

Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios

Religious therapeutic communities: between salvation by faith and the denial of its principles

Giovanna Bardi (<https://orcid.org/0000-0003-4711-3814>)¹

Maria Lúcia Teixeira Garcia (<https://orcid.org/0000-0003-2672-9310>)¹

Abstract *The growth of Brazilian therapeutic communities points to a return to the asylum paradigm, with public funding for hospitalizations based on labor therapy and religious conversion. The relationship between these institutions and government sectors has expanded since 2013 in the state of Espírito Santo, Brazil. Given this scenario, we aimed to analyze, through this qualitative research, the role of religious therapeutic communities in the treatment of individuals with problematic drug use, focusing on the impact of the religious methods employed in these places. To this end, we conducted semi-structured interviews with 28 individuals who had been treated in these places. The interviews were held for six months and subsequently transcribed in full. The data were analyzed using the Discourse Analysis. The subjects' statements widely differed: 13 reported that institutions had an essential role in their treatment and pointed out that religious methods helped them, while 15 argued that institutions were inefficient in their treatment and religious methods were ineffective. The study elucidated the need for inspection of these institutions and stirred a reflection concerning their suitability as publicly funded places to treat the drug user population.*

Key words *Therapeutic community, Drug users, Mental health, Religion*

Resumo *O avanço das comunidades terapêuticas no Brasil aponta para um retorno ao paradigma manicomial, com financiamento público para internações baseadas em laborterapia e conversão religiosa. No Espírito Santo, a relação entre essas instituições e setores do governo se amplia a partir de 2013. Diante deste cenário, objetivamos analisar, por meio desta pesquisa qualitativa, o papel das comunidades terapêuticas religiosas no tratamento de indivíduos em uso abusivo de drogas, focalizando no impacto dos métodos religiosos empregados nestes locais. Para isso, realizamos entrevistas semiestruturadas com 28 indivíduos egressos de internações nestes locais. As entrevistas foram realizadas durante seis meses e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os dados foram analisados por meio da Análise do Discurso. Os discursos dos sujeitos oscilaram: 13 referiram que as instituições tiveram um importante papel em seus processos de tratamento e que os métodos religiosos os ajudaram; e 15 defenderam que as instituições não foram eficientes em seus tratamentos e que os métodos religiosos nada contribuíram. O estudo elucidou a necessidade de fiscalização destas instituições, bem como reflexão sobre a pertinência das mesmas como locais financiados publicamente para o tratamento da população usuária de drogas.*

Palavras-chave *Comunidade terapêutica, Usuários de drogas, Saúde mental, Religião*

¹ Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos 1468 Maruípe, 29047-105. Vitória ES Brasil.

giovanna.bardi@ufes.br

² Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória ES Brasil.

Introdução

O processo de reforma da assistência em saúde mental brasileira é considerado uma referência no mundo e, historicamente, obteve inúmeras conquistas¹. Dentre elas, está a Lei Nacional de Saúde Mental (10.216/01) que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando a rede de serviços territoriais². Resultante dessa Lei, há diminuição de leitos psiquiátricos no país – de 80 mil, na década de 1970, para 25.988, em 2014; bem como um aumento dos gastos com atenção psicossocial – de 24,76% para 79,39%, no mesmo período³.

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, traz importantes mudanças, como o tratamento em liberdade numa articulação entre equipamentos, entretanto, apresenta também desafios⁴. Na prática, tais equipamentos da rede podem apresentar dificuldades de integração e focalizarem suas práticas dentro da instituição, mantendo uma lógica manicomial de tutela e dependência⁴.

Essas dificuldades, por vezes, são utilizadas como justificativas pelos gestores para desinvestimentos na RAPS em um cenário de disputas⁵. Nos últimos anos, o Brasil tem vivido um processo de intensificação do desmonte de suas políticas sociais que envolve subfinanciamento histórico, desfinanciamento e retrocessos com a implementação da Emenda Constitucional 95/2016⁶. Neste contexto, temos a aprovação da Resolução nº 32/2017, que determinou o retorno do hospital psiquiátrico à rede de tratamento com reajuste das diárias e ampliação das vagas em Comunidades Terapêuticas (CTs) – destinada a sujeitos em uso abusivo de drogas – de 4 mil para 20 mil⁷.

As CTs surgem na Inglaterra, em meados do século XX, quando o médico Maxwell Jones inicia o movimento de Reforma da Psiquiatria mundial, desenvolvendo um modelo de CT que visava uma maior participação do paciente no seu próprio processo de tratamento e se contrapunha ao histórico de enclausuramento dos indivíduos considerados desajustados socialmente⁸.

Contudo, a expansão dessas instituições no Brasil, onde estão presentes desde a década de 1960, tem sido acompanhada por denúncias de violação aos direitos humanos mais básicos^{9,10}. Apesar disso, desde 2011, as CTs passam a fazer parte da RAPS no país¹¹. Em meio ao discurso de guerra ao consumo do *crack*, iniciado em 2010 pela mídia e por políticos, essas instituições despontam e pressionam o Executivo Federal para integrá-las à assistência aos usuários de drogas⁸.

Como um processo urdido a muitos passos, um conjunto de documentos são necessários; dentre os quais, destacamos: a Portaria nº 131, que instituiu financiamento para as CTs¹²; a Resolução nº 01 do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD) que regulamentou as CTs no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)¹³; As Portarias 834/2016 e 1482/2016, que permitiram às CTs solicitarem isenção de tributos por meio da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) na área de saúde¹⁴ e serem incluídas na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁵; e o Decreto 9.761, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, com previsão de mais investimento para as CTs¹⁶.

As normativas apontam para um retorno ao paradigma manicomial, com financiamento público para internação prolongada e privação de liberdade dos indivíduos¹⁷. Há o retorno do tratamento moral com base na laborterapia e na filantropia religiosa: 82% das CTs no território nacional estão vinculadas às igrejas, notadamente as de matriz cristã⁹. Em algumas CTs há imposição de uma rígida rotina de orações e obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas¹⁰. Ainda assim, o Estado tem dado apoio a essas entidades religiosas, contrariando o seu caráter laico, previsto na Constituição Federal de 1988¹⁸.

Outro aspecto importante é o fato de que as CTs brasileiras pouco são fiscalizadas, mesmo quando recebem recursos públicos¹⁰; e não possuem em suas regulamentações uma equipe de profissionais para lidar com indivíduos em uso abusivo de drogas^{13,16}.

A partir desse cenário, a sociedade brasileira tem pela frente o desafio de conhecer como têm se dado as experiências dos sujeitos que passam por estes locais. Este artigo analisa o papel das CTs religiosas na recuperação de indivíduos que fazem uso abusivo de drogas, focalizando nos impactos dos métodos religiosos para os sujeitos egressos dessas instituições no estado do Espírito Santo. Para tanto, o artigo está estruturado em uma breve apresentação sobre as CTs neste estado, os caminhos metodológicos da pesquisa e os resultados obtidos a partir da análise.

As comunidades terapêuticas no estado do Espírito Santo

O estado do Espírito Santo possui 46.074,444 Km² de unidade territorial, distribuídos em 78 municípios, e uma população total estimada em 3.972.388 de pessoas¹⁹. O estado se caracteriza

por uma presença significativa de evangélicos pentecostais, comparado a outros estados brasileiros, e também correntes de evangélicos de missão, devido à forte influência da colonização de origem alemã na região²⁰.

As CTs capixabas sempre mantiveram uma relação com o aparato estatal²¹. Mas, a partir de 2013, por meio do lançamento do “Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas”, o governo estadual previu parcerias entre o terceiro setor, prefeituras, governo federal e as famílias²². Foi criado um centro de acolhimento que encaminha indivíduos em uso abusivo de drogas para internação, sendo as CTs credenciadas uma das possibilidades. Posteriormente, o programa passou a figurar como “Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV)” sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), segundo informações obtidas no *site* da própria SEDH.

Há também investimento financeiro, custeado pela Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), em internações via medidas judiciais nas clínicas privadas para tratamento de pessoas com transtornos mentais e em uso de drogas. Segundo os dados do Portal de Transparência do Espírito Santo, no ano de 2018, o gasto foi de R\$ 41.332.558,84; e, no ano de 2019, foi de R\$ 35.173.587,14. Segundo diagnóstico produzido pela referida Secretaria, tivemos, em 2017, 724 internações deste tipo, sendo aproximadamente 94% delas em função do uso de drogas e apenas 6% delas em função de outras causas²³.

Enquanto isso, a RAPS apresenta *déficit* de Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas (CAPS ad) – dispositivos estratégicos para o atendimento de pacientes em uso abusivo de álcool e outras drogas²⁴ –, leitos em hospitais gerais e unidades de acolhimento em todas as regiões administrativas do estado²³, caracterizando as disputas pelo financiamento público do tratamento para indivíduos em uso de drogas.

Neste cenário, a priorização das CTs reforça o nosso objetivo de analisar o papel destas na recuperação desses indivíduos, focalizando nos impactos dos métodos religiosos para os sujeitos egressos dessas instituições.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo entrevistas semiestruturadas com indivíduos com histórico de uso de drogas e egressos de CTs religiosas. Realizamos 28 entrevistas: 21 delas a

partir da indicação de profissionais dos CAPS ad da região Metropolitana (municípios de Vitória, Vela Velha e Serra) – região com maior concentração de instituições de tratamento para usuários de drogas no estado²³ – e sete por meio da indicação de docentes e pesquisadores de grupo de pesquisa sobre a temática do uso de drogas com a finalidade de diversificarmos a amostra.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi composto por dados sociodemográficos (data de nascimento, nível de escolaridade, estado civil, se possui religião, dentre outros) e perguntas abertas que buscavam a reconstituição do período de internação e o período pós-internação nas CTs. O roteiro foi testado em uma entrevista piloto que, após verificação de que atendia os objetivos da pesquisa, foi incorporada à amostra.

Não foi estabelecida uma quantidade prévia de indivíduos a serem entrevistados. O tamanho da amostra foi definido por saturação teórica, segundo a qual interrompemos a coleta de dados quando constatamos que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não eram mais apreendidos²⁵.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2017 e março de 2018, sem interrupções e sem exclusões, com média de tempo de 40 minutos cada. Todas as entrevistas foram gravadas por um gravador de áudio e transcritas na íntegra. O compartilhamento das transcrições com os participantes para comentários e/ou correções não foi uma etapa prevista na pesquisa em função da dificuldade de agenda com os entrevistados e da impossibilidade de o fazerem à distância por não terem, em sua maioria, endereço eletrônico e acesso à internet.

Toda a coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora principal – doutoranda à época e também docente no ensino superior – em salas fechadas no CAPS ad ou na universidade. A pesquisadora não possuía relação anterior com os participantes. Não houve presença de terceiros durante a realização das entrevistas e nem necessidade de repetir nenhuma delas.

Além das entrevistas, na perspectiva da triangulação de dados²⁶, realizamos consulta aos prontuários dos entrevistados indicados pelos profissionais, para levantar informações referentes a: Dados sociodemográficos (nome, data de nascimento, sexo, escolaridade, religião e acesso a benefícios sociais); Percurso de acesso aos serviços de saúde; Registro de internação em CTs. Essas informações foram importantes antes das entrevistas, para obter o contato telefônico dos sujeitos indicados; e, depois das entrevistas, para

complementar as informações já obtidas ou clarear dúvidas.

Para análise dos dados, sem que tenha havido nenhum arquivamento, utilizou-se a Análise de Discurso²⁷. Após a transcrição, fizemos a leitura de todas as entrevistas para familiarização com as várias formas discursivas empregadas pelos sujeitos e identificação de sentidos e rupturas no material. Em seguida, identificamos dispositivos analíticos de aceitação e de negação às CTs e seus métodos religiosos. Por fim, apreendemos as formações ideológicas que atravessavam os discursos dos entrevistados – um conjunto de representações que originam as regras que delineiam a produção do discurso em um contexto²⁷.

Em termos de procedimentos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer nº 2.333.891) e pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra. Os nomes dos sujeitos foram substituídos por nomes fictícios e todos concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os entrevistados eram majoritariamente do sexo masculino (20), com idades variando entre 21 e 56 anos. Com relação à escolaridade, 12 possuíam o ensino fundamental incompleto (nove) ou completo (três), 14 possuíam o ensino médio incompleto (três) ou completo (11), e quatro possuíam o ensino superior incompleto (três) ou completo (um). Em sua maioria, os entrevistados eram negros.

O tempo de internação, bem como a quantidade de internações nas CTs, variou entre os participantes, não sendo este um aspecto determinante para a análise proposta.

Os seus discursos oscilaram em torno da avaliação de suas vivências no interior das CTs. Esses foram organizados em dois eixos: avaliação positiva e negativa. Como algo que não é só sim ou não, temos parte de um grupo que apresenta uma oscilação – os entrevistados avaliaram positivamente, mas teceram críticas.

A Salvação pela Fé

Parte dos entrevistados – 13 respondentes – indicaram a vivência na CT por adjetivos positivos:

Foi um lugar muito bom, um lugar onde que eu aprendi muita coisa. [...] Lá eles não dão remédio, né, lá você é tratado através da palavra de Deus,

pregações, culto. Lá é por Deus mesmo, sem remédio, sem nada. Então foi bom pra mim ter ficado lá (Davi).

A gente melhora depois que a gente entra ali, entendeu? Vai ter o pastor te orientando, vai tá te falando que agora vai ser a nova vida, que você vai mudar, que depois que você passou do portão pra dentro já é outra pessoa, você não é mais aquela pessoa que você vivia lá atrás de droga (Alexandre).

Nestes casos, as experiências positivas se encontraram associadas a uma aceitação dos métodos religiosos vivenciados, uma vez que, em seus discursos, puderam ser observadas uma (re) aproximação de Deus e a valorização do contato com a Sua palavra nos momentos de culto que ocorriam dentro dos locais.

Recorrer a Deus para abandonarem o uso de drogas apareceu como a única alternativa para alguns. Nesse sentido, o que se apresentou após a conversão religiosa, foi a dependência de Deus em muitos âmbitos de suas vidas. A conversão foi expressa como um processo onde se “nasce de novo”, discurso bastante presente na fala destes entrevistados, que se materializou por meio de mudanças concretas na vida, a partir da comunicação com Deus:

E a partir do momento que eu aceitei Jesus, houve aquela mudança. Fui buscar, não é fácil. Você sente muita vontade de usar, mas você tenta arrumar outras formas e a única forma que eu achei foi me agarrar com Jesus. [...] E aí então em três meses eu já comecei a ler muito, a ler a Bíblia, buscar, orar [...] aquilo eu vi foi entrando, impregnando dentro de mim assim, que foi mudando minha vida (Miguel).

Aceitar Jesus é o mantra repetido que indica o momento da conversão, entendida como o ponto máximo no processo de assimilação dos ensinamentos acessados no interior das CTs. Para os evangélicos, a conversão consiste em um processo de renascimento, a partir de mudanças evidentes que, geralmente, se dão quando as pessoas estão arrependidas e buscam uma solução para uma situação desestruturante, convictas de que Deus os irá ajudar²⁸.

Além disso, os entrevistados passaram a associar o uso de drogas à influência do demônio e outras forças do mal, por meio do convite ao uso feito pelo diabo disfarçado de homem:

Olha só como o adversário tumultua a gente, nessa época eu não era evangélica. [...] daquela porta pra fora vai ter muita bandeja, as bandejas são os amigos que vão te ver, vão falar ‘onde você estava fulano?’, [...] aí vão te apresentar a cachaça

a droga. 'Ah, que nada, um golinho só não vai fazer diferença'. É onde você cai [...]. Então, eu falei na minha mente, 'tá repreendido Satanás, em nome de Jesus!' (Silvia).

Ao culpar o “adversário” pelo uso de drogas, percebeu-se o afastamento da entrevistada da compreensão do fenômeno das drogas na sociedade, um distanciamento da história milenar do uso de drogas e do apoderamento dessas substâncias como mercadorias pelo capitalismo²⁹. Com este processo de afastamento, o que restou foi repreender e vigiar a força maligna, se afastando dos modos de vida que não se assemelhavam à palavra de Deus.

O ato de depositar nas divindades e nas religiões a solução para os problemas ou a responsabilidade pelo que lhes ocorre, pode ser compreendida como uma estratégia de seres humanos que vivem numa conjuntura que os explora e oprime; e que uma vez inseridos em tal realidade, necessitam de ilusões para sobreviver³⁰. Nesse sentido, os homens sonham com um mundo fantasioso e projetam suas essências em um ser superior, talvez porque não sejam capazes de ver, na vida real da sociedade, as condições para o desenvolvimento de sua humanidade³¹.

Tal movimento denotou um processo de distanciamentos destes entrevistados de si mesmos como seres sociais, um movimento de desumanidade, que foi socialmente construído no cotidiano de suas vidas³². Esse processo, numa dimensão social e política, como expressão de alheamento do homem de seu mundo real, pode ser compreendido como um processo de alienação que, por vezes, colabora para a perpetuação de uma dada sociedade³³.

Podemos observar estes distanciamentos de si mesmos nos relatos trazidos acima, contudo, há momentos em que alguns (quatro) dos indivíduos que, mesmo defendendo as CTs como benéficas em seus tratamentos, teceram críticas às instituições.

Nesse processo de salvação tenho lá minhas ressalvas

Parte destes 13 entrevistados teceram críticas às CTs, sendo que as principais foram referentes à alimentação servida, autoritarismo dos funcionários, falta de fiscalização dos locais e exploração dos internados em trabalhos exaustivos e compulsórios.

Com relação ao último aspecto, o mais mencionado por estes participantes, as críticas se referiram tanto aos trabalhos que deveriam ser

realizados para a manutenção interna das instituições, como limpeza, capinagem, preparo de alimentos; quanto aos trabalhos realizados fora das CTs, como venda de produtos em veículos coletivos. Tais atividades são nomeadas de “laborterapias” e consistem num dos principais métodos de trabalho destas instituições, sendo justificadas como atividades que promovem a disciplina e a mudança de hábito dos internados³⁴.

A laborterapia é uma prática empregada em mais de 90% das CTs brasileiras⁹. Tal prática está afastada das metodologias fundamentadas no cuidado porque, dentre outros aspectos, não é formulada com base técnica, teórica ou científica e não parte das singularidades de cada pessoa, uma vez que, na maioria das instituições, há ausência de projeto terapêutico singular¹⁰. Ademais, é vedado às CTs submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes¹³.

Além disso, quando eram atividades que geravam dinheiro para as instituições, os indivíduos se sentiam explorados, pois não consideravam que o lucro obtido nas vendas era utilizado em benefício dos internos, mas sim, apenas em benefício dos dirigentes. Tal incômodo apareceu potencializado quando os internos tinham conhecimento de que a CT recebia diversos tipos de recursos para funcionar:

Como eu me sentia? Pagar pra trabalhar pros outros? Eu tô falando a verdade mesmo, entendeu? [...] eu peguei roça, fazenda lá que tinha que roçar, pegar a foice e arrancar, entendeu? E pagava dois salários mínimos e uma cesta básica ainda, além do governo que contribuía (Reinaldo).

Segundo o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2017)⁹, 25% das CTs existentes no país recebem recursos públicos. Ademais, temos que 75,4% dos locais recebem doações de pessoas que apoiam a causa, 66,6% recebem contribuições voluntárias dos familiares dos internados e 63,5% recebem doações de igrejas⁹. Mesmo diante dos financiamentos, 46% das CTs nacionais cobram mensalidade dos acolhidos e, apesar disso, mantém na responsabilidade dos mesmos as atividades de manutenção dos locais⁹.

Importante ressaltar que tais críticas não os levaram a avaliar negativamente a experiência geral vivida no interior das instituições. Assim, esses 13 entrevistados avaliaram as CTs como instituições que os ajudaram em seus processos de tratamento para o uso abusivo de drogas, e, todos, apresentaram uma grande aceitação aos métodos religiosos acessados durante as internações.

Um pântano na busca por ajuda

Diferente destes participantes, outros 15 entrevistados da pesquisa expressaram que a passagem pela CT não teve um papel positivo em seus processos de recuperação, não sendo consideradas instituições eficientes para o tratamento do uso abusivo de drogas:

Eu vou falar pra você, eu não aprendi é nada, eu usava era mais droga ainda. Não adiantava nada, eu só ia por causa da...só pra dizer de...de fachada, pra família saber...só pra alegrar eles, entendeu? (Reinaldo).

Então, não foi nada. Depois que eu saí de lá não me acrescentou nada o tempo que eu fiquei lá (Débora).

Estes entrevistados teceram críticas e rejeitaram os métodos religiosos das instituições como rezas, cultos, orações e exercícios bíblicos. Afirmaram que a prática de oração não foi eficaz para o tratamento e que eram críticos aos momentos de leitura e interpretação da bíblia, não concordando, comumente, com a compreensão que lhes era passada pelos dirigentes. Demonstraram uma oposição ao caminho da salvação religiosa, à ideia de que Deus supre tudo e, portanto, a uma relação de dependência com Ele em todos os âmbitos da vida:

Não tem nada de capeta, demônio e diabo, não espiritualize tudo, não. 'Tá usando porque é o demônio, você tá possuído, é o demônio que botou uma seta em você'. Não tem nada a ver isso. Eu que quero fazer isso [...], então tem que trabalhar com esse meu desejo e com essa vontade de negar o que eu sinto. É muito fácil eu transferir minha culpa pros outros, é muito mais simples isso (Bruno).

O entrevistado combateu uma visão presente entre os adeptos do neopentecostalismo: a de que tudo o que se passa no plano terreno é uma derivação do que se passa no plano espiritual³⁵. Essa crença ameniza a nossa culpa, a nossa responsabilidade e a nossa autonomia frente o mundo³⁵. Para o participante, é necessário sair do âmbito do “porque Deus quis” ou “porque o diabo quis”, contudo, ao afirmar “eu que quero fazer isso”, menciona uma única dimensão do consumo das drogas e deixa de lado a dimensão social e econômica. Ou seja, a polarização mascara as múltiplas dimensões presentes na relação homem-droga.

Estes participantes também se mostraram contrários às regras das instituições, relatando, sobretudo, incômodo com o controle a que eram submetidos, com a privação de liberdade e com o autoritarismo dos funcionários nas instituições:

Aí, eu vivia esse terror. Obrigada a ter que fazer...tem que levantar, tem que fazer seu trabalho,

tem que estar na mesa, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo em seguida, uma obrigação, entendeu? Não deixa a gente refletir nada, parar e pensar... até isso, até isso eles vigiam, Deus é mais! [...]. Não podia falar no telefone, não podia ter contato com família. Ali parece que você tá se derrotando (Rita).

Olha, violação é aquela constante de você não poder sair, né. Eu nunca gostei de ficar preso, de não ter acesso à rua (Adriano).

Tais relatos vão ao encontro das características de grande parte das CTs brasileiras: 35% delas permitem visitas familiares desde o início do tratamento; as demais estabelecem regras temporais e, por vezes, de participação em atividades preparatórias⁹. Apenas 5% dos locais permitem visitas a qualquer momento⁹. Uma parte impede, ainda, qualquer contato com amigos (17%) e namorados(as) (11%)¹⁰. Nesta pesquisa, os participantes referiram que as visitas ocorriam em datas específicas e eram monitoradas.

No que se refere aos meios de comunicação, 91% das CTs não permitem que os acolhidos usem celular; e 86% não permitem acesso à internet. Algumas proíbem, ainda, o acesso à televisão (7%), livros, revistas e jornais de preferência (39%)⁹. Esta pesquisa obteve relatos de que a programação que podia ser acessada na televisão era apenas de cunho religioso, previamente selecionada pelos dirigentes das instituições. Com relação ao acesso aos livros, restringia-se à bíblia.

Sobre o regime disciplinar, podemos notar que as CTs possuem uma série de obrigações, que consistem na participação compulsória em atividades terapêuticas, incluindo os cursos (60%), as cerimônias religiosas (53%) e as tarefas de laborterapia (73%)⁹.

Na contramão da Reforma Psiquiátrica, as CTs se assemelham às instituições totais, definidas por Goffman³⁶ como locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, separados da sociedade, leva uma vida fechada e formalmente administrada. As CTs podem, portanto, se assemelhar às instituições totais em diversos aspectos, sobretudo no isolamento social e no regime disciplinar, por acarretarem perda da individualidade e da subjetividade dos indivíduos que passam a ser controlados a todo tempo³⁷.

Todas essas características ferem o que se encontra previsto na Resolução nº 01/2015 do CONAD, segundo a qual as CTs devem garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de reinserção social¹⁴. Ademais, descumprem a Constituição Federal de 1988, que tem como um dos princípios, a dignidade da pes-

soa humana¹⁹; e a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, que defende que todo cidadão tem direito a tratamento adequado, respeitoso, humanizado e efetivo, livre de qualquer discriminação³⁸.

Estes participantes também trouxeram críticas referentes à laborterapia, mencionando se sentirem explorados. Além disso, houve uma série de outras críticas às instituições: relatos sobre apropriação de dinheiro e de pertences dos acolhidos pelos dirigentes; menção a uso de drogas dentro de uma das CTs pelos funcionários, coordenadores e internados; e uso de violência física para com acolhidos. Esses relatos nos levam a questionar os reais objetivos de algumas destas instituições, uma vez que promover o uso de drogas é algo que contraria o objetivo com o qual se comprometem publicamente as CTs: o renascimento espiritual dos indivíduos, passando pela abstinência como condição essencial para esse objetivo.

O uso de violência e de castigo para com os internados, numa abordagem punitiva e moral, apoia-se na compreensão de que o usuário de drogas é um infrator, um violador de limites, ou, ainda, um pecador que precisa de uma correção dura e impiedosa³⁷.

Faz-se importante ressaltar que, mesmo tendo estes entrevistados negado as CTs e os seus métodos religiosos como opção de tratamento, quatro deles reconheceram que a religião pode ter um papel importante para aqueles que buscam cessar ou diminuir o uso de drogas, mas não nos moldes compulsórios colocados pelas CTs.

Estes participantes reconheceram nos espaços religiosos da sociedade uma fonte de suporte social. Segundo Valla *et al.*³⁹, estes locais oferecem grupos de suporte e criam motivações para que os indivíduos, sobretudo em situação de pobreza, enfrentem seus problemas numa sociedade que cotidianamente lhes nega oportunidades. As igrejas evangélicas se destacam nesse tipo de suporte por possuírem grande representatividade nas classes populares, promoverem uma sensação de pertencimento grupal e divulgarem uma visão otimista da vida³⁹.

Ainda assim, para estes entrevistados, os espaços religiosos foram considerados um complemento ao tratamento, uma vez que compreendem o uso abusivo de drogas como uma questão de saúde. Eles relataram que somente apresentaram melhora com o acompanhamento de profissionais deste campo de atuação, sendo que o equipamento mais mencionado foi o CAPS ad, por disponibilizar tratamento em liberdade para os indivíduos.

Em síntese, estes 15 indivíduos não reconheceram as CTs e seus métodos como eficientes para o tratamento do uso de drogas. Em contrapartida, defenderam o entendimento do uso das drogas como uma questão de saúde, que necessita ser acompanhada de maneira profissionalizada, com respeito e sem que para isso seja necessária a privação da liberdade.

Conclusão

A pesquisa evidenciou discursos no que compete ao papel das CTs religiosas: 13 entrevistados referiram que as instituições tiveram um importante papel em seus processos de tratamento; e 15 entrevistados defenderam que as instituições não foram eficientes em seus processos de tratamento. Com relação aos impactos dos métodos religiosos acessados no interior dos locais, pudemos apreender que os mesmos 13 participantes mencionados defenderam que os momentos de reza, oração e leituras da bíblia os ajudaram, já os 15 outros participantes relataram que esses métodos nada contribuíram.

Dessa maneira, esses sujeitos indicaram uma relação entre o aceite dos métodos religiosos e as avaliações positivas das internações, de um lado; e a negação dos métodos religiosos e as avaliações negativas das internações, do outro lado. Tais associações não nos parecem se dar ao acaso, uma vez que um dos pilares das CTs brasileiras consiste na restauração moral-espiritual-religiosa dos indivíduos e, quando este princípio é negado, é como se, de uma forma geral, a instituição estivesse sendo negada como possibilidade de tratamento.

Ressaltamos que os entrevistados que incorporaram a ideologia religiosa passaram a atribuir ao plano espiritual os acontecimentos de suas vidas, a uma “guerra espiritual” travada entre o bem e mal, cujos protagonistas não são seres humanos, mas sim, Deus e diabo / demônios. Estas ideias denotam um processo de alienação: o afastamento do ser social e o descolamento da vida social com as suas relações históricas de poder, de luta de classes e sua estrutura econômica.

As CTs, ao terem como meta a transformação moral dos sujeitos, focam na conversão. Imputam aos seus acolhidos uma compreensão do uso de drogas como uma questão individual, associada ao pecado e à interferência de forças malignas, empreendendo uma trajetória alienante de um fenômeno tão complexo. Sob o manto do diabo, a relação homem-droga assume particularidades

explicativas e prescrições próprias de sua superação.

A religião, por sua vez, em sua dimensão social e política, atua como expressão de alheamento do homem de seu mundo real e de conformação social com esse mundo, colaborando para a perpetuação de uma dada sociedade como um anestesiante que mantém os indivíduos paralisados, a serviço do capitalismo³⁴.

Embora esse processo de alienação observado nas CTs religiosas tenha provocado o distanciamento dos entrevistados deles mesmos, provocou também, para alguns, uma aproximação de explicações que puderam proporcionar conforto emocional, apoio social, esperança de uma vida melhor etc. Assim, compreendemos que não podemos reduzir a religiosidade à mera alienação, em seu sentido negatido⁴⁰.

Também pudemos observar que tanto os entrevistados que avaliaram as CTs como positivas como os que as avaliaram como negativas, fizeram críticas às instituições, sobretudo sobre a alimentação, o autoritarismo dos funcionários, a rotina de atividades a qual eram submetidos e a falta de fiscalização dos espaços.

Para além destas críticas, outras sobre violência e uso de drogas dentro da CT também foram feitas, mas apenas por aqueles indivíduos que negaram estas instituições como local de cuidado e tratamento. Estes fizeram uma defesa pelo tratamento em liberdade, nos equipamentos de saúde, com acesso a profissionais habilitados e uso de medicamentos, citando, comumente, o CAPS ad como exemplo.

As críticas apontadas pelos participantes, bem como o fato de que estas instituições acessem cada vez mais financiamento público, apontam para necessidade urgente de que sejam devidamente fiscalizadas pelo poder público.

Além disso, destacamos a importância de pesquisas que se dediquem a compreender em profundidade o funcionamento das CTs brasileiras, sobretudo daquelas que não se utilizem de trabalhos forçados ou outras imposições, uma vez que alguns indivíduos afirmaram terem se beneficiado do tratamento acessado. Os limites deste trabalho se encontraram dentro das experiências relatadas pelos egressos, não abarcando um estudo das instituições em si, que podem ser melhor desnudadas de modo a evitar generalizações.

Também ressaltamos a importância de estudos que avaliem a eficácia das CTs no que compete à abstinência dos sujeitos em uso abusivo de drogas, uma vez que os dados apontaram para uma tendência de que, na maior parte das vezes, a abstinência não se mantinha quando os usuários saíam das instituições.

Por fim, permanece, frente aos objetivos e aos métodos de trabalho das CTs religiosas, o debate sobre a pertinência das mesmas como locais financiados publicamente para o tratamento da população usuária de drogas. Os relatos aqui trazidos expressam a necessidade de não naturalizar práticas e teorias moralistas, padronizantes e autoritárias presentes em nossa sociedade.

Colaboradores

G Bardi trabalhou na coleta de dados da pesquisa; na concepção, redação e formatação do artigo. MLT Garcia trabalhou na orientação da pesquisa; na concepção e na correção do artigo.

Referências

1. Guljor APF, Amarante P. Movimentos Sociais e Luta Antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. *Cadernos do CEAS* 2017; 242:635-656.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 6 abr.
3. Amarante P, Nunes MO. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cien Saude Colet* 2018; 23:2067-2074.
4. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2067-2076.
5. Farias LL. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. *Argum Vitória* 2019; 11(3):47-66.
6. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 2017; 14 dez.
8. Lima RCC. Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: Vieira LLE, Rios LF, Queiroz TN, organizadores. *A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016. p. 142-171.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota Técnica nº 21. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Rio de Janeiro: IPEA; 2017.
10. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2018.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 23 dez.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2012; 26 jan.

13. Brasil. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União* 2015; 19 ago.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016. Redefine os procedimentos relativos à Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde. *Diário Oficial da União* 2016; 26 abr.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2016; 25 out.
16. Brasil. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União* 2019; 11 abr.
17. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):569-580.
18. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 2018.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico – Características Gerais da População e Instrução 2010 (resultados da amostra)*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 2010.
21. Garcia MLT, Silva JA. Comunidades Terapêuticas Religiosas de tratamento de Dependência Química no Estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2004; 53(4):243-252.
22. Leal FX, Santos CCM, Jesus RS. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. *Textos Contextos* 2016; 15(2):423-436.
23. Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Subsecretaria de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. *Diagnóstico da morbimortalidade dos transtornos mentais, dependências de álcool e outras drogas no Espírito Santo*; 2018.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas/ Ministério da Saúde. Brasília: MS; 2005.
25. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx, LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.
26. Morrow S. Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *J Couns Psych* 2005; 52(2):250-260.
27. Bakhtin M. *Estética da criação verbal*. Os gêneros do discurso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
28. Bittencourt L. Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: Baptista M, Cruz MS, Matia R, organizadores. *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2003. p. 265-273.
29. Souza DO. A questão do “consumo de drogas”: contribuições para o debate. *Serv. Soc Saude* 2012; 11(2):269-286.
30. Marx K. *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo; 2005.
31. Chagas EF. A crítica da religião como crítica da realidade social no pensamento de Karl Marx. *Trans/Form/Ação* 2017; 40(4):133-154.
32. Lukács G. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo; 2013.
33. Marx K, Engels F. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Boitempo; 2007.
34. De Leon G. *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola; 2003.
35. Mariano R. Guerra espiritual: o protagonismo do diabo nos cultos neopentecostais. *Debates do NER* 2003; (4):21-34.
36. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 2005.
37. Natalino MAC. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Santos MPG, organizadores. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 37-61.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3ª ed. Brasília: MS; 2011.
39. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 103-117.
40. Vasconcelos EM, Lima RCC. Apresentação: A importância da produção acadêmica e do debate sobre as religiões/espiritualidades na atual conjuntura social e política brasileira e, particularmente, na política de drogas. In: Vasconcelos EM, Lima RCC, organizadores. *Religiões e o paradoxo apoio social*. Intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. São Paulo: Hucitec; 2019. p.13-31.

Artigo apresentado em 15/09/2020

Aprovado em 06/05/2021

Versão final apresentada em 08/05/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva