritualidade, e os encontros com voluntários da comunidade que realizam palestras motivacionais, as reuniões dos estudos bíblicos.

Porém, a percepção de privilégio por parte do coordenador a outros internos está na resposta do *REC9/36 anos*, que pode estar entre os 13,3% dos que são indiferentes quanto ao valor da equipe na sua recuperação, é negativa. Um ponto discutido no Código de Ética da FEBRACT, é a democracia. Igualdade entre os pares, direitos iguais, livres de privilégio. Fracasso (2016), relata que a democracia da reforma psiquiátrica italiana, influenciou a reforma psiquiátrica no mundo. Diz ainda que Basaglia foi o principal interlocutor da democracia na saúde mental. Oferecer mais privilégio a uns e outros não fere o princípio da democracia, e para este colaborador é um ponto negativo.

Para mim o ponto negativo é que tem uns que tem mais privilégio do que outros. A gente fala que todo é igual, tem que ser tratado como igual, mas na verdade isto não acontece. Tem uns que são mais chegados do coordenador, tem outros que agrada mais. E se você falar para o coordenador que está errado, assim, assim, assim, fulano está me prejudicando. Ele fica sabendo que está agindo errado, em vez dele resolver o problema lá, ele vem perseguir a pessoa. Isto acontece em muitos centros. (REC9/36 anos)

O ponto positivo é que a Casa do Senhor oferece assim para nós uma recuperação durante os nove meses, e os positivos é que me sinto aqui uma pessoa muito feliz, aonde estou me recuperando, estou me sentindo muito bem, aprendi coisas que lá fora não aprendia, em primeiro lugar assim conhecer a palavra de Deus, né que eu não sabia o significado, aqui na Casa do Senhor, eu faço é explicar a palavra do Senhor na frente, para mim é uma honra muito grande. (REC3/38 anos)

Os pontos positivos são vários né. Somos acompanhados por psicólogo, por assistente social, por pessoal de fora que vem da uma palavra para a gente, tem curso de [...] (REC4, 24 anos)

O ponto mais positivo é a espiritualidade, que me ajudou bastante a esquecer as drogas, aqueles pensamentos que vinha né, eu falava com Papai do Céu, este é o ponto que mais me ajudou. (REC5, 21 anos)

O que é bom aqui na Casa do Senhor é as reuniões que ajudam muito. Na hora dos estudos bíblicos dos evangelhos, acho que isso é fundamental na vida de um adicto em recuperação né, um rapaz que está buscando a sobriedade que é estar livre das drogas, é fundamental a religiosidade. Aqui faço curso de informática com doze pessoas mais ou menos. (REC6, 27 anos)

O ponto positivo aqui é a disciplina né, a espiritualidade e a convivência. A pessoa aprende muito. (REC7, 18 anos)

Tabela 6		
Você acredita que o caráter, é fundamental para sua recuperação? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.		
Escala de Likert	N	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Indiferente	1	6,6
Concordo	5	33,4
Concordo totalmente	9	60,0
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Quando questionados se o caráter é fundamental para sua recuperação, 9, 60% concordam totalmente; 5/33,4% concordam, apenas 01/6,6% é indiferente. Se somarmos os concordam totalmente e os que concordam, teremos quase a totalidade com os seus 93,4%, que apontam o caráter como fundamental para recuperação. Relacionar o uso/abuso de SPA, como desvio de caráter, tem ao longo da história, estigmatização por vários motivos. Como vimos anteriormente, ou, para confrontar aqueles que supostamente são 'perigosos à sociedade', os rebeldes, os negros e os que socialmente estão na periferia. A própria Lei Antidrogas reforça esta afirmação. Contudo, fica claro que pelas representações sociais, que associa o desenvolvimento do caráter como fundamental no processo de recuperação ao uso de SPA, é possível relacionar o seu uso, para estes sujeitos, como desvio de caráter. A fissura pelo consumo (adição), a necessidade psicobiológica para o uso, uma recaída, justifica uma possível culpa a estes sujeitos? Se recuperar significa não usar, de onde vem esta exigência?

A teoria de Fracasso (2016) aponta para o de Código de Ética das CTs, que preconiza a abstinência como princípio básico na recuperação. E para se reintegrar na sociedade como sujeito que assume suas funções sociais, cooptado pela demanda social e familiar, não deve usar SPA. E, para isso, deve desenvolver o caráter. Culpabilização e percepção de defeito de caráter pelo uso de SPA, são as representações do REC.4).

MacRae (2014, p. 29), afirma ainda que o uso de SPA, está comparado aos instintos das necessidades humanas básicas, como alimentar-se, beber água e sexo. Isto corrobora com as representações sociais do *REC15/30 anos*, ao afirmar, que ao

sair uma noite para se divertir, curtir a vida, e arrumar uma mulher para namorar. Esta atitude de satisfazer suas necessidades humanas básicas, nesse caso, culminou no uso de SPA, e na sua adicção. Agora internado na Casa do Senhor tem que abster-se destas substâncias e de sexo, para ser aceito pela sociedade.

Será que a formação do caráter está focada mesmo na abstinência ao uso de SPA e de sexo? Precisamos pensar no uso que não seja nocivo, que sirva para outros fins, que não seja danoso e que supra as necessidades humanas básicas. E no uso do sexo seguro. Isto não significaria agravo ao caráter.

Aonde uma noite eu saio, sai para curtir, caçar alguém, uma mulher, alguma coisa. Eu vi uma mulher bonita e chamei ela para beber mais eu. Na brincadeira eu falei, tem alguma coisa aí para a gente usar? Onde tem uma droga boa para a gente usar. Me assustei, e ela me levou num local, me senti bem, tinha gente usando, usei, passei a noite bem. Eu voltei não pelas drogas, mas porque me senti bem, pela alegria, todo mundo sorrindo. Voltei e não era pelas pessoas era pela droga, com menos de um mês eu estava viciado. Chegava lá, não perguntava mais pelas pessoas, mas ia lá pela droga. Então comecei a usar pela minha separação e pelo isolamento. (REC15/30 anos)

Fracasso (2016) descreve que o ambiente da CT deve ser livre de violência, drogas e sexo. Ter como prática terapêutica a espiritualidade. Para seguir livres de drogas, de sexo pelo tempo da recuperação, que o Código determina até um ano, só desenvolvendo o caráter. Só assim, serão aceitos pela sociedade e suas vidas terão sentido, como vemos na tabela abaixo.

Tabela 7 Sua convivência com a sociedade, é satisfatória por você ter se tornado usuário de drogas? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.		
Escala de Likert	N	%
Discordo totalmente	2	13,4
Discordo	8	53,4
Indiferente	1	6,6
Concordo	3	20,0
Concordo totalmente	1	6,6
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Ter se tornado usuário de SPA, com padrões de uso que determinam dependência, foi insatisfatório para 67,2%, dos colaboradores, se somar os que

discordam totalmente, e os que discordam, que haveria satisfação de sua convivência com a sociedade. Aqui percebe-se um conflito com a sociedade. Ser aceito, viver como cidadão é fundamental na sua recuperação.

Outra vez destacamos a questão da estigmatização aos sujeitos que abusam de SPA e suas mazelas sociais e o impacto na qualidade de vida. Quanto aos conflitos sociais, Costa (2014, p.47) destaca os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas como fator relevante ao uso. “O sujeito, então, é um agregado de relações sociais.” (p.48). Em que pese sua singularidade e subjetividade, está condicionado, a uma subjetividade social.

Um dos colaboradores da pesquisa (6,6%) é indiferente, no entanto quatro (26,6%), concordam (20%) ou concordam totalmente (6,6%), que suas convivências com a sociedade foram satisfatórias mesmo utilizando-se de SPA. Isto pode estar relacionado a familiares que toleram o uso dentro da família, ou a grupos que se configura como ‘tribo’. E quando sair de alta? Tudo será maravilhoso, ou, continuará o conflito?

Tabela 8 Ao sair deste projeto a vida se tornará tranquila porque você estará livre do uso de drogas? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	1	6,6
Discordo	7	46,8
Indiferente	0	0
Concordo	1	6,6
Concordo totalmente	6	40,0
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Na Casa do Senhor, o projeto institucional está proposto para que o tempo de internação seja de nove meses, em três fases. O grande problema para estes adictos, é o que chamam de ‘quarta’ fase, após a alta, e voltar para sociedade. A luta para continuarem sóbrios. Quando perguntados se sua vida será maravilhosa porque está livre das drogas ao voltar para família e para sociedade, a maioria absoluta 8/53,4%, afirma que não, discordam da sentença. Enquanto que 7/46,6% afirma que a vida será mais tranquila após a alta da internação.

O colaborador da pesquisa *REC11/24 anos*, diz: “[...] não é porque você parou de usar drogas, que você não terá problemas [...]”. *REC1/32 anos* afirma os nove meses de internação foi de tratamento, para se adaptar a uma nova vida: “[...] esses nove meses aqui eu posso me tratar, me recuperar, adaptar numa vida nova, uns padrões novos, [...]”. Ao sair de alta, *REC7/18 anos* afirma que sua autoestima deverá continuar alta, e não foi só porque passou nove meses internado, que as pessoas o verão como era antes do uso abusivo de drogas: “[...]. Minha autoestima está muito alta. Mas também tenho que conquistar cada um deles lá fora com as minhas atitudes, que não vou conquistar eles só porque passei pelo centro, eles ainda vão me ver de uma maneira como eu era antes. Tenho que ganhar cada um aos poucos. (*REC7/18 anos*)

Para a maioria dos colaboradores após a saída da Casa do Senhor, sua luta contra a dependência continuará. E outros creem que será tranquila. Este é um problema que deve ser discutido, tanto nas CTs, nos serviços ambulatoriais de saúde mental, na atenção primária, como nos CAPS Ad, qual seja, a prevalência das recaídas, a fim de que os serviços não tenham ‘porta rotatória’.

Fracasso (2016), quando discute o projeto terapêutico para as CTs, se ancora nos moldes proposto pela FEBRACT, que culminou com o Código de Ética das CTs, propondo uma terapia livre de Iatrogenias: Que seja focado em cuidados terapêuticos psicossocial. Que os cuidadores sejam treinados para oferecer cuidado efetivo e técnico.

Que não seja a CT, apenas uma casa abrigo! Que o projeto terapêutico institucional, preconize o projeto terapêutico singular/PTS. Que o ambiente seja livre de relacionamentos adoecidos emocionalmente, podendo ser conflituosos! Que seja uma convivência democrática, e espiritual. Que seja um espaço de lazer e trabalho, sem exploração da mão de obra dos internos. Vejam suas representações sociais sobre isto:

*É uma importância muito grande a espiritualidade, se você quer caminhar numa vida sem álcool, sem drogas, você tem de botar Deus na frente de tudo, não é porque você parou de usar drogas que você não vai ter problemas, pelo contrário os problemas vão vir, mas como você está com Deus, se está com Deus você está com tudo. Você não pode ter medo de nada. (*REC11/24 anos*)*

Esses nove meses para mim significa uma gestação, uma gestação aonde antes desses nove meses pode gerar sequela, a criança pode, ela nascer com problemas e em si também até a morte. Esses nove meses aqui eu posso me tratar, me recuperar, adaptar numa vida nova, uns padrões novo, a cada dia me reconhecer de verdade quem eu sou, está entendendo. E assim, o tratamento é nove meses, (REC1/32 anos)

Porque aqui a gente é liberta, os portões ficam abertos, tem outro positivo, se você quiser ir embora tudo bem, se não quiser permanece buscando a sua recuperação né, o seu projeto de vida nova. (REC3/38 anos)

Eu creio que aqui significou muito para mim, eu não tinha muito como conviver, eu tinha perdido assim, como se diz viver assim, no mundo de hoje nos proporciona muitas coisas boas e coisas ruins, e devido aos problemas que houve comigo lá fora, foi significativa para mim esta casa, me ensinou bastante. Minha autoestima está muito alta. Mas também tenho que conquistar cada um deles lá fora com as minhas atitudes, que não vou conquistar eles só porque passei pelo centro, eles ainda vão me ver de uma maneira como eu era antes. Tenho que ganhar cada um aos poucos. (REC7/18 anos)

Para mim não é prisão nem retiro, é uma libertação. Eu me sinto liberto de uma prisão que estava dentro de mim, me sinto liberto dessa prisão. E é assim que eu quero sair daqui, liberto desta prisão. Com a autoestima, porque quando cheguei aqui eu estava com baixa estima, até um cachorro era mais do que eu. Hoje não, eu falo firme, eu gaguejava porque eu estava todo errado, joguei tudo para fora, descobri que o que ficou para trás, ficou para trás O que vale é o daqui para a frente, ontem foi o ontem, e o amanhã será o hoje. Então é assim. (REC9/48 anos)

Tabela 9

Quando estou realizando uma tarefa como cozinhar, plantar, etc., me sinto explorado pela Casa do Senhor? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	9	60,0
Discordo	6	40,0
Indiferente	0	0
Concordo	0	0
Concordo totalmente	0	0
TOTAL	15	100

Fonte: Dado colhidos pelo pesquisador, 2018.

No Relatório Nacional de Inspeção das Comunidades Terapêuticas, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura – MNPCT, e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal – MPF, em 2017. Constataram irregularidades no

quesito laborterapia, havendo, segundo a inspeção, exploração da mão de obra dos internos. O relatório ainda acusa o uso dessa mão de obra para oferecer serviços para além das CTs. No entendimento dos inspecionadores, a laborterapia foi usada no modelo de tratamento manicomial, para fins de moral, e disciplinador, entre outras coisas. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al*, p.81-82). Vejam o texto abaixo:

Do total de 28 comunidades terapêuticas visitadas, 27 informaram utilizar laborterapia como uma das principais formas de tratamento, cumprindo o papel de estruturar o cotidiano das pessoas privadas de liberdade. Sob essa denominação, escondem-se práticas de manutenção dos locais onde se vive. Para além disso, a força de trabalho das pessoas internadas é utilizada, inclusive, para atividades externas às comunidades terapêuticas, como no caso em que a mão de obra vem sendo empregada para reformar um imóvel. [...]. O entendimento que o trabalho pode ter uso terapêutico remonta ao século XVIII, período em que emergiram as propostas de tratamento moral, baseado na internação e no isolamento como respostas à loucura, e na concepção de que o trabalho, mecânico e rigoroso, garantiria a manutenção da saúde. A laborterapia se pretendia, então capaz de propiciar certo retorno à racionalidade, incentivar hábitos saudáveis e reorganizar comportamentos [...]. A Reforma Psiquiátrica, no Brasil e no mundo, questionou aqueles princípios de ocupação do tempo, controle dos corpos e normatização e propôs a superação da laborterapia (assim como a geração de renda aos estabelecimentos a partir da exploração do trabalho das pessoas privadas de liberdade). Profissões como a psicologia e a terapia ocupacional reformularam estratégias de tratamento e cuidado e, no novo paradigma, a proposta de atividades está presente sem o sentido de tratamento moral. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al*, p. 81-82).

A laborterapia é utilizada nos serviços de saúde mental como instrumento que, se bem utilizado, pode ser um tratamento de inclusão social, e um grande suporte na ressocialização dos sujeitos que sofrem com transtorno mental. A partir da reforma psiquiátrica, esta modalidade de cuidado passou a ser fundamental na atenção aos indivíduos nos serviços.

A Terapia Ocupacional - TO, segundo Shimoguiri e Rosa (2017, p. 846), alicerçada no objeto fundante com bases “históricas, culturais, econômicas, éticas, políticas e conceituais; [...], influenciaram a identidade profissional e a evolução da TO na Saúde Mental, sobretudo depois da Reforma Psiquiátrica brasileira.” Idealizado por Pinel, que a pensou como tratamento moral, a laborterapia, consolidou-se como instrumento psicoterápico nas instituições que cuidam dos indivíduos que sofrem com transtorno mental.

Acreditava-se que a laborterapia desempenhava uma função corretiva e disciplinar, sendo o principal recurso para a organização e manutenção do ambiente asilar, porque contrapunha-se ao ócio desorganizador⁴. Neste contexto, a ocupação, no seu aspecto de trabalho, passou a ter grande valorização social, e foi neste esteio que a TO se consolidou como ciência na área da Saúde Mental. (SHIMOGUIRI e ROSA, 2017, p. 846).

Ao serem questionados se os serviços realizados na Casa do Senhor, era uma exploração de sua mão de obra, 9/60%, discordam totalmente, 6/40%, discordam. Ou seja, a totalidade discorda, quanto ao fato de que seus trabalhos são uma exploração da mão de obra. Diferente do achado que, encontraram os inspecionadores da CFP e outros, nas 28 instituições pesquisadas, em quatro regiões do Brasil.

Ao longo da história da psiquiatria, e implantação de hospitais psiquiátricos, a laborterapia tinha este caráter de tratamento moral. Porém, Nise da Silveira, uma psiquiatra brasileira, apostou na laborterapia como libertadora dos corpos oprimidos pelo estigma da doença mental. Olhou o trabalho como forma de humanizar a assistência, e como ampliação do relacionamento dos indivíduos com o meio social. Hoje, a laborterapia pode ser como dissemos anteriormente, um aliado significativo para soerguimento de corpos caídos, numa plasticigenia libertadora.

O Setor de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional merece destaque, porque foi coordenado pela psiquiatra Nise da Silveira, que até hoje exerce forte influência para TO¹⁷. Nise considerou que a estrutura hospitalar era por si só adoeecedora, no entanto, a TO poderia modificar isso, pois, de acordo com ela, “os trabalhos produzidos nos ateliês e suas exposições eram também armas de combate ao manicômio e ao tratamento psiquiátrico hegemônico, aliadas na luta pela transformação cultural de certa concepção de loucura e do enlouquecimento”¹⁷ (p. 369). Comprometida em criar práticas de caráter humanista, Nise prezava por atividades que focassem “a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social, e que servissem como meio de expressão”¹⁷ (p. 366); ela desenvolveu dezessete oficinas: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc. (SHIMOGUIRI e ROSA, 2017, p. 848).

Pelas representações sociais dos recuperando da Casa do Senhor, as tarefas desenvolvidas, não representam uma exploração da mão de obra. Cozinhar, plantar, arrumar os alojamentos, os trabalhos realizados na marcenaria e os trabalhos de artes produzidos, não é percebido como exploração da mão de obra, e ainda fazem parte da sua recuperação no uso de SPA. Suas percepções ainda se coadunam com o que

é postulado pelo Código de Ética da FEBRACT, em princípio não fere os Direitos Humanos.

Ainda dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, vimos pelas discussões de Michel Foucault (2017) e Daniela Arbex (2013), a questão da higienização com a “Nau dos Loucos” na França, denunciado por Foucault, e o Holocausto brasileiro em Barbacena, utilizando-se o “Trem dos Loucos”, denunciado por Arbex. Em ambos os casos a ideia era transportar os indivíduos com transtorno mental para o manicômio, medicá-los, e colocá-los em cela forte – “prisão”. Quando questionados sobre isso, os internos responderam que isto não acontece na Casa do Senhor. A maioria absoluta 11/73,4% discordam de que ali é uma prisão. Dois, 13% são indiferentes, e outros dois, concordam totalmente. A análise qualitativa revela que o ambiente da Casa do Senhor parece terapêutico. Um lugar sagrado, acompanhando a teoria de Durkheim e de Eliade,

Tabela 10 Você se sente como numa prisão aqui? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.		
Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	6	40,0
Discordo	5	33,4
Indiferente	2	13,3
Concordo	0	0
Concordo totalmente	2	13,3
TOTAL	15	100

Fonte: Campo colhidos pelo pesquisador, 2018.

A Reforma Psiquiátrica, embasada na psiquiatria democrática de Franco Basaglia na Itália, e na Reforma Sanitária brasileira, possibilita a discussão da desmanicomização. Derrocada dos cuidados desumanos, abertura das celas fortes, e focada de igual modo, nos direitos humanos. A Lei 10.216, fundamenta esta prática, fomentando a internação psiquiátrica como última forma de intervenção. Abre então espaço para terapias alternativas, sendo os CAPS, RT, e as CTs, locais que podem ser experienciados, ações para além das coercitivas e punidoras dos manicômios. No *Relatório Inspeccional das Comunidades Terapêuticas no Brasil*, O CFP e outras instituições, flagraram, trabalho escravo, e outros agravos aos direitos humanos.

Diferente das representações sociais dos colaboradores da Casa do Senhor, onde afirmam que o cuidado ali é fundamental para recuperação do uso de SPA, e não se sentem presos. Os dados da pesquisa qualitativa estão consoantes com o quantitativo. O interno REC3/38 anos, afirma que os portões ficam abertos, quem quiser ir pode, se não quiser, fica fazendo tratamento.

Eu digo que não é prisão não, é um retiro, é um tempo para você refletir pensar na sua vida, recomeçar uma nova vida, é que nem um retiro mesmo, porque a Casa está de portas abertas, se você passar três meses, se acha que vai se segurar lá fora e não voltar, vai se segurar mais, a casa propõe nove meses. Eu acho que aqui é um retiro. (REC1/32 anos)

Para mim significa assim um retiro né, um retiro no bom sentido, prisão não senhor esses nove meses é uma convivência muito grande, entendo. Porque assim eu vou gerar uma nova vida, eu vou ter força entendendo, minha espiritualidade vai aumentar. E assim, eu completando os nove meses é uma vitória muito grande, né, porque eu completando nove meses, eu tive a chance de poder concluir. Porque assim, antes do tempo, se eu sair, pode ser eu venha cair, entendeu. Mas é fundamental a pessoa terminar os nove meses, para a própria pessoa mesmo ter orgulho, está entendendo, orgulho de poder começar e terminar. Para mim é fundamental nesta parte. Tá entendendo. (REC2/24 anos)

Porque aqui a gente é liberto, os portões ficam abertos, tem outro positivo, se você quiser ir embora tudo bem, se não quiser permanece buscando a sua recuperação né, o seu projeto de vida nova. (REC3/38 anos)

Para mim significa mais como se fosse um retiro, passo a refletir nos meus atos, e passo rever as coisas que eu fiz, tentar fazer diferente lá fora. (REC4/24 anos)

Para mim é como se fosse retiro né. Porque aqui nós está fortalecendo nossas forças espirituais, que é uma coisa que eu não tinha quando estava lá fora. Não entendia da palavra de Deus, quando vim para cá entendi, é um fortalecimento, é como eu estivesse nove meses no deserto me alimentando palavra de Deus. Para mim conseguir viver sem as drogas. Meu vício agora é a palavra de Deus. (REC5/21 anos)

Me sinto como se eu estivesse num lugar que Deus me enviou para cá para mim recuperar para sair das drogas. Eu creio que isto é um projeto de Deus para minha vida, Ele me enviou aqui para me recuperar da escravidão das drogas que eu vivia naquele mundo. Eu era escravo do inimigo, e ele me enviou aqui para me libertar, e é isto que estou em busca da libertação. Então eu acho isto muito importante muito importante na minha vida a partir do dia que eu entrei para cá. Estou gostando muito de estar aqui me recuperando, to vendo o mundo de uma outra forma, só em não acordar de ressaca, acordar bebo, isto para mim está sendo maravilhoso. Saber no outro dia anterior que fez, de consciência limpa, então isto está sendo bom. (REC6/27 anos)

Eu creio que aqui significou muito para mim, eu não tinha muito como conviver, eu tinha perdido assim, como se diz viver assim, no mundo de hoje nos proporciona muitas coisas boas e coisas ruins, e devido aos problemas que houve comigo lá fora, foi significativa para mim esta

casa, me ensinou bastante. Minha autoestima está muito alta. Mas também tenho que conquistar cada um deles lá fora com as minhas atitudes, que não vou conquistar eles só porque passei pelo centro, eles ainda vão me ver de uma maneira como eu era antes. Tenho que ganhar cada um aos poucos. (REC7/18 anos)

Tipo retiro espiritual foi muito bom. Mas o essencial na minha vida e na minha caminhada foi vir para uma Casa de Recuperação, porque hoje eu sei onde não posso andar, onde posso pisar, o que a casa me ensinou está dando tudo certo na minha vida. Com a espiritualidade e o caminho agrade muito a Casa do Senhor. (REC8/36 anos)

Para mim não é prisão nem retiro, é uma libertação. Eu me sinto liberto de uma prisão que estava dentro de mim, me sinto liberto dessa prisão. E é assim que eu quero sair daqui, liberto desta prisão. Com a autoestima, porque quando cheguei aqui eu estava com baixa estima, até um cachorro era mais do que eu. Hoje não, eu falo firme, eu gaguejava porque eu estava todo errado, joguei tudo para fora, descobri que o que ficou para trás, ficou para trás O que vale é o daqui para a frente, ontem foi o ontem, e o amanhã será o hoje. Então é assim. (REC9/48 anos)

Eu me sinto num retiro, numa renovação de vida, um a sós com Deus. Esse tempo é uma mudança comigo mesmo, na minha vida espiritual e carnal, que eu possa entender o motivo que eu cai naquela lama, naquela imundícia da droga, porque a droga não traz nada de bom, só ilusão, ilusão passageira, em a pessoa acha que está fazendo uma vantagem, mas é só desgraça na vida dele. (REC10/38 anos)

Para mim eu vejo mais como um retiro né. Onde eu possa pensar e refletir nos meus atos que eu cometi lá fora né. Que eu possa procurar uma mudança para minha vida. Que eu possa ver mesmo como um retiro. (REC11/24 anos)

Estes três meses que eu estou aqui significa para mim a liberdade, só em eu ver que eu vou conseguir me livrar das drogas, isto não tem preço, ser livre das drogas é tudo. Ser livre é tudo para um ser humano. É liberdade para mim! (REC12/43 anos)

Esse tempo que eu estou aqui na Casa do Senhor cara, foi 52 anos da minha vida botada no lixo, eu resgatei nestes sete meses vii, o que eu não vivi nestes anos estou vivendo nestes meses, então concluo ele neste termo vii, este tempo para mim agora, era como se fosse cinquenta anos atrás, uma nova vida, foi quando eu nasci. Tanta coisa boa que eu deixei para traz. Eu podia ter desfrutado, minha família do lado, ver meus filhos crescendo do meu lado. E eu não dei esta oportunidade para mim mesmo. Como agora mesmo domingo, eu fui fazer uma visita em Açailândia as pessoas que me ajudavam quando eu estava naquela vida, me olharam, se assustaram. Meu filho é tu mesmo? É sou eu! Tem senhoras lá que chorou quando me viu, porque me viram naquela vida e me viram agora. Então quer dizer, Deus trabalha assim. Deus faz maravilhas para ser vista e admirada, para você sentir o prazer, ele está agindo ali, pra lutar e dizer porra, fulano viu a diferença, então se fulano viu a diferença é porque Deus está trabalhando. E quando ele trabalha a diferença vem. (REC14/52 anos)

Nem uma prisão, nem um retiro. Eu considero assim, coisa assim [...] sobriedade, uma coisa assim muito forte, minha própria vida, significa que estou recuperando a minha. Eu não vou morrer, eu ia morrer. Aqui significa minha vida! Minha vida está aqui! Ter minha filha de novo,

minha família de novo. Para mim é isto aí, minha vida! Isto aqui significa minha vida! (REC15/30 anos)

Reafirmamos que um dos problemas mais cruciais da história da psiquiatria é o confinamento dos sujeitos ‘alienados’, chamados de ‘loucos’. Qual o sentido deste confinamento? Higienizar a cidade? Trancar o diferente, o anormal, para que possamos nos ver como normais? Seja qual for o motivo, Daniela Arbex (2013), chama este caos de “holocausto”. E para segregar usava-se o ‘trem dos doidos’. Desde o Velho Testamento que os leprosos eram estigmatizados e confinados em lugares longe das cidades. Michel Foucault (2017) retrata a ‘nau dos loucos’, que se ocupavam em retirar os loucos da cidade, a fim de purificá-las. Não se comportou como deveria, tranca-se o paciente em cela forte. Poderíamos chamar este lugar de sagrado ou profano? O que o confinamento de pacientes que estão internados em Comunidades Terapêuticas tem haver em relação ao objeto fundante da religião?

Explicando o objeto fundante da religião, e retratando o sistema totêmico da Austrália, Durkheim (1989) descreve que o Churinga, o sagrado, e o lugar especial para guardar o sagrado, espaço chamado de Ertnatulunga. Eliade (1992) fala em espaço do sagrado, onde os deuses descem, e se transportam para os céus. O espaço “cósmico” pelos deuses onde vive o homem religioso. O espaço que não recebeu orientação do homem religioso, é o profano, o caótico. Todo homem religioso deseja viver num espaço cósmico, diz Eliade (1992).

As representações sociais dos sujeitos internados na Casa do Senhor, sobre o espaço de sua recuperação, não se relacionam com os espaços construídos pela situação asilar, com a ‘cela forte’, entre chaves e privação da liberdade, que se estabeleceu na assistência aos ‘alienados’ nos hospitais psiquiátricos. Naquela situação, os sujeitos internados não tinham opção de sair do nosocômio como afirmam os sujeitos do estudo. Pelo que se entende pelas lentes de Daniela Arbex (2013) não é possível falar-se em holocausto. Nem cooptar com o “trem dos loucos”, a “nau dos loucos” como afirmou Michel Foucault (2017). Agora se o espaço de internamento das CTs se configuram numa suposta purificação e higienização da cidade, é necessário aprofundamento do debate. Pela análise do discurso, e representação social dos sujeitos da pesquisa, foi possível relacionar o conteúdo de suas falas, de que aquele

espaço é sagrado, é o cosmos, pois é capaz de recuperá-los da adicção ao uso de SPA.

Para os internos da Casa do Senhor, o espaço onde estão em tratamento é um espaço cósmico, e a cidade é onde se instala o caos. A internação não é percebida como uma prisão, mas um espaço onde o encontro com a divindade possibilita serem mais fortalecidos na sua recuperação. Os coloca mais próximo de Deus, transformando o caos do espaço - profano da rua, em cósmico - sagrado, pela presença da divindade superior que lhes dar força para ter uma nova vida.

O objetivo deste capítulo foi descrever as questões da Reforma Psiquiátrica e ações da CT Casa do Senhor como adjuvante desta reforma. O transtorno mental desde os tempos bíblicos, passando pela Idade Média, e pela modernidade que salienta seu aspecto estigmatizador. Doentes eram transportados para lugares longe dos grandes centros, a fim de higienizar a cidade. Michel Foucault (2017), denuncia isto, e o nascimento do vigiar para punir. A 'Nau dos Loucos', é análogo ao 'Trem dos Loucos' de Barbacena, em o Holocausto Brasileiro de Daniela Arbex (2013). Com estas concepções foi instituída a manicomização dos indivíduos que sofrem com transtornos mentais. Celas fortes, medicalizações, teias de um cuidado desumano, tessitura caótica, opressora e estigmatizante. O cuidado oferecido sugere copyng religioso; e a participação da família é fundamental neste enfrentamento?

CAPÍTULO 3 COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL E FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO DO USO DE DROGAS.

O uso de SPA é, como vimos anteriormente, um grave problema social e de saúde. Tanto pelo estigma que causa, como pelo agravo a saúde. Contudo, há que se entender os aspectos relacionados ao enfrentamento ao uso abusivo e a participação da família na adicção dessa compulsão. A espiritualidade e a família podem efetivamente corroborar neste enfrentamento? O que são Copyng Religioso Espiritual – CRE?²⁶

3.1 COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL E ENFRENTAMENTO NO USO DE DROGAS.

Segundo Panzini e Bandeira (2005, p. 507), a estratégia CRE, versão em português, com adaptação cultural da base na escala norte americana RCOPE, que “é válida e fidedigna, avaliando aspectos positivos e negativos do uso da religião/espiritualidade para manejo do stress e constituindo-se num instrumento compreensivo, teórico e empiricamente embasado [...] a várias áreas da pesquisa”. As autoras afirmam que sua intenção é contribuir para futuras pesquisas nas áreas da psicologia da religião, copyng, saúde e qualidade de vida (p. 508). Koenig, Pargment e Nielsen (1998), *apud* Panzini e Bandeira (2005, p. 508) afirmam que estratégias positivas de CRE, coadunam-se com maior e melhor qualidade de vida, e as estratégias negativas com péssimas condições de saúde.

Quanto ao uso de drogas e religião Panzini e Bandeira (2005, p. 508) relacionam a menor probabilidade de uso e abuso, entre os que tem envolvimento religioso. Vejam o que dizem:

[...] Da perspectiva da saúde pública, vários estudos demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religiosos tem menor probabilidade de usar/abusar de substâncias como álcool, cigarros e drogas, ou apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extravagantes, delinquência e crime. [...]. o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais IV (DSM-IV) realizou

²⁶ Segundo Panzini e Bandeira (2005, p.507), em Escala de Copyng Religioso-Espiritual (ESCALA CRE): ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO. Pesquisa com apoio Capes e Propesq/UFRGS, publicado na Revista Psicologia em Estudo, Maringá, o “CRE, descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o stress, tem se mostrado associado com melhores índices de qualidade de vida e saúde física e mental. Segundo as autoras, CREP, apresenta maior correção positiva com a saúde, o CREN, maior correlação negativa com a saúde.

mudanças significativas em sua apresentação da religião removendo as frequentes ilustrações negativas da religião na psicopatologia e incluindo o Código V para problemas religiosos e espirituais (WEVER & COLS., 1998 *apud* PANZINI e BANDEIRA, 2005, p. 508).

Espiritualidade positiva está relacionado ao fato da pessoa encontrar caminhos para resistir às situações adversas, ou algo estressante. Conforme, Pontes; Aquino e Caldas (2016), *copyng* religioso espiritual positivo - CREP, acontece quando o sujeito busca o bem-estar, bom relacionamento com os outros e com a divindade. Quando o sujeito consegue trabalhar seus medos e suportar os eventos estressantes, pode se pensar em religiosidade positiva.

Panzini e Bandeira (2005), apresentam as seguintes sentenças, baseada na escala CRE. Vide quadro abaixo:

Quadro 4 Sentença - Matriz Fatorial da Dimensão²⁷ de CREP da escala CRE – Fator P1 a P8, e da Dimensão de CREN – Fator N1 a N4 – Vide anexo⁵.

COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL POSITIVO – CREP			Fatores e Carga			
Nº Item	SENTENÇA		1	2	3	4
Fator P1	Transformação de SI e/ou de sua Vida	(14 itens)				
Fator P2	Ações em Busca de Ajuda Espiritual	(8 itens)				
Fator P3	Oferta de Ajuda ao Outro	(7 itens)				
Fator P4	Posição Positiva Frente a Deus	(11 itens)				
COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL NEGATIVO – CREN			Fatores e Carga			
Nº Item	SENTENÇA		5	6	7	8
Fator P5	Busca Pessoal de Crescimento Espiritual	(15 itens)				
Fator P6	Ações em Busca do Outro Institucional	(10 itens)				
Fator P7	Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual	(5 itens)				
Fator P8	Afastamento Através de Deus, e/ou Espiritualidade	(6 itens)				
COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL NEGATIVO – CREN			Fatores e Carga			
Nº Item	SENTENÇA		1	2	3	4
Fator N1	Reavaliação Negativa de Deus	(8 itens)				
Fator N2	Posição Negativa Frente a Deus	(4 itens)				
Fator N3	Reavaliação Negativa do Significado	(5 itens)				
Fator N4	Insatisfação com o outro Institucional	(4 itens)				

Fonte: Panzini e Bandeira (2005, p. 512-513).

Brasil, Ministério do Planejamento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, (2017, p. 8) realizou pesquisa em CTs no ano de 2009, analisando aspectos

²⁷ Vide Anexo⁵. (Entre cada fator, há itens, quantidades descritas no quadro acima, que completam os o entendimento destes fatores).

quantitativos com 500/quinhentas CTs, de todas as regiões do Brasil, de um universo de mais de 2000/duas mil, preliminarmente; e outra de aspecto qualitativo/etnográfico em, 2014, 2015 e 2016, com dez CTs. A pesquisa aponta que “na maior parte das CTs pesquisadas, o trabalho espiritual ancora-se em doutrinas religiosas, especialmente as de tradição cristã; mas pode prescindir delas.” Mesmo as que se declaram desvinculadas de igrejas, implementam a terapia da espiritualidade como enfrentamento ao uso de SPA.

Os aspectos etnográficos, permitiram perceber que nas CTs, onde não há uma confessionalidade religiosa, a espiritualidade entra como parte do tratamento. O crer em ser superior, a fé constitui-se num elemento significativo que faz sentido e corrobora no enfrentamento do uso de SPA.

[...] assim, conforme era esperado a partir do levantamento bibliográfico prévio, verificou-se que a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã. Chama atenção, contudo, o significativo percentual de entidades que dizem não possuir orientação religiosa específica, ou vinculação com qualquer igreja (17%). Mesmo assim, muitas destas CTs mencionaram que estimulam a fé dos internos em “um ser superior” (divino) por entendê-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos, pretendido pelo modelo de tratamento. Isto sugere que o cultivo da espiritualidade – um dos pilares do modelo das CTs – prescinde, a princípio, de maior formalização institucional religiosa, como inclusive foi confirmado pela pesquisa de campo qualitativa. Neste sentido, pode-se arriscar dizer que o método das CTs, antes que subordinado, por princípio, a igrejas ou organizações religiosas, encontra afinidades eletivas com estas, configurando-se num campo em que as igrejas procuram realizar suas “obras” de moralização e transformação de subjetividades. Conforme observado em uma das CTs etnografadas, “A espiritualidade entra não exatamente como ‘o tratamento’, mas parte dele: algo que dará um tipo de sustentação ética para que as pessoas se recuperem tanto no interior da CT quando em sua vida posterior” (Relatório de campo, grifos nossos). Assim, a questão espiritual no modelo das CTs, cuja plataforma mínima comum a todas parece ser o estímulo à fé em um ser superior (divino), ultrapassaria as confissões e instituições religiosas particulares, se inserindo, antes, como recurso para a transformação dos sujeitos, na medida em que contribuiria para levá-los a reconhecer e atribuir sentido à necessidade de se submeterem a leis e ordens estabelecidas fora e antes deles. (BRASIL, 2017, p. 20).

Quando questionados se a espiritualidade faz sentido na sua recuperação, 13/86,8% dos colaboradores da pesquisa concordam totalmente, 1/6,6% concorda e outro 6,6% discorda. Somando-se os que asseguram fazer sentido as atividades religiosas são positivas para recuperação do uso de drogas, 93,4% afirmam positivamente. Os dados desta pesquisa concordam com Brasil (2017), em que o crer

em uma divindade superior, e a fé, parecem ser essenciais para adicção ao uso de SPA.

Contudo, deve se levar em conta o colaborador da pesquisa que discorda do fato que as atividades religiosas são significativas para sua recuperação. Sendo a espiritualidade uma atitude subjetiva e individual, outros elementos não controlados nesta pesquisa, servem de meio para sua adicção.

Tabela 11 As atividades religiosas são significativas na sua recuperação? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo	1	6,6
Indiferente	0	0
Concordo	1	6,6
Concordo totalmente	13	86,8
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Os pontos positivos na Casa do Senhor são bastante interessantes, porque aqui nos aprende uns padrões de vida nova, uma nova vida que eu não levava lá fora, uma nova vida de reconhecer o meu Deus superior que é fundamental hoje na minha caminhada que ele me ajuda, hoje posso dormir bem, acordar bem sentir o ar que eu respirava, poder me alimentar bem, poder me deitar, poder me alimentar, sem contar com o lazer, o lazer que é muito fundamental que é o esporte. Nos pode suar, e também é com a ajuda dos colaboradores que nos ensina a cada um que é a reunião, a praticar os padrões de vida nova. Que nós possamos aprender aqui, não só aqui, mas a convivência de poder levar e praticar lá fora. É fundamental. (REC1 32 anos)

O ponto positivo é que a Casa do Senhor oferece assim para nós uma recuperação durante os nove meses, e os positivos é que me sinto aqui uma pessoa muito feliz, aonde estou me recuperando, estou me sentindo muito bem, aprendi coisas que lá fora não aprendia, em primeiro lugar assim conhecer a palavra de Deus, né que eu não sabia o significado, aqui na Casa do Senhor, eu faço é explicar a palavra do Senhor na frente, para mim é uma honra muito grande. (REC3 38 anos)

O ponto mais positivo é a espiritualidade, que me ajudou bastante a esquecer as drogas, aqueles pensamentos que vinha né, eu falava com Papai do Céu, este é o ponto que mais me ajudou. (REC5 21 anos)

Os pontos positivos aqui é o esporte, a espiritualidade, a espiritualidade é tudo. No outro lugar não conseguiria passa nem três meses, nem um mês, nem nove meses, de não procurar minha droga de preferência, usar primeiro o álcool que é o inicial, e minha droga de preferência que é o crack. (REC10 38 anos)

Os pontos positivos cara, hoje eu posso dizer que eu tenho os meus pontos positivos na vida. Quando eu não tinha Deus, eu não tinha estes pontos positivos na minha vida. Eu deixava o inimigo trabalhar na minha vida. O ponto positivo é que eu tenho Deus trabalhando 24 horas na minha vida. Eu durmo, eu acordo com meu Deus. Eu vivo na capela com meu Deus. Eu não tenho ponto negativo aqui, graças a Deus. Porque eu estou com ele, e quem tá com ele não tem ponto negativo. (REC14 52 anos)

As representações sociais dos colaboradores apontam para copyng religioso positivo. Os pontos positivos no seu momento de internação, as percepções parecem fazer sentido em suas vidas, e, os ajuda no enfrentamento ao uso de SPA.

A análise qualitativa evoca haver CREP. Assim respondem sobre os pontos positivos da terapia da espiritualidade: *REC1/32 anos* fala de uma nova vida. Do reconhecimento de que Deus, o superior é fundamental para sua caminhada, e, a ajuda dos cuidadores. *REC3/38 anos* afirma que conhecer a palavra de Deus e explicá-la é fundamental nos seus nove meses de caminhada. *REC5/21 anos* sente-se feliz, aprender e ensinar as coisas de Deus é uma honra para. *REC6/27 anos* diz que a espiritualidade e a possibilidade de falar com Deus é positivo.

A religião e os rituais ajudam muito a resistir ao desejo de usar SPA. Para *REC7/18 anos*, a disciplina e a espiritualidade são positivas. As representações sociais de *REC10/38 anos*, refere-se à espiritualidade que ajuda na abstinência de SPA. A espiritualidade e a liturgia são positivas para *REC12/43 anos*. As representações sociais de *REC14/52 anos* é a presença de um Deus trabalhando em sua vida. Eu durmo e acordo com meu Deus. Apontam para uma espiritualidade positiva no enfrentamento ao uso de SPA.

A espiritualidade positiva, a partir das representações sociais, cooptam para teoria de Pontes, Aquino e Caldas (2016), ao afirmarem que o CREP, possibilita bem-estar, e que o ambiente proporciona aos sujeitos bom relacionamento com a divindade, quando trabalha suas limitações assumindo plena responsabilidade de alcançar seus objetivos, percebendo seus desgastes e fortalezas, e, entre estas atitudes, a busca da possibilidade de cura, fortalecimento, e que as circunstâncias da vida são importantes, mas, não corroboram, para torná-los infelizes, segundo, Chioro dos Reis (2016); Quiceno (2016); Pinto, Lemos e Ecco (2016) e Rocher (1971).

Chioro dos Reis (2016) afirma que pacientes internados que relacionam a espiritualidade/religiosidade em sua existência, e maior relacionamento com a divindade, experimentam cura/melhoria da qualidade de vida, e maior suporte emocional nas adversidades. Quiceno (2016) aponta que a maior percepção dos pacientes, sobre uma boa qualidade de vida, e que pode promover felicidade e esperança, está no apoio social, e foco numa condição voluntária de buscar ser feliz.

As circunstâncias da vida corroboram muito pouco para que os pacientes não alcancem seu bem-estar, e ainda pode provocar uma atitude fortalecida, face aos agravos da vida. Para Pinto, Lemos e Ecco (2016), a sociedade utiliza-se da espiritualidade/religiosidade, a fim de buscar sentido para sua vida, qualidade de vida, construindo assim, nomia. Townsend (2002), diz que os adictos de álcool, são submetidos, além das mazelas no corpo, determinantes sociais de exclusão e marginalização.

A espiritualidade/religiosidade dos sujeitos internados na Casa do Senhor apontam para representações sociais que permite salientar, espiritualidade positiva, boa auto-estima, boa relação com a divindade superior, com a religião e nomia.

A religião para Geertz (1989, p. 67) se ajusta aos preceitos vivenciais do ser humano, a uma noção cósmica, que projeta estas imagens ao plano da existência humana. Essas vivências se acomodam fazendo sentido. Uma confrontação com as experiências vividas e uma confirmação de dois efeitos fundamentais. Primeiro, as preferências morais e estéticas, como resposta a uma exigência de uma estrutura social. Segundo, as crenças recebidas, ancoram-se em sentimento morais e estéticos, como verdade. Portanto, para Geertz, religião é:

[...] (1) um sistema de símbolos que atua para (2) estabelecer poderosos, penetrantes e duradouros dispositivos e motivações nos homens através da (3) formulação de conceitos de uma ordem de exigências geral e (4) vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que (5) as disposições e motivações parecem singularmente realistas. (GEERTZ, 1989, p. 67)

As representações sociais dos internos, em pese as crises provocadas pelo abuso de SPA, tem na religião/espiritualidade, uma forte convicção cósmica, às suas experiências, ao atenderem aos preceitos morais e estéticos, impostos pela estrutura social coercitiva em que estão inseridos.

Estamos sob um 'dossel sagrado'. Debaxo de estruturas que modelam o comportamento social. Ao indivíduo é requerido em sua singularidade, um

ordenamento ontológico social. Peter Berger (1985, p. 24) diz que: “A sociedade dirige, sanciona, controla e pune a conduta individual, [...] a sociedade pode até destruir o indivíduo.” A sociedade, ao mesmo tempo que pluraliza o indivíduo, confere a ele uma singularidade, uma identidade” (p. 27). A sociedade funciona, modulando e formando de (forma), a consciência do sujeito (P. 28). Contudo, esta força coercitiva, que abarca este ‘dossel’, é capaz de fazer sentido, é capaz de produzir nomia ao sujeito. A disciplina e a espiritualidade são percebidas como positivo na adicção. A totalidade dos internos 100%, concordam que a disciplina é fundamental para sua recuperação.

O ponto positivo aqui é a disciplina né, a espiritualidade e a convivência. A pessoa aprende muito. (REC7 18 anos)

O que é bom aqui na Casa do Senhor é as reuniões que ajudam muito. Na hora dos estudos bíblicos dos evangelhos, acho que isso é fundamental na vida de um adicto em recuperação né, um rapaz que está buscando a sobriedade que é estar livre das drogas, é fundamental a religiosidade. (REC6 27 anos)

Tabela 12 A disciplina na Casa do Senhor, ajuda na sua recuperação? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Indiferente	0	0
Concordo	5	33,3
Concordo totalmente	10	66,7
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Esta é a força da religião. Moscovici (2011), Berger (1985) e Geertz (1989), sublinham sua ação coercitiva no ser humano, a disciplina, configurando uma adequação aos aspectos estéticos e moral, ao mesmo tempo que é capaz de fazer sentido e vincar a pertença.

Suas representações sociais descrevem um CREP. Chioro dos Reis (2016); Quiceno (2016); Pinto. Lemos e Ecco (2016) e Rocher (1971), Geertz (1989) concordam que a religião/espiritualidade, pode influenciar no processo de salutogenicidade dos indivíduos. Não importando para isto, se necessário for adequar-se às forças coercitivas, em troca de sentido e pertença.

Em que pese a importância da religião, um interno 6,6% refere discordar da sentença de que as atividades religiosas são suficientes para sua adicção. Nesse caso, crê, ser necessários outras atividades para atingir seu objetivo. Resultado semelhante foi encontrado quando perguntados se só as atividades religiosas eram suficientes para recuperação. Dos 15 internos, 13/86,6%, agrupados aqueles que discordam totalmente, e os que discordam, creem ser necessário, outras experiências, como a presença do psicólogo, do assistente social, do padre e a vivência diária da liturgia.

Tabela 13

Só as atividades religiosas, não são suficientes para recuperação, necessito de medicamentos passa isso? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	5	33,3
Discordo	8	53,3
Indiferente	1	6,7
Concordo	0	0
Concordo totalmente	1	6,7
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Há, os pontos positivos é a espiritualidade muito positiva, muito importante aqui. O acompanhamento pelos profissionais, pelo assistente social, o psicólogo, a presença direta do padre junto conosco, a vivência diária da liturgia, isto uns pontos que eu acho positivo aqui. (REC12 43 anos)

Estes achados parecem ir na contramão dos resultados da *Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas*, realizada pelo CFP (2017), *et al*, ao afirmar como negativo, e que atenta contra aos direitos humanos, o fato de algumas CTs, só utilizam a espiritualidade como atividade terapêutica.

O Código de Ética das CTS, segundo Fracasso (2016) determina que as instituições que se adequam ao que preceitua a FEBRACT, quanto a presença de profissionais da saúde, devidamente treinado, entre outras determinações, oferecem serviços livres de latrogenias, com índices altíssimos de reabilitação e poucas recaídas.

Pelas suas respostas os sistemas simbólicos religiosos dos internos da CT Casa do Senhor, ressignificam sua existência, mesmo que isto signifique ajustes ao

que é preconizado pela sociedade. Isto faz sentido para eles, e traz nomia. Porém, é necessário que haja outras terapias, a fim de ser efetivo para sua adicção.

Um dos pontos que devem ser tratados aqui é o da boa convivência com outros adictos, para que haja efetiva recuperação, e formação de um ambiente saudável. Quando isto é afetado pode haver prejuízos na incidência de recuperação, com possibilidade de recaídas, e Copyng Religioso Espiritual Negativo – CREN. Vejamos:

Conviver com outras pessoas, ter um ambiente saudável, é o que preconiza o Código de Ética da FEBRACT. Uma das características de um ambiente religioso que se configure em CREN, é um ambiente onde a convivência não é saudável. Weber trata desta questão em religião, economia e sociedade, relacionando a sociologia da religião, os tipos de relações comunitárias religiosas. E nesse caso a congregação demanda a boa convivência entre os acólitos.

As respostas dos internos sobre este tema mostram que a maioria absoluta, 13/86,7% concordam que a convivência com outros internos ajuda na recuperação ao uso de SPA. Somente dois, 13,3% é indiferente.

Tabela 14 A convivência com outros adictos e ajuda na sua recuperação? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Indiferente	2	13,3
Concordo	2	13,3
Concordo totalmente	11	73,4
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Os aspectos religiosos fundamentam-se na alteridade, no abrir-se para as relações de corpos que se cuidam no dar, no receber e retribuir. “Citando Mauss, Pinheiro (2016) diz que este autor: “estuda o princípio da reciprocidade, manifesto nas obrigações de dar, receber e retribuir enquanto fundamento da vida social” (PINHEIRO 2016, p. 237).

Tolerar, ambiente antidemocrático, autoritarismo, opressão e não pertencimento, podem cooptar com copyng negativo? Vejam as falas dos internados:

O lado negativo, é mais pelo lado da religião. Como eu sou evangélico, aqui eles veneram santo, faz o terço, algo que eu não gosto, mas de todo modo eu respeito. Eles também criticam muito os evangélicos. Mas como eu aprendi a tolerância. Então eu tolero, eu sei que algumas coisas eles estão errados, mas eu não tento concertar, tento vir aqui para concertar os meus erros, não os dos outros. E é isso (REC11/24 anos)

Para mim o ponto negativo é que tem uns que tem mais privilégio do que outros. A gente fala que todo é igual, tem que ser tratado como igual, mas na verdade isto não acontece. Tem uns que são mais chegados do coordenador, tem outros que agrada mais. E se você falar para o coordenador que está errado, assim, assim, assim, fulano está me prejudicando. Ele fica sabendo que está agindo errado, em vez dele resolver o problema lá, ele vem perseguir a pessoa. Isto acontece em muitos centros. (REC9/48 anos)

Assim como em todas as casas de recuperação, aqui não vai ser diferente, alguém vai estar aqui só por estar. Talvez só para engordar ou livrar de uma cadeia, que fugiu com medo de alguma represália. Sempre existe isto em Casa de Recuperação. A coordenação também hoje pelo que a casa está passando, essa parada mesmo da Casa do Senhor, a coordenação está deixando desejar também. (REC12/43 anos)

Os pontos negativos, sinceramente [...]. Durante a minha primeira fase, o ponto negativo que eu acho era a coordenação, o coordenador era muito autoritário, o coordenador. Atrapalhava muito a gente, por qualquer coisa oprimia a gente. Dizia: a porta está aberta, quem quiser embora pode ir. Eu pensava assim, eu to aqui para me recuperar, e por qualquer coisa xingava o cara. Para mim foi isso aí. Agora aqui na terceira fase eu estou mais cabeça. Agora não me abala mais. (REC15/30 anos)

Weber (1999) diz que é da essência da religião as condições comunitárias a partir das vivências, e representações de sentido. Duas ações estão no escopo das religiões, adverte: a) uma orientada para ação primordial deste mundo, para que vás bem e vivas muitos anos. b) outra de natureza econômica, acrescenta. Aqui estas condições estão relacionadas com a abstinência de substâncias, para serem aceitos pela sociedade e voltar ao mercado de trabalho. Berger (1985), relaciona a formação de um mundo objetivo, numa síntese entre os requerimentos desta sociedade (coletiva), e as premissas dos indivíduos (WEBER, 1999).

Portanto, o sentido de comunidade para maioria absoluta dos internos, é significativo para sua recuperação. E quando há ruídos nesta convivência, o sentido

de comunidade fica comprometido, indo no contraponto do Código de Ética da FEBRACT, e produzindo CREN.

Os achados qualitativos apontam para esta questão. *REC1/24 anos* afirma ser evangélico, tolera os ritos católicos, que acha errado. Porém, não tenta concertar, o que quer concertar, são os seus próprios erros. *REC9/48 anos* aponta que há uma relação de privilégios entre os internos. Afirma que todos devem ser tratados como iguais. *REC12/43 anos* denuncia uma situação preocupante em CTs, o fato de que alguns internos a utilizarem como refúgio, dos seus comportamentos desajustados, e os familiares requerem sua internação, dívidas contraídas pelo consumo de drogas ao tráfico e, conseqüentemente risco de morte, e questões judiciais.

Ou seja, seu foco, não está na recuperação, e isto posto traz prejuízos na convivência com outros internos. O que atrapalha a convivência para *REC15/30 anos*, é o autoritarismo do coordenador, que oprimia os internos. Isto é representado por este interno como ponto negativo.

Berger (1985, p. 28) destaca que o êxito na socialização preconiza uma convivência ajustada e, depende da simetria entre o que chama de mundo objetivo, e as premissas do mundo subjetivo dos indivíduos. “A atividade que o homem desenvolve de construir um mundo é sempre um empreendimento coletivo” (BERGER, 1985 p. 29). Para Weber (1999, p. 310), quando descreve sobre as características da congregação, retrata que os acólitos, em relação aos sacerdotes, submetem-se à hierarquização desse último, e os apoiam em suas necessidades. Em troca, aguardam da sua missão, a salvação.

Para isto, se *associam* (grifo nosso) ocasionalmente, ou permanente, na comunidade. Assim define: Berger, (1985, p. 310) “[...] por isso, tanto podem unir-se de vez em quando para ações ocasionais, quanto encontrar-se *associados* (grifo nosso) de forma permanente na comunidade de fiéis, a congregação”. Continuando ainda com o pensamento de Berger (1985), para construir um mundo que faça sentido, o homem deve equilibrar, suas premissas individuais, aos da ordem do mundo objetivo. E para isso, demanda ajuste à coletividade. Isto demanda uma boa convivência com outras pessoas. Estar associados para um bem comum, é que

Weber, pressupõe em sua teoria. Isto retrata as relações de uma congregação. WEBER 1999, p.310).

Um ambiente saudável, segundo FEBRACT, pela ótica de Fracasso (2016), demanda uma boa convivência. O *Relatório Nacional de Inspeção das Comunidades Terapêuticas*, realizada por Brasil, Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Ministério Público Federal (2018), descreve haver sinais, significativos de ambiente insalubre à recuperação de SPA. Pinheiro (2016) preconiza o dar e o receber, como fundamental para vida social. Berger (1985) relaciona a boa convivência com o ajuste entre as necessidades singulares, e as ontológicas. Weber (1999) aponta que a congregação religiosa, demanda associações entre pares.

Pelas representações dos internos, há ruídos nos seus relacionamentos, atrapalhando a convivência. Autoritarismos, questões relacionadas ao doutrinamento entre católicos romanos e evangélicos, sentimento de culpa, indivíduos internados por questões espúrias, opressão, entre outras coisas, nos permite afirmar que possivelmente, haja CREN.

Como visto anteriormente, a religiosidade pode ser significativa para fornecer resistências aos agravos sociais. E, por conseguinte, podem levar o sujeito a situações estressantes, relacionadas a questões dogmáticas de cada religião. Religiosidade pode ser positiva ou negativa. Também visto anteriormente que o CREN, são atitudes que geram mal-estar como por exemplo, entre os que já foi visto, delegar a Deus a resolução dos seus problemas, sentir descontentamento e insatisfação em relação a Deus por conflitos doutrinários, ou a indivíduos internados na Casa do Senhor. Pontes, Aquino, Caldas (2016, p. 24), agrega a esta lista que estimula CREN, o moralismo e sensação de culpa.

As representações sociais que sinalizam haver CREN referem-se as percepções de que há pessoas que estão em tratamento não querendo abandonar o uso de SPA, não focam na abstinência. Uns estão fugindo de problemas com a justiça e dívidas com traficantes, e com isso, atrapalham os que estão ali, com firme propósito de prosseguir na sobriedade. Outras representações sociais que denotam CREN, é a percepção de culpa, e defeito de caráter pelo uso destas substâncias. Percepção de privilégios por parte da coordenação, pode ser CREN.

Também, pode estar associado a uma forte representação social de injustiça e atitude antidemocrática, por parte da coordenação da Casa do Senhor. Isto está evidenciado na percepção de *REC15/30 anos*, que descreve a coordenação como autoritária e opressora.

As percepções acima estão consoantes com Pontes, Aquino, Caldas (2016), quando relacionam a sua lista quanto ao CREN, situações como mal-estar, delegação a outros das suas responsabilidades, problemas de relacionamentos com outras pessoas de instituição religiosa diferente e sensação de culpa. A percepção de autoritarismo e opressão por parte dos internos da Casa do Senhor, remonta o texto de Michel Foucault (2017), em *Vigiar e Punir*, em o *Nascimento da Prisão*, a partir do regulamento rígido do seu diretor Léon Faucher, que configurava austeridade, opressão e autoritarismo.

Portanto, as Representações Sociais dos internos, há pessoas que atrapalham o tratamento de outras pessoas que querem abandonar o uso de SPA, porque não estão ali com este propósito, e promovem uma convivência que não retrata uma comunidade. Culpabilização e percepção de defeito de caráter pelo uso de SPA, são representações de CREN. Percepção de privilégio por parte do coordenador a outros internos. Sentimentos estressantes sobre os ritos de confissão romana em detrimento da sua evangélica²⁸, percepção de que há evidências, que alguns dos recuperandos estão internados para fugir de um problema com a justiça. Percepção de que o problema da drogadição está nele mesmo, e apontar a coordenação como autoritária e opressora, sugere CREN. Apesar das representações acima descritas, os internos afirmam, que a presença na Casa do Senhor, melhora sua estima.

Quando questionados sobre se o espaço, na Casa do Senhor, produza baixa estima, a maioria absoluta 8/53,4% discorda, 6/40% discordam totalmente. Ou seja, 14/93,4% dos internos, quase a totalidade, se sentem com autoestima. Talvez por estarem, internados, com o objetivo de recuperarem do uso de SPA. Isto significa que ao saírem, terão dificuldades como visto anteriormente, porém, com alta estima e aceitabilidade da sociedade.

²⁸ No período da pesquisa haviam evangélicos de igrejas históricas, porém o maior número eram de pentecostais e neopentecostais. Como os ritos religiosos eram direcionados ao católico romano, isto trazia um certo desconforto para eles. Contudo, isto era muito bem explicado na entrevista admissional.

Tabela 15 Minha estada aqui na Casa do Senhor, me faz sentir com a estima muito baixa? Recuperandos da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	6	40,0
Discordo	8	53,4
Indiferente	1	6,6
Concordo	0	0
Concordo totalmente	0	0
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

[...] aqui eu posso me tratar, me recuperar, adaptar numa vida nova, uns padrões novo, a cada dia me reconhecer de verdade quem eu sou, está entendendo. E assim, o tratamento é nove meses, (REC1/32 ANOS)

[...]. A Casa está de portas abertas, se você passar três meses, se acha que vai se segurar lá fora e não voltar, vai se segurar mais, a casa propõe nove meses. Eu acho que aqui é um retiro. (REC2/ 24 anos)

[...]. E assim, eu completando os nove meses é uma vitória muito grande, né, porque eu completando nove meses, eu tive a chance de poder concluir. Porque assim, antes do tempo, se eu sair, pode ser eu venha cair, entendeu. Mas é fundamental a pessoa terminar os nove meses, para a própria pessoa mesmo ter orgulho, está entendendo, orgulho de poder começar e terminar. Para mim é fundamental nesta parte. Está entendendo. (REC3/38 anos)

Porque aqui a gente é liberto, os portões ficam abertos, tem outro positivo, se você quiser ir embora tudo bem, se não quiser permanece buscando a sua recuperação né, o seu projeto de vida nova. (REC4/24 anos)

[...]. Porque aqui nos está fortalecendo nossas forças espirituais, que é uma coisa que eu não tinha quando estava lá fora. Não entendia da palavra de Deus, quando vim para cá entendi, é um fortalecimento, é como eu estivesse nove meses no deserto me alimentando palavra de Deus. Para mim conseguir viver sem as drogas. Meu vício agora é a palavra de Deus. (REC6/27anos)

[...] eu acho isto muito importante muito importante na minha vida a partir do dia que eu entrei para cá. Estou gostando muito de estar aqui me recuperando, to vendo o mundo de uma outra forma, só em não acordar de ressaca, acordar bebo, isto para mim está sendo maravilhoso. Saber no outro dia anterior que fez, de consciência limpa, então isto está sendo bom. (REC7/18 anos)

[...]. Minha autoestima está muito alta. Mas também tenho que conquistar cada um deles lá fora com as minhas atitudes, que não vou conquistar eles só porque passei pelo centro, eles ainda vão me ver de uma maneira como eu era antes. Tenho que ganhar cada um aos poucos. (REC8/36 anos)

[...]. Mas o essencial na minha vida e na minha caminhada foi vir para uma Casa de Recuperação[...]. (REC9/48 anos)

[...]. Com a autoestima, porque quando cheguei aqui eu estava com baixa estima, até um cachorro era mais do que eu. Hoje não, eu falo firme, eu gaguejava porque eu estava todo errado, joguei tudo para fora, descobri que o que ficou para trás, ficou para trás O que vale é o daqui para a frente, ontem foi o ontem, e o amanhã será o hoje. Então é assim. (REC10/38 anos)

[...] isto não tem preço, ser livre das drogas é tudo. Ser livre é tudo para um ser humano. É liberdade para mim! (REC13/28 anos)

Esse tempo que eu estou aqui na Casa do Senhor cara, foi 52 anos da minha vida botada no lixo, eu resgatei nestes sete meses viú, o que eu não vivi nestes anos estou vivendo nestes meses, então concluo ele neste termo viú, este tempo para mim agora, era como se fosse cinquenta anos atrás, uma nova vida, foi quando eu nasci. [...]. (REC14/52 anos)

Aqui significa minha vida! Minha vida está aqui! Ter minha filha de novo, minha família de novo. Para mim é isto ai, minha vida! Isto aqui significa minha vida! (REC15/30 anos)

Na análise qualitativa, percebe-se que para os internos a Casa do Senhor é um espaço onde estão em tratamento, é a sua própria vida, é um espaço cósmico, e a cidade é onde se instala o caos. Local de portas abertas, e, os fazem se sentir libertos; local de fortalecimento espiritual; lugar que Deus os enviou para se libertar das drogas; suas vidas tiveram uma mudança muito significativa por estar internado; a auto estima aumentou, porque vivem em sobriedade; estar na Casa do Senhor, é resgatar o tempo perdido pelo uso de SPA; ser livre para eles, é ser livre das drogas; a Casa do Senhor, é a sua própria vida. “Minha vida está aqui! ”. (REC15/30 anos)

Suas Representações Sociais quanto ao espaço, o território, ambiente, da Casa do Senhor, sugere CREP. A convivência com os pares, lidando com modelos de austeridade, autoritarismo, pelas suas representações, sugere CREN. Este estudo não preocupa-se em investigar minuciosamente o CRE²⁹, mas, superficialmente, pelas representações e pela matriz fatorial da dimensão de copyng, e seus fatores de

²⁹ Vide anexo nº 5.

P1 à P8 e N1 à N4, sugerido por Panzini e Bandeira (2005), descrever, possíveis marcas de religiosidade negativa e positiva, na Casa do Senhor, como visto acima.

Os objetivos deste tópico sinalizam para descrever e discutir, se há CRE, nas percepções dos internos da Casa do Senhor. Se são positivas, e/ou negativas. Analisar suas percepções sobre se a religião faz sentido; se a disciplina é vista como negativa para sua evocação de espiritualidade; se, só os a celebração dos ritos é suficiente para sua sobriedade no uso de SPA; se a convivência é importante para sua recuperação e se o ambiente da Casa do Senhor é saudável, para lhe fornecer sentido.

A partir da teoria de Panzini, Bandeira (2005), observou-se pelas representações sociais dos internos, que há CREP e CREN. Para as autoras, o CREP aponta para as seguintes atitudes entre outras: transformação da vida pela busca da religiosidade; ajudar os outros e a si mesmo, no estabelecimento de uma crise; percepção positiva de Deus, que ajuda nas crises existenciais,

Porém, é necessário que o indivíduo faça a sua parte; busca do outro institucional, ou seja, bom relacionamento com os pares (*pares inter pares*), e com o líder institucional; afastamento de Deus, ou seja, confiar na divindade, deixar de ser ansioso na sua relação para com Deus. CREN, sinaliza coma as seguintes atitudes entre outras: reavaliação negativa de Deus, ele me castigou pela minha falta de fé; posição negativa de Deus, não tentei resolver meus problemas, deixei para Deus; reavaliação negativa de significado, Deus me puniu por causa dos meus erros, imaginei o mal por minhas atitudes e, insatisfação com o outro institucional, insatisfação com os pares, com os líderes religiosos, não recebi conforto da minha comunidade religiosa, e, fui abandonado por ela.

A compreensão de que há CREP/CREN, nos indivíduos internados na Comunidade Terapêutica casa do Senhor, está alicerçada nas teorias de Peter Berger (1985), quando diz que a religião faz sentido para aquele que crê; em Max Weber (1991), ao apontar que nas instituições religiosas, existe um sentimento de pertencimento, ou seja, o sujeito faz parte da comunidade; suas representações sociais, descrevem CREP, em Chioro dos Reis (2016), quando explica que a religião, traz para o acólito salutogenicidade, em Quiceno (2016), a religião é fornecedora de felicidade, para Pinto, Lemos e Ecco (2016), baseados em Berger, a religião se traduz

forneecedora de sentido e nomia, e pode ser elemento adjuvante na cura, em Rocher (1971), Geertz (1989) faz sentido porque, há cumplicidade entre os sujeitos na comunidade.

CREN, quando, suas relações estão comprometidas pelo fato de que há indivíduos que destoam, dos objetivos propostos pela CT, contrapondo Weber (1991) nos seus estudos sobre comunidade; quando o ambiente não é propício para uma efetiva recuperação, provocando uma baixa prevalência de recaídas, conforme Fracasso (2016), baseada no Código de Ética da FEBRACT; e em Panzini e Bandeira (2005), quando descrevem que CREN, entre outros comportamento, está baseado no sentimento de punição da divindade pelos erros cometidos, insatisfação com o outro institucional, tanto os pares em recuperação, quanto os coordenadores com sua austeridade, autoritarismo, opressão e atitude antidemocrática oferecendo privilégios para alguns internos.

Isto traz um sentimento de que a comunhão na comunidade está afetada. Este não é o lugar da comunidade descrita por Weber. Contudo, a disciplina não foi percebida como CREN pelos internos. Isto corrobora com a teoria de Moscovici (2011), quando descreve que a coerção religiosa, é percebida pelos acólitos como fonte de pertencimento e ajustes do caráter.

3.2 A FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO NO USO DE DROGAS.

Quanto aos contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas, Costa (2014, p. 47) apresenta a história e os contextos sociais do uso de álcool e outras drogas. Nesse contexto aplica a ideia de que o uso de substâncias psicoativas, dentro de um contexto psicossocial, está relacionado ao abuso dessas substâncias, e os danos que advém disso, e ao apoio da família como coadjuvante no seu controle, e enfrentamento no uso/abuso. Destaca ainda as implicações entre sujeitos e subjetividade que não se separam, onde a concretude humana está relacionada com suas experiências vividas. Costa destaca o seguinte:

Sujeito e subjetividade são temas que não se separam. A subjetividade caracterizada pela possibilidade de os sujeitos, através das várias formas de expressão, concretizar sua condição humana, através das experiências vividas, seus significados e sentidos, definidos dentro do espaço psicossocial em que se constituem. O sujeito, então, é um agregado de relações sociais. A conversão das relações sociais se faz por meio da diferenciação e apropriação que ele realiza do que foi

partilhado com os outros, tornando-se em ser singular, ao mesmo tempo que troca experiências comuns com os outros. Assim, também podemos falar em subjetividade social. (COSTA, 2014, p. 48-49).

O sujeito não está em ‘suspensão no ar’, isolado de todas as coisas. Ele é ele mesmo e todas as suas circunstâncias. Segundo Costa, o conceito de sujeito é muito amplo. Temos experiências únicas, estamos ligados ao mundo externo, tanto pelas relações com outras pessoas, com o meio ambiente, a outras pessoas e a nós mesmos. “Dessa maneira, sabe-se que, à medida que o sujeito se insere na sociedade, acrescenta um pouco mais à sua história pessoal e constitui-se cada vez mais sujeito atuante e participante de sua própria subjetividade”. (COSTA, 2014, p.48).

Para compreensão dos fortalecimentos e desgastes dos sujeitos e suas subjetividades, Costa (2014, p.56) apresenta o genograma, que é uma representação gráfica das famílias, suas diferentes gerações, e padrão de relacionamento. Também, apresenta o ecomapa, um diagrama que possibilita perceber as relações fortes, normais, fracas, fluxo de energia conflituosa ou ausência de apoio destes sujeitos, desde o microssistema ao macrosistema, chamado de Mapa de Rede. Microssistema é o *contexto familiar* (grifo nosso), escolar; mesossistema, relaciona-se a dois microssistemas relacionados, como família, escola, amigos; exossistema são os serviços públicos, empresas, trabalho e meios de comunicação; macrosistema está relacionando com cultura, religião, Estado, valores e estilo de vida. Vejam as figuras:

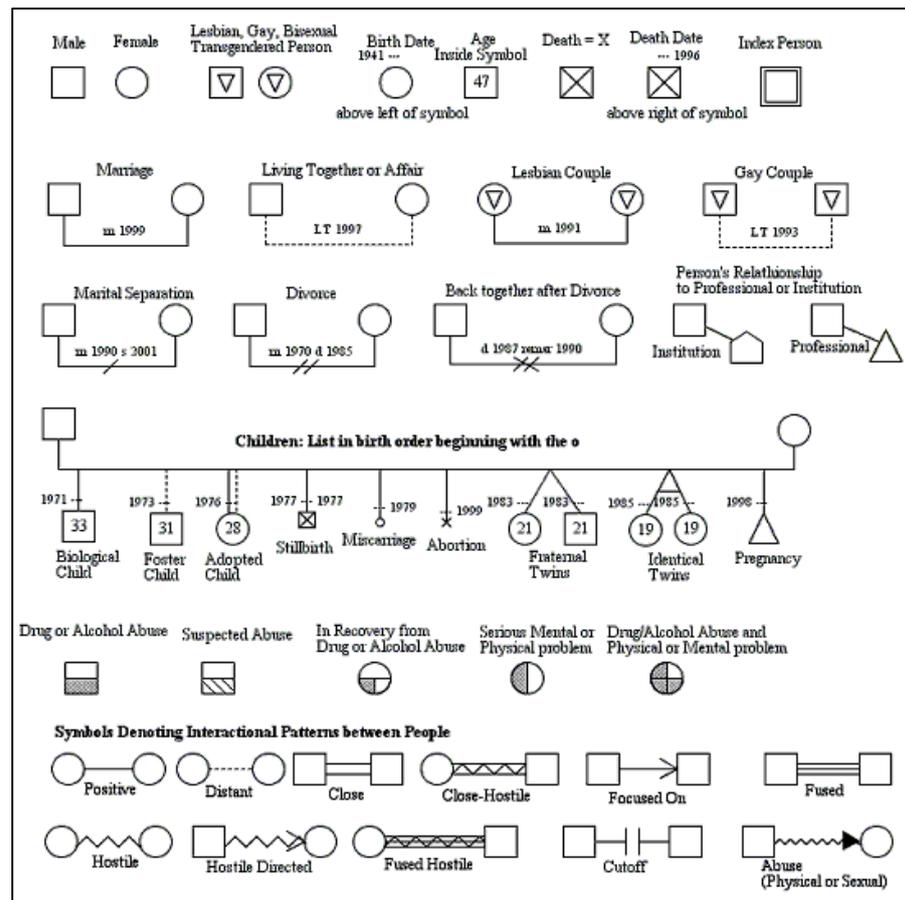
Quando descrevem sobre os Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção, Poletto e Koller (2008, p. 406) apontam a família no topo hierárquico dos contextos ecológicos, seguindo da escola e vizinhança. Todos estes elementos descritos acima, estão relacionados ao microssistema, local mais próximo do indivíduo, onde se processam o seu desenvolvimento. Anda afirmam: “As interações dentro do microssistema ocorrem com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do ambiente, e estão permeadas pelas características de disposição, recursos e demandas das pessoas envolvidas”. (BRONFENBRENNER³⁰; MORRIS 1998, *apud* POLETTTO; KOLLER, 2008, p. 406).

A constituição da família, está baseada nos seus relacionamentos e no tipo de sua constituição. O que interessa nesse caso é o inter-relacionamento, o modo como

³⁰ A teoria de Uri Bronfenbrenner, sobre os contextos ecológicos a partir do microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, possibilita descrever a origem e o lócus dos agravos no uso de SPA.

vivem e se acolhem. Isto determina os processos de enfrentamento das crises e os processos protetivos. (POLETTTO e KOLLER, 2008, p. 412). O Genograma familiar, pode ser um instrumento, para entender dentro das gerações, seus fortalecimentos e desgastes, a fim de construir terapêuticas eficazes no enfrentamento das crises.

Figura 5 Genograma Familiar.³¹

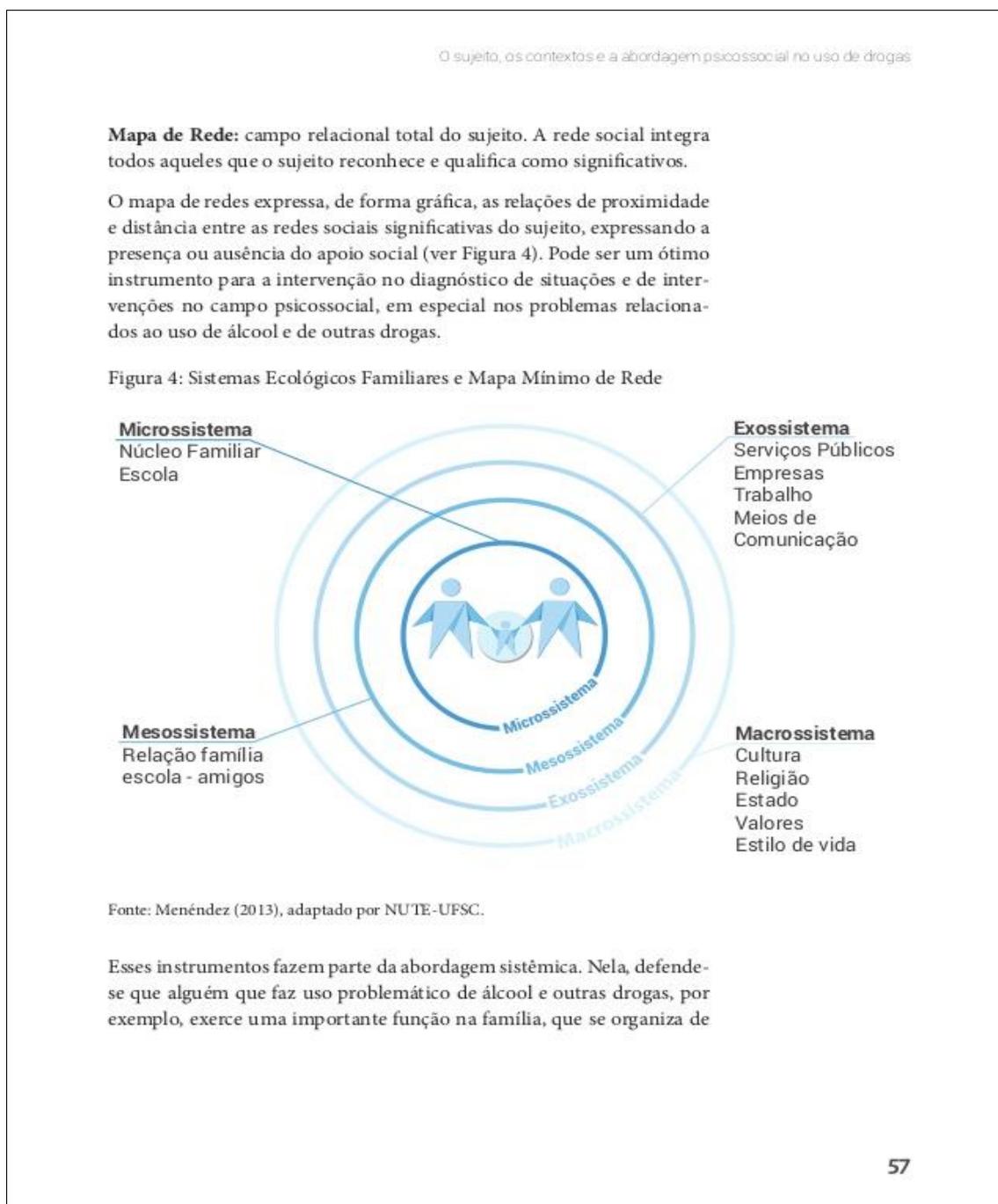


Fonte: <https://www.google/>. Acessado em 05 de jun. de 2019)

O Ecomapa é um diagrama das relações familiares e sua interação com a comunidade, onde pode ser avaliado os suportes sociais, conhecer as demandas e o suportes para família, no enfrentamento de suas crises.

³¹ Instrumento que pode ser adaptado ao Projeto Terapêutico Familiar – PTS, aos indivíduos que sofrem com transtorno mental, e os que abusam de SPA.

Figura 7 Sistemas Ecológicos Familiares e Mapa Mínimo de Rede.³²



Fonte: Menéndez (2013), adaptado por NUTE-UFSC.

Quando questionados se antes da sua internação, a família era atenciosa ou não, assim respondem: a maioria absoluta, 11/73,4% concordam que recebiam boa atenção da família. Enquanto que 4/26,6% afirmam que não. A intenção deste

³² Sistemas Ecológicos e Mapa Mínimo de Rede, pode ser utilizado no Projeto Terapêutico Singular – PTS, uma vez que, graficamente mostra as fragilidades, e o lócus do estímulo para o abuso de SPA, para possíveis intervenções da equipe de saúde.

questionamento é identificar evidentemente se o problema quanto uso/abuso, está em qual sistema ecológico. Pelas respostas fica claro que a maioria dos internos, recebiam atenção familiar, o que poderia ser fator de proteção, e menor risco para consumir drogas. Contudo, o microsistema é ampliado para ambientes como a escola, comunidade, grupos de amigos, etc. A análise qualitativa pode elucidar esta questão

TABELA 16	Antes da internação, sua família era totalmente atenciosa contigo? Recuperando da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.	
Escala de Likert	N	%
Discordo totalmente	1	6,6
Discordo	3	20,0
Indiferente	0	0
Concordo	5	33,4
Concordo totalmente	6	40,0
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Na análise qualitativa, suas representações sociais destacam a influência das amizades, como disparador para o consumo de SPA, associado a crises sociais. Parece que a análise qualitativa está consoante com a quantitativa, ou seja, as relações familiares, frágeis ou não, não interfere como estímulo ao uso de SPA. Somente (REC14/52 anos), afirma que o estímulo para seu consumo de drogas, foi a solidão, cobrança da sua família e do cônjuge, e com o a presença de alguns usuários começou a usar SPA também.

Em primeiro lugar eu conheci as drogas através do álcool. Começou com certas amizades e a influência de amigos naquela ocasião. E também a dificuldades e os problemas na rua, raiva, aí começou estes problemas. (REC1/32 anos)

Passar na rua, a noite fora. Conhecer pessoas que já estava naquela vida. Devido fui pelo álcool, pelas amizades que adquiri no mundo (REC2/24 anos)

É, o que me levou a consumir drogas foi primeiramente a influência de amigos né, como eu comecei com o álcool aos 12 anos, e também porque eu perdi minha mãe aos 10 anos, e ficou uma certa revolta dentro de mim, eu não conseguia entender porque eu perdi ela. (REC4/24 anos)

O que me levou a consumir droga, na verdade, eu digo assim [...] foi quando eu [...] eu coloco assim, quando quis abafar aquela dor que eu sentia, me sentia muito sozinho, sem apoio de ninguém, e todo mundo

cobrando, da família da minha mulher, da parte da minha família também, sempre vinha as cobranças, onde eu tinha uns colegas, uns amigos, e eles usavam. (REC14/52 anos)

Eu vi uma mulher bonita e chamei ela para beber mais eu. Na brincadeira eu falei, tem alguma coisa aí para a gente usar? Onde tem uma droga boa para a gente usar. Me assustei, e ela me levou num local, me senti bem, tinha gente usando, usei, passei a noite bem. (REC15/30 anos)

Segundo Costa (2014, p. 56), o ecomapa, um diagrama que possibilita perceber as relações fortes, normais, fracas, fluxo de energia conflituosa ou ausência de apoio destes sujeitos. No caso dos recuperando aqui em discussão, elementos como o microsistema - contexto mais próximo do indivíduo, e o mesossistema, relacionado a dois microsistemas, como família, amigos, o território, constituiu-se no contexto social, que segundo suas percepções, e representações sociais, apontam, como determinante para o uso de SPA.

Poletto e Koller (2008, p. 411) afirmam que o modo como as famílias determinam suas relações, influencia no desenvolvimento psicossocial da criança. Ainda destacam que as famílias, podem ser referenciadas como instituições protetivas, ou de risco no enfrentamento das crises, ambiguidades esta alicerçada na ideia de que a família, está ancorada em certo meio social. A capacidade de enfrentamento em meio a crises, está relacionada a vínculos fortes e positivo entre cuidadores e a criança. A prevenção de não enfrentamento as crises, estão relacionadas com o afeto, equilíbrio de poder e disciplina. Assim descrevem:

[...] Famílias que apresentam coesão, aconchego, continência e estabilidade, nas quais as relações são permeadas de afeto, equilíbrio de poder, cuidados adequados, senso de pertencimento e disciplina consistente são mais propensas a ter membros saudáveis emocionalmente. O apoio familiar, durante situações de estresse, pode ajudar as crianças a manter um senso de estabilidade e rotina frente as mudanças, mesmo que o relacionamento positivo seja com um dos pais [...]. A constituição da família está em relacionamentos e na qualidade das inter-relações, e não simplesmente em sua estrutura (POLETTO e KOLLER, 2008, p. 411).

As internações na Casa do Senhor, não estão relacionadas, segundo resposta dos colaboradores, por uma pressão familiar. 14/93,4% discordam que estão internados forçados por suas famílias. Apenas 1/6,6% é indiferente. Pelas respostas, as internações estão consoantes com o que preconiza a Lei 10. 216, da Reforma

Psiquiátrica, onde preconiza a internação voluntária, e, em acordo com o Código de Ética da FEBRACT.

Os indivíduos devem sentir-se seguro em relação aos seus familiares. As relações afetivas, o aconchego, o sentimento de pertencimento, devem ser situações que favoreçam uma saúde mental saudável. A internação na Casa do Senhor, não foi percebida como uma possibilidade de livrar-se dos sujeitos que abusam de SPA. Estavam lá por vontade própria para alcançar o objetivo de que é a sobriedade. A família é importante para formação social do indivíduo.

TABELA 17 Estou aqui forçado por minha família que não me quer em casa? Recuperando da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão, jan/fev 2018.		
Escala de Likert	N	%
Discordo totalmente	7	46,7
Discordo	7	46,7
Indiferente	1	6,6
Concordo	0	0
Concordo totalmente	0	0
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

A família é a unidade básica da sociedade, afirma Costa (2014, p. 52). É a primeira referência da pessoa, em que está ligada por laços afetivos. “[...] é onde aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É um dos grupos responsáveis por nossa formação pessoal”, continua o autor.

[...] A partir da década de 60, a família sofreu muitas modificações; cresceu o número de separações e divórcios; a religião foi perdendo força, não mais conseguindo segurar casamentos com relações insatisfatórias; a igualdade passou a ser um pressuposto em muitas relações matrimoniais. No século XXI, costuma-se falar da “crise da instituição família”. Não trata, porém, propriamente do enfraquecimento da instituição família, mas de inúmeras transformações que ela vem sofrendo em sua interioridade, em função de mudanças socioculturais contemporâneas; novas relações entre os sexos, ” (COSTA, 2014, p. 52)

Costa (2014, p. 55-56), ainda apresenta vários tipos de famílias na contemporaneidade, entre elas: nuclear, monoparental, recasada, homoafetivas, separados, adotivos, etc. Em saúde mental é muito pertinente os profissionais de saúde, realizar o genograma, como forma de conhecer e mapear famílias. Genograma é uma representação gráfica da família, onde pode perceber fortalecimentos e

desgastes. De igual forma, o ecomapa, focaliza as dimensões ecológicas em sua trajetória de vida. Como vimos isto anteriormente. As figuras abaixo mostram a família na contemporaneidade e a nova família brasileira:

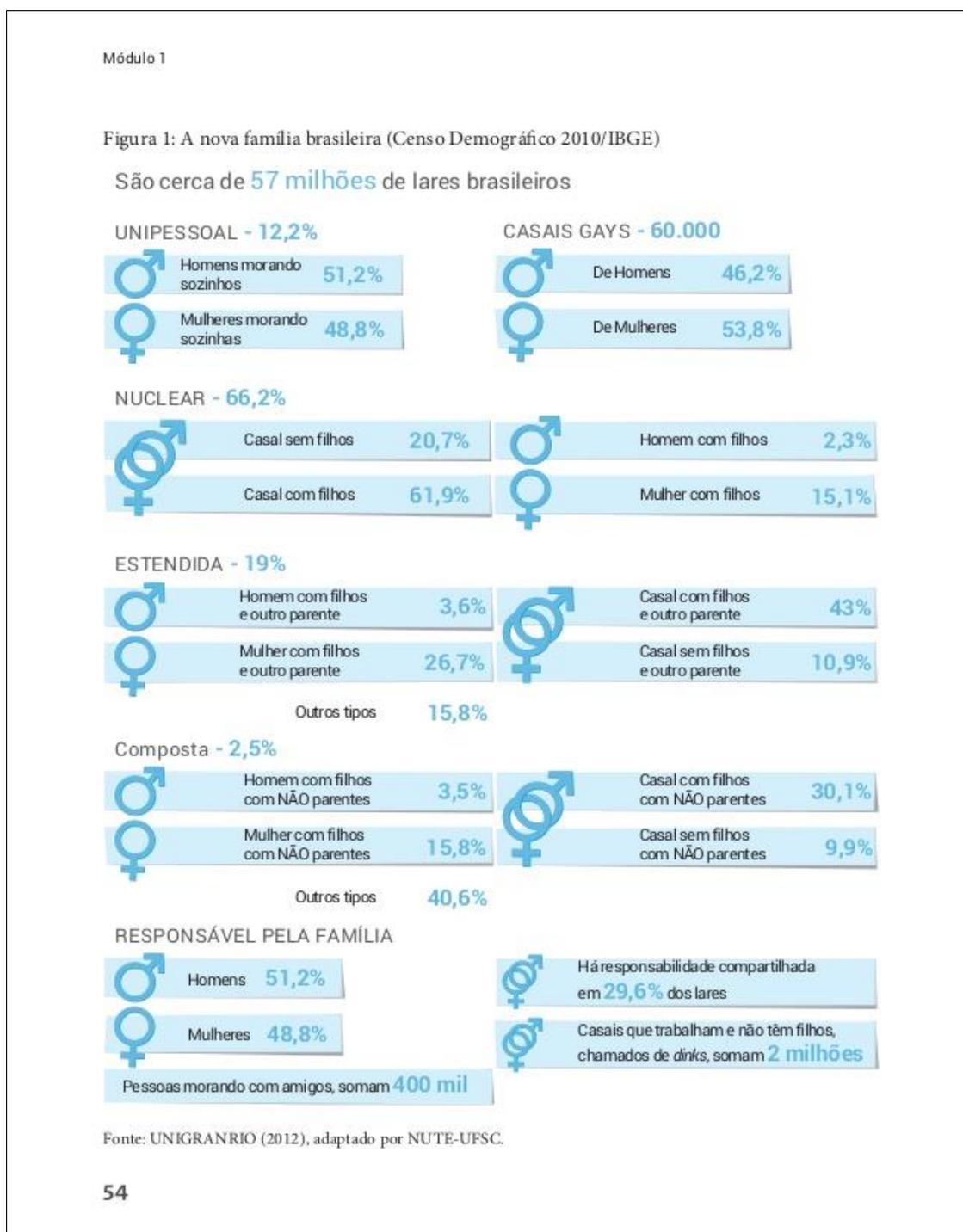
Quadro 5 A família da contemporaneidade:

Tipos de família	Características
Família Nuclear	Pai e mãe estão presentes, morando na mesma casa, e todas as crianças são filhos desse casal.
Família monoparental	Apenas a mãe (ou o) pai estão presentes, vivendo com seus filhos e, eventualmente, com outros menores de idade sob sua responsabilidade, sem nenhuma pessoa maior de 18 anos, morando na casa
Família recasada	Pai e/ou mãe vivendo em nova união, legal ou consensualmente, e podem ter seus filhos vivendo ou não juntos na mesma casa, sejam eles próprios, sejam de casamentos anteriores.
Família não convencional	Grupo mais amplo que consiste na família nuclear (pai, mãe, filhos) mais os parentes diretos de ambos os lados, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos para pais avós e netos.
Família homoafetiva	Casais do mesmo sexo adotando filhos ou um deles faz inseminação artificial ou via barriga de aluguel.
Família de pais separados	Família dissolvida, porém os ex-cônjuges ficam com a guarda compartilhada dos filhos.
Família de filhos adotivos	Devido a alguns problemas de infertilidade, o casal adota filhos ou, além de serem filhos biológicos, opção pela adoção também.
Família uniparental	É assim definida quando o ônus da criação do filho é de apenas do marido da mulher, seja, seja por viuvez, seja por maus tratos, etc.
Família sem filhos	Resulta da combinação de mudanças na maternidade (muitos casais esperam mais tempo para ter filhos ou excluem a gestação de seus planos) ou, na evolução da educação e da renda, permitem que os filhos saiam de casa para estudar.

Fonte: Costa (2014, p. 53)

Esta é uma questão que os serviços de saúde devem se adequar, a fim de não cometerem iatrogenias, preconceito, e complicações legais. Ecco (2013), discute o tema do preconceito na clínica contra os sujeitos adoecidos com HIV/AIDS. Os vários tipos de família, associado ao poder coercitivo das religiões, com seus sistemas simbólicos, sobretudo, as protestantes, podem ser uma questão que requeira acomodações rugosas de ambas as partes, e pode influenciar na tomada de decisão de internação ou não nas CTs. Isto é uma clara posição de preconceito, ainda mais quando o caso está vincado aos aspectos de ordem sexual.

Figura 8 A nova família brasileira (Censo Demográfico 2010/IBGE)



Fonte: UNIGRANRIO (2012), adaptado por NUTE-UFSC

Em sua tese de doutorado Ecco (2013), *Religião e soropositivos para o HIV/AIDS: preconceitos sobre doença e sexualidade*, em 2013, (PUC-GO), quando relaciona, família e os contextos da religião, afirma que ambos, podem ser entendidos como sistemas simbólicos. Assevera que a religião estabelece relações poderosas, duradouras, e motivações, por meio dos seus sistemas simbólicos. E no caso do

enfrentamento do HIV em contexto familiar, o crer religioso, é uma forma significativa de enfrentamento das angústias imposta pela doença. Considera ainda o autor, que nos contextos familiares, pode haver, discriminação, exclusão, ou a busca do enfrentamento em seus processos de adoecimentos, ou crises. (ECCO, 2013, p.120-121). Veja o que diz:

[...] Neste caso, tanto a família como a religião desempenham papéis semelhantes para os sujeitos. Ambos podendo ser entendidos como sistemas simbólicos. Para Gueertz (1989), a religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas e duradouras motivações nas pessoas, por meio de conceitos de ordem de existência geral, e vestindo estas concepções com tal aura de fatalidade que as motivações parecem singularmente realistas. No caso dos participantes desta investigação, a experiência do HIV em contexto de família desestruturada, quando os sujeitos idealizam uma família aconchegante é tão presente que a crença religiosa é uma das formas de suportar as angústias impostas por tal experiência. Nota-se que, de fato, o que vai influenciar no comportamento do portador do HIV/AIDS é a família e a sua cultura, sua crença, assim como o contexto em que a mesma está inserida, podendo ocorrer a discriminação do indivíduo e exclusão do grupo familiar, ou a busca de formas de enfrentamento e de superação da realidade que a doença traz. Portanto, além do apoio familiar, há também a influência da religião como estratégia da família para conviver com o HIV/AIDS. (ECCO, 2013, p.120-121).

Quando perguntados se a família lhe oferece todo apoio na sua recuperação, no uso de SPA, a maioria absoluta, doze (12/80%) responde que concordam totalmente com esta afirmação. Se somar-se os que concordam (2/13,4%) teremos quase que a totalidade dos colaboradores, ou seja catorze (14/93,4%). Apenas um é indiferente.

Escala de Likert	n	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Indiferente	1	6,6
Concordo	2	13,4
Concordo totalmente	12	80,0
TOTAL	15	100

Fonte: Dados colhidos pelo pesquisador, 2018.

Continuando a descrever a teoria de Ecco (2013), que, baseado em Geertz (1998), afirma que a família, e a religião são instituições aliadas, com seus sistemas simbólicos, nos fortalecimentos de conexões duradouras e firmes, para estabelecer

sentido nas crises familiares, pode-se inferir que no caso dos sujeitos internados na Casa do Senhor, ela é fundamental na recuperação dos indivíduos, uso problemático de SPA. Poletto e Koller (2008), em sua teoria, concordam que a família, cujas relações, se mostram afetivas, e com comprometimento emocional saudável, provoca na criança, no tempo próprio, condições de enfrentamento das crises, com maior salutogenicidade. Costa (2014, p.58-59), quando considera a família, e o contexto no uso/abuso de SPA, discute o impacto que, sofrem os entes familiares, quando um integrante, sofre com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Os dados quantitativos, portanto, apontam para o entendimento de que, a família dos internos da CT Casa do Senhor, os apoiam em suas crises pelo uso problemático de drogas.

Na análise qualitativa, destaca-se as falas do *REC15/30 anos*, ao apontar o seu irmão que o ajudava a ser manter sóbrio. Diz que todo o seu empenho é para ter a família de novo, que para ele é a sua vida. A sua representação social sobre família para este recuperando é ser sua vida. Querer ter a filha, e a família de volta, possivelmente esteja relacionado para *REC15/30 anos*, com uma possível reinserção social. Para entender o conceito de reinserção social, retomemos o conceito de exclusão, de privação do acesso social, básico da vida como família, moradia, trabalho e renda.

A reinserção social é tema que deve estar na agenda dos profissionais de saúde mental. Sendo a abstinência um dos fatores importantes na clínica, porém, não o único, é necessário avançar para além do modelo biomédico, flexneriano, uniaxial, e olhar o indivíduo com uso problemático de SPA, holisticamente. (COSTA, 2014); (CHIORO DOS REIS, 2016). Ainda sob a pena de Costa, (2014, p. 62): “A reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas, e seu objetivo é a capacidade da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania”. Neste caso, somente a abstinência de drogas para o indivíduo, deixa de ser seu objetivo maior (p. 62). Ter a filha de volta, recuperar a família, é outro objetivo para *REC15/30 anos*, além, o da abstinência de SPA.

Meu irmão tentou muito me ajudar. Dizia: vamos moço, vamos para a igreja, vou te ajudar moço. Eu não quero ver você morrendo. Tentou de todo jeito. Para mim tanto faz como tanto fez, aquele lugar era nada, poderia estar em qualquer lugar. Hoje eu vejo assim que está sendo muito importante para mim, hoje eu entendo o que meu irmão falava. Hoje eu consigo falar com Deus. Hoje eu digo: consegui falar com Deus! (REC15/ 30 anos)

[...]. *Ter minha filha de novo, minha família de novo. Para mim é isto aí, minha vida! Isto aqui significa minha vida! (REC15/30 anos)*

Desrespeitar a família foi fundamental, segundo *REC2/24 anos*, para influenciá-lo no uso de SPA. Não seguir os conselhos dos pais, para escolher as amizades, influenciou na sua escolha. Tanto em Costa (2014), como em Ecco (2013), a família é um coadjuvante no enfrentamento no uso de SPA, e no adoecimento.

A família é relevante no processo de recuperação ao uso abusivo de drogas. Sua participação é fundamental para que o sujeito sinta autoestima e fortaleça o enfrentamento nas suas crises. Nos contextos ecológicos, a família se enquadra no menor círculo de contato dos sujeitos, chamado de microssistema, onde se circunscreve, pela teoria de Poletto e Koller (2008), proteção, resiliência e diminuição dos riscos.

Costa (2014, p. 47), escrevendo para o *Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao uso de Drogas*, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, a fim de capacitar *Conselheiros e Lideranças Comunitárias*, destaca o apoio da família como coadjuvante no controle, no enfrentamento ao uso de SPA. Vejamos as percepções destes sujeitos, após serem perguntados o que os levou a consumir drogas:

A família é uma base para enquadramento social do *REC2/24 anos*, quando em suas representações as ordens de comando dos pais, era para que não andasse com pessoas 'erradas', o que ele não cumpriu. Isso, segundo sua percepção o levou a consumir primeiramente bebidas alcoólicas. Na infância *REC11/24 anos* afirma que perdeu (*morreu*) sua mãe aos dez anos, aos 12, começou usando álcool, aos 13, cocaína e aos 15, maconha. Sua representação social para o uso de SPA, está focado em não entender a morte da sua mãe.

A ausência do pai pela separação de sua mãe, e pelo pai ser alcoólico quando tinha cinco anos de idade, e para preencher o 'vazio', influenciou na decisão de *REC.13/28 anos*, em consumir SPA. De igual forma a separação do *REC.15/30 anos*, foi o objeto fundante de sua drogadição, começando com o álcool para esquecer seus problemas. Suas representações sociais, revelam que, voltar para casa, receber ajuda da mãe, foi fundamental para o enfrentamento ao uso de SPA.

E, eu digo assim, devidamente por eu me influenciar cedo com bebidas alcoólicas, de não ter como se diz, fazer o que certo como os pais da gente diz ne. Andar com pessoas erradas, desrespeitar a família. (REC2/24 anos)

Aos dez anos de idade eu perdi minha mãe, e isso foi o fator inicial para minha revolta e o uso de drogas, comecei com doze anos bebendo álcool, com treze cheirei cocaína, com quinze comecei com a maconha, durante muito tempo não consegui entender a morte da minha mãe. (REC.11/24 anos)

Acho que eu estava sentindo falta de alguma coisa para encher um vazio, devido ao ter me separado da minha esposa, com dois filhos, aí eu fiquei muito só e, eu acho que foi por isso. Preencher um vazio que estava faltando na minha vida. (REC.12/43 anos)

A ausência do meu pai. Ele se separou da minha mãe na minha infância, bebendo muito. Se separou da minha mãe quando eu tinha cinco anos. (Com muita dificuldade para falar) (REC.13/28 anos)

O que me levou a consumir drogas foi por causa da minha separação. Até este momento eu não usava nada. Fiquei isolado da minha mãe da minha filha. Trabalhava num lugar afastado, lá o povo usava álcool, aí eu comecei a usar o álcool para mim esquecer. Usando álcool, usando, usando. O dinheiro que eu conseguia era para consumir álcool, fiquei dependente. Não liguei mais para nada, só queria beber. Aí consegui voltar ao normal de novo, consegui me regularizar. Voltei para casa, minha mãe me ajudou, me deu uma casa, fui morar lá. Morando sozinho. Eu estava muito isolado, muito triste. (REC.15/30 anos)

Como visto, a partir das representações sociais dos recuperando, a família foi significativa na influência do uso de SPA. Ou pela ausência dela, ou por situações de conflito no seu interior.

A partir dos vários modelos existentes, a família é a base da formação, da afetividade, onde se percebe o mundo e o posicionamento frente a sociedade. Isto posto, corrobora com a teoria de Costa (2014, p. 52), quando afirma ainda, que a partir da década de 1960, aumentando o número de separações e divórcios, e com a religião perdendo forças, cresceu também a crise no interior das famílias, provocando sujeitos, de igual modo em crise, e que, nas representações sociais destes recuperandos, buscam nas SPA, alento para suas mazelas. Portanto, a família pode tanto cooptar com o uso de SPA, como servir de enfrentamento para seu uso.

Mais de 90%, que afirmam ser a família fundamental na sua adicção, comprovando as teorias de Ecco (2013), Silveira e Silveira (2014) e Costa (2014), as famílias podem experimentar momentos positivos no enfrentamento das crises, e no processo saúde/doença.

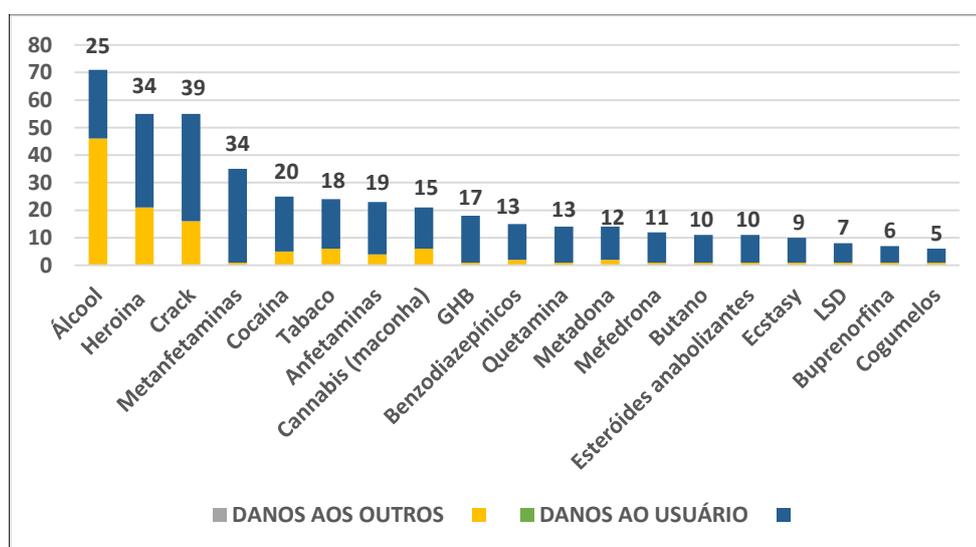
O abuso no uso de álcool, afetam de maneira substancial as famílias. *REC.1/32 anos* e *REC.2/ 24 anos*, afirmam que começaram a usar SPA, começando pelo uso do álcool. Vejam suas falas quando perguntados o que os levou a consumir SPA:

Em primeiro lugar eu conheci as drogas através do álcool. Começou com certas amizades e a influência de amigos naquela ocasião. E também a dificuldades e os problemas na rua, raiva, ai começou estes problemas. (*REC.1/32 anos*)

E, eu digo assim, devidamente por eu me influenciar cedo com bebidas alcoólicas, de não ter como se diz, fazer o que certo como os pais da gente diz ne. Andar com pessoas erradas, desrespeitar a família. Passar a rua na noite fora. Conhecer pessoas que já estava naquela vida. Devido fui pelo álcool, pelas amizades que adquiri no mundo. Os caras usavam maconha, eu comecei a usar maconha, quando fui pensar já estava no crack. Usar o crack foi fundamental usar bebida alcoólica, e o erro de desrespeitar minha família, e não chegar cedo em casa. (*REC.2/24 anos*)

Cooptando o uso de (SPA), e os aspectos sociais, em se tratando do uso de álcool, Silveira e Silveira (2014, p.76), os efeitos dessa substancia provoca euforia, relaxamento, dificuldades de executar tarefas, coordenação motora prejudicada, e causa mais danos aos outros do que ao próprio sujeito. Outras drogas causam mais danos ao sujeito, do que a outros. Veja a figura a seguir:

Figura 9 Pontuação de danos gerais aos outros e ao usuário.³³



Fonte: Silveira e Silveira (2014, p. 76), adaptado por NUTE - UFSC

³³ Esta pontuação não se relaciona ao grupo de substancias, mas ao tipo de drogas consumidas.

Famílias que no seu interior existam indivíduos que abusam de álcool, o que uma intervenção breve pode diagnosticar, conforme, De Micheli e Sartes (2014), em *Detecção do Uso Abusivo em Adolescentes usando o DUSI e o T-ASI*, enfrentam crises, desajustes, furtos de objetos da casa para trocar por drogas. Isto traz grande crise e desconforto no meio ambiente familiar. A família pode ser coadjuvante, para influenciar o uso. Neste contexto, o genograma e o mapa mínimo de rede, o entendimento dos contextos bioecológicos, como afirmam Costa (2014); Poletto e Koller (2006). São instrumentos potencialmente valiosos no diagnóstico do uso problemático de álcool e outras drogas, como na instituição de medidas terapêuticas no matricialmento, e no PTS, identificando os desgastes e fortalecimentos.

Concomitantemente, Silveira e Silveira (2014, p. 90) afirmam que o meio ambiente “é o cenário onde se desenrola o encontro do sujeito com a droga, caracterizado pelo contexto em que ocorre esse uso. Nesse caso torna-se importante compreendermos a existência de diferentes significados desses usos”. Portanto, uma droga pode ser utilizada, como vimos anteriormente, como uso recreativo, religioso e para fuga de situações insuportáveis, complementa. Veja o seguinte texto de Silveira e Silveira:

[...] Tomando por exemplo diferentes contextos e finalidades no consumo do álcool, uma pessoa pode consumir álcool socialmente em um encontro com amigos, em contexto ritual (o vinho, na qualidade de símbolo do ‘sangue de Cristo’, na liturgia cristã), como tentativa de relaxar ou diminuir a ansiedade ao final de um dia difícil ou para não pensar em problemas pessoais de difícil resolução (fuga da realidade). São exemplos de diferentes contextos em que o mesmo sujeito pode fazer usos completamente distintos de um mesmo produto (no caso o álcool). (SILVEIRA e SILVEIRA, 2014, p. 90)

Uma substância para ser usada deve-se levar em consideração sua forma de apresentação, acessibilidade e custo. Há diferentes modos de uso, Silveira e Silveira descrevem os diferentes modos de uso de SPA como (ingerida, inalada, fumada, injetada). Suas características farmacológicas com rápida absorção e distribuição, gera o potencial de dependência e seus efeitos fisiológicos.

Destaca-se que o padrão de uso de qualquer substância psicoativa, seja ela lícita ou ilícita, proporciona riscos a integridade física dos usuários, haja vista, os acidentes de transito ocasionado pelo efeito do álcool. Abuso (uso nocivo) e dependência: “para efeito de diagnóstico, a Classificação Internacional de Doenças

(CID-10) propõe critérios diagnósticos para diferenciar o abuso (uso nocivo) e a dependência [...] (SILVEIRA e SILVEIRA, 2014, p. 93). Vejam o que dizem:

[...] Síndrome de abstinência - um diagnóstico definitivo deve ser usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido apresentados durante a maior parte do tempo, no período de um ano: a) forte desejo ou compulsão para consumir a substância, b) dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância [...], c) estado de abstinência fisiológica [...], d) evidência de tolerância, em que quantidades crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor da substância psicoativa e f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente danosas (SILVEIRA e SILVEIRA, 2014, p. 93).

Silveira e Silveira (2014, p. 96) afirmam que, dependência química é o impulso que leva uma pessoa a consumir substâncias psicoativas de forma contínua ou periódica, para obter prazer, pode trazer riscos a uma boa qualidade de vida.

Como visto, os contextos bioecológicos que se referem os autores, possibilita perceber o objeto fundante ao uso abusivo de drogas, suas implicações psicossociais e subjetividades, fornecendo ao cuidador elementos que possam servir de apoio para determinar padrões de uso, sua reinserção social, e o pleno exercício da cidadania.

Reinserção social, deve ser pensado, para uma melhor compreensão da questão, relacionando-a exclusão. Quando o sujeito é privado de sua cidadania, privado de determinadas funções, da família e da sociedade, isto é um óbice para o seu estabelecimento efetivo. Não há reinserção social com exclusão social. Segundo Costa (2014, p. 62), “[...] O exercício da cidadania para o sujeito em tratamento significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida pelo uso problemático de drogas, [...] a abstinência da droga deixa de ser o objetivo maior do tratamento [...]”.

O autor termina dizendo que a reinserção social que possa estabelecer vínculos positivos dos sujeitos que abusam de substâncias psicoativas, é o maior desafio dos cuidadores. A determinação da abstinência de substância psicoativa tem como objeto fundante, e o que se preconiza nos serviços de saúde a estes sujeitos como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e os CNR (Consultório na Rua) por exemplo, não é a abstinência, mas, a redução de danos. Para isto é necessário conhecer o que é padrão de uso.

Compreende-se, portanto, que o padrão de uso pode ser danoso, tanto para a qualidade de vida dos indivíduos, como para as relações familiares. No que se refere ao álcool é mais contundente a crise aos terceiros.

A relação destes indivíduos internados na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor com sua religiosidade, permite afirmar que há CREP e CREN. A religião que faz sentido, pode ser um espaço de acolhimento e pertencimento para os acólitos, nomia, salvação, e o fornecimento de um espaço sagrado, o cosmos; pode também ser fornecedora de caos ao proporcionar culpa, relacionamentos fragilizados, sensação de não pertencimento e preconceitos doutrinários.

A família que, no seu interior, acolhe, cuida, promove relacionamentos saldáveis – salutogênico emocionalmente, pode ser um contexto bioecológico promotor de enfrentamento das crises, e preventivo ao uso problemático de SPA. Contudo, dependendo das concepções culturais, relacionamentos frouxos, disciplina condescendente, desajustes familiares com uso problemático de SPA, configura como adjutor ao uso de drogas.

Quanto ao mérito da questão relacionada a redução de danos e a abstinência quanto ao uso de drogas, o primeiro preconizado por um grupo de profissionais da saúde, e o segundo como terapêutica proposta por CTs respectivamente. Se as CTs sinalizam como análogas ao manicômio. Se a religião faz sentido para os recuperandos da Casa do Senhor. Será objeto das considerações nada finais.

CAPÍTULO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Religião se discute sim! E, atualmente está no centro no centro nevrálgico entre a fé e a ciência. O primeiro, relacionado aos aspectos epifenomenológicos, não controlados quantitativamente, e o segundo baseado no processo quantitativo Comtiano. Substâncias psicoativas é um tema que acompanha a humanidade através dos séculos na história. O seu uso era, e é utilizado para vários motivos, influenciando a economia, seja pelo seu uso em compostos medicamentosos, seja pelo fato de ser utilizado pelo tráfico de drogas. É, também por questões culturais, diversão e para finalidades rituais religiosos. Porém, seu uso problemático, pode trazer consequências deletérias na sociedade e a saúde dos indivíduos.

O processo terapêutico que seja mais eficiente, é o que propõe a redução de danos, ou o que opta pela abstinência? Neste último caso, enquadra-se as comunidades terapêuticas, como vimos. A religião pode se constituir como efetiva para o enfrentamento no consumo de drogas? Faz sentido para os sujeitos internados em casa de recuperação? Qual a percepção dos indivíduos internados na CT Casa do Senhor, quanto a terapia da religiosidade, e o cuidado da família no enfrentamento dessas substâncias? O embate entre o Conselho Federal de Psicologia, a Associação Brasileira de Saúde Mental, entre outros, é uma 'luta' entre aqueles que defendem os valores fundantes da reforma psiquiátrica, e aqueles que querem manter o seu teor manicomial? As Comunidades Terapêuticas são instituições manicomiais, que empregam a internação compulsória, e prendem seus recuperandos em cela forte? Esta internação, demanda uma religiosidade positiva ou negativa?

As drogas sempre estiveram interligadas a história da humanidade. O homem sempre a utilizou para fins diversificados. Para se divertir, para aspectos religiosos, culturais, ou para fins medicamentosos, como falamos anteriormente. Hoje se fala de que há uma epidemia quanto ao uso de drogas. Há mesmo uma epidemia? A quem interessa essa afirmativa? Uma epidemia é representada, quando o número de casos de uma doença é maior do que o esperado para aquele determinado tempo, ou para um determinado grupo. Nesse aspecto, um caso pode ser configurado como epidêmico, se não havia nenhum caso anteriormente.

Podemos dizer que há uma epidemia do uso de drogas em Imperatriz? Por ser uma cidade polo no atendimento aos agravos em saúde. Por ser diametralmente

epicentro de grandes capitais. Imperatriz recebe um contingente significativo de pessoas adoecidas, de várias regiões. Isto, pode determinar sim, um maior número da taxa de morbidade e letalidade, em termos epidemiológicos.

Quando se trata de abuso de SPA, Imperatriz figura com uma quantidade significativa dos indivíduos atendidos com agravos pelo uso problemático de álcool e outras drogas. Tanto pelo *Programa Consultório na Rua – CNR*, como pelo Centro POP – *Centro de Referência Especializado para População de Rua*, previsto pelo Decreto nº 7.053/2009, entidade sócio assistencial, que cuida dos sujeitos que estão na rua, e em situação de rua. Na sua maioria, com história de uso problemático de drogas. Há uma quantidade significativa de leitos hospitalares para indivíduos que sofrem com transtorno mental. Quinze/15 leitos no Hospital Geral Municipal de Imperatriz – HMI; 12/doze vagas no CAPS Ad; 12/doze vagas no CAPS III; e mais de cento e oitenta/ 180 em CTs. Além do CNR e Centro POP. Somando as vagas do CAPS Ad, CAPS III e vagas no HMI, temos uma taxa de vagas em Imperatriz, para sujeitos com transtorno mental de 15,1%, por mil habitantes e, taxa de ocupação, 7,75% por mil. Para os indivíduos que usam/abusam de drogas, a taxa nacional de leitos por mil habitantes é de 0,36%, e a de ocupação de 0,25%. Enquanto que em Imperatriz é de, 4,65% e 3,88%, respectivamente. A oferta de leitos hospitalares em Imperatriz é adequada, em relação a sua demanda. O que é necessário discutir, e implementar, é a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A saúde mental, e atenção aos sujeitos que abusam de SPA, necessitam de maior apoio da ESF, com a implantação do mapa mínimo de rede – ecomapa, matriciamento e PTS.

É possível perceber a importância da religião na vida do ser humano. Vimos como ela pode ser salutogênico para o que crer, conforme Aquino, Caldas e Pontes. Quiceno, fala da possibilidade da religião fornecer sentido, enfrentamento e felicidade. Assim como destacaram Lemos e Ecco, quando estudaram a religião, no enfrentamento da AIDS/HIV. E, não é diferente para aqueles que usam/abusam de drogas, quando a ela recorrem, para o enfrentamento e adquirir sobriedade. Contudo, pela sua estigmatização ao uso de drogas, é fundamental, que os cuidadores, recorram a uma assistência humanizada, que vá além do processo marginalizante que diferenciam classes sociais. Ir além do conceito de que para alguns sujeitos, o uso é tolerável, seja pela cor da pele, o endereço onde são consumidas estas substâncias, quantidade, como preconiza a Lei do CONAD. Ou, se o seu uso compete com o

exercício sacerdotal, por possibilitar alegria e paz ao acólito. Ou, o seu uso configurar possibilidade de absenteísmo ao trabalho prejudicando a produção, e o lucro de empresários.

O panorama social do uso de drogas, relacionando o seu uso/abuso, considerou-se a questão de que, tanto pela história através dos tempos, tanto quanto as Lei de combate ao seu uso, há sujeitos que podem a utilizar, e, os que não podem. Neste aspecto, é fundamental considerar a questão relacionada ao social, religião, condição de inserção social e, cultura. Frankl, e sua teoria nos mostra que o sujeito, não pode ser visto apenas como alguém que só serve, para sociedade se contribuir economicamente, e fazer parte do sistema de consumo. Sua experiência no campo de concentração hitleriano, mostrou como é danoso a ideia, do ideal ortogênico ontológico, como matriz da existência humana. Diferentes, são para conviverem juntos. Desgraçadamente o ser humano necessita do diferente para se ver diferente, e 'mata' este diferente. O ser humano deve produzir para entender, ou entender, para produzir! Basaglia em sua reforma psiquiátrica, aludiu a ideia de que não é necessário produzir para existir. No entanto, em estudos realizados por Oliveira, citado por Calimam, determinam que um dos critérios para sujeitos que abusam de SPA, é a perda das obrigações sociais, familiares e laborais. É assim com aqueles que sofrem com transtorno mental! É assim com aqueles que abusam de SP! São marginalizados! Uma mulher que usa crack, não é uma mulher, uma mãe, uma esposa, uma cidadã! É uma drogada! Uma bandida! Marginal! Ela tem um CID – Código Internacional de Doença, assim como um cardiopata. Necessita ser tratado como adoecida, ou seja, a doença é apenas um aspecto na sua existência. Como diz Chioro dos Reis, a doença não está evocada na unicausalidade, e sim na multicausalidade. O sujeito que sofre com abuso de SPA, deve ser cuidado em toda sua dimensionalidade humana, holisticamente. Como adoecido e como cidadão. Deve ser cuidado para produzir, e produzir para se sentir sujeito e cidadão.

Os aspectos presumidamente coercitivos dos coordenadores, não foram suficientes para determinar que os indivíduos internados na Casa do Senhor, não pudessem vê-la como possuidora de sentido e nomia, conforme Berger e Geertz.

Os resultados desta pesquisa possibilitaram, pelas representações sociais dos internos da Casa do Senhor, perceber que, ao mesmo tempo a religião, em que

pese, trazer pressão para os indivíduos, aliviam suas crises, quanto ao consumo de SPA, corroborando com Moscovici, Durkheim, Eliade, em sua psicologia da religião, aspecto social da religião, e o fenômeno da religião. O sentido de pertencimento, de comunidade, em participar de um grupo com objetivos definidos como a sobriedade, ultrapassa os aspectos relacionados a disciplina requerida, as tarefas que desenvolvem no dia a dia, as atividades de vida diária, a organização do ambiente, que é um espaço cósmico. Tudo isto é sublimado pelo desejo de viver a sobriedade, e de novo ser aceito pela sociedade e pela família. Antoniasi *et al*, apontam que o trabalho visa atender as demandas individuais, familiares e sociais. É, melhor para eles, adequar-se aos preceitos e requerimentos exigidos pela instituição, do que sofrer com novo estigma da sociedade e da família quanto ao uso problemático de drogas. Estas concepções se traduzem como CREP, para estes internos.

A descrição dos indivíduos internados na CT Casa do Senhor, estão entre a faixa etária de 18 a 52 anos de idade. A maioria absoluta professa catolicidade romana, e uma minoria, evangélica. É de grande importância, e está no Código de Ética das CTs, que não há possibilidade de imposição de uma determinada confessionalidade religiosa dentro das CTs. Esta conduta além de ferir o código de ética da FEBRACT, é inconstitucional pelo que preconiza o Estado laico, e ainda é iatrogênica, não corroborando com uma boa recuperação ao uso abusivo de drogas. Encontrou-se esta situação na Casa do Senhor. Internos de igrejas históricas, pentecostais e neopentecostais, questionando o fato de ter que participar dos rituais de confessionalidade católica na instituição. Isto foi cooptado, como CREN, pelos internos da Casa do Senhor. E, amplamente criticado pelo CFP, ABRASME entre outros, como ponto negativo nas CTs, que entraram no estudo do *Relatório Nacional das CTs*. Este é um ponto que deve ser amplamente discutido pela sociedade civil, pelo fato de como uma CT, cuja vocação primeira deve centrar-se na cura/melhora/redução de danos do adicto e sua sobriedade e bem-estar, e não em concentrar-se na finalidade do aumento de acólitos, para sua confessionalidade.

Percebeu-se que quanto aos padrões de uso de SPA, quando ainda não estavam em plena recuperação, e internados o seu início deu-se na adolescência, e avançando para o uso problemático. Consumo em quantidade, compatível com que os instrumentos DUSI-CAGE e ASSIST, determinam como uso abusivo e dependência. No que se refere ao álcool, 73%, dos colaboradores o usavam todos os

dias e, 66,7%, usavam mais de dez doses/dia. Isto, afetava de maneira contundente os familiares, trazendo prejuízos nos relacionamentos, e promoção de crise familiar e social. Estes achados são significativos para provocar aos interessados na questão do enfrentamento ao uso de drogas na adolescência como, gestores de saúde municipais e estadual, educadores, instituições religiosas, militares e a sociedade civil, na promoção de saúde, prevenção de agravos, e pesquisas, quanto ao uso de SPA, por adolescentes. Silveira e Silveira, apontam que o uso do álcool, afeta mais a terceiros do que aos usuários. E os estudos de Micheli e Sartes, corroboram que o uso de SPA entre adolescentes e crianças, afetam de maneira significativa a cognição e o desenvolvimento social, desses indivíduos. Portanto, é imprescindível que políticas de enfrentamento ao crack e outras drogas, na adolescência preferencialmente, tenha uma ampla participação da família, e política de cuidados também aos familiares, políticas intersetoriais, com efetiva participação da escola no processo, lazer, esportes e aprendizagem profissional, atuação efetiva da atenção primária em saúde, e controle social nas políticas de saúde.

A Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, segundo as respostas dos sujeitos da pesquisa, sugere compreender tratar-se de um serviço religioso que, pelas representações sociais destes internos, é relevante e que a religião é significativa e fornecedora de sentido, nomia e espaço cósmico. Seus sacerdotes são eficazes na oferta do que é sagrado. Controlam os ritos com eficiência, aludem a divindade para fortalece-los na sua adicção. Contudo, alguns dos coordenadores, são autoritários, não democráticos, e apresentam atitudes de preferência por alguns internos, e preterimento de outros. Isto é visto como CREN, para o propósito da recuperação. No, entretanto, a oferta do sagrado pelos sacerdotes, o convívio com seus pares no objetivo da sobriedade, são aspectos de CREP, para estes internos. O ambiente ara ser terapêutico tem que ser livre de imposições e atitudes não democráticas. Deve ter o sentido de pertencimento para que possa atingir seu objetivo, que nesse caso, é a sobriedade dos internos. Estes achados da pesquisa corroboram com a teoria durkheimiana, Berger, Geertz, quando as funções dos sacerdotes e o espaço de solidariedade que deve haver na comunidade dos acólitos.

No âmbito da reforma psiquiátrica os ambientes promotores de comprometimento e ampliações dos agravos, foram substituídos por aqueles promotores de salutogenicidade, com aspectos democráticos, baseado na reforma

basagliana na Itália centrada no humanismo e exaltação da cidadania. As representações sociais dos internos quanto ao ambiente da comunidade Casa do Senhor, é promotor de cosmos, favorável à recuperação do uso de SPA.

Por estas representações sociais dos internos da Casa do Senhor, podemos afirmar que aquele ambiente em que se recuperam, não coopta com os ambientes manicomiais da Europa parisiense denunciados por Michel Foucault, determinado a higienizar a cidade, utilizando a “Nau dos Loucos”, nem o trágico “Trem de Barbacena”, mostrado por Daniela Arbex. Pelos estudos realizados através do Conselho Federal de Psicologia, ABRASME entre outras instituições, as comunidades terapêuticas investigadas eram análogas a instituições manicomiais. Internações compulsórias, com cela forte, e desumanização. Porém, na Casa do Senhor a percepção dos internos como foi dito anteriormente, difere desses achados. Como vimos, percebem os internos da Casa do Senhor, que ali é um ambiente salutar, mesmo com exigências disciplinares, que para eles ajudam na formação do caráter, necessário para adicção, e enfrentamento ao uso de SPA.

As atividades laborais, são representadas pelos colaboradores da pesquisa como ações de grande importância para recuperação do uso de drogas. Suas representações sobre o trabalho diferem das que preconiza a inspeção nacional das CTs. Para estes o fator laboral é plástico e coopera na adicção. Muito embora, sinalizam com algumas questões relacionais que obscurecem o sentido de comunidade, prejudicando a comunhão e o espírito de grupo. Isto nos permite inferir que há CREP e CREN na CT Casa do Senhor.

É possível, e há relatos sobre o fato de que algumas CTs, utilizam-se dos trabalhos dos seus internos para fins lucrativos. Contrato com empresas que se utilizam do labor dos recuperandos, gerando lucro só para instituição e para empresas. Isto foi denunciado pelo Relatório Nacional das Comunidades Terapêuticas, e, deve estar no centro das discussões das entidades interessadas, a fim de coibir tais práticas que podem fomentar CREN. Reiteramos, portanto, que no âmbito da CT Casa do Senhor, as representações sociais, é de que, repetimos, a terapia ocupacional, fomenta CREP.

A religião pode se traduzir em situação que faça sentido positivo ou negativo, dependendo do modo como é utilizada e pensada. Pelas representações sociais dos internos da Casa do Senhor, há indícios de copyng religioso positivo e negativo.

Positivo, quando suas religiosidades/espiritualidades, fortalecem no enfrentamento das crises no abuso/uso problemático de SPA, que associam a presença de uma divindade; quando neste enfrentamento, mostram sentimento positivo da divindade, quando o associam a abstinência ao uso de SPA; associam ainda, a uma sólida participação pessoal na adicção, não delegando a divindade todo o trabalho na busca da sobriedade. Sentimento de pertencimento na CT, bom relacionamento com seus pares, e, na oferta de ajuda aos acólitos; quando relatam os cuidados efetivos dos sacerdotes.

Negativa, quando associam sentimento de culpa, quanto ao uso de SPA; insatisfação com o outro institucional em relação a atitude opressora dos coordenadores; imposição para participação dos ritos que não acreditam, ou que não fazem parte de sua confessionalidade. Neste aspecto pode-se compreender a Matriz Fatorial da Dimensão de CREP/CREN, da escala CRE, entre os fatores P1 à P8 e N1 à N4, na teoria de Panzini e Bandeira. A religiosidade, dos sujeitos internados na Casa do Senhor, ainda aponta, para representações sociais que permite salientar além da espiritualidade positiva, boa autoestima, boa relação com a divindade superior e nomia.

Outro ponto que devemos destacar, é que a participação da família é fundamental no contexto da recuperação ao uso de drogas para is colaboradores da pesquisa. Suas representações sociais sobre a família, revelam que a participação, é fundamental para sua recuperação no uso de drogas. O ecomapa, que poderia ser instituído nas CTs, a fim de, reconhecer os vínculos fortes, fracos, fluxo de energia, que segundo Costa e Bonfenbrenner, podem esquematizar estes fluxos, para os cuidados dos sujeitos que abusam de drogas. Mostra este ecomapa, os lócus da fragilidade, e onde o cuidador deverá intervir. É no interior da família que são construídos os vínculos que servirão de fortalecimento do caráter, e da inserção social dos sujeitos. Também, é dentro dela, dependendo das concepções de mundo, que se podem afluir, matrizes familiares frágeis e que coopta com o uso abusivo e problemático de drogas. Como vimos anteriormente a família é fundamental, no

enfrentamento ao uso de SPA. Nisto, concordam Costa e Ecco, de que a família é coadjuvante no enfrentamento ao uso de SPA, e nos processos de adoecimentos. Portanto, faz-se necessário a capacitação de conselheiros/cuidadores familiares, para o enfrentamento ao uso/abuso de crack e outras drogas.

Ao descrever e analisar as percepções da religiosidade dos recuperandos da Casa do Senhor, sobre o uso/abuso de SPA, e suas representações sociais nos permite compreender os seguintes aspectos gerais: a) o contexto da religiosidade entre os internos e o uso de SPA, os ajuda no enfrentamento desse uso; b) suas percepções apontam ainda que há copyng religioso positivo e negativo, e que a família é fundamental em sua recuperação no uso de SPA. c) nessas concepções são necessários estudos mais amplos sobre o tema, para que se possa compreender a contribuição das CTs, como instituição adjutora no processo de recuperação do uso de drogas. Se deve haver redução de danos, ou, abstinência não é o mérito da questão, faz-se necessário maior debate sobre este tema. É necessário, avançar para além das questões epistemológicas desse ou daquele grupo. O que deve interessar os atores interessados na questão, não é a concepção política, se ultradireitista, ou de esquerda. O que interessa aqui é a recuperação dos sofredores por uso/abuso de drogas e sua inserção, como cidadão na sociedade.

Para alguns, o uso, por pouco que seja, pode ser disparador de uso problemático de SPA. Porém, em algumas religiões o uso pode ter um sentido de entrar em contato com sua divindade, fazendo parte do ritual. Outro fator para o consumo do uso de SPA, é o de oferecer comunhão aos usuários, quando se agrupam, para, por exemplo, degustar uma bebida que contenha álcool, sem maiores consequências.

A hipótese inicial deste estudo permite concluir que fora parcialmente comprovada. Posto que, apontou que, além de CRE, suas representações sugerem CREN. Religião se discute sim, faz sentido para aquele que crê, e no contexto da drogadição pode ser disparador de sentido, cura, e reinserção social. A religião pode, se, bem utilizada ajudar no enfrentamento ao uso problemático de drogas.

REFERÊNCIAS

- ANTONIASI, DC; LEAL, JA; TEDESCO, AS. **Terapia ocupacional e farmacodependência: categorização e atualização das publicações nacionais.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2008: abr/jun 32(2):221-228 225
- AQUINO, TAA; CALDAS, MT e PONTES, AM. (org.). - **Espiritualidade e Saúde, teoria e pesquisa.** Curitiba CVR, 2016, 254p.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: genocídio, 60 mil mortos no maior hospício de Brasil.** 1.ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. Presidente da República assina decreto que aprova a Nova Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). < disponível em: <https://www.abp.org.br/noticias/aprovação-nova-pnad>>. Acessado em 12 de abril de 2019.
- BAHLS, FRC e INGBERMANN, YK. **Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência.** Campinas: Estudos de Psicologia I Campinas I 22(4) I 395-402 I outubro - dezembro, 2005.
- BASTOS, FI, e REIS, NB. **Epidemiologia do uso de drogas no Brasil.** p. 107-120. In: Brasil. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça. 6.ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014. 312p.
- BERGER, PL. **O Dossel Sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião.** São Paulo; Editora Paulinas, 1985. p. 15-41.
- BORGES, M. e MELGOSA, J. **O poder da esperança, segredos do bem-estar emocional.** Tatuí – SP: Casa Publicadora Brasileira, 2017. 96p.
- BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica nº 21, Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** (Coordenação Geral e do Survey: Maria Paula Gomes dos Santos). Brasília DF: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia – DIEST, 2017. 50p.
- BRASIL, SENADO FEDERAL. **Lei Antidrogas nº 11.343 (2006)** (Organizador: Paulo Roberto Moraes de Aguiar). 2.ed. Brasília: Subsecretária de Edições Técnicas, 2012. 116p.
- BRASIL/Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde** - 1988. Disponível em <[http:// WWW. saude.gov.br](http://WWW.saude.gov.br)> Acessado em 05 de março de 2013.
- BRASIL/MINISTERIO DA SAÚDE: Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 – Saúde Mental. <disponível em: <https://saudedireito.org/2014/05/26>> Acessado em 12 de abril de 2019.
- BUBNOVA, Tatiana. **Voz, sentido e diálogo em Bakhtin.** São Paulo: Revista Bakhtiniana, 6 (1): 268-280. Agosto/dezembro de 201. (Tradução para o português

por: Roberto Leiser Baronas e Fernanda Tonelli). Disponível em: < <http://www.linguagensdesenhadas.com/imagens/03/textos/autores/BakhtinDiscursonavida.pdf>> Acessado em 13 de maio de 2016.

CALIMAM, SC. **Intervenção da Terapia Ocupacional na Dependência Química.** Sorocaba - SP: Universidade de Sorocaba – Programa Institucional de Iniciação Científica – PROBIC. (Orientadora: Dra. Soraya Diniz Rosa). Agosto de 2014.

CAMPOS, Gastão W.S. **Paidéia e gestão: um ensaio e apoio Paidéia no trabalho em saúde.** (Mimeografado s/d) (Coletânea: Integralidade, do curso de especialização em ativação dos processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde, ENSP/FIOCRUZ, 2005).

CECCIM, Ricardo Burg. **A integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida.** Disponível em <http://www.lappis.org.br>. Acessado em 14/02/2006. (Coletânea: Integralidade, do curso de especialização em ativação dos processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde, ENSP/FIOCRUZ, 2006).

CHIORO DOS REIS, AA. **Saúde, terapias integrativas e espiritualidade: uma visão ampliada da medicina e do cuidado integral à saúde.** p. 11-44. In: Religião, saúde e terapias integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata** – 6 a 12 de setembro de 1978 – URSS. (Disponível em <<Http://www.ebah.com.br/declaração-alma-ata>> - acessado em 19/02/2013)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO / MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Relatório 2017 – 1. ed. Brasília DF: CFP, 2018. 169p.

CORRADI-WEBSTER, CM; GHERARD-DONATO, ECS. **Fatores associado ao consumo problemático do uso de drogas entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais.** São Paulo: Rev. Latino-Am. Enfermagem. Disponível em < <http://dx.doi.org/>>. 2016. Acessado em 10 de junho de 2019.

COSTA, II. **O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas.** p. 47-65. In: Brasil. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça. 6.ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014. 312p.

CROATTO, José Severino. **As Linguagens da Experiência Religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião.** São Paulo: Paulinas, 2001.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

DE MICHELI, Denise; SARTES, LMCA **Deteção do uso Abusivo em Adolescentes usando o DUSI e o T-ASI**: módulo 3. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 23 p. – (SUPERA: Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni) ISBN 978-85-85820-63-3

DURKHEIM, Emile. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**. (O sistema totêmico na Austrália) Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Paulinas, 1989. p. 139 - 169.

DURKHEIM, Emile. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Paulinas, 1989. p.29 - 79.

DURKHEIM, Emile. **Da Divisão do Trabalho Social**. 2.ed. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.13 à 109.

ECCO, C. e LEMOS, CT. **Religião e Saúde: o medo como constituinte das representações da doença**. p. 113-127. In: Religião, saúde e terapias integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

ECCO, Clóvis. **Religião e soropositivos para o HIV/AIDS: preconceitos sobre doença e sexualidade**. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião - Sistema de Bibliotecas PUC Goiás). (Orientadora: Profa. Dra. Irene Dias de Oliveira). 2013, 165 p.

ECCO, Clovis; Lemos, Carolina Teles. **Religião e Saúde: o medo como elemento constituinte das representações da doença**. p. 113 - 137. In: Religião, Saúde e Terapias Integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

ELIADE, Mircea. **O Sagrado e o Profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. pp. 13 – 57.

FORMIGONI, MLOS; et al. **ASSIST, eixos e instrumentos**. Brasília: SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas). Disponível em <<http://aberta.senad.gov.br/>>. 2016. Acessado em 16 de junho de 2019.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 11.ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir, o nascimento da prisão**. São Paulo: Vozes, 2001. 262p.

FRACASSO, Laura. **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: histórico e regulamentação**. Brasília: SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas).

Disponível em <<http://aberta.senad.gov.br/>>. 2016. Acessado em 17 de junho de 2019.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Porto Alegre - São Leopoldo: (Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline), Sinodal, 1987. 174p.

GALDURÓZ, JCF; FERRI, CP. **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. – 7. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 68 p. – (SUPERA: Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni) ISBN 978-85-85820-63-3

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos S.A. 1989, p. 65-93.

GRAÇA, L. **Higeia e Panacéia: da arte de curar doença à arte de conservar saúde**. Disponível em <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos2.html>>. Acessado em 31 de outubro de 2014.

GUERRIERO, Silas. **Objetividade e Subjetividade no Estudo das Religiões: desafios do trabalho de campo**. São Paulo: PLURA, Revista de Estudos da Religião, vol. 1, nº 1, 2010. P. 54-65.

GUIMARÃES, João Alfredo. **Saúde Coletiva**. Alagoas: UNCISAL, (s/d). Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAE-1UAD/apostila-epidemiologia>> acessado em 31 de outubro de 2014.

JUNIOR, José Lima. **Corpoética: consquinhas filosóficas no umbigo da utopia**. São Paulo: Paulinas, 1988. 127p.

JUNIOR, José Patrício Bispo. (Resenha Crítica). **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Paim JS. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356p. <disponível em: <https://www.scielo.br/scielo>>. Acessado em 12 de abril de 2019.

LEHMANN, David. **Esperança e Religião**. São Paulo: Estud. av. vol. 26, nº 75, maio e agosto de 2012. Disponível em < [http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-4014202000200015](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-4014202000200015)> Acessado em 13 de maio de 2016.

MACRAE, E. **A história e os contextos socioculturais do uso de drogas**. p. 29-242. In: Brasil. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça. 6.ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014. 312p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MOSCOVICI, Serge. **A invenção da sociedade, sociologia e psicologia**. Petrópolis: Vozes (Coleção Psicologia Social), 2011. 591 p.

OLIVEIRA, Irene Dias de. **Terapias Integrativas: abordagem transpessoal**. p. 185-196. In: Religião, Saúde e Terapias Integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

OLIVEIRA, Pedro A. Ribeiro. **A teoria do Trabalho Religioso em Pierre Bourdieu**. In: Pierre Bourdieu e a visão praxeológica da religião. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. pp. 27 – 78.

OTTO, Rudolf. **O Sagrado**: um estudo do elemento não-racional na idéia do divino e a sua relação com o racional. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985.

PANZINI, Raquel Gehkre; e BANDEIRA, Denise Ruschel. **Escala de Copyng Religioso-Espiritual – CRE: elaboração e validação de construto**. Maringa PR: Revista Psicologia em Estudos. V.10, nº3, p.507-516, set/dez. 2005.

PICCININI, WC. **História da psiquiatria**. p. 9-45. In: PROPSIC – Programa de Atualização em Psiquiatria: Ciclo 3/ [organizado pela] Associação Brasileira de Psiquiatria; organizadores, Antônio Egídio Nardi, Antônio Geraldo da Silva, João Luciano de Quevedo. – Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2014. 147p.

PINTO, Raimundo Nonato; LEMOS, Carolina Teles; ECCO, Clóvis. **Medicina e Religião no enfrentamento do HIV/AIDS: família como ângulo de análise**. São Paulo: Fonte Editorial, 2016. 196p.

POLETTO, Michele; KOLLER, Silvia Helena. **Contextos Ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção**. Campinas: Instituto de Psicologia, 25(3), julho/setembro de 2008. P. 405-416.

QUADROS, Eduardo Gusmão de. **Crença e Cura: a fabulação do corpo de padre Pelágio Sauter**. p. 139–152. In: Religião, Saúde e Terapias Integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

QUICENO, JM. **Afrontamiento religioso espiritual: una estratégia de afrontamiento ante el dolor y el sufrimiento**. p. 63-111. In: Religião, saúde e terapias integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

REIMER, Ivone Richter. **Trabalhos Acadêmicos: modelos, normas e conteúdos**. São Leopoldo: Oikos, 2014. 112p.

ROCHA, Ruth. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2.ed. RJ: SENAC. 2012.192p.

SCHNEIDER, DR. e VON FLACH, PM. **Introdução**. p. 15-23. In: Brasil. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça. 6.ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014. 312p.

SCHUWABE, Jürgen. **Cinquenta Anos de Jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão**. Berlim: Konrad-Adenauer Stiftung, 2005. 993p.

SHIMOGUIRI, Ana Flavia Dias Tanaka; ROSA, Abílio da Costa. **Do Tratamento Moral à Atenção Psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira**. Botucatu- SP: INTERFACE COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2017; 21(63):845-56

SIGNATES, Luiz. **As Curas espirituais**. p. 167–184. In: Religião, Saúde e Terapias Integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

SILVEIRA, DX e SILVEIRA, ED. **Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos**. p. 69-85. In: Brasil. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça. 6.ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014. 312p.

SILVEIRA, DX e SILVEIRA, ED. **Padrões de uso de drogas**. p. 89-103. In: Brasil. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça. 6.ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014. 312p.

SIMÕES, Luciana Leite Pineli. **Religiosidade e espiritualidade na relação médico paciente**. p. 197–202. In: Religião, Saúde e Terapias Integrativas. – Clovis Ecco, Japicy Margarita Quiceno, Eduardo Gusmão de Quadros, Luiz Signates (organizadores). – Goiânia: - Editora Espaço Acadêmico, 2016. 208p.

TAKAHASHI, Renata Ferreira e SHIMA, Hisako. **A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a “tuberculoids”: a morte anunciada**. In: TURA, Luiz Fernando Rangel e Antônia Silva Paredes (organizadores). Saúde e Representação Social. João Pessoa (PB): Editora Universitária da/UFPB, 2005. pp. 129–165.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3.ed. RJ: Guanabara Koogan, 2002.835p.

TURA, Luiz Fernando Rangel. **Representações Coletivas e Representações Sociais: notas introdutórias**. In: TURA, Luiz Fernando Rangel e Antônia Silva Paredes (organizadores). Saúde e Representação Social. João Pessoa (PB): Editora Universitária da/UFPB, 2005. pp. 15–27.

WEBER, Max. **A ciência como vocação**. In: WEBER, Max. Ensaios de sociologia. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: LTC, 1982. p. 154 – 183.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Trad. Regis Barbosa e Karem Elisabe Barbosa. Brasília: UNB, 1991. p. 279-304.

APÊNDICE 1



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário do Projeto de Pesquisa sob o título **RELIGIÃO E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: representações sociais, terapias integrativas e espiritualidade de recuperando na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz, Maranhão – Brasil.**

Meu nome é **Oswaldo José Theodoro Neto**. Sou doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Região da PUC Goiás e o pesquisador responsável por esta pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo que a primeira de guarda e confidencialidade do Pesquisador responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado e a continuidade do seu tratamento será assegurada. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável **Oswaldo José Theodoro Neto**, pelo telefone **(99) 98171-9090**, ou através do e-mail **osvaldo.theodoro@gmail.com**

Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, nº 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás.

Esta pesquisa tem como **objetivo** analisar as implicações no processo terapêutico integrativo religioso dos sujeitos que usam substâncias psicoativas (SPA), através das suas representações sociais, na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor (em 2018/1) e outras dimensões da vida cotidiana e da cultura como (gênero, raça/etnia e classe social). Responderão ao questionário os recuperando desta instituição que são aproximadamente 80 (oitenta) sujeitos, nos momentos em que for deliberado pela instituição.

Sua participação nesta pesquisa constará da resposta a um questionário com 26 (vinte e seis) questões fechadas e 04 (quatro) questões abertas sobre fatos marcantes sob sua condição de recuperando. O questionário será aplicado pelo pesquisador principal, após agendamento prévio com o diretor da instituição.

Todos os dados que você fornecer será tratado com a máxima confidencialidade pelo pesquisador, seu nome não será divulgado.

Os **benefícios** que você obterá com sua participação nesta pesquisa são de ordem indireta. Com ela espera-se subsidiar interessados pela questão da internação em Comunidades Terapêuticas como as instituições religiosas, os profissionais cuidadores, gestores e sociedade em geral, na elaboração de projetos que possam ajudar na recuperação dos usuários. Saiba que sua participação nesta pesquisa é

totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela. Se você aceitar participar, saiba que é totalmente livre para abandoná-la a qualquer momento, sem nenhum prejuízo por este motivo. Além disso, poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que já tenha prestado.

Os **riscos** desta pesquisa serão mínimos, porém, em alguns casos, as respostas ao questionário trazem recordações ou emoções pessoais que podem ser desagradáveis. Em caso de você se sentir deprimido, ansioso ou com qualquer mal estar psicológico devido a sua participação na pesquisa e necessite de atendimento necessário, você será encaminhado pelo pesquisador principal Osvaldo José Theodoro Neto, para o CAPS Ad, que lhe prestará atendimento psicológico sem nenhum custo para você, mesmo depois de terminada sua participação. Basta entrar em contato pelo e-mail e telefone do pesquisador acima descrito.

Em caso de você concordar em participar, deverá assinar e datar este termo de consentimento, do qual uma cópia será entregue a você. De minha parte, declaro que cumprirei com legitimidade todos os itens da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 em que esta pesquisa tenha relação.

Eu, _____
 RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, declaro que ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao tratamento psicológico quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Imperatriz, _____, de _____, de 2018.

 Assinatura do participante

RG _____ CPF _____
 ____/____/____

 Assinatura da testemunha

RG _____ CPF _____
 ____/____/____

 Osvaldo José Theodoro Neto

Assinatura do responsável pelo estudo

RG: 4 003 009 (IFP/RJ) CPF: 561 890 877 87

____/____/____

APÊNDICE 2



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIAS
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO**

QUESTIONÁRIO

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- a) Nome: _____
- b) Idade _____ anos; Data de Nascimento: ____/____/____
- c) Renda Familiar: () até de um salário mínimo () de dois a três salários mínimos () de quatro a cinco salários mínimos () mais de cinco salários mínimos.
- d) Estado Civil: () solteiro () casado () divorciado () união estável
- e) Situação Civil dos seus pais: () solteiro () casado () divorciado () união estável. Falecidos: () sim () não () pai () mãe
- f) Residência: _____
-
- g) Fase de recuperação: I () II () III ()
- h) Escolaridade: () sem instrução () fundamental incompleto () fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior incompleto () superior completo ()
- i) Frequenta uma religião () sim () não em caso afirmativo qual: _____
-

2. SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS

- j) Qual a droga que mais frequentemente usava: () álcool destilado () cerveja () vinho () tabaco () maconha () cocaína () crack () substâncias voláteis (cola...) () outros (qual?) _____
- k) Frequência: () todos os dias _____ dia(s) por semana
- l) Quantidade dose: () uma () duas a cinco () seis a dez () mais de dez.

3. RELAÇÕES FAMILIARES

- m) Antes da internação sua família era totalmente atenciosa contigo?
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo;
() concordo totalmente
- n) As atividades religiosas são significativas na sua recuperação?
() discordo totalmente;
() discordo;

- () indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo;
() concordo totalmente.
- o) A disciplina na Casa do Senhor te ajuda na sua recuperação.
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo;
() concordo totalmente.
- p) Você se sente preso aqui ?
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo;
() concordo totalmente.
- q) A equipe de cuidadores são fundamentais como suporte para sua recuperação?
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo totalmente;
() concordo
- r) A convivência com outros adictos te ajuda na sua recuperação?
() discordo;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo totalmente;
() concordo totalmente.
- s) Você acredita que o caráter é fundamental para sua recuperação?
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo;
() concordo totalmente.
- t) Sua família hoje te dá todo apoio necessário para sua recuperação?
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);
() concordo;
() concordo totalmente.
- u) Sua convivência com a sociedade é satisfatória por você ter se tornado usuário?
() discordo totalmente;
() discordo;
() indiferente (não discordo, nem concordo);

- () concordo;
 () concordo totalmente.
- v) Ao sair deste projeto a vida se tornará tranquila porque você estará livre do uso de drogas.
 () discordo totalmente;
 () discordo;
 () indiferente (não discordo, nem concordo);
 () concordo;
 () concordo totalmente.
- w) Só as atividades religiosas não são suficientes para minha recuperação, necessito de medicamentos para isso.
 () discordo totalmente;
 () discordo;
 () indiferente (não discordo, nem concordo);
 () concordo;
 () concordo totalmente.
- x) Quando estou realizando alguma tarefa como cozinhar, lavar, plantar... me sinto explorado pela Casa do Senhor.
 () discordo totalmente;
 () discordo;
 () indiferente (não discordo, nem concordo);
 () concordo;
 () concordo totalmente.
- y) Estou aqui forçado por minha família que não me quer em casa.
 () discordo totalmente;
 () discordo;
 () indiferente (não discordo, nem concordo);
 () concordo;
 () concordo totalmente.
- z) Minha estada aqui na Casa do Senhor, faz me sentir com a estima muito baixa.
 () discordo totalmente;
 () discordo;
 () indiferente (não discordo, nem concordo);
 () concordo;
 () concordo totalmente.

4. SOBRE SEUS SENTIMENTOS:

1. O que te levou a consumir drogas?
2. Quais pontos negativos você vê na Casa do Senhor?
3. Quais são os positivos?
4. Qual a importância da religião para sua vida hoje, relacionando ao uso de drogas?

ANEXO 1 ASSIST-OMS

ASSIST - OMS Vs3.1

Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias

Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
 Entrevistador _____ Data _____

1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)

	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

- Se "NÃO" em todos os itens, investigue: "Nem mesmo quando estava na escola"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEM ANUALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEM ANUALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEM ANUALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermute, caninha, rum, tequila, gim)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
- e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da lolô)
- g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
- j. outras – especificar:

ANEXO 2 DUSI

Versão reduzida do DUSI - (Drug Use Screening Inventory)(Versão brasileira desenvolvida por DE MICHELI e FORMIGONI, (2000).

Frequência de uso de substâncias no último mês. Que drogas você utilizou neste último mês. Marque nos círculos abaixo o tipo de drogas e a quantidade.

QUANTIDADE USO DROGAS (SPA)	Não usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes	Tenho problemas pelo uso desta droga	Esta é a minha droga predileta
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Ectasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Cocaína / crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Alucinógenos (LSD, Mescalina etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos etc.) (SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Analgésicos (SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Opiláceos (morfina, heroína, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Fenilciclidina (pé-de-anjo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Anabolizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Inalantes, solventes (cola, lança-perfume etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Adaptado pelo autor.

ANEXO 3 AUDIT

QUESTIONÁRIO AUDIT: AVALIE O SEU CONSUMO DE ÁLCOOL

Circunde o número que melhor corresponde à sua situação.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca (passe para as perguntas 9 e 10)

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem, por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

TOTAL: _____

• **0 a 7 pontos: Abstinência ou consumo de baixo risco.**

• **8 a 15 pontos: Consumo de risco.**

• **16 a 19 pontos: Consumo nocivo.**

• **20 a 40 pontos: Dependência.**

Se tem mais de 7 pontos, leia o aconselhamento aos consumidores de risco. Se tem mais de 15 pontos, leia a intervenção breve no consumo nocivo de álcool.

ANEXO 4 RDC 101 – INFRA-ESTRUTURA FÍSICA, ART. 6

RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001 A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001, considerando o Decreto-Lei nº 891/38 em seu Capítulo III - Da Internação e da Interdição Civil e o disposto na Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. considerando a Lei nº 6.368/76 em seu Capítulo II - Do Tratamento e Recuperação; considerando a Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais; considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

6. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA 6.1 Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 02 unidades de 30 residentes por cada unidade. Para os Serviços já existentes, será admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada. 6.2 os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência médica devem estar em conformidade com a Portaria nº 1884/GM, de 11/11/94 do Ministério da Saúde ou a que vier a substituí-la. 6.3 os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência psicológica e social (centros de tratamento/comunidades terapêuticas), devem manter uma relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas (conforme descritas no item 3) e os ambientes para a realização das mesmas. Parágrafo Único - A existência ou não de um determinado ambiente, depende da execução ou não da atividade correspondente, assim como existe a possibilidade de compartilhamento de alguns ambientes, quer seja pela afinidade funcional, quer seja pela utilização em horários ou situações diferenciadas. Segue proposta de listagem de ambientes, organizada por setores de funcionamento: I- Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes a) Quarto coletivo para, no máximo, 6 residentes - com área mínima de 5,5 m² por cama individual ou beliche de 02 camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes. b) Banheiro para residentes: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 camas. Ao menos, 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na Portaria GM/MS 1884/94 ou a que vier a substituí-la. c) Quarto para o agente comunitário. II- Setor de terapia/recuperação: a) Sala de atendimento social. b) Sala de atendimento individual. c) Sala de atendimento coletivo. d) Sala de TV/música. Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos desde que haja uma programação de horários diferenciados. e) Oficina (ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica) f) Quadra de esportes. g) Sala para prática de exercícios físicos. h) Horta ou outro tipo de cultivo. i) Criação de animais domésticos. j) Área externa para deambulação. Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições. III- Setor administrativo: a) Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes. b) Sala administrativa. c) Arquivo das fichas do residente (prontuários). d) Sala de reunião para equipe. e) sanitários para funcionários (ambos os sexos). IV- Setor de apoio logístico: a) cozinha coletiva, com as seguintes áreas: a. 1- recepção de gêneros a. 2- armazenagem de gêneros a. 3- preparo a. 4- cocção a. 5- distribuição a. 6- lavagem de louça a. 7- armazenagem de utensílios a. 8- refeitório. b) lavanderia coletiva com as seguintes áreas: b. 1- armazenagem da roupa suja b. 2- lavagem b. 3- secagem b. 4- passadeira b 5- armazenagem de roupa limpa. c) almoxarifado: c. 1- área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente. d) limpeza zeladoria e segurança: d. 1- depósito de material de limpeza d. 2- abrigo de resíduos sólidos.

ANEXO 5 RDC 29

Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS
Seção I
Objetivo

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

Seção II
Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica a todas as instituições de que trata o art. 1º, sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

Parágrafo único. As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos nesta Resolução deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO
Seção I
Condições Organizacionais

Art. 3º As instituições objeto desta Resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Art. 4º As instituições devem possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:

- I - horário do despertar;
- II - atividade física e desportiva;
- III - atividade lúdico-terapêutica variada;
- IV - atendimento em grupo e individual;
- V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;
- VII - registro de atendimento médico, quando houver;
- VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
- X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;
- XI - atendimento à família durante o período de tratamento.
- XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e
- XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Seção II Gestão de Pessoal

Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.

Seção III Gestão de Infraestrutura

Art. 11. As instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local.

Art. 12. As instituições devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 13. As instituições devem garantir a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

- a) Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e
- b) Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

- a) Sala de atendimento individual;
- b) Sala de atendimento coletivo;
- c) Área para realização de oficinas de trabalho;
- d) Área para realização de atividades laborais; e
- e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

- a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;
- b) Sala administrativa;
- c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e
- d) sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

- a) cozinha coletiva;
- b) refeitório;
- c) lavanderia coletiva;
- d) almoxarifado;
- e) Área para depósito de material de limpeza; e
- f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

§ 1º Os ambientes de reabilitação e convivência de que trata o inciso II deste artigo podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

§ 2º Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Art. 15. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

CAPÍTULO III
DO PROCESSO ASSISTENCIAL
Seção I
Processos Operacionais Assistenciais

Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

- I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

Art. 20. Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

Art. 21. As instituições devem definir e adotar critérios quanto a:

I - Alta terapêutica;

II - Desistência (alta a pedido);

III - Desligamento (alta administrativa);

IV - Desligamento em caso de mandado judicial; e

V - Evasão (fuga).

Parágrafo único. As instituições devem registrar na ficha individual do residente e comunicar a família ou responsável qualquer umas das ocorrências acima.

Art. 22. As instituições devem indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 23. As instituições de que trata a presente Resolução terão o prazo de 12 (doze) meses para promover as adequações necessárias ao seu cumprimento.

Art. 24. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 25. Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 101, de 31 de maio de 2001.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO
Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO 6 SISTEMA CRE – COPYNG RELIGIOSO ESPIRITUAL.

Métodos ou Estratégias de Copyng Religioso Espiritual*

Métodos Positivos: CREP

Descrição: Reavaliação religiosa benevolente redefinir o estressor através da religião como benevolente e potencialmente benéfico.

Copyng religioso colaboração - Tentar controlar e resolver os problemas em parceria com Deus.

Foco religioso buscar alívio da situação estressante focando-se na religião.

Ajuda através da religião - Esforço para prover conforto e suporte espiritual a outros.

Apoio espiritual - Procurar por conforto e segurança renovada através do amor e do cuidado de Deus.

Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa.

Procura por conforto e renovação da confiança através do amor e cuidado dos membros e frequentadores da instituição religiosa.

Perdão religioso - buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa para a paz.

Conexão espiritual - Busca de conexão com forças transcendentais.

Métodos Negativos: CREN

Descrição: Reavaliação de Deus como punitivo - Redefinir o estressor como punição divina aos pecados individuais.

Reavaliação demoníaca ou malévola redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio.

Reavaliação dos poderes de Deus - Redefinir os poderes de Deus para influenciar a situação estressante.

Copyng religioso delegação - Esperar passivamente que Deus resolva os problemas.

Descontentamento espiritual - Expressão de confusão e descontentamento com Deus.

Descontentamento religioso interpessoal - Expressão de confusão e descontentamento com membros e frequentadores da instituição religiosa.

Intervenção divina Súplica por intervenção divina direta.

* Adaptado de Pargament, Smith e colegas (1998) e Pargament, Tarakeshwar e colegas (2001).

ANEXO 7 PARAECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELIGIÃO E SUBSTANCIAS PSICOATIVAS

Pesquisador: Osvaldo José Theodoro Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79887817.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.411.792

Apresentação do Projeto:

Versão dois - projeto já discutido pelo colegiado

O pesquisador irá analisar as implicações da espiritualidade no processo terapêutico religioso de trinta participantes que usam substâncias psicoativas (SPA), e que são atendidos na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, em Imperatriz do Maranhão.

O tema se impõe pelo fato de que, se por um lado a política nacional de saúde mental preconiza a desinstitucionalização, por outro lado, uma parte significativa dos profissionais de saúde mental consideram as Comunidades Terapêuticas um retrocesso, como possibilidade de volta ao modelo manicomial. Onde os sujeitos eram confinados em celas fortes, em verdadeiro isolamento social. As possíveis contribuições deste trabalho de pesquisa possibilita discutir as internações nas Comunidades Terapêuticas, e se estas prestam um serviço de relevância ou não aos recuperando contribuindo assim, se for o caso, com o modelo da reforma psiquiátrica. Pretende-se estudar e analisar as implicações do processo terapêutico religioso à estes sujeitos recuperando, através das suas representações sociais na Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, em Imperatriz, Maranhão.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Analisar as implicações da espiritualidade nos processos terapêuticos de pessoas em recuperação

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br