

# REFLEXÕES SOBRE AS RELIGIOSAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS A PARTIR DE ALGUMAS UNIDADES PAULISTAS

*André Ricardo de Souza<sup>1</sup>*

*Ronaldo Martins Gomes<sup>2</sup>*

**Resumo:** O mundo contemporâneo enfrenta a grave questão da dependência química, algo que se desdobra em grandes problemas sociais. Em face dessa realidade tem havido o desenvolvimento de alternativas de tratamento que são conflitantes entre si. Neste artigo, é contextualizado e analisado o trabalho feito por algumas religiosas comunidades terapêuticas paulistas. São discutidos determinados aspectos do serviço prestado por elas em face da questão da laicidade do Estado. Para a elaboração do texto, houve observação de campo em experiências das cidades de São Paulo, Campinas e, principalmente, São Carlos.

**Palavras-chave:** Dependência química; Comunidades terapêuticas; Políticas públicas; Terapias religiosas.

**Abstract:** Contemporary world has faced the serious question of chemical dependence, something that causes big social problems. In face of that reality, different alternatives of treatment were developed in opposition to each other. In this article, the work done by a few therapeutic communities of São Paulo State is contextualized and analyzed. Some aspects of that work are discussed in view of

---

<sup>1</sup> Doutor em sociologia pela USP com pós-doutorado pela PUC-SP e professor adjunto do Departamento de Sociologia da UFSCar. É autor de alguns artigos de periódicos científicos na área de ciências sociais da religião e também dos livros: Igreja in concert: padres cantores, mídia e marketing (Annablume e FAPESP, 2005) e Os laços entre igreja, governo e economia solidária (EDUFSCar e FAPESP, 2013). Contato: anrisouza@uol.com.br

<sup>2</sup> Doutor em Educação pela UFSCar, doutorando em Ciências Sociais peça UNESP/Araraquara, professor-substituto no Departamento de Educação da UNESP/Rio Claro. Contato: rmgomes@mail.com

the State laicity. In order to write this paper there was field research on experiences of three cities: São Paulo, Campinas and, mainly, São Carlos.

**Keywords:** Chemical dependence; Therapeutic communities; Public policies; Religious therapies.

## INTRODUÇÃO

O consumo indevido ou abusivo de substâncias psicoativas (SPA) comumente chamadas de drogas, sejam elas de caráter lícito – como medicações controladas, álcool e tabaco ou ilícito, como cocaína, crack e outras – é um dos maiores problemas enfrentados pelas sociedades contemporâneas. Ele afeta, sobremaneira as áreas: saúde, segurança e educação pública, além de fomentar a corrupção em órgãos policiais e judiciais. Conforme o Segundo Relatório Mundial sobre Drogas, de 2012, entre 3,4% e 6,6% da população mundial entre 15 e 64 anos consome drogas ilícitas, estando presente sobremaneira em países em desenvolvimento. Na edição de 2015, esse relatório chama atenção para a condição do Brasil, com 1,75% de sua população usuária de cocaína (UNODOC, 2015; 2015; Cavalcante, 2016).

Para o enfrentamento da realidade brasileira, foram tomadas algumas medidas, com destaque para o aprimoramento da legislação, sobremaneira a substituição das leis 6.368/1976 e 10.409/2002 pela 11.343/2006 que, entre outras coisas, estabeleceu a diferença entre usuário e traficante. Tal legislação também apontou alternativas de tratamento em hospitais, residência acompanhada e atenção a casos crônicos por meio de internações em clínicas médicas especializadas para o atendimento de usuários cujas famílias possam custear o tratamento e, em comunidades terapêuticas (CTs) conveniadas com o Estado.

Neste artigo, produzido com base em algumas referências bibliográficas e também em trabalho de campo feito nas cidades de: São Paulo (abordando, não uma CT, mas duas organizações religiosas alternativas), Campinas (uma CT católica e a sede de uma rede de CTs católicas) e São Carlos (uma CT

evangélica). Foi buscada uma reflexão a respeito da relação entre CTs, religiosidade e laicidade<sup>3</sup>. O texto está dividido em quatro seções, sendo as duas últimas as mais importantes. Na primeira, há uma breve discussão sobre o consumo de SPA e na segunda é apresentado um pequeno histórico das CTs, assim como alguns princípios que fundamentam suas atividades. Já na terceira, são discutidos convênios entre CTs ligadas a grupos religiosos em face da laicidade do Estado brasileiro, assim como os parâmetros legais para o funcionamento delas. Por fim, na quarta seção, são feitas algumas considerações sobre a relação entre Estado e organizações privadas com identidade religiosa e a prática proselitista, havendo também uma discussão do chamado método de internação das CTs em face da política da redução de danos, adotada em tese pelo governo brasileiro (Brasil, 2004).

### QUESTÕES DO CONSUMO DE SPA

O consumo indevido de SPA por parte de um crescente número de indivíduos não é uma característica apenas das sociedades industriais modernas (De Paula; Pires, 2002). A busca por estados alterados de consciência remonta tempos longínquos da existência humana, sendo algo atribuído ao fato de os indivíduos lidarem com inquietações próprias da condição emocional de desamparo e fragilidade (Marques; Cruz, 2000; Escohotado, 2004). Na pré-modernidade, o uso de SPA estava ligado basicamente à ritualística religiosa<sup>4</sup>. Com a massificação do consumo no mundo contemporâneo a dependência química acabou por ser constituir como um complexo e grave problema social.

<sup>3</sup> A relação entre religiosidade e enfrentamento do consumo abusivo de SPAs vem sendo relativamente bem estudada nas duas últimas décadas na área de saúde (Dalgarrondo, 2007).

<sup>4</sup> No Brasil atual, se faz presente nas religiões amazônicas: Santo Daime, União do Vegetal e Barquinha, havendo autorização do Ministério da Justiça para cultivar, transportar e ingerir os vegetais, sobretudo ayahuasca, usados na preparação do chá ritual e alucinógeno, algo que é proibido para quem não frequenta tais cultos (Goulart, 2004; Labate; Araújo, 2009).

A crescente dependência química é considerada um grande desafio para o poder público e a sociedade civil brasileira, algo que ganhou feições dramáticas devido ao crack<sup>5</sup> e ao fato de os primeiros contatos com uma SPA ter início já na passagem da infância para a adolescência (Marques; Cruz, 2000). Nas últimas três décadas, emergiu no país uma considerável economia de programas de tratamento realizados em CTs. Estas passaram a exercer significativa concorrência por recursos públicos, sendo então questionadas por profissionais de saúde, sobremaneira aqueles defensores da reforma psiquiátrica. Discute-se a proliferação das CTs em face da, ainda, reduzida quantidade de informações confiáveis sobre o funcionamento dos programas de tratamento. Tal realidade desafia a compreensão da parte, não apenas das ciências médicas, mas também das ciências sociais. Nessa perspectiva, cabe expor um sucinto histórico das CTs.

## TRAJETÓRIA E FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Segundo Glaser (1981), as comunidades de convívio terapêutico existem há mais de dois milênios, sendo um exemplo o grupo asceta judaico dos essênios. Fracasso (2002) e OBID (2010) destacam algo bem mais recente, no século XIX: os trabalhos da organização religiosa nos Estados Unidos First Century Christian Fellowship (Associação Cristã do Primeiro Século), renomeada Moral Rearmement (Rearmamento Moral). Tais grupos buscavam um convívio de algum modo semelhante ao das comunidades cristãs primitivas em que os confrades compartilhavam alimentos e responsabilidades. No mesmo país, em 1935, surgiram os Alcoólatras Anônimos e na década seguinte, os Narcóticos Anônimos.

---

<sup>5</sup> Em função disso surgiu o “Plano Crack é Possível Vencer”, a partir da Portaria nº 131, de 2012, do Ministério da Saúde, que instituiu apoio financeiro a estados e municípios para custeio de serviços de Atenção em Regime Residencial, inclusas as CTs.

Nos anos 1950, foram formadas, também nos EUA, as comunidades Synanon e na década seguinte, a Daytop Village. Cabe mencionar ainda o trabalho do pastor David Wilkerson como fundador do Teen Challenge (Desafio Jovem), grupo que enfatizou a conversão religiosa como parte do tratamento da dependência química (Fracasso, 2002).

O termo *comunidade terapêutica* se difundiu efetivamente a partir dos trabalhos do psiquiatra Maxwell Jones, na Inglaterra, também na década de 1950, atendendo ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial (Queiroz, 2001). Tal como em outras instituições de internato, os atendidos por CTs buscam uma reconstrução da imagem de si próprios, sob a ação dos dirigentes de “instituições totais” modernas (Goffman, 1975).

Tal como nos Estados Unidos, a primeira CT no Brasil voltada ao atendimento de dependentes químicos era evangélica e se chamava Movimento Jovens Livres, tendo sido formada em 1968 na cidade de Goiânia pela missionária presbiteriana Ana Maria Brasil (Chaves, 2007). Exatamente uma década depois, teve início o trabalho do padre jesuíta estadunidense Haroldo Rham, fundador da comunidade Fazenda Senhor Jesus<sup>6</sup>. A expansão das CTs, contudo, só se deu a partir da década de 1980 (Machado, 2011). Gradativamente, elas se configuraram como uma alternativa à lacuna deixada pelo Estado na proposição e efetivação de políticas nesse setor da saúde pública. Conforme Reale (2004, p. 10), as CTs se constituíram como uma resposta possível ao:

[...] cenário mais amplo de restrição de recursos financeiros para saúde pública cujo investimento em serviços especializados no tratamento de dependência química está muito aquém das necessidades da população.

Em termos de tipos de tratamentos de dependentes químicos pode-se falar em dois eixos, sendo o primeiro a “teoterapia”, baseado em concepções cristãs de vida social, convivência e comportamento; e o segundo “laicote-

---

<sup>6</sup> Rham e o também jesuíta texano Eduardo Dougherty são os sacerdotes pioneiros no Brasil do movimento: Renovação Carismática Católica (Prandi, 1996, p. 34).

rapia” sustentado em serviços profissionais especializados de atendimento, incluindo atividades ocupacionais próprias da laborterapia (Valerrutén, 2008).

Nas CTs de um modo geral, não apenas, nas religiosas, a dimensão da espiritualidade tem bastante importância, de modo que é estimulado o apoio dos pacientes num “poder superior”, termo difundido entre os alcoólicos anônimos (De Leon, 2003; Fracasso, 2002; Damas, 2013). Esse princípio da espiritualidade remete a um traço, de fato, relevante das relações humanas, sociologicamente chamado de religiosidade, algo distinto de religião (Simmel, 2005). Tal traço, no entanto, acaba algumas vezes por levar as CTs a terem feições doutrinárias e institucionais de caráter proselitista, algo a ser discutido mais adiante, pois antes cabe expor sucintamente o funcionamento típico de uma CT, seja religiosa ou não.

A primeira etapa do tratamento nas CTs é a entrevista classificatória quando costumam ser apresentadas informações relativas ao processo, tanto para o paciente, quanto para sua família. Elas contemplam: princípios da instituição, critérios de admissão e alta, período mínimo e máximo de permanência de internação (variando de 6 a 12 meses) e as formas de administração dos eventuais conflitos surgidos nas relações internas. Pressupõe-se a transmissão de informações como rotina diária e também os recursos disponíveis: médicos psiquiatras e clínicos gerais, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários, técnicos de enfermagem e demais profissionais que desenvolvam atividades com os assistidos.

Na relação entre indivíduo e instituição, as CTs possuem – ou ao menos se espera que sim – um regulamento interno para atribuir direitos e deveres na convivência grupal. No processo de recuperação, são consideradas necessárias algumas atitudes: a) o abandono total de quaisquer SPA, exceto casos em que haja comprometimentos neurológicos ou distúrbios psiquiátricos associados ao quadro da dependência química, quando então o corpo médico da instituição (pressupondo que exista) determina qual medicação e em que periodicidade o paciente deverá fazer uso; b) abstinência de sexo; c) mudanças de comportamentos e de estilo de vida dos residentes (Fracasso, 2002).

Feita essa exposição resumida sobre a trajetória histórica e a características básicas das CTs em geral, pode-se aprofundar alguns pontos também de seu questionamento. Primeiramente em relação à distribuição das vagas nos convênios e depois sobre a importante mudança havida na legislação a respeito.

## POLÍTICAS, REDES E NORMATIZAÇÃO

A abordagem de como a dependência química tem sido historicamente objeto de tratamentos nos demanda atenção ao modo como também as pessoas consideradas com problemas mentais têm sido tratadas. A psiquiatria surgiu no século XVII, voltando-se para os chamados doentes mentais. Indivíduos afetados por tal enfermidade eram colocados na condição de apartados do convívio social (Foucault, 1999a). Contudo, sempre houve pequenos focos resistentes da parte de movimentos reformistas, procurando tornar os tratamentos menos invasivos ou agressivos.

Nessa perspectiva, foram criadas no Brasil do século XX colônias agrícolas que se diferenciavam dos espaços de confinamento próprios de hospitais psiquiátricos até então. Posteriormente, nas décadas de 1960 e 70, surgiu um modelo de psiquiatria chamado de comunitário e considerado mais humanizado.

Um dos desdobramentos da reforma psiquiátrica foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados ao atendimento a portadores de transtornos mentais, entre os quais os dependentes químicos. O atendimento prestado pelos CAPS é de natureza não invasiva, buscando fortalecer a autonomia individual e o desenvolvimento de estratégias para a integração dos atendidos em seu ambiente sociocultural. Na cidade de São Paulo, em 1987, foi criado o primeiro CAPS após a Secretaria Municipal de Saúde verificar muitas ocorrências de maus tratos e até óbito de alguns pacientes de hospitais psiquiátricos. Foram investidos recursos para o desenvolvimento de uma rede de apoio a pessoas necessitadas desse tipo de atendimento. Passada essa primeira etapa, várias ações foram desenvolvidas

com vistas à reestruturação da rede de serviços de saúde mental, substituindo gradativamente o modelo manicomial. Cada CAPS possui atribuições específicas. Neste artigo, é enfocado o CAPS-AD (álcool e drogas). Trata-se de um serviço prestado pelo Ministério da Saúde à população de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias.

Verificando que a perspectiva tradicional de relacionamento jurídico com as SPAs ilícitas – maconha, cocaína, crack, heroína etc. – caracterizada desde 1972 pelo presidente estadunidense Richard Nixon como “guerra contra as drogas” (Coggiola, 1996), se mostrou ineficaz, o governo brasileiro optou formalmente por uma política de redução de danos. Nessa perspectiva, um experimento local chamou atenção em termos de políticas públicas, ocorrendo na região central da capital paulista, conhecida como Cracolândia<sup>7</sup>. O programa foi implantado em janeiro de 2014 pela prefeitura municipal, tendo sido chamado de Braços Abertos. Através dessa política foi oferecida a dependentes de crack moradia em hotéis populares, emprego em frentes de trabalho com renda diária de quinze reais, além de três refeições ao dia e um curso de capacitação profissional. Passaram por ele aproximadamente mil pessoas, havendo desistência de metade delas e estando a outra metade ainda em atendimento. Com a troca de prefeito em 1 janeiro de 2017: Fernando Haddad (Partido dos Trabalhadores) por João Doria (Partido da Social Democracia Brasileira), este adotou parcialmente o programa, mudando seu nome para Redenção, tendo buscado aproximação com o programa estadual chamado Recomeço, implementado em 2013 por seu

---

<sup>7</sup> Com base nesse nome e situado na mesma região paulistana, há uma iniciativa ligada à Primeira Igreja Batista de São Paulo, chamada Cristolândia. Iniciada em 2008 pelo pastor Fernando Brandão e coordenada pelo casal de pastores Humberto e Soraya Machado (Fromm, 2016). Um breve trabalho de campo permitiu verificar que na Cristolândia são atendidos atualmente cerca de 250 pessoas, frequentadoras da Cracolândia. A elas são oferecidas três refeições diárias, além de apoio em termos de higiene pessoal e encaminhamento para a rede pública de saúde. Não há, portanto, internações, mas sim atuação na perspectiva da redução de danos. Como organização evangélica, promove estudos bíblicos, e também realiza atividades musicais com destaque para seu coral.

colega partidário, governador Geraldo Alckmin, sendo este voltado para internações – até involuntárias – em hospitais públicos e CTs conveniadas.

As CTs brasileiras e de outros países latino-americanos, com destaque para a Colômbia (Valerrutén, 2008), integram a iniciativa privada, sendo em grande quantidade vinculadas a grupos religiosos, sobejamente cristãos. De acordo com o artigo 6º da Portaria 3.088/2001, as CTs devem ser articuladas com os CAPS-AD, que são legalmente responsáveis pela indicação de internação, assim como pelo acompanhamento durante o período em que o paciente permanece internado. O trabalho feito pelas CTs substitui a ação direta do poder público, sendo isso algo que lhes confere críticas, sobremaneira de profissionais da rede pública de atenção a dependentes químicos. Os dirigentes das CTS, no entanto, se defendem, ressaltando a debilidade da rede pública (Machado, 2011, p. 127).

A relação entre governo federal e CTs ganhou solidez com a criação em 1998 da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD (atualmente Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas). Em termos legais, o funcionamento das CTs no Brasil teve sua primeira regulamentação com a Resolução 101/2001 (RDC 101/2001), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Dez anos depois, ela foi revogada e substituída pela RDC 29/2011.

A demanda por tratamentos para dependência de álcool e outras drogas é crescente junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), que não está estruturado para atendê-la. Isso leva à intensa procura por CTs, algo que, por sua vez exige do poder público fiscalização sobre a infraestrutura e as condições sanitárias delas (Cavalcante, 2016).

Como visto, debate-se no Brasil a dependência química, sendo o crack o caso mais grave, como um grande problema social cujas principais formas de enfrentamento são as comunidades terapêuticas, os CAPS-AD e algumas iniciativas locais, com perspectivas distintas. As CTs praticam a internação, por vezes com caráter involuntário como meio de busca da preservação da abstinência, prescrita desde o início dos tratamentos. Do outro lado, a políticas desenvolvidas pelo CAPS-AD são menos invasivas, tendo como princípio a redução de danos e admitindo que eventuais recaídas são parte

do processo de recuperação. Neste artigo, são abordadas as CTs, com foco em algumas religiosas cristãs, do Estado de São Paulo, mantidas através de: contribuições de integrantes dos grupos de culto, pagamento de mensalidades e também recursos públicos por meio de convênios com o referido programa estadual paulista e prefeituras municipais.

Não há dados disponíveis e confiáveis sobre a distribuição, na origem, dos recursos que mantém todas as CTs religiosas paulistas. Neste sentido, são apresentados dados, ao menos, de uma delas, situada do município de São Carlos-SP e denominada: Saber Amar, fundada e coordenada pelo pastor Marçal Caligiuri Mendonça, que foi ligado ao corpo de pastores da igreja Assembleia de Deus Madureira - ADM, estando atualmente desvinculado de qualquer denominação. Atendendo 40 residentes, sendo 8 vagas (20%) subsidiadas com recursos repassados pela prefeitura municipal, as demais 32 têm custo médio semestral de até vinte mil reais pagos pelas famílias dos pacientes. No custo médio mencionado, não estão inclusas as despesas com farmácia (medicações para tratamento e outras), cantina, lavanderia e eventuais passeios. Alguns residentes de famílias de menor renda chegam a pagar metade desse valor. Por se tratar de uma instituição de pequeno porte, é bastante modesta a contribuição de seus adeptos para a manutenção da CT.

Em relação aos convênios do poder público com as CTs em âmbito nacional, há primeiramente um problema de gênero: enquanto os homens têm acesso a 5.402 vagas (88%), às mulheres são destinadas apenas 687 vagas (12%). Trata-se de um dado preocupante dada a elevação no número de mulheres dependentes químicas. Há de fato uma grande quantidade de consumidores abusivos de SPAs, segundo dados do Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas - OBID em pesquisas feitas há uma década<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Realizadas entre 2001 e 2006, respectivamente: a) I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), e II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), ambos realizados mediante parceria entre o SENAD e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) como unidade executora da pesquisa e b) 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2006), realizado em parceria entre o SENAD e a

Conforme as informações disponíveis, o número de vagas oferecidas é de bastante limitado em face da demanda nacional. Em segundo lugar, há um destacado problema quanto às exigências legais para o funcionamento das CTs conveniadas. Ao substituir RDC 101/2001 pela RDC 29/2011, o governo federal desconsiderou interesses dos pacientes, seus familiares e da sociedade abrangente, relaxando exigências que garantiam maior qualidade e responsabilidade pelos serviços prestados, conforme ressaltam os profissionais da saúde, que também criticam as internações involuntárias.

Nesse sentido, o presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo (CONED-SP), por meio do instrumento de Consulta 49.917/2013, dirigiu-se ao Conselho Regional de Medicina (CREMESP) para pedir a elaboração de um parecer sobre as internações involuntárias. O posicionamento do CREMESP foi contrário à medida por considerá-la como volta ao modelo psiquiátrico tradicional de confinamento. O CREMESP apontou em 2013 que havia no Brasil cerca de três mil CTs<sup>9</sup>, sendo que grande parte delas não era filiada a nenhuma federação por não atender às exigências da RDC 29/2011 e da RDC 101/2001.

O problema da qualidade dos serviços de muitas CTs está relacionado ao fato de elas não se cadastrarem e nem regularizaram seu funcionamento junto ao OBID e respectivas federações, justamente por não atenderem exigências mínimas de funcionamento. No Estado de São Paulo, foi criada em 1990 a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas - FEBRACT<sup>10</sup>.

---

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo como executora a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD).

<sup>9</sup> Silva (2011) e Damas (2013), seguindo dados do Ministério da Saúde, haviam apontado a existência de 2500 CTs atendendo 80% dos dependentes químicos do país.

<sup>10</sup> Padre Haroldo Rham foi protagonista também na formação da FEBRACT, cuja sede fica em Campinas e tem prevalência católica entre suas unidades membros. Em grande medida, essa federação decorre da Pastoral da Sobriedade cujos núcleos de base estão presentes em muitas dioceses e paróquias, repetindo o que já fora feito em relação às unidades dos Alcoólicos Anônimos (Ceconello, 2000). Segundo Saulo Monte Serrat, docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e membro do conselho deliberativo da

Essa federação conta atualmente com 31 filiadas, havendo entre elas algumas de orientação evangélica<sup>11</sup>.

Das três mil CTs relacionadas pela CREMESP em 2013 apenas 14% estavam filiadas a OBID, FEBRACT e FETEB. Como se sabe, a Constituição Federal não obriga nenhuma entidade ou cidadão a filiar-se a uma federação ou associação, contudo, isso efetivamente constitui um indicativo de oferecimento de serviços com padrões adequados de qualidade. São frequentes as queixas de profissionais da área médica em relação a muitas CTs que funcionam sem parâmetros bem estabelecidos.

Pelo exposto, verificou-se que a distribuição das vagas de convênios carece de uma atualização que esteja de acordo com as demandas reais do país e conforme as peculiaridades regionais. No que concerne à mudança na legislação, isto é, a implantação da RDC 29/2011, o governo brasileiro foi de fato pouco responsável ao reduzir as exigências das CTs conveniadas. Isso se deve ao crescente contingente de dependentes químicos e ao fato de se vislumbrar as CTs como meio para desafogar, ao menos em parte, o atendimento na rede pública de saúde.

## AS CTS RELIGIOSAS EM FACE DO ESTADO LAICO

Nesta seção do artigo é discutida a perspectiva de abstinência total, própria das CTs e em contraposição à política de redução de danos, adotada formalmente pelo governo brasileiro. São abordadas também as questões

---

FEBRACT, cerca de um terço dos usuários que fazem tratamento conseguem superar a dependência, dados estes congruentes com levantamentos internacionais sobre CTs.

<sup>11</sup> Desde 1998, existe também a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas (FETEB), de exclusividade protestante, porém sem presença significativa no Estado de São Paulo, havendo de fato poucas informações disponíveis a respeito. De outro lado, embora os espíritas kardecistas façam um relevante trabalho assistencial no país, eles têm poucas atividades com dependentes químicos (Simões, 2015). Uma exceção em São Paulo é o Centro de Treinamento Bezerra de Menezes (CTBN), existente desde 1971 e fixado em São Bernardo do Campo.

que envolvem os convênios entre poder público e CTs religiosas, como parte da complexa relação entre Estado laico e religião no país.

Como dito, entre as CTs há um forte predomínio de instituições cristãs, sobremaneira evangélicas pentecostais. Há de fato uma grande quantidade de comunidades desse tipo ligadas a igrejas, algo relacionado à grande expansão evangélica que vem se dando no país, principalmente, nas três últimas décadas, mesmo período de proliferação das CTs. Estas entidades efetivamente fazem proselitismo, muitas vezes de modo ostensivo, considerando a conversão religiosa como meio e também indicativo de recuperação dos pacientes. Nessa visão, só abandona a dependência química quem se converte, realizando um “livramento” da ação demoníaca e libertação do vício, de modo a substituir o passado pecaminoso pela “vida nova com Jesus” (Mariz, 2003; Valderrutén, 2008; Rocha, 2010). Os testemunhos de ex-dependentes têm papel bastante importante, como se pôde verificar na CT Saber Amar, da cidade de São Carlos. Nela, há presença obrigatória dos internos nos cultos ministrados. Nesta CT e também em outras já estudada por outros pesquisadores, verifica-se que pouquíssimos internos tinham vivido intensa experiência religiosa antes (Machado, 2011, p. 98). A intensa prática proselitista dessas CTs é de fato algo controverso<sup>12</sup>. As comunidades terapêuticas em geral, inclusive as religiosas, funcionam, em parte, devido à cobrança pelos tratamentos prestados e também através de recursos públicos na forma de isenção fiscal e repasses de verbas e alimentos<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Embora de modo mais ameno e discreto, também ocorrem atividades proselitistas em CTs católicas – sobremaneira identificadas com a Renovação Carismática – como se pode observar em trabalho de campo feito na Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), também fundada por padre Haroldo Rham em Campinas. Tal comedimento no âmbito do catolicismo se deve, em parte, à condição de religião declinante, mas ainda bastante majoritária.

<sup>13</sup> Como dito, não há conhecimento da proporção de cada fonte de recursos, mas ao menos se sabe que a maior parte deles advêm das famílias dos internos na forma de mensalidades. Cabe dizer ainda que as CTs destinam algumas vagas com descontos e mesmo

Há no Brasil inúmeras entidades assistenciais originadas de organizações religiosas, sobremaneira cristãs, que atuam em várias frentes. Algumas delas são envolvidas em controvérsias, sendo objeto de instrumentalização ou projeção político-partidária por determinadas lideranças das instituições religiosas às quais elas se vinculam. A absoluta maioria das entidades assistenciais com identidade religiosa conta com recursos públicos para realizarem suas atividades, sendo que numa proporção significativa delas, embora de modo não assumido institucionalmente, há sim práticas proselitistas (Souza, 2013). Isso contextualiza um pouco o universo em que as CTs religiosas se inserem. Feita essa ressalva, vejamos alguns aspectos envolvidos nessa questão.

Nas CTs religiosas, a conversão às igrejas vinculadas a elas, por vezes, é colocada como fator de êxito do tratamento e até como condição para a continuidade do mesmo:

Embasado prioritariamente no trabalho, na disciplina e na religião, esse programa terapêutico enfatiza uma rotina diária de atividades e tarefas rigorosas, imposta a todos os alunos, em um conjunto de regras internas que deve ser obedecido como critério de continuidade ao tratamento (Machado, 2011, p. 43)

Esse ponto, em particular, suscita o debate sobre a relação entre Estado laico e organizações religiosas. Discute-se o fato de o proselitismo feito nas CTs, mantidas em parte com verbas públicas diretas e (ou) indiretas, se contrapor ao princípio constitucional da adesão livre dos cidadãos a grupos religiosos ou mesmo de não abraçar nenhum deles. Nesse sentido, vale lembrar um artigo da Constituição:

Art. 19. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:  
I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes, relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público;

---

gratuitas para determinados pacientes mais pobres, algo semelhante ao que fazem as escolas confessionais em relação à política de bolsas.

A relação entre Estado e religião é um tema complexo e privilegiado nas análises de ciências sociais da religião (Costa, 2006; Lorea, 2008; Mariano, 2011). As CTs religiosas compõem apenas uma pequena parte desse amplo debate científico e também político. Para a continuidade dessa reflexão cabe nos determos sobre alguns acontecimentos da última década que são relevantes sobre a relação entre Estado e religião no país.

Uma polêmica veio à tona em 2007 por ocasião da visita ao Brasil do então papa Bento XVI, quando foi divulgada a existência de uma negociação entre o governo brasileiro e o Vaticano, por iniciativa deste. No ano seguinte, foi assinado em Roma, vindo a tramitar no Congresso Nacional em 2009 e sancionado no ano seguinte pelo presidente Lula o “Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Santa Sé relativo ao Estatuto Jurídico da Igreja Católica no Brasil”. O documento de vinte artigos trata de assuntos diversos, com destaque para: personalidade jurídica e imunidade tributária para rendas e patrimônio de entidades católicas; situação trabalhista de sacerdotes e religiosos e integração de imóveis ao patrimônio histórico (Giumbelli, 2011).

Como consequência do acordo Brasil-Vaticano houve mobilização política dos evangélicos, levando o deputado federal George Hilton, membro da IURD e do PP (Partido Progressista) de Minas Gerais a apresentar um projeto de lei com as mesmas prerrogativas da concordata católica, porém voltado às demais instituições religiosas, sendo batizado de “Lei Geral das Religiões”. Tal projeto de lei (PL 160) foi aprovado na Câmara dos Deputados em 26 de agosto de 2009, na mesma sessão em que, antes, a concordata católica também havia sido aceita, seguindo ainda em tramitação no Congresso Nacional.

A presença e mobilização parlamentar evangélica no Congresso Nacional tem peso político considerável. A chamada bancada evangélica, com feições bastante conservadoras, costuma atuar unida e também articulada com parlamentares de militância católica conservadora em relação a temas controversos como aborto, relações homoafetivas, eutanásia, maioria penal e descriminalização de drogas. Alguns parlamentares evangélicos

são ligados a CTs, com destaque para o senador batista Magno Malta, do Partido Republicano do Espírito Santo (PR-ES) o pastor da Assembleia de Deus e deputado federal Marco Feliciano, do Partido Social Cristão de São Paulo (PSC-SP)<sup>14</sup>. Estes e demais parlamentares com ostensiva militância religiosa e ligados a CTs costumam fazer delas um trunfo eleitoral, além de procurar beneficiá-las com a destinação de verbas via emendas parlamentares e outras formas de apoio, evidentemente, sem questionamentos a respeito de práticas proselitistas.

O apoio de parlamentares religiosos, sobretudo evangélicos a CTs, costuma ser feito de modo combinado com o discurso denunciando a omissão de governos em relação ao problema da dependência química. Por outro lado, pouco questionam a também ausência do poder público em termos de vistorias e regramento dessas entidades terapêuticas. Tal postura parlamentar possibilitou a substituição da RDC 101/2001 pela 29/2011, uma legislação que, como visto, é permissiva quanto ao funcionamento das CTs em geral.

A opacidade que legalmente envolve a maioria das CTs, seu modo de organização interna e funcionamento, inviabiliza, em grande medida, uma abordagem crítica das relações de poder estabelecidas nelas a partir dos papéis desempenhados pelos residentes, administradores, monitores e demais indivíduos envolvidos. Nesse sentido, vale lembrar que os tratamentos com base em confinamento foram apontados por Foucault (1999a) como algo marcado pela exclusão e “mergulho em outro mundo”, muito distinto da convivência comum anterior à internação. A abordagem da abstinência total sob internação é questionada em alguns estudos que destacam a importância de uma compreensão integral do indivíduo que é dependente químico (Becker,

---

<sup>14</sup> Também pastor da Assembleia de Deus, Feliciano ganhou destaque nos noticiários brasileiros em 2013. A despeito de vídeos elucidando suas posições racistas e homofóbicas em pregações religiosas, ele foi eleito presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Sua posse e permanência durante aquele ano no cargo gerou grande indignação por parte de militantes dessa área, intelectuais, artistas e também organizações internacionais.

2008; Bucher, 1996; Zinberg 1984). Por sua vez, a política de redução de danos propõe uma abordagem menos invasiva na perspectiva de que indivíduo possa gradualmente se recuperar e reintegrar socialmente (Cavalcanti, 2007). Ela tem como pressuposto a capacidade de o indivíduo, de modo amparado, conseguir administrar suas decisões e conduzir sua própria vida. Ocorre que em muitos casos os indivíduos estão muito incapacitados de se conduzirem, daí um argumento substantivo em prol das CTs.

A internação inevitavelmente leva à grande subordinação do paciente às determinações do corpo dirigente da instituição, sendo este, algumas vezes, marcado por condutas eticamente desviantes. Trata-se de um forte controle institucional exercido sobre o corpo, subjugando-o (Foucault, 1999b). Conforme a literatura a respeito, essa grande restrição à liberdade individual faz com que a eficácia do tratamento seja vista por alguns profissionais da saúde como algo superficial e momentâneo devido ao fato de o paciente ser forjado a uma mudança sobre a qual ele tem consciência e controle limitados. Tais críticas às CTs, incluindo as religiosas, são evidentemente rechaçadas por seus dirigentes e defensores, dentre eles seus maiores representantes políticos, os parlamentares evangélicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema da dependência química é de fato complexo e desafiador para as sociedades contemporâneas. Como uma forma de enfrentamento, as CTs surgiram criando ambientes considerados protetivos por meio da convivência reclusa. Ao praticarem internações involuntárias elas passaram a se constituir ainda mais como algo assemelhado ao modelo psiquiátrico tradicional cuja eficácia, em grande medida, deixa a desejar. Outra controvérsia delas é o fato de os convênios estabelecidos com o poder público estarem bastante aquém das demandas reais do país, tanto em termos de distribuição de vagas por gênero, quanto de abrangência e distribuição delas no território nacional. Além disso, há o embate entre a chamada perspectiva proibicionista e a política de redução de danos, formalmente adotada pelo Estado brasileiro.

Verifica-se a necessidade de o poder público exercer maior controle sobre o funcionamento das CTs, em face de denúncias que ocorrem e também das críticas dos profissionais de saúde que atuam nessa área específica (CFP, 2011). Mas o problema das CTs, focado neste artigo, consiste no fato de convênios e subvenções públicas contribuírem de modo indireto para práticas proselitistas, contrárias ao princípio da laicidade, que prevê isonomia entre diferentes grupos religiosos e também respeito à liberdade do indivíduo de não abraçar religião alguma. Como visto, o poder público tem limitado controle sobre a qualidade dos serviços prestados, a despeito dos recursos repassados. Talvez o aspecto mais questionável seja a validade de se considerar a conversão a determinado grupo religioso como critério de êxito num tratamento.

Por outro lado, tendo a religiosidade voluntária como uma dimensão importante do indivíduo contemporâneo (Simmel, 2011), é realmente compreensível que ela seja devidamente levada em conta nos tratamentos de saúde, incluindo aqueles em relação à dependência química. Embora haja bastante contradição na relação entre criminalidade, consumo abusivo de SPAs e igrejas evangélicas (Dias, 2008), parece exagerada a crítica de alguns profissionais de saúde à “função alienadora das CTs”, promovendo “substituição de uma droga por outra”. Há se considerar também o trabalho de reinserção social – sobremaneira recolocação do mercado de trabalho – dos ex-internos das CTs (Souza et al., 2016), algo feito mediante a prática comunitária das igrejas às quais elas são vinculadas.

Embora os convênios públicos com CTs não constituam uma política universal voltada efetivamente ao conjunto da população, elas têm bastante apoio popular, sobretudo por tratarem vítimas do crack (Ribeiro; Minayo, 2015). Deixar de reconhecer a contribuição na recuperação da dependência química em parte dos atendidos, de fato, não contribui com o debate qualificado sobre o tema. Dada a complexidade do problema o mais adequado para a sociedade brasileira parece ser a combinação – de modo crítico e tão equilibradamente quanto possível – dos aspectos positivos dessa proposta terapêutica com os da redução de danos.

## REFERÊNCIAS

- ANVISA. *Resolução da diretoria colegiada nº 101*. São Paulo: ANVISA/SENAD, 2001.
- ANVISA. *Resolução da diretoria colegiada nº 29*. São Paulo: ANVISA/SENAD, 2011.
- BECKER, Howard. *Outsiders: estudos da sociologia do desvio*. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BUCHER, Richard Emil. *Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS*. Brasília: UnB, 1996.
- BRASIL. *Lei nº10.216, 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, Brasília, DF, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004: Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências*. Brasília, 2004.
- CAVALCANTE, Lara Dias. Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química. *Visa em Debate*, v. 1, n. 4, p. 44-50.
- CECONELLO, João Roberto et al. *Os 12 passos da pastoral da sobriedade: manual do agente*. São Paulo: Loyola, 2000.
- Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2011.
- CHAVES, Eugenia Maria. *Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais*. Bauru: Instituição Toledo de Ensino. 2007.

COSTA, Néstor da (Org.). *Laicidad em América y Europa: repensando lo religioso entre lo público y lo privado en lo siglo XXI*. Montevideo: CLAEH, 2006.

COGGIOLA, Osvaldo. O tráfico internacional de drogas e a influência do capitalismo. *Revista Adusp*, São Paulo, n. 7, p. 44-51, 1996.

DALGALARONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 25-33, 2007.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública*, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

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

DE PAULA, Wilson Kraemer de; PIRES, Gisele de Souza Paula. *Viver livre das drogas*. Florianópolis: Letras Brasileiras, 2002.

DIAS, Camila Caldeira Nunes. *A igreja como refúgio e a Bíblia como esconderijo: religião e violência na prisão*. São Paulo: Humanitas, 2008.

ESCOHOTADO, Antonio. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999a.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 20. ed. Editora Vozes: Petrópolis, 1999b.

FRACASSO, Laura. Características da comunidade terapêutica. In: *Curso Nacional de aprendizado à distância: aspectos básicos no tratamento da dependência química*. v. 2. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas (SENAD), 2002.

\_\_\_\_\_. Comunidade terapêutica: uma abordagem psicossocial. *Anais do Encontro Interdisciplinar: dependência química, saúde e responsabilidade social, educando e transformando através da Educação Física*. Campinas: Unicamp, 2008. p. 10-20.

FROMM, Deborah Rio. Deus e o Diabo na terra do crack: a missão Cristolândia e a cosmopolítica batista. In: RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (Org.). *Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EDUFSCar, 2016.

GIUMBELLI, Emerson. O acordo Brasil-Santa Sé e as relações entre Estado, sociedade e religião. *Ciencias Sociales y Religión*, v. 13, n. 14, p. 119-143, 2011.

GLASER, Frederick. The origins of the drug-free therapeutic community. *Br J Addict*, v. 76, n. 1, p. 13-25, 1981.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975.

GOULART, Sandra Lucia (Org.). *O uso ritual das plantas de poder*. São Paulo: FAPESP, Mercado das Letras, 2004.

JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Trad. Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

LABATE, Beatriz; ARAUJO, Wladmy. (Org.). *O uso ritual da Ayahuasca*. São Paulo: FAPESP, Mercado das Letras, 2009.

LOECK, Jardel Fischer. *A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em antropologia social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

LOREA, Roberto Arriada (Org.). *Em defesa das liberdades laicas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 19-32.

MACHADO, Laura Paes. Do Crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, 2011.

MARIANO, Ricardo. Laicidade à brasileira. *Civitas*, v. 11, n. 2, p. 238-258, 2011.

MARIZ, Cecília L. Embriagados no Espírito Santo: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. *Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, v. 15, p. 61-82, 2003.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roseli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, s. 2, p. 32-36, 2000.

OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas). *Tratamento/ Dependência química/Diferentes abordagens*. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

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

PRANDI, Reginaldo. *Um sopro do espírito: a renovação conservadora do catolicismo carismático*. São Paulo: Edusp e Fapesp, 1997.

QUEIROZ, Isabel Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil*.

RAUPP, Luciani Marques; MILNITSKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 24, n. 3, 2008, p. 361-368.

- REALE, Diva. O diagnóstico em crise: a descoberta do uso de droga na adolescência. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2004, São Paulo. Anais... São Paulo: USP, 2004.
- ROCHA, Mary Lança Alves. *O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus*. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.
- SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.
- SILVA Jair Lourenço. *Terapia de rede para adictos*. Tese de doutorado em saúde pública. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública)–USP, São Paulo, 2011.
- SIMMEL, Georg. *Religião: ensaios*. v. 1/2. São Paulo: Olho d'água, 2011.
- SIMÕES, Pedro. *Dá-me de comer: a assistência social espírita*. São Paulo: CCDPE-LHIPE, 2015.
- SOUZA, André Ricardo de. Traços e embaraços do trabalho assistencial cristão. *Estudos de Sociologia*, v. 18, n. 34, p. 173-192, 2013.
- SOUZA, Kévin da Silva; SILVA, Iuri Fernando Coutinho; BATISTA, Sonis Henrique Rezende; ALMEIDA, Rogério José de. Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas. *SMAD*, v. 12, n. 3, p. 171-177.
- VALDERRUTÉN, Maria del Carmen C. Entre “terapias” y “laicoterapias”: comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicologia Social*, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008.
- ZINBERG, Norman. *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press, 1984.

Recebido em: 16/08/2016

Aprovado em: 18/12/2016

