

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

GIOVANNA BARDI

**ENTRE A “CRUZ” E A “CALDEIRINHA”: DOSES DIÁRIAS DE ALIENAÇÃO NAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS**

VITÓRIA

2019

GIOVANNA BARDI

**ENTRE A “CRUZ” E A “CALDEIRINHA”: DOSES DIÁRIAS DE ALIENAÇÃO NAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Garcia.

VITÓRIA

2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

B246e Bardi, Giovanna, 1988-
Entre a 'cruz' e a 'caldeirinha' : doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas / Giovanna Bardi. - 2019.
343 f. : il.

Orientadora: Maria Lúcia Garcia.
Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Comunidades Terapêuticas. 2. Drogas. 3. Religião. 4. Alienação. I. Garcia, Maria Lúcia. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

GIOVANNA BARDI

**ENTRE A "CRUZ" E A "CALDEIRINHA": DOSES DIÁRIAS DE
ALIENAÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
RELIGIOSAS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora em Política Social.

Aprovada em 03 de dezembro de 2019.


COMISSÃO EXAMINADORA


Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia
Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo


Professora Doutora Fabíola Xavier Leal
Universidade Federal do Espírito Santo


Professora Doutora Maria das Graças Cunha Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo


Professor Doutor Ricardo Mariano
Universidade de São Paulo


Professora Doutora Rita de Cássia Cavalcante Lima
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Às mulheres e homens da classe trabalhadora de ontem,
de hoje e de amanhã. Que possamos abandonar uma
condição que **precise de alienações**.

AGRADECIMENTOS

Esta tese é fruto de um longo percurso. Os últimos anos foram de intenso trabalho, repletos de dúvidas, reflexões, leituras, debates, acertos e erros. Horas e horas de escrita, num vai e vem contínuo que é o processo do conhecimento.

Por ter esse privilégio de estudar desde sempre, agradeço aos meus pais.

Por ter tornado esse processo tão instigante e por ter me ensinado sobre comprometimento e dedicação, agradeço à orientadora desse trabalho, a Profa. Maria Lúcia Teixeira Garcia. Sempre me lembrarei da sua maneira de orientar/ensinar – o perfeito equilíbrio entre a exigência e o suporte –, da disponibilidade de todo e qualquer dia, da ética e do respeito, da objetividade sensível e do amor à profissão.

A mesma disponibilidade encontrei no grupo de pesquisa Fênix, no qual, nos últimos anos, pude acompanhar debates sobre a temática das drogas e outros diversos temas. Agradeço às colegas por terem me proporcionado essa troca de conhecimento.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo que, tanto nas disciplinas do mestrado como nas de doutorado, trouxeram para a minha formação um novo referencial teórico. A crítica que pude construir a partir da formação neste Programa transformou o meu trabalho como docente da Universidade e o meu modo de ver o mundo.

Sou grata a todos os professores que contribuíram com a escrita dessa tese ao comporem a minha Qualificação e Defesa: Profa. Lívia Moraes, Prof. Maurício Sabadini, Profa. Roberta Uchoa, Profa. Rita Cavalcante, Prof. Ricardo Mariano, Profa. Fabiola Leal, Profa. Maria das Graças Gomes, Prof. Pablo Ornelas Rosa e Profa. Silvia Salazar.

Em terras portuguesas, esse trabalho também contou com a colaboração do Prof. Luís Fernandes, da Universidade do Porto, que é muitos em um só. A ele agradeço por ter me recebido com tanto afeto, por todos os encontros reflexivos e por ter me proporcionado conhecer tantos lugares e pessoas na sua companhia. Ter cruzado o Oceano Atlântico pela primeira vez, sozinha, foi fundamental para o meu amadurecimento acadêmico, profissional e pessoal.

Por esse período de doutorado sanduíche ter sido possível, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Além disso, também agradeço:

Aos profissionais dos CAPS ad por terem contribuído de forma essencial no acesso aos entrevistados da pesquisa.

Aos sujeitos entrevistados da pesquisa, por toda a disponibilidade e paciência em responder às minhas perguntas, mesmo quando, para alguns, as memórias eram duras e eles preferiam tê-las esquecido.

Aos colegas do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo apoio e suporte nos momentos em que precisei priorizar a tese. Em especial, à Maria Daniela Macedo e ao Gustavo Monzeli, colegas da área social que acompanharam mais de perto todo este percurso e que foram solidários às minhas ausências.

Aos alunos do curso de Terapia Ocupacional, por serem minha fonte de aprendizado contínuo, minha inspiração para a realização do doutorado e minha motivação diante dos contínuos ataques que têm sido realizados pelo governo brasileiro à educação pública.

À minha “família” capixaba, Mariana Midori, Gustavo Monzeli e Irina Moriyama, pelo compartilhamento de casa, dos afetos, das angústias, dos choros, das felicidades e das vitórias. Sem vocês eu nem teria vindo.

Às colegas da pós-graduação Emilly Tenório, Carolina Giraldo, Cristiane Sabino, Camila Taquetti, Naara Campos, Leila Menandro e Franciane Bernardes, por todas as trocas nos últimos anos, por terem feito essa caminhada mais leve, mais potente e menos solitária.

À Leila Menandro, por ter me ajudado com a organização das referências finais deste trabalho e por outras tantas contribuições no cotidiano. Às colegas de profissão e amigas Brenda Monteiro e Agnes Sunderhus, por terem me ajudado com o levantamento de dados para a pesquisa. À Carolina Giraldo, por ter realizado a tradução do resumo para língua espanhola. Ao Rodrigo Mantovaneli, por ter realizado a tradução do resumo para a língua inglesa e por ter contribuído com a organização dos gráficos e tabelas do trabalho – além de toda paciência, dedicação e amor de cada dia. À Judith, pela companhia na reta final deste processo.

A todos os amigos e amores, de longe, de perto, de agora, de antes e de sempre.

RESUMO

BARDI, G. **Entre a “cruz” e a “caldeirinha”**: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. 2019. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

Desde que surgiram no Brasil, as comunidades terapêuticas se expandem, ganham força política e acessam, cada vez mais, financiamento público. As suas configurações, ainda que heterogêneas, apontam para metodologias de trabalho religiosas com o intuito de promover uma transformação subjetiva-moral dos indivíduos acolhidos. A partir desse cenário, nosso objetivo geral foi analisar os aspectos de alienação presentes nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas. Como objetivos específicos tivemos: debater a relação orgânica entre o capital e a política proibicionista; refletir sobre a categoria alienação; e caracterizar as comunidades terapêuticas no Brasil, destacando o processo entre religião e modelo de tratamento ofertado. Os dados foram obtidos por meio de 28 entrevistas com indivíduos egressos desses locais, a partir de indicações dos profissionais dos CAPS ad da região Metropolitana do Espírito Santo, e outros informantes-chave que não possuíam vínculo com os CAPS ad. Para a análise dos dados recorremos à Análise do Discurso. Os entrevistados produziram discursos que foram organizados em três grupos, a saber: uma parte (oito sujeitos) demonstrou aceitação dos ensinamentos religiosos acessados no interior das comunidades terapêuticas; outra parte (nove sujeitos) demonstrou uma recusa desses ensinamentos, com a elaboração de críticas aos métodos utilizados nas instituições e a defesa por um tratamento em liberdade; e, outra parte (onze sujeitos) apresentou tanto discordâncias como concordâncias com os preceitos religiosos. Os indivíduos que incorporaram aspectos da ideologia religiosa passaram a atribuir ao plano espiritual os acontecimentos de suas vidas. Os nossos entrevistados oscilaram entre a “cruz” – a incorporação da religião enquanto salvadora no trajeto de tratamento – e a “caldeirinha” – a incorporação da droga como sendo fruto da interferência do demônio em suas vidas e da demonização construída historicamente pela ideologia proibicionista. Concluimos que o discurso difundido pelas instituições religiosas no campo das drogas legitima o proibicionismo e oculta, por meio de um discurso individualizante (com as particularidades da religião), a dinâmica do capital que necessita de suas ideologias para alienar os seres humanos de ontem, de hoje e de amanhã. Além de não tratarem, as comunidades terapêuticas difundem um discurso baseado no efeito protetivo da religião contra o dito mal que, na verdade, tem a finalidade de mascarar o verdadeiro mal-estar da nossa civilização: a dinâmica do capital. Essa tese rejeitou, ao longo de suas páginas, a naturalização de práticas e teorias moralistas, conservadoras e autoritárias predominantemente presentes em nossa sociedade.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Drogas; Religião; Alienação.

ABSTRACT

BARDI, G. **Between the “cross” and the “devil's cauldron”**: daily doses of alienation in religious therapeutic communities. 2019. Thesis (Doctorate in Social Policy) - Postgraduate Program in Social Policy, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

Since their emergence in Brazil, therapeutic communities have been expanding, gaining political strength, and increasing access to government funding. Although heterogeneous, their configurations point to religious work methods in order to promote a subjective-moral transformation of the individuals participating in these rehabilitation programs. From this scenario, our general objective was to analyze the aspects of alienation present in the discourses of people treated in religious therapeutic communities for addictions. As specific objectives, we had: to debate the organic relation between the capital and the prohibitionist politics; reflect on the alienation category; and characterize the therapeutic communities in Brazil by highlighting the process between religion and the treatment model offered. Data were obtained through 28 personal interviews with individuals who were treated in religious therapeutic communities. The selection of individuals was based on indications from CAPS ad professionals from the Espírito Santo Metropolitan Region, and other key informants who had no link with CAPS ad. We used discourse analysis to analyze the data obtained. The speeches uttered by the interviewees were organized in three groups: those who showed acceptance of the religious teachings provided by therapeutic communities (eight individuals); those who reject the religious teachings, demonstrating criticism of the methods used by these communities and defense for a treatment in freedom (nine individuals); and those who presented both agreement and disagreement with religious precepts (eleven individuals). Individuals who incorporated aspects of religious ideology have become to relate the courses of events in their lives to the spiritual realm. Interviewees often oscillated between the “cross” - the incorporation of religion as an essential element in their addiction recovery process – and the “devil's cauldron” – the incorporation of the drug as the result of the interference of devil in their lives and of the demonization historically constructed by the prohibitionist ideology. We conclude that the discourse spread out by religious institutions in the field of drugs policy legitimizes the prohibitionism and conceals, through an individualizing discourse (with the particularities of religion), the dynamics of capital that needs its ideologies to alienate human beings from yesterday, today and tomorrow. In addition to not addressing addiction effectively, religious-based therapeutic communities spread a discourse based on the protective effect of religion against this evil, which, in fact, is intended to mask the real malaise of our civilization: the dynamics of capital. This thesis rejected the naturalization of moralistic, conservative and authoritarian practices and theories that are predominantly present in our society.

Keywords: Therapeutic Communities; Drugs; Religion; Alienation.

RESUMEN

BARDI, G. **Entre la “cruz” y la “calderita”**: dosis diarias de alienación en las comunidades terapéuticas. Tesis (Doctorado en Política Social)- Programa de Posgrado en Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

Desde que surgieron en Brasil, las comunidades terapéuticas se expanden, ganan fuerza política y tienen mayor acceso a financiamiento público. Sus configuraciones, aunque heterogéneas, apuntan para metodologías de trabajo religioso con el objetivo de promover una transformación subjetiva-moral de los individuos acogidos. Partiendo de este escenario, nuestro objetivo general fue analizar los aspectos de alienación presentes en los discursos de los sujetos que salieron de las comunidades terapéuticas religiosas. Como objetivos específicos establecimos: debatir la relación orgánica entre el capital y la política prohibicionista; reflexionar sobre la categoría alienación; y caracterizar las comunidades terapéuticas en Brasil, destacando el proceso entre religión y el modelo de tratamiento ofrecido. Los datos fueron obtenidos por medio de 28 entrevistas con individuos que salieron de estos centros, a partir de indicaciones de los profesionales de los CAPS ad de la región Metropolitana de *Espírito Santo*, y otros informantes clave que no tenían vínculo con los CAPS ad. Para el análisis de los datos recurrimos al Análisis del Discurso. Los entrevistados produjeron discursos que fueron organizados en tres grupos a saber: una parte (ocho sujetos) demostró aceptación de las enseñanzas religiosas suministradas al interior de las comunidades terapéuticas; otra parte (nueve sujetos) demostró un rechazo a estas enseñanzas, con la elaboración de críticas a los métodos utilizados en las instituciones y la defensa por un tratamiento en libertad; y, otra parte (once sujetos) presentaron acuerdo y desacuerdo con los preceptos religiosos. Los individuos que incorporaron aspectos de ideología religiosa pasaron a atribuir al plano espiritual los acontecimientos de su vida. Nuestros entrevistados oscilaron entre la “cruz”- la incorporación de la religión como salvadora en el tratamiento- y la “calderita”- la incorporación de la droga como fruto de la interferencia de un demonio en sus vidas y de la demonización construida históricamente por la ideología prohibicionista. Concluimos que el discurso difundido por las instituciones religiosas en el campo de las drogas legitima el prohibicionismo y oculta, por medio de un discurso individualizante (con las particularidades de la religión), la dinámica del capital, que necesita de sus ideologías para alienar los seres humanos de ayer, hoy y mañana. Además de no tratar, las comunidades terapéuticas difunden un discurso basado en el efecto protector de la religión contra el llamado mal, que, en realidad, tiene la finalidad de cubrir el verdadero malestar de nuestra civilización: la dinámica del capital. Esta tesis rechazó, a lo largo de sus páginas, la naturalización de las prácticas y teorías moralistas, conservadoras y autoritarias predominantemente presentes en nuestra sociedad.

Palabras clave: Comunidades Terapéuticas; Drogas; Religión; Alienación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Limites e regionalizações - divisão regional do Espírito Santo – macrorregiões de planejamento.....	40
Figura 2 - Limites e regionalizações - Região Metropolitana da Grande Vitória	40
Figura 3 - Rede de Atenção Psicossocial do estado do Espírito Santo.....	41
Figura 4 - Informantes-chave dos CAPS ad e os entrevistados da pesquisa	46
Figura 5 - Informantes-chave e entrevistados da pesquisa	47
Figura 6 - Fluxo de internações por medidas judiciais do estado do Espírito Santo.....	181

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do gasto em internações por medidas judiciais no estado do Espírito Santo (em milhões).....	179
Gráfico 2 - Localização dos entrevistados com relação aos discursos de alienação e não alienação religiosas.....	186

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Dados sobre os entrevistados	50
Quadro 2 - Representatividade política, acesso a recurso federal e divulgação nos veículos de comunicação das primeiras igrejas neopentecostais brasileiras	119
Quadro 3 - O processo de organização formal das comunidades terapêuticas e a promulgação das normativas de saúde e saúde mental	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicações para entrevista, entrevistas agendadas e entrevistas realizadas a partir dos CAPS ad	43
Tabela 2 - Quantidade de discursos de alienação religiosa e não alienação.....	59
Tabela 3 - Quantidade existente e necessidade de CAPS no estado do Espírito Santo.....	184
Tabela 4 - Quantidade existente e necessidade de leitos em hospitais gerais no estado do Espírito Santo	184

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ACOTES – Associação das Comunidades Terapêuticas do Estado do Espírito Santo

AMUNES – Associação dos Municípios do Estado do Espírito Santo

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – acidente vascular cerebral

BA – Bahia

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CEBAS – Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas

CEIGEV – Conselho Estadual de Igrejas Evangélicas do Estado do Espírito Santo

CESD – Coordenação Estadual sobre Drogas do Espírito Santo

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CIA – Central Intelligence Agency

CID X – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMT – Centro Mineiro de Toxicomania

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COESAD – Conselho Estadual sobre Drogas do Espírito Santo

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

COMENS – Conselhos Municipais de Entorpecentes

CONENS – Conselhos Estaduais de Entorpecentes

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONFENACT – Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas

CRM – Conselho Regional de Medicina

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DATOS – Drug Abuse Treatment Outcome Studies

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

DST – doença sexualmente transmissível

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EMERJ – Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

ES – Espírito Santo

EUA – Estados Unidos da América

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FENNOCT – Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas

FETEB – Federação das Comunidades Evangélicas do Brasil

FNCTC – Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas e Instituições Afins

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

GGTES – Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde

GRECS – Gerência de Regulamentação e Controle Sanitário em Serviços de Saúde

GTA – Grupo Técnico Assessor

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC – Instituto Carioca de Criminologia

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IURD – Igreja Universal do Reino de Deus

LEAP – Law Enforcement Against Prohibition

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NA – Narcóticos Anônimos

NEIP – Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos

NIDA – National Institute on Drug Abuse

NIH – National Institute of Health

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPEP – Organização dos Países Exportadores de Petróleo

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PROAD – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes de Drogas

PROVIV – Programa Integrado de Valorização à Vida

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RJ – Rio de Janeiro

SEDH – Secretaria de Estado de Direitos Humanos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SENAPRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SESA – Secretária de Saúde do Estado do Espírito Santo

SISESD – Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

UA – Unidade de Acolhimento

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infante Juvenil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	23
2. METODOLOGIA	39
2.1. A pesquisa de campo: ricos encontros	39
2.1.1. Entrando no campo.....	42
2.2. A pesquisa documental: o desafio dos prontuários.....	49
2.3. O encontro com os entrevistados	50
2.3.1. Os desencontros	55
2.4. A análise: ou a saga em busca dos discursos	56
2.5. O cuidado ético.....	60
3. O PROIBICIONISMO NO CAMPO DAS DROGAS: DIFERENTES MATIZES DE UM DISCURSO ALIENANTE	62
3.1. É proibido!.....	62
3.2. Isso pode! Aquilo não pode! Regulando a relação homem-droga na sociedade capitalista.....	77
3.3. Uma das expressões da questão social: a ideologia não age no vazio no campo das drogas.....	84
4. ENTORPECENDO SENTIDOS HUMANOS: RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ALIENAÇÃO.....	94
4.1. Marxismo e religião	101
4.2. Religião e religiosidade no Brasil: os soldados de Cristo e a luta entre católicos e protestantes.....	107
4.2.2. Neopentecostalismo: a vida de prosperidade à venda	114
5. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E SAÚDE EM INTERLOCUÇÃO: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM FOCO	121
5.1. Religião e práticas de saúde: uma relação histórica	121
5.2. Aceite Cristo e renasça! Práticas de saúde e religião em disputa.....	129
5.3. As comunidades terapêuticas: histórico, configurações e dilemas ético-políticos.....	132
5.3.1. As comunidades terapêuticas brasileiras: uma experiência que envolve múltiplos problemas	145
5.3.2. As comunidades terapêuticas do Espírito Santo	170
6. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA NO PERCURSO DE VIDA: UM INTRINCADO (DES) DISCURSO.....	186
6.1. “Aonde o Senhor me levar”	201
6.2. “Deus é mais!”	231

6.3. Entre a salvação na comunidade terapêutica e o sofrimento no “cubículo” terapêutico	258
6.4. A “cruz” e a “caldeirinha” - fazendo uma síntese: comunidade terapêutica sim, CAPS não; comunidade terapêutica não, CAPS sim; comunidade terapêutica sim, CAPS sim.....	284
CONCLUSÃO.....	291
REFERÊNCIAS	299
APÊNDICES	324
ANEXOS	335

APRESENTAÇÃO

Essa tese é resultado de um longo percurso. Surge de um processo vivenciado academicamente a partir de 2009, ano em que se iniciam as primeiras perguntas de pesquisa em meio ao curso de graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), SP. Naquele momento, as primeiras discussões pessoais acerca da temática das drogas se iniciavam, demonstrando a potência e a fertilidade de um campo que, por um lado, parecia estar “batido”, no sentido das diversas reverberações sociais midiáticas, mas, por outro, escondia inúmeros pontos a serem desvelados e aprofundados em função da sua complexidade e interface com diversas áreas do saber.

Entre os meses de agosto de 2009 e julho de 2010, participei na condição de bolsista (CNPq) de Iniciação Científica, de um projeto que buscava investigar a existência (ou não) de ações de saúde direcionadas à juventude em duas regionais de saúde do município de São Carlos, SP, tendo como foco os serviços de atenção básica, seu modo de funcionamento e suas principais demandas. Para isso, foram utilizados diversos recursos metodológicos: a busca por documentos da área da saúde (municipais e federais), entrevistas semiestruturadas com diversos sujeitos sociais do município e experiências tidas no campo por meio de Projeto de Extensão e Estágio no Laboratório METUIA (MALFITANO; BARDI, 2010).

Em suma, os dados nos revelaram, dentre outros aspectos, a questão das drogas, colocada pelos profissionais como uma das principais demandas no que concernia aos jovens daquela localidade (MALFITANO; BARDI, 2010). Os profissionais não se sentiam preparados para lidar com o tema e por conta disso, mas não apenas, eram escassas as ações da atenção básica em saúde direcionadas para esta temática nas regiões estudadas¹. Constatou-se uma rede de saúde mental incipiente que apresentava dificuldades para que muitos aderissem aos poucos equipamentos especializados na atenção ao uso de drogas no município, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad (MALFITANO; BARDI, 2010).

No Brasil, os CAPS ad são dispositivos estratégicos para o atendimento de pacientes com quadro de “dependência”² e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas em regime de

¹ Essa dificuldade dos profissionais das UBS para lidarem com a questão do álcool e das drogas foi retratada por outros autores (BARROS; PILLON, 2006; RÖNZANI; CASTRO; SOUZA-FORMIGONI, 2008).

² Em função da problematização do termo “dependência”, este será aqui utilizado entre aspas. Essa opção se traduz numa forma de não reforçar conceitos utilizados para delimitar os graus de uso ou “dependência” estabelecidos, comumente de forma bastante objetiva, por diversas organizações e manuais de classificação de doenças, a saber: “uso recreativo”, “uso abusivo”, “uso nocivo”, “uso arriscado”, dentre outros.

atenção diária, devendo evitar assim as internações em hospitais psiquiátricos e promover a inserção social desses indivíduos (BRASIL, 2005). Os CAPS, no entanto, têm apresentado problemas para responder ao que se propõe, uma vez que não contemplam ainda a questão da juventude de uma forma diferenciada, não levando em consideração suas especificidades (MALFITANO, 2008; BARDI, 2013; MANCILHA, 2015).

Além disso, de uma maneira geral, os serviços de saúde não se encontram preparados para atender os jovens (MALFITANO; BARDI, 2010; SCADUTTO; BARBIERI, 2009), considerando as suas demandas, contextos sociais, principalmente no que compete aos jovens em uso de drogas contemporaneamente (PEREIRA, 2012a). Mancilha (2015) relata ainda que, na opinião dos adolescentes, os CAPS ad necessitam ofertar propostas mais atrativas para que tenham vontade, de fato, de permanecer em tratamento no serviço.

Como um labirinto, minha questão de pesquisa na Iniciação Científica requeria aprofundamento. Assim, na dissertação, focalizei os pontos desconhecidos de maior mobilização pessoal, resultantes do processo de pesquisa anterior: se já havia constatado que muitos dos jovens que faziam uso de drogas naquela localidade não aderiam aos espaços de assistência formal, com quem podiam contar? A quem podiam recorrer em momentos de dificuldade? Quais eram as redes sociais, formais e informais, de jovens que usavam drogas naquela localidade?

Durante a realização do estudo etnográfico uma nova categoria analítica assumiu espaço e emergiu como resposta aos questionamentos realizados: a religião. A confluência “saúde e religiosidade” para dar continência ao uso das drogas fora inegável, descortinando (ainda que pelas frestas) a resposta que a nossa sociedade vem dando para esta situação (BARDI, 2013).

Tendo esse cenário em mãos, incursões aos espaços de práticas religiosas se deram em busca de compreender as relações travadas, as negociações realizadas entre os jovens e os líderes religiosos. Nestas vivências, outro aspecto se revelou: embora os espaços insistissem no contrário, as drogas não ocupavam, para aqueles jovens, a centralidade de suas vidas, marcadas por inúmeras outras questões complexas em diversos momentos de suas histórias. Além disso, a relação com a droga, travada de várias maneiras, parecia se colocar como estratégia de suporte frente as tantas vulnerabilidades do cotidiano. Sendo assim, uma estratégia de vida e não de morte ou destruição, como pensavam os sujeitos que ofertavam tratamento aos jovens e, muitas vezes, até mesmo os próprios jovens (BARDI, 2013).

Nesta análise, a alienação começava a apontar como uma categoria fundamental para pensar o fenômeno. Isso porque os processos de alienação pareciam se dar de várias maneiras naqueles contextos, tanto no foco dado às drogas em meio a todas as outras complexidades,

quanto ao foco dado à conversão a uma religião ou na “salvação pela fé” como estratégia de “tratamento” e “cura” ao uso de drogas. Entretanto, na ocasião não tivemos oportunidade de trabalhar a categoria, uma vez que também essa não se tratava do foco da pesquisa.

A chegada ao doutorado trazia como proposta inicial um estudo sobre a influência da religiosidade no processo de tratamento de sujeitos com história de uso de drogas que haviam passado por internação em comunidade terapêutica religiosa. Na trajetória de estudo algumas mudanças aconteceram e decisões se fizeram necessárias no sentido de garantir o ineditismo da tese e delimitar o objetivo principal da pesquisa. Assim, chegamos ao cerne da questão, que trata de: apreender, nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, elementos que revelem aspectos do processo de alienação vivenciada no percurso de internação nessas instituições. Há assim, um conjunto de questões presentes no problema proposto, que requerem cuidado da pesquisadora.

Em primeiro lugar, o centro de nossa reflexão é o sujeito, ao invés da droga, numa compreensão destes como seres sociais, que sob a ótica de Lukács (2013), são seres reais, materiais, dinâmicos, concretos, históricos e dialeticamente constituídos na vida, atravessados e construídos pelas relações sociais capitalistas e pela exploração, estando diretamente vinculado a dicotomia capital versus trabalho.

Assim, traçado a partir de uma nova localidade, recorte e população, pretendemos comprovar que o processo de alienação presente nos discursos imputa aos sujeitos um percurso que oscila entre a incorporação da religião (“cruz”) enquanto salvadora no trajeto de tratamento e a centralidade na droga (“caldeirinha”) enquanto substância “maléfica” que produz a destruição desses sujeitos – termos que utilizamos no título da tese. Ao imputar aos sujeitos, esse processo mascara uma falsa polarização – expressa aqui pela preposição “entre” – na qual ambas as alternativas são funcionais ao capital.

O documento está organizado em uma introdução que versa sobre o uso das drogas na contemporaneidade, seus principais vieses de compreensão social, focalizando o tratamento religioso existente em comunidades terapêuticas. Em seguida, descrevemos os procedimentos metodológicos que utilizamos para obtenção dos dados da pesquisa, baseados em pesquisa de campo, com entrevistas feitas com sujeitos egressos das comunidades terapêuticas, e pesquisa documental.

No capítulo três fazemos um debate sobre a relação orgânica entre o capital e a política proibicionista, evidenciando nessa relação expressões da questão social. Demarcamos também que é por meio de ideologias da classe dominante que se constrói uma ocultação – um processo

de alienação – dessa conexão, ao promover uma imagem individualizante e preconceituosa dos assim chamados usuários de drogas, sobretudo daqueles pobres e negros.

No capítulo quatro, dando continuidade à nossa reflexão sobre alienação, buscamos entender uma faceta específica: a alienação religiosa. Para isso, abordamos sobre religião e religiosidade, numa perspectiva histórica, sobretudo no Brasil, com ênfase no protestantismo de cunho pentecostal e neopentecostal.

No capítulo cinco caracterizamos as comunidades terapêuticas no Brasil, destacando o processo entre religião e modelo de tratamento. Apresentamos um debate sobre a interlocução entre religião e práticas de saúde, de uma forma geral e, posteriormente, adentramos as perspectivas pentecostal e neopentecostal, a fim de chegarmos às práticas direcionadas aos sujeitos em uso de drogas nas comunidades terapêuticas brasileiras e, mais especificamente, no estado do Espírito Santo.

No capítulo seis analisamos os aspectos de alienação presentes nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas entrevistados por nós, caracterizando a ação conformadora do discurso religioso.

Por fim, apresentamos a conclusão deste trabalho que reúne um conjunto de respostas dadas às perguntas que nos fizemos durante este trajeto. Além disso, pautamos também sobre as contribuições sociais que acreditamos ter com esta produção.

1. INTRODUÇÃO

Em 2017, cerca de 271 milhões de pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, consumiram alguma droga³ ilícita no mundo, o equivalente a cerca de 5,5% da população mundial, segundo a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2019). Em seu relatório, a UNODC indica que dessas 271 milhões de pessoas, estima-se que cerca de 35 milhões tiveram problemas de saúde relacionados ao uso de drogas, equivalente à 12,92% da população que faz uso de drogas e 0,71% da população mundial entre 15 e 64 anos. Além disso, cerca de 585.000 pessoas morreram em função do uso de drogas em 2017, o que corresponde a cerca de 0,22% da população mundial entre 15 e 64 anos. Dessas mortes, 29% ou 169.650 estavam diretamente associadas a transtornos por uso de drogas (principalmente overdoses). O restante foi indiretamente atribuível ao uso de drogas e incluiu mortes relacionadas ao HIV (11%) e hepatite C (52%) adquiridos nas práticas de injeção (UNODC, 2019).

Os dados acima revelam uma importante demanda para a saúde e outros setores da sociedade, mas estão muito longe de representar, por si só, uma calamidade pública. Esse tipo de abordagem tem gerado pânico e alarde, deixando aparente as divergências existentes nas formas de se compreender o tema, bem como nas possibilidades colocadas para lidar com ele (FIORE, 2014).

As estratégias em torno da temática encontram-se comumente atravessadas pelo proibicionismo⁴, um processo de proibição em torno das drogas no contexto mundial que é propagado por diferentes vias, sobretudo pela mídia e pelas leis que apregoam sobre as condutas aplicadas com usuários e traficantes, entoando um canto⁵, para a obtenção de um mesmo

³ O termo “drogas” neste trabalho fora escolhido para designar, sobretudo, as substâncias de ordem ilícita, pois é desta forma que são conhecidas no meio social, no senso comum. Embora haja clareza de que as drogas se tratam também de substâncias lícitas, como álcool e os medicamentos, estes não são conhecidos no meio social pela maior parte da população como drogas.

⁴ Trataremos do proibicionismo das drogas com maior aprofundamento no terceiro capítulo desta tese, contudo, por hora, esclarecemos que a história do proibicionismo se inicia nos Estados Unidos no início do século XX por uma confluência de interesses econômicos concentrados nas mãos do Estado e da categoria médica (RODRIGUES, 2003). Seu surgimento se dá em um contexto de expansão do capitalismo, momento em que a necessidade de controle dos trabalhadores industriais com a finalidade de explorar a força do trabalho atinge sua máxima potência. Assim sendo, embora possamos compreender que a partir dessa deliberação diversos países incorporaram essa ideologia à sua maneira, é necessário demarcar que o proibicionismo se trata de um fenômeno político e formal com origem datada e contexto específico.

⁵ Parafrazeando parte da expressão e a ideia central que transversalizou as análises do livro “O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do ‘terceiro setor’”, organizado por Carlos Montañó no ano de 2014.

resultado: **a produção ideológica das drogas como uma das principais escórias da humanidade.**

Essa produção ideológica propagada pela mídia, imbuída de conteúdos que abordam a temática por um viés moralista, exerce constantemente poder na formação de opiniões e constitui um poderoso instrumento de manipulação da vida social, à medida que produz e divulga conteúdos que, na aparência, são colocados como universais, ou seja, como se não houvesse outra possível interpretação dos fatos. Contudo, há todo um processo de seleção sobre o que deve ou não ser publicado e sobre como deve ser estruturada a notícia/matéria (GUIMARÃES, 2015). Tal processo encontra-se permeado por preceitos ideológicos e, recorrentemente, determinam o que deve ser pensado pela população de acordo com interesses políticos e econômicos pertencentes a uma determinada classe (MÉSZÁROS, 2004).

Esse viés ideológico que compõe o processo da construção das notícias, acarreta, por vezes, que os temas e as principais drogas veiculadas não sejam condizentes com dados epidemiológicos brasileiros ou mundiais (RONZANI *et al.*, 2009). Esses autores destacam que há poucas publicações sobre as drogas mais consumidas no país ou, outras vezes, vinculando determinadas drogas a alguns temas específicos que não são necessariamente os aspectos mais relevantes para a discussão.

Acerca das crenças produzidas sobre os indivíduos que fazem uso de drogas no meio social, destacamos a criminalização como uma das principais chaves de leitura. Romanini e Roso (2013) nos apontam que os meios de comunicação brasileiros têm colocado as drogas como um mal vinculado ao campo jurídico-policial e médico-psiquiátrico e que, invariavelmente, esse efeito acaba por estabelecer e/ou manter a crença do usuário de drogas como delinquente ou, na melhor das hipóteses, como um doente.

E como toda e qualquer crença, há evidência concreta e material no meio social. O que vemos materializado é o encarceramento de inúmeros sujeitos, que sustentou até os dias de hoje a seletividade punitiva, justificando formalmente o aprisionamento de uma determinada classe (D'ELIA FILHO, 2007).

Segundo o último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) registramos, no primeiro semestre de 2017, um total de 726.354 pessoas privadas de liberdade no Brasil. Entre os anos de 2000 e 2017, a taxa de aprisionamento aumentou mais de 150% em todo país. Esses números revelam que o Brasil ocupa o quarto lugar em números absolutos de presos, atrás somente dos EUA, da China e da Rússia (DEPEN, 2019). Do total dos presos brasileiros, 63,6% correspondem a pretos e pardos. Com relação à escolaridade, 51,3% possuem o Ensino Fundamental incompleto, seguido de

14,9% com Ensino Médio incompleto e 13,1% com Ensino Fundamental completo. O percentual de presos que possuem Ensino Superior completo é de 0,5% (DEPEN, 2019).

Outra perspectiva para compreender o uso de drogas na sociedade, encontra-se inscrita no campo da saúde, no qual, muitas vezes, se predomina uma compreensão estereotipada do usuário de drogas restrito a perspectivas pontuais e padronizantes. Por esse viés, as experiências com as drogas são tipificadas pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) em transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10 a F19) (OMS, 1995). Entre as condições, destaca-se o quadro de “dependência”, numa ótica que enviesa o sujeito como doente, perdendo de vista aquilo que Masur (1988) chamava de um amplo espectro de condições possíveis (ou, nos termos de Masur, “entre o rosa inicial e o vermelho final”).

Precisamos reconhecer que o desenvolvimento dos saberes de saúde acerca das drogas representou um ganho diante da compreensão do sujeito como criminoso. Contudo, acabou por “esquadrinhar” o sujeito, tomando-o como objeto, não apenas do conhecimento, mas também de intervenção. A caracterização do quadro de “dependência”, por exemplo, é realizada por meio de critérios objetivos e padronizados, numa perspectiva individual do fenômeno, também (re)produzida no processo de midiaticização das drogas. Compreender o uso de drogas nesse âmbito individual e padronizado produz, por sua vez, respostas também individuais, que acabam por estabelecer e/ou manter a ideologia da pessoa nos mesmos moldes do processo de criminalização, na correção, na contenção do “problema”, por meio de suas instituições (ROMANINI; ROSO, 2013).

Contudo, a partir das discussões sobre a Estratégia de Redução de Danos⁶ no Brasil, numa proposta de ampliação do debate no campo da saúde, ações para a prevenção das consequências danosas à saúde dos indivíduos que fazem uso problemático de drogas, sem que haja necessariamente interferência na oferta ou no consumo, se tornaram possíveis (BRASIL, 2001).

⁶ Essa estratégia teve origem na Inglaterra, em 1926, onde se estabelecia um princípio em que o médico poderia prescrever legalmente opiáceos para dependentes dessa droga, a fim de trabalhar na redução de uso e não na sua supressão, amenizando, desta maneira, os danos à saúde vivenciados pelo uso de substâncias psicoativas (GOMES; VECHIA, 2018). Nos anos 1980, esse tipo de ação, juntamente a outras, foram sistematizadas em forma de programas, sendo que o primeiro deles surgiu na Holanda em função da preocupação com a disseminação de hepatites entre os usuários de drogas injetáveis (GOMES; VECHIA, 2018). No Brasil, a primeira iniciativa de realização de troca de seringas, conforme as diretrizes de Redução de Danos, aconteceu em 1988, em Santos, SP, porém foi interrompida por decisão judicial (BRASIL, 2001). Houve tentativa, então, de implementar o uso de solução de hipoclorito de sódio para desinfecção de equipamentos de injeção, porém, ao se perceber que essa ação possuía baixa eficácia, conseguiu-se que houvesse a legalização da troca de seringas, em 1995, em Salvador, Bahia. Desde então, outros municípios e estados aprovaram leis semelhantes (BRASIL, 2001).

No ano de 2004, a estratégia foi colocada como orientação geral para os serviços/equipamentos que ofertam atendimento aos usuários de drogas a partir da Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas⁷ (BRASIL, 2004).

Dentre esses serviços, temos os Centros de Atenção Psicossocial⁸ (CAPS), também na modalidade “álcool e outras drogas”, estabelecidos pela mesma política, em consonância com a Política de Saúde Mental vigente, regulamentada e respaldada na Lei 10.216, de 06/04/2001 (BRASIL, 2004), como serviço de referência para o tratamento destas questões, que atuando sob a lógica do território, deve considerar as necessidades e demandas específicas da clientela (BRASIL, 2004).

A perspectiva territorial, então, pode ser considerada um rasgo progressista no tratamento de usuários de drogas por permitir, ao menos em tese, retirar o foco apenas do indivíduo, incorporando uma rede de relações e serviços nestas ações. Contudo, segundo pesquisa realizada por Pande e Amarante (2011), na prática, tais serviços podem, muitas vezes, focalizar suas práticas dentro da instituição, mantendo uma lógica manicomial baseada na tutela e na dependência.

Outra questão complexa é que, apesar da recomendação do uso da Estratégia de Redução de Danos nos serviços que ofertam o tratamento para usuários de drogas, conforme citamos acima, na prática não podemos dizer que isso se materializou da forma como deveria, uma vez que ela não é, de fato, implementada por inúmeros serviços. Paira ainda sobre a Redução de Danos um imaginário social de que estejamos realizando um incentivo ao uso das drogas, em contraposição às medidas de abstinência, ainda tão enaltecida nos debates (RODRIGUES, 2003).

Além disso, necessitamos mencionar que um dos possíveis entraves para a implementação de propostas como a Redução de Danos, é a opção do governo federal que, historicamente, focaliza a sua estratégia de ação em uma substância específica. Atualmente, os holofotes que já estiveram sob a maconha e a cocaína estão sob o crack (subproduto da droga

⁷ O que não significou o fim dos embates e discordâncias de direção dentro do governo – expressas entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, ou entre o Ministério da Saúde e a Frente de Defesa das Comunidades Terapêuticas no Congresso Nacional –, e externas ao aparato estatal – entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Psiquiatria, dentre outras possibilidades.

⁸ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm como função prestar atendimento clínico às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em regime de atenção diária; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Os CAPS ad são dispositivos estratégicos para o atendimento de pacientes com “dependência” e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

cocaína), por meio do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, decretado no ano de 2010 (BRASIL, 2010). Apesar do Plano supracitado estruturar propostas numa perspectiva territorial, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, coloca o crack como a droga alvo prioritária das ações do Estado, quando há uma inferioridade populacional que consome a droga, se comparada a outras (MARQUES *et al.*, 2011)⁹.

Podemos perceber que o foco se encontra na substância, ao invés dos sujeitos. Além disso, com o auxílio da mídia, alimentada pela ideologia dominante, o uso do crack se inscreve sobre a população em situação de pobreza, promovendo focalização do combate a este tipo de consumo, como se ali estivesse representada a totalidade do fenômeno (FIORE, 2014).

Diante disso, nos questionamos: o que há por trás dessa focalização? O que se pretende ao centrar foco em uma substância que é consumida por uma minoria populacional? E, por fim, como estratégia, esconde/oculta o que?

Compreendemos que o fenômeno das drogas, como fora construído e arquitetado socialmente, encontra-se necessariamente atravessado pelo debate de classe (LEAL, 2017). A construção da “questão das drogas”¹⁰, serviu (e serve) para conter a população pobre, dificultando sua organização como classe para empreender uma luta contra a ordem dominante estabelecida. Dessa maneira, criminalizar determinados usuários, ou entendê-los como “dependentes”, sem nem ao menos nos debruçarmos sobre a relação estabelecida com a droga, tem como consequência determinados destinos sociais, encaminhamentos que vêm de cima para baixo.

Para Leal (2017) as complexas articulações entre a natureza do sistema capitalista com o mundo das drogas (desde o aspecto micro – usuário da substância, ao macro – narcotráfico/crime organizado/intervenção do Estado) geralmente não são perceptíveis e nem explícitas. Assim, as respostas dadas pela sociedade encontram-se absolutamente desagregadas da análise do fenômeno como expressões da questão social (ALBUQUERQUE, 2018)¹¹.

⁹ Pesquisa encomendada pelo Ministério da Justiça (MJ) à Fiocruz, instituição ligada ao Ministério da Saúde, em 2013, revelou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente crack e similares (pasta base, merla e óxi) nas principais capitais do país. Ressalta-se que esse número de 370 mil pessoas corresponde a 0,8% da população das capitais do país. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/09/brasil-realiza-pesquisa-sobre-o-uso-do-crack>.

¹⁰ Neste trabalho usaremos aspas para indicar citações literais de textos ou falas dos entrevistados, como também para conferir sentido figurado ou irônico a determinados termos.

¹¹ Albuquerque (2018), em sua tese de doutorado em Serviço Social, analisou as perspectivas teóricas e políticas que a profissão tem construído como resposta à “questão das drogas” enquanto uma expressão contemporânea da “questão social”.

No que concerne às políticas de saúde, bem como outros tipos de políticas sociais, as práticas de controle e moralização estão presentes porque, apesar de haver um impacto dos problemas da população em suas formulações, há também uma seletividade estrutural do Estado Capitalista na definição dos seus objetos de intervenção (MACHADO, 2006).

Numa das determinações mais recentes deste campo, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, podemos perceber uma dessas contradições. Apesar de a Portaria propor a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (SUS), essa associa as comunidades terapêuticas como um ponto desta rede, mesmo que estas nada se comprometam com a ampliação e articulação da rede de tratamento de seus usuários.

Mais recentemente, o Decreto 9.761 de 2019, aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, centrada na lógica da abstinência, com previsão de mais investimento em comunidades terapêuticas, representando um retrocesso não só em relação à política de Redução de Danos, mas também à históricas conquistas da luta antimanicomial. Entre seus artigos, o decreto prevê o estímulo e o apoio, inclusive financeiro, às comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019a).

Compreendemos que o decreto supracitado é parte do avanço do conservadorismo no país e resultado de um processo de luta em torno dos interesses dos grupos vinculados às comunidades terapêuticas¹². De acordo com Leal (2017), Denadai (2015) e Lima (2017), as comunidades terapêuticas, existentes em nosso país desde a década de sessenta, vem estreitando, cada vez mais, suas relações com o poder público por meio de suas federações que realizam o lobby no Congresso Nacional (DENADAI, 2015).

Contudo, precisamos salientar que essas instituições têm sido alvo de inúmeras críticas e denúncias que mencionaremos com maior detalhamento mais à frente. Um dos aspectos problemáticos é o direcionamento de verba para instituições que trabalham na perspectiva da abstinência e da restrição (ou até privação) de liberdade. Enquanto isso, os CAPS ad, com princípios norteadores firmados pelo processo de desinstitucionalização brasileira, que

¹²Denadai (2015), em sua tese de doutorado, verificou o avanço do conservadorismo nas propostas sobre a temática das drogas no Congresso Nacional brasileiro entre os anos 2006 e 2014, bem como o incremento das ações de caráter coercitivo. Além disso, localizou a política repressiva do Estado e a negação da liberdade do uso de drogas como uma demonstração da hegemonia conservadora que vem sendo construída pela classe política, mas, também, como uma clara demonstração da consolidação da hegemonia da “pequena política” nas esferas do poder.

preconizam o tratamento no território e a orientação ética da Redução de Danos, se encontram subfinanciados (LIMA, 2017).

Acrescentaríamos que, após a Emenda Constitucional 95¹³ (BRASIL, 2016a), o Sistema Único de Saúde está em processo de desfinanciamento (corte drástico dos gastos públicos para alcançar um equilíbrio fiscal) (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018). Com isso, os cada vez mais reduzidos recursos, são disputados entre as instituições públicas e privadas.

Outro aspecto, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2018), é que grande parte das comunidades terapêuticas brasileiras se ancora em doutrinas religiosas. Também por conta deste viés religioso e conservador, diversas comunidades terapêuticas espalhadas por todo o Brasil têm trabalhado com a imposição de cura para os homossexuais, travestis, lésbicas, entre outros, considerados, todos, como portadores de uma sexualidade desviante. Outra questão é que, na ampla maioria dos locais, não existem profissionais, apenas religiosos, pastores, obreiros¹⁴ (quase sempre ex-usuários convertidos) (CFP, 2018).

Com relação ao estado do Espírito Santo, conforme debateremos neste trabalho, o cenário não é diferente. Pesquisa que se propôs a realizar um diagnóstico das instituições públicas e privadas (com e sem fins lucrativos) atuantes nas políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de drogas, revelou que, em sua maior parte, as instituições existentes são de cunho não governamental (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). Além disso, segundo as pesquisadoras, grande parte das instituições apontam que seus objetivos se encontram relacionados ao aspecto religioso, como aproximar os indivíduos de Deus, promover a vivência do evangelho e tratar a partir da base cristão e do caráter de Cristo.

Tais dados apontam a religião como mais uma chave de leitura para o entendimento do uso das drogas. O que se desenha é a associação individual do usuário ao pecado, a construção moral do sujeito como pecador, transgressor das leis divinas. Assim, a perspectiva da droga como um inimigo interno também fora muito bem arquitetada pela igreja, sobretudo de ordem pentecostal e neopentecostal, que atuou fortemente na demonização das drogas, compreendendo o seu uso necessariamente como associado à influência do demônio sobre o ser

¹³ A Emenda Constitucional (EC) 95/2016, promulgada pelo governo Temer, limita a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas de 2017, corrigidas pela variação do Índice de Preço ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

¹⁴ Sobre os profissionais que podem compor as comunidades terapêuticas, historicamente, houve uma disputa nas normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que, frente à pressão da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRAC), substituiu a exigência do profissional de saúde por profissional de nível superior, dando abertura à incorporação dos profissionais formados em teologia.

humano a partir de uma fraqueza espiritual (MACHADO, 2011; BARDI, 2013; SIMEÃO, 2017).

Assim, a partir desta perspectiva, resta aos pecadores, serem “salvos pela fé”, estratégia constantemente propagada nos discursos das religiões, principalmente neopentecostais, como uma forma de atrair fiéis nas comunidades, em “bocas de fumo”, “cracolândias” (BIRMAN, 2009) e, acrescentamos, nas comunidades terapêuticas. Ademais, segundo a Teologia da Prosperidade¹⁵, a vinculação a essas religiões é também sinônimo de prosperidade, uma vez que seriam os cristãos sócios de Deus, destinados a serem prósperos, saudáveis, felizes e vitoriosos em todos os seus empreendimentos (MARIANO, 1996)¹⁶.

Essa salvação pela fé encontra rebatimento no campo teórico em diversos estudos que colocam a religiosidade como importante estratégia na prevenção e no tratamento ao uso das drogas. Estes costumam associar a religiosidade ao menor consumo de drogas e a melhores índices de recuperação para pacientes em tratamento médico para “dependência” de drogas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004; SANCHEZ; NAPPO, 2008; ABDALA *et al.*, 2009; GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014; FELIPE; CARVALHO; SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, 2015; GOMES, *et al.* 2013; ZAPPE; DELL’AGLIO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017¹⁷).

Ressaltamos que, com exceção de dois trabalhos, todos os outros identificam correlações, mas não aprofundam no porquê e como essas relações se estabelecem (entre a religiosidade e o uso de drogas). Além destes, Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) mencionam que a religiosidade atua como importante fator protetivo ao uso de drogas porque, dentre outros aspectos, aparece como importante fonte divulgadora de informações quanto aos aspectos negativos do uso de drogas. Já Sanchez e Nappo (2008) nos colocam que a religião oferece recursos sociais de reestruturação: nova rede de amizades; ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários; atendimento “psicológico” individualizado; valorização das

¹⁵ No capítulo 4 deste trabalho trataremos de forma mais aprofundada sobre a “Teologia da Prosperidade”.

¹⁶ É preciso também mencionar o aumento significativo de fiéis pertencentes às igrejas pentecostais no Brasil. Os dados do Censo 2010 desvelam uma transformação do campo religioso brasileiro, mutação que se acelerou a partir da década de 1980, caracterizando-se, principalmente, pelo recrudescimento da queda numérica do catolicismo e pela vertiginosa expansão dos pentecostais e dos sem religião. “Entre 1980 e 2010, os católicos declinaram de 89,2% para 64,6% da população, queda de 24,6 pontos percentuais, os evangélicos saltaram de 6,6% para 22,2%, acréscimo de 15,6 pontos, enquanto os sem religião expandiram-se num ritmo ainda mais espetacular: quintuplicaram de tamanho, indo de 1,6% para 8,1%, aumento de 6,5 pontos” (MARIANO, 2013, p. 120).

¹⁷ Para informações mais detalhadas ver a última revisão de literatura encontrada no tema, em Oliveira *et al.*, 2017.

potencialidades individuais; coesão do grupo; apoio incondicional dos líderes religiosos, sem julgamentos e, em especial entre evangélicos, a formação de uma “nova família”.

Marques (2010) nos aponta que a frequência a templos (e não a adesão a credos religiosos) tem efeitos sobre as redes de suporte social e as pessoas que frequentam intensamente templos religiosos (mais do que quinzenalmente) tendem a ter maior diversidade de sociabilidade do que as pessoas que não frequentam nenhum templo. Bardi (2013) nos traz a importância que pastores e outros líderes religiosos, muitas vezes, têm na rede de suporte social de indivíduos usuários de drogas. Rocha, Guimarães e Cunha (2012) apontam que a igreja Assembléia de Deus é considerada uma importante fonte de apoio social para usuários de drogas, entretanto, a sua motivação para a intervenção não consiste na recuperação do uso de drogas em si, mas na transformação total deste indivíduo segundo os ensinamentos da religião.

Partindo de Gramsci (2004), as igrejas podem ser consideradas como aparelhos privados de hegemonia que possuem uma base material própria na perspectiva de legitimação de interesses de determinadas classes. Nesse sentido, a função delas é elaborar e difundir ideologias para se estabelecer e converter indivíduos, formatar um determinado ser. Evitar o consumo de drogas entre seus fiéis parece ser uma consequência da adoção dos seus ensinamentos.

Assim, a adoção dos preceitos religiosos e o processo de conversão que, por uma perspectiva, seriam capazes de salvar esses indivíduos, não se tratariam de um processo de alienação? Não estariam, estes indivíduos, fazendo uma substituição de processo de alienação (da droga¹⁸ pela religião) quando se convertem? Essa troca de foco – de uma coisa por outra – não escamotearia a alienação como condição aos viventes no capitalismo?

Já que todo esse debate, em nossa perspectiva, encontra-se atravessado por processos de alienação, iremos nos deter no terceiro capítulo desta tese a um debate sobre este fenômeno associado ao proibicionismo das drogas. Por hora, assinalamos que a alienação é uma palavra comumente utilizada no senso comum, sendo que uma pessoa alienada pode ser definida como aquela que é indiferente às questões de interesse da sociedade, despolitizada ou mesmo, desprovida de qualquer ideologia, em sentido positivado. O que essa simplificação não nos

¹⁸ Estamos aqui localizando a droga como processo de alienação dentro de um recorte específico de usuários de drogas: aqueles que apresentam problemas advindos desse uso, aqueles que foram internados em comunidades terapêuticas religiosas, aqueles, para quem, muitas vezes, a única coisa que resta é a droga. Mas, para além disso, compreendemos que a centralidade dada a droga por esses sujeitos e pela sociedade consiste numa forma alienada de ver o fenômeno. Também ressaltamos que o uso das drogas, para alguns indivíduos, podem contribuir para o processo de tomadas de consciências.

mostra é que se trata de um fenômeno amplo, que atinge diversos aspectos dos seres sociais e atravessa, em alguma medida, todos nós.

Tentaremos aqui seguir um atalho, retendo para este debate uma faceta do aspecto da alienação: a alienação vivenciada pelos sujeitos que fazem uso de drogas e passam por internação nas comunidades terapêuticas religiosas. Neste caminho, deparamo-nos com o seguinte problema de pesquisa, em forma de pergunta: Quais aspectos do processo de alienação podem ser apreendidos nos sujeitos que passaram por internações nas comunidades terapêuticas religiosas?

Na perspectiva de Marx (2004), a alienação se dá num processo de trabalho no qual o homem que produz não se reconhece mais naquele produto final, ou seja, o objeto produzido não mais pertence ao ser humano que o produziu. Isso decorre de características específicas da forma como se organiza a sociedade e se realiza o trabalho no capitalismo. Comparativamente, estamos falando de um trabalho alienado em relação ao trabalho como elemento fundante do homem, que poderia proporcionar a realização do ser humano enquanto uma atividade livre, isto é, não-permeada de alienação.

Ainda na perspectiva marxista, para Lukács (2013), a alienação, ao invés de contribuir com o devir-humano dos homens, se materializa na negação da essência humana, numa verdadeira expressão da desumanidade criada pelo próprio homem. Sobre esse processo de negação, necessitamos ter clareza de que se trata de um fenômeno puramente social, ou seja, trata-se de uma negação da essência humana socialmente posta, uma negação do homem pelo próprio homem.

Utilizando esses referenciais, buscaremos elementos que demonstrem a existência de aspectos de alienação nesses sujeitos, como, como por exemplo, a apreensão de discursos religiosos, a atribuição do uso de droga aos fatores espirituais ou atuação de entidades, a associação direta entre as melhorias alcançadas no “tratamento” e a vontade divina, dentre outras possibilidades.

A partir dos relatos desses sujeitos, pretendemos demonstrar que o processo de alienação presente nos discursos oscila entre a incorporação da religião enquanto salvadora no trajeto de tratamento dos usuários e a centralidade na droga enquanto substância “maléfica” que produz a destruição desses sujeitos. Assim, partimos da hipótese de que os sujeitos em sofrimento por uso de drogas em uma sociedade capitalista (que os aliena) vivenciam uma ação alienante ao passarem por internações nas comunidades terapêuticas religiosas, cujas respostas são de aceitação, e conseqüente enquadramento aos preceitos acessados, ou de recusa.

No que compete à relevância social deste trabalho, espera-se que dando foco aos discursos dos sujeitos possamos contribuir na produção de uma perspectiva que faça frente à criminalização dos usuários, que posicione o tema num debate amplo e complexo, que possa revelar para além da droga.

Nesse sentido, esperamos produzir substância para essa conscientização, tão fundamental para todos os processos sociais, sobretudo para a formulação e avaliação de políticas sociais que sejam mais condizentes com as necessidades dos usuários de drogas as quais se destinam. Ressaltamos que estamos tratando aqui da análise de um aspecto específico referente às políticas sociais, uma vez que dentro do amplo campo da Política Social, adentramos o campo das políticas de saúde mental e, dentro delas, por sua vez, focalizamos a passagem pelas comunidades terapêuticas. Dessa forma, portanto, este é o *locus* no qual pretendemos gerar reflexão e por onde justificamos o nosso enquadramento na linha de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Política Social intitulada “Políticas sociais, subjetividade e movimentos sociais”.

Como uma pesquisa que deve prezar pela sua função social, esperamos que as discussões desse trabalho possam atingir os trabalhadores que operam na ponta dessas políticas, bem como os usuários dessas instituições, a fim de que ambos não se deixem naturalizar em meio às práticas e teorias padronizantes, autoritárias e homogeneizadoras predominantemente presentes na sociedade.

Para a produção na área de Terapia Ocupacional, onde me localizo, além das contribuições citadas acima, consideramos que um trabalho que trate da temática das drogas a partir da perspectiva social, que ultrapasse a visão dos usuários como criminosos, doentes ou pecadores, faz-se fundamental, uma vez que a saúde tem, muitas vezes, se sustentado em antigos paradigmas, imbuída por políticas que, como já apontamos, se ancoram em pressupostos conservadores. Assim, esperamos contribuir nas reflexões que embasam as práticas desses terapeutas ocupacionais, tanto no campo da saúde mental, para refletir acerca dos recursos terapêuticos, quanto no campo social, para mediar situações atravessadas pelo fenômeno das drogas.

No mais, espera-se que esse trabalho possa ser subsídio na formação de futuros terapeutas ocupacionais, levando em consideração que atuo hoje como docente no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Assim, pretendo estabelecer comunicação entre essa produção de conhecimento e o processo de ensino, ofertando pressupostos teóricos na temática das drogas que possam vir a embasar os profissionais em suas práticas.

Mas, além dessas relevâncias sociais, a tese cumpre as exigências de ser inédita. Nossa assertiva se sustenta na busca que empreendemos aos bancos e bases de dados nacionais e internacionais (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, Scielo, Redalyc e Pubmed). Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, com um entrecruzamento entre as palavras chave “alienação”, “drogas” e “religião” não foi possível encontrar nenhum resultado. Contudo, ao buscarmos outras combinações, como “alienação” e “drogas”, apareceram quatro trabalhos, e “drogas” e religião” apareceram 124 trabalhos. Após a leitura total, verificamos que poucos, de fato, aproximavam-se da proposta que empreendemos aqui.

Na combinação “alienação” e “drogas” deparamo-nos com o trabalho de Moraes (2018) que se propôs a analisar a determinação social do consumo de drogas por uma perspectiva marxista. A tese conclui que o consumo de drogas é determinado desde os níveis mais estruturais, por processos críticos da vida social, que exigem dos sujeitos um padrão produtivo e reprodutivo sob condições de alienação, o que conduz a ruptura com os padrões sociais que, por sua vez, provocam necessidades que motivam o consumo de drogas. Assim, apesar do trabalho contemplar uma discussão importante sobre alienação e uso de drogas, não se detém à faceta da alienação religiosa por não ser este o objetivo do mesmo. Os demais trabalhos tratavam sobre outras associações à temática das drogas, como redução de danos, lazer e cinema.

Na combinação “drogas” e “religião” localizamos seis trabalhos que se debruçam sobre o uso de ayahuasca, oito trabalhos que debatem, especificamente, as comunidades terapêuticas, e nove trabalhos que debatem outras interfaces entre a temática da religião e das drogas (Cristolândia, influência de práticas religiosas na prevenção do uso às drogas e no tratamento, abordagens que levam em conta a espiritualidade nos CAPS ad e outros espaços de tratamento ao uso de drogas, etc). Os demais trabalhos não priorizam a discussão da religião e abordam o uso de drogas com populações específicas: adolescentes e/ou estudantes das escolas, pessoas com transtornos mentais, gestantes, jovens com HIV, população em situação de rua, dentre outros grupos populacionais mais específicos. Há ainda trabalhos que tratam sobre a rede de cuidado para usuários de drogas e sobre determinadas categorias profissionais no trabalho com usuários de drogas.

No que tange aos trabalhos que foram localizados numa interlocução entre as comunidades terapêuticas e a religião, Lima (2012) e Azevedo (2014), buscando compreender como atuam as comunidades terapêuticas, concluem que essas instituições são importantes e necessárias no tratamento para usuários de drogas. Madalena (2014), com o objetivo de conhecer o perfil dos usuários de crack que fazem tratamento nas comunidades terapêuticas e

os desfechos desses tratamentos, conclui também sobre a importância das instituições e gera material para melhor embasar seus métodos de trabalho.

Paulino (2014), a fim de apreender os mecanismos de enfrentamento na prevenção de recaídas em egressos de comunidades terapêuticas, conclui que a religiosidade é um aspecto importante neste processo e que as comunidades terapêuticas são consideradas locais de abrigo e refúgios para os usuários de drogas. Santana (2013), a partir de uma reconstrução da vivência de usuários de drogas também chega à conclusão que a religiosidade e as comunidades terapêuticas são importantes para este público. Souza (2019) aponta a religião e as comunidades terapêuticas como alternativas seguras e efetivas para a cura e libertação de usuários de drogas, ao analisar o tratamento ofertados em duas instituições diferentes.

Dois trabalhos, contudo, apresentam críticas às comunidades terapêuticas: Machado (2011) e Holanda (2016). O primeiro propõe uma reflexão sobre o processo de institucionalização ocorrido nas comunidades terapêuticas, chegando à conclusão de que os locais reforçam a carreira de desviante dos internados, dentre outros aspectos. O segundo trata das narrativas de usuários de drogas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas, tendo como objetivo compreender quais eram os impactos dos processos de assistência experienciados por pessoas que foram em algum momento de suas vidas internadas em comunidades terapêuticas. O trabalho relata a história de dois usuários de drogas, demonstrando que um dos usuários não conseguiu se vincular aos preceitos da comunidade e que a maioria das vivências tidas ali não fizeram sentido em sua vida. Já o outro usuário, assumiu para a sua vida, apesar de alguns estranhamentos, diversos hábitos e crenças apreendidas nas comunidades terapêuticas.

Como considerações finais, destaca os impactos que puderam ser percebidos nos tratamentos das comunidades terapêuticas na vida destes sujeitos, discutindo sobre as formas de aprisionamentos, as políticas de cuidado impostas, os processos de estigmatização e hegemonia do saber técnico-psiquiátrico e a importância de se pensar formas do que chamamos de cuidados políticos, que promovam maior autonomia e emancipação nos processos vivenciados por estas pessoas. Entretanto, esse trabalho, assim como o de Machado (2011), não utiliza na discussão a categoria da alienação, apesar de demonstrar que os sujeitos introjetavam diversas regras e hábitos das comunidades terapêuticas (HOLANDA, 2016).

Necessitamos também mencionar o livro “Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidade terapêuticas”, organizado por Vasconcelos e Lima (2019). Partindo de uma perspectiva crítica ao avanço do conservadorismo e do retrocesso no que compete ao tratamento de usuários de drogas no Brasil, o livro destaca

a expansão das igrejas que produz, ao mesmo tempo, apoio social e, paradoxalmente, intolerância religiosa e regressão das conquistas sociais feitas historicamente (VASCONCELOS; LIMA, 2019).

Destacando as principais produções nacionais e internacionais encontradas no Scielo, Redalyc e Pubmed, percebemos que diversos trabalhos apontam para o debate da influência positiva da religião na prevenção ao uso de drogas e na recuperação de usuários de drogas, tanto produções brasileiras (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004; DALGALARRONDO *et al.*, 2004, 2007; SILVA *et al.*, 2006; SANCHEZ; NAPPO, 2007, 2008; ROCHA; GUIMARÃES; CUNHA, 2012; SCADUTO; BARBIERI; SANTOS, 2015; ZAPPE; DELL' AGLIO, 2016), quanto internacionais (KELLY *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2013; GMEL *et al.*, 2013; BORDERS; BOOTH, 2013; PALAMAR; KIANG; HALKITIS, 2014; NARVAEZ *et al.*, 2015; RAZALI; KLIEWER, 2015; ZERBETTO, 2017; GRIM; GRIM, 2019).

Além destas produções, destacamos alguns trabalhos que chegam a conclusões diferentes das mencionadas acima. Kelly (2017), por exemplo, afirma que embora os Alcoólicos Anônimos¹⁹ (AA) trabalhem com métodos quase religiosos/espirituais, seu estudo sugere que os benefícios desses grupos residem predominantemente nos mecanismos sociais, cognitivos e afetivos. Puente *et al.* (2019) chegaram a conclusões parecidas em pesquisa realizada também com os AAs no México, e afirmam que a espiritualidade não apresentou relação significativa com a melhora dos participantes.

Witkiewitz, McCallion e Kirouac (2016) reconhecem a importância da espiritualidade na proteção dos indivíduos que fazem uso de álcool, contudo, consideram que a religiosidade e afiliação religiosa não são suficientes para proteger contra o desenvolvimento das relações problemáticas com o álcool. Além disso, consideram que experiências espirituais menos conservadoras, como a meditação, também podem ser úteis na redução do consumo perigoso e no tratamento dessas pessoas.

Já Braun *et al.* (2018) identificaram que as práticas religiosas privadas e as afiliações religiosas podem promover o sentimento de culpa nos indivíduos, fato que pode se apresentar como um fator de risco para o uso problemático de álcool e um pior resultado nos

¹⁹ Segundo site próprio, os Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham, entre si, suas experiências a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. Por meio dos “12 passos”, o propósito primordial é manter os seus participantes sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade. Essas informações foram retiradas do seguinte site: <https://www.aa.org.br/>. Também existem os Narcóticos Anônimos - NA, uma irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres que trabalham com os mesmos princípios do AA para alcançar a abstinência de todas as drogas. Maiores informações podem ser encontradas no seguinte site: <https://www.na.org.br/>.

tratamentos. Beraldo *et al.* (2019), após uma revisão bibliográfica no tema, reconhecem que a espiritualidade pode ser importante no tratamento de pessoas que fazem uso de algumas substâncias, aliviando sintomas associados à agressividade, por exemplo. Entretanto, não desempenham um papel benéfico em alguns subgrupos, como entre os indivíduos usuários de crack e de *cannabis*. No caso da última droga, os participantes da pesquisa encontrada afirmaram que faziam uma escolha consciente de usar a substância, que tinham controle sobre seu uso e que se sentiam mais espiritualizados quando estavam sob a influência da *cannabis*. Além disso, apresentam que os tratamentos que envolvem a espiritualidade podem ser especialmente benéficos para população rural, latino-americanos, afro-americanos e população indígena, mas não problematizam a associação de povos marginalizados aos tratamentos de cunho religioso (BERALDO *et al.*, 2019).

Dickson-Gomez *et al.* (2011) criticam a abordagem religiosa, dessa vez nas comunidades terapêuticas de El Salvador, que não possuem tratamento individualizado, utilizam uma visão moralista do uso de drogas e métodos de tratamento que violam o direito de liberdade, além de realizarem imposição religiosa. Neste mesmo sentido, Ribeiro e Minayo (2015) apontam que as comunidades terapêuticas possuem como método de recuperação a evangelização e a conversão religiosa. São instituições confessionais e concebem um modelo de tratamento centrado na oração e na abstinência, modelo que se encontra em desacordo com as políticas públicas de saúde mental brasileiras (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Além disso, cabe destacar que, os trabalhos mais frequentes são provenientes da área da saúde, com ênfase nas subáreas de psiquiatria, saúde pública e enfermagem (nesta ordem) e relacionam-se ao tema das drogas em interlocução com a religião, com um predomínio de trabalhos nos últimos seis anos.

Dessa forma, este levantamento deflagrou que as produções sobre as drogas que entrecruzam com a categoria religião se atém, principalmente, às contribuições das religiões no processo de tratamento dos usuários ou na prevenção ao uso. Tais estudos não contemplam a perspectiva da alienação religiosa no debate empreendido. Essa constatação nos impele a travar o desafio que aqui se apresenta, sobretudo, numa tentativa de empreender também na desconstrução das tão reproduzidas formas mais tradicionais de olhar para o tema.

Nosso objetivo geral é analisar os aspectos de alienação presentes nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, caracterizando a ação conformadora do discurso religioso. Como objetivos específicos temos:

- Debater a relação orgânica entre o capital e a política proibicionista, evidenciando nessa relação expressões da questão social;

- Refletir sobre a categoria alienação, buscando entender as diferentes compreensões e processos de alienação;
- Caracterizar as comunidades terapêuticas no Brasil, destacando o processo entre religião e modelo de tratamento ofertado.

2. METODOLOGIA

Para atender aos objetivos dessa pesquisa nos debruçamos sobre questões que perpassam o uso de substâncias psicoativas - aqui denominadas genericamente pela palavra droga - na sociedade capitalista em que vivemos: o proibicionismo, a religiosidade e as práticas de saúde no campo das drogas, o tratamento ofertado nas comunidades terapêuticas religiosas, tendo como foco nossas principais categorias teóricas: a ideologia e a alienação. Essas categorias serão discutidas prioritariamente nas seções três e quatro, e compõem a base para nosso percurso de pesquisa.

Em termos procedimentais, nossa pesquisa envolveu pesquisa documental e pesquisa de campo.

2.1. A pesquisa de campo: ricos encontros

Na pesquisa de campo, acessamos indivíduos com história de uso de drogas egressos de comunidades terapêuticas religiosas. Inicialmente contatamos os técnicos dos CAPS ad da região Metropolitana do Espírito Santo. Nessas instituições solicitamos aos profissionais que nos indicassem pessoas que fazem ou fizeram tratamento em suas instituições e que passaram por internação em comunidade terapêutica religiosa. A escolha dos CAPS ad se deu por reunir um número expressivo de sujeitos usuários de droga que atendem ao critério de seleção: ter passado por internação em comunidades terapêuticas religiosas ou não.

O sujeito, indicado pelo profissional, poderia estar ou não vinculado ao CAPS ad no momento da pesquisa, podendo ser também um usuário que já teve vínculo com o equipamento e hoje não se encontra fazendo tratamento.

A escolha da região Metropolitana se justifica pela concentração de população e de dispositivos de saúde. O Espírito Santo está localizado na região Sudeste e possui 78 municípios com uma população de 3.972.388 milhões de pessoas distribuídas nesse território (IBGE, 2018). No que se refere ao planejamento da Política de Saúde, o estado está dividido em quatro regiões de saúde: região Metropolitana, região Central, região Sul e região Norte (ESPÍRITO SANTO, 2011) (Figura 1).

A região Metropolitana é composta por 20 municípios: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa

Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória (ESPÍRITO SANTO, 2011) (Figura 2).

Figura 1 - Limites e regionalizações - divisão regional do Espírito Santo – macrorregiões de planejamento



Fonte: Site do Governo do Estado do Espírito Santo (2018).

Figura 2 - Limites e regionalizações - Região Metropolitana da Grande Vitória

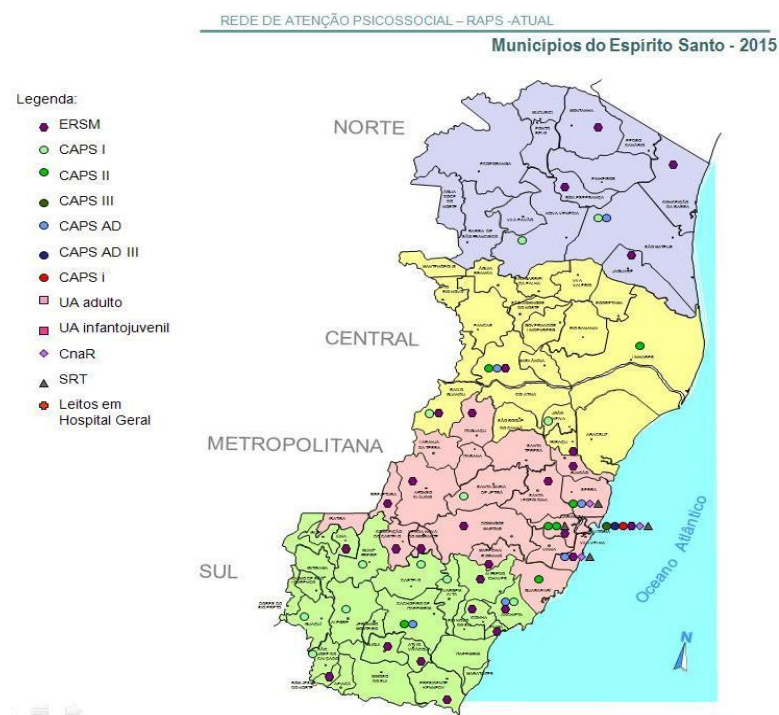


Fonte: Site do Governo do Estado do Espírito Santo (2018).

As instituições de tratamento não governamental para usuários de drogas estão espalhadas pelas quatro regiões de saúde do Estado do Espírito Santo (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). A região Metropolitana é a que mais concentra instituições que ofertam algum tipo de tratamento para usuários de drogas (173 serviços ou 64,6%), sendo a maior parte delas organizações não governamentais. Além disso, nessa região, 11 municípios possuem algum tipo de serviço destinado a usuários de drogas, sendo eles: Afonso Cláudio, Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória²⁰.

Com relação às instituições governamentais, encontramos quatro CAPS ad na região Metropolitana, dois em Vitória, sendo um deles para o público infantil, um em Serra e um em Vila Velha²¹. Por estarmos tratando do universo adulto, o CAPS ad Infantil foi descartado para esta proposta.

Figura 3 - Rede de Atenção Psicossocial do estado do Espírito Santo



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2015).

²⁰ Essas informações foram obtidas por meio do trabalho intitulado “Instituições de tratamento, prevenção, redução de danos e ensino/pesquisa atuantes na área de drogas no estado do Espírito Santo”, que lista todas as instituições encontradas em cada região do estado do espírito santo no ano de 2014, produzido pelo Núcleo de Estudos Fênix/Universidade Federal do Espírito Santo.

²¹ Ainda segundo o mesmo catálogo, existem outros quatro CAPS ad no Estado do Espírito Santo, um em Colatina, na Região Central, outro em São Mateus, na região Norte, um em Anchieta e um em Cachoeiro de Itapemirim, ambos na Região Sul.

Ao buscarmos os CAPS ad região Metropolitana de Vitória para obtermos acesso aos usuários de drogas, não significava que esses indivíduos estiveram internados em comunidades terapêuticas localizadas na região Metropolitana, uma vez que essas instituições se encontram espalhadas por todo o estado e, também há casos de instituições que recomendam que a internação ocorra num estado diferente do estado de residência do indivíduo.

2.1.1. Entrando no campo

Antes de realizarmos o contato com os três CAPS ad eleitos, o projeto foi aprovado nos comitês de ética próprios de cada uma das três Secretarias de Saúde (Vitória, Serra e Vila Velha), além do Comitê de Ética da Universidade. Após aprovação, entramos em contato e agendamos reunião para explicar a proposta de pesquisa. Nessas reuniões, pedimos aos profissionais dos CAPS ad que fossem nossos informantes-chave. Entregamos, a cada profissional, um formulário de indicação (Apêndice A), no qual, a partir de sua memória, cada um poderia listar nomes de sujeitos para a pesquisa, o tipo de internação ao qual foi submetido(a) (compulsória ou não compulsória) e a razão de sua indicação (por que se lembrou daquele paciente?).

Reforçamos com os profissionais dois aspectos que seriam interessantes para obter uma amostra diversificada: que tentassem se lembrar de pelo menos dois pacientes pertencentes a faixas etárias e sexos diferentes, e com compreensões diferenciadas acerca de seu processo de internação (há aqueles que retornam da internação adeptos às práticas da comunidade e aqueles que retornam com posicionamento contrário às práticas vivenciadas, por exemplo). Indicávamos, portanto, que buscávamos sujeitos com experiências diversificadas.

Nos três CAPS ad consultados, os profissionais nos pediram de uma a duas semanas para preencher o formulário de indicação. Esse tempo foi necessário para que pudessem consultar o(s) paciente(s) sobre a indicação para a pesquisa antes que a pesquisadora fizesse o contato. Respeitado o período de tempo acordado, fomos às instituições para buscar os formulários e começamos a fazer contato com os usuários. Seus contatos, muitas vezes, já constavam no formulário entregue pelo profissional, outras vezes, recorriamos ao seu prontuário, após acesso autorizado pelas coordenações dos CAPS ad, para conseguir o telefone.

Após termos o acesso aos números de telefone, entramos em contato com os sujeitos, a fim de marcarmos as entrevistas. Todas as entrevistas com os sujeitos indicados pelos técnicos

dos CAPS contatados foram realizadas nos próprios equipamentos. A relação das indicações realizadas, das entrevistas agendadas e realizadas se encontram na Tabela 1.

Tabela 1 - Indicações para entrevista, entrevistas agendadas e entrevistas realizadas a partir dos CAPS ad

CAPS	Quantidade de indicados	Quantidade de entrevistas agendadas	Quantidade de entrevistas realizadas	% de sucesso (relação entre entrevistas agendadas x realizadas)
CAPS ad de Serra	15	12	9	75%
CAPS ad de Vila Velha	13	8	8	100%
CAPS ad de Vitória	13	7	6	85,7%
Total	41	27	23	85,2%

Fonte: Pesquisa de campo. Sistematização da autora (2019).

Das 41 pessoas indicadas, 18 não foram entrevistadas. Destas últimas, temos 14 pessoas com as quais não conseguimos agendar entrevistas por dois motivos: 11 pessoas não foram encontradas a partir do contato telefônico registrado na instituição e três não se disponibilizaram para entrevista após o contato (Leonardo, Paulo e Vinícius). Todos os nomes aqui utilizados para identificação dos entrevistados são fictícios, garantindo o sigilo (conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE).

Leonardo, segundo a sua mãe, não tinha condições de comparecer à entrevista, pois estava em uso de álcool intenso. Ele não se encontrava em tratamento no CAPS ad no momento da pesquisa.

Com relação ao Paulo, que se encontrava em tratamento no CAPS ad, a pesquisadora fez o contato telefônico para o agendamento da entrevista, mas a ligação fora mal recebida pela sua esposa, que não foi receptiva à nossa solicitação. Nós lamentamos porque, segundo a profissional que fez a indicação, este se tratava de um caso muito interessante para a pesquisa, pois ele havia passado por muitas internações. Contudo, não foi possível negociar o encontro.

Já Vinícius é acompanhado pela profissional que o indicou há bastante tempo. Ele havia saído de uma internação recentemente e estava bem, segundo a profissional, recompondo sua vida. Entramos em contato com sua mãe algumas vezes, mas ela sempre colocava empecilhos para que o jovem fosse entrevistado. Depois de algumas tentativas, a pesquisadora foi informada pela profissional que ele estava novamente internado em uma comunidade terapêutica. Segundo ela, as internações pareciam ser mais uma demanda da mãe do que do usuário, pois ela parecia possuir dificuldade de aceitar a sua homossexualidade. Infelizmente, com a internação, não foi possível realizar a entrevista com Vinícius.

Houve ainda quatro pessoas que, apesar de termos agendado um encontro, não conseguimos entrevistar. Esses indivíduos não compareceram à entrevista agendada no dia e horário combinados e, nas semanas seguintes, não compareceram mais ao CAPS ad. Apenas uma pessoa destas quatro, João, conseguimos retomar o contato após o não comparecimento e, apesar de termos tentado agendar outras vezes, não conseguimos realizar a entrevista sempre pelo não comparecimento do indicado.

Todas as vezes em que fazíamos ligações para João, só era possível dialogar com a sua mãe, pois ele havia começado a trabalhar em outra cidade e não utilizava o telefone celular. O tempo dele estava muito restrito e mesmo quando algumas oportunidades foram encontradas, o usuário não compareceu à entrevista. A mãe, sempre se desculpando pelo não comparecimento, dizia que o filho estava bem e muito ocupado.

Após a indicação dos profissionais fizemos contato com os indicados e agendamos dia e horário para a realização de uma entrevista. O percentual de sucesso (pouco acima de 85%) foi muito bom, considerando que esse é um dos pontos nodais de quem faz pesquisa de campo – encontrar os sujeitos e realizar as entrevistas.

O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), composto por dados sociodemográficos acerca dos participantes (data de nascimento, nível de escolaridade, estado civil, com quem mora, se possui filhos, se possui religião, dentre outros) e perguntas abertas (que buscavam a reconstituição do período de internação e o pós-internação nas comunidades terapêuticas religiosas), foi testado em uma entrevista piloto. Nesse teste, analisamos se o roteiro atendia aos objetivos do trabalho e se as perguntas podiam ser entendidas pelo entrevistado. Ao avaliar que o roteiro atendia as necessidades do trabalho, essa entrevista foi incorporada à amostra.

A utilização de entrevistas neste trabalho ancorou-se, sobretudo, na compreensão dos nossos sujeitos como seres sociais, e, por esse motivo, escolhemos a História Oral como metodologia, uma vez que esta considera que um relato não trata somente da lembrança de um certo indivíduo, mas de um indivíduo inserido em um contexto social, de tal forma que suas lembranças são permeadas por inferências coletivas, moralizantes ou não (THOMPSON, 2002). Assim, consideramos que toda memória é coletiva, e como tal, ela constitui um elemento essencial da identidade, da percepção de si e dos outros.

Como cada ser histórico singulariza a sociedade na qual está inserido e a percebe de uma forma específica, essa metodologia nos permite considerar a subjetividade. Entendemos, tal como Thompson (2002), nenhuma fonte está livre da subjetividade, seja ela escrita, oral ou visual. Contudo, apesar da subjetividade a que a fonte oral está sujeita, o mesmo autor defende

o uso da metodologia da história oral, ao afirmar que “a evidência oral pode conseguir algo mais penetrante e mais fundamental para a história. [...] transformando os “objetos” de estudo em “sujeitos” (THOMPSON, 2002, p. 137).

[...] o material das entrevistas gravadas, todos eles representam, quer a partir de posições pessoais ou de agregados, a percepção social dos fatos; além disso, estão todos sujeitos a pressões sociais do contexto em que são obtidos. Com essas formas de evidência, o que chega até nós é o significado social, e é este que deve ser avaliado (THOMPSON, 2002, p, 145).

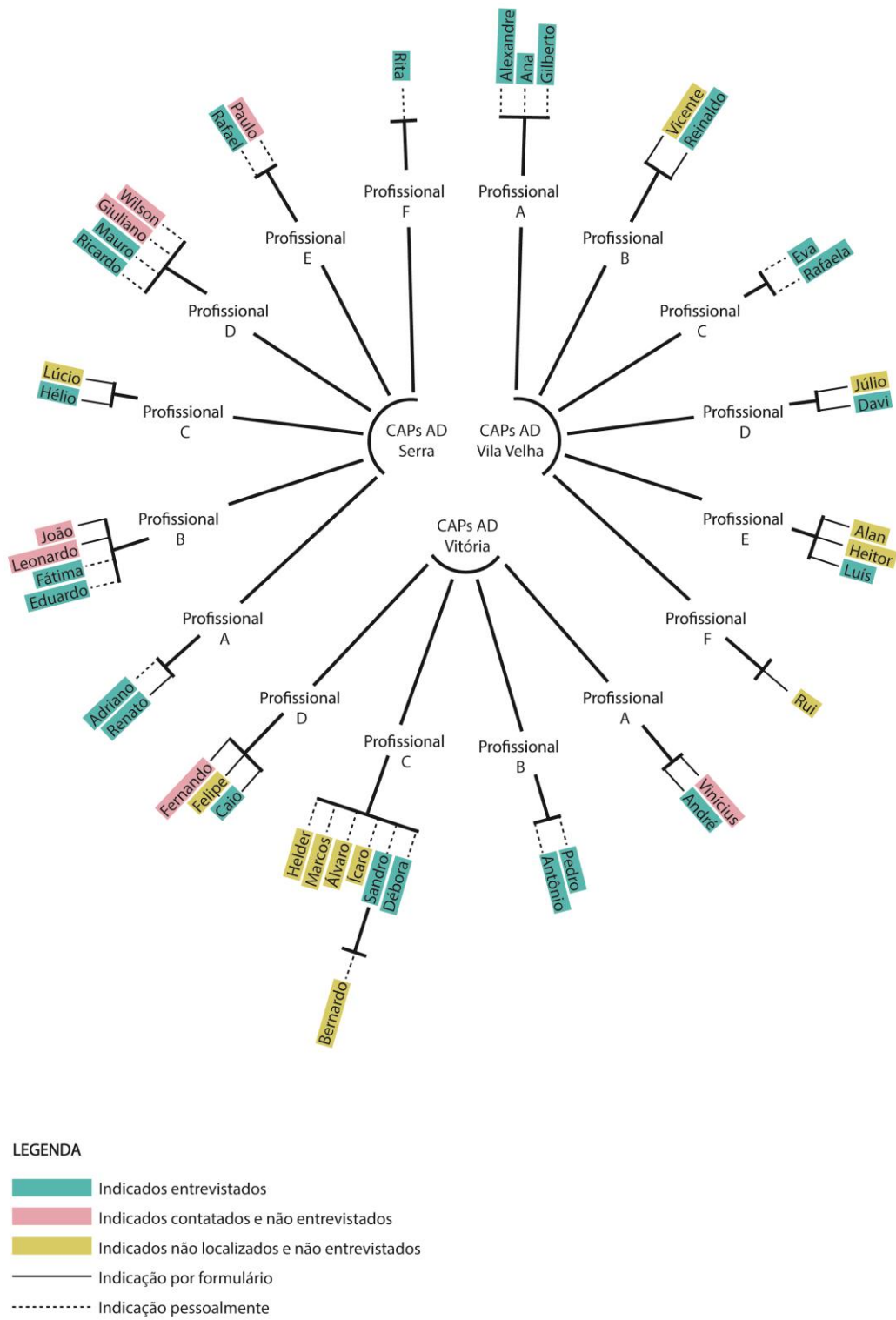
Além disso, compreendendo que a realidade é complexa e multifacetada, não estabelecemos previamente a quantidade de indivíduos a serem entrevistados. O tamanho da amostra foi definido por saturação teórica, segundo a qual interrompemos a coleta de dados quando constatamos que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não eram mais apreendidos a partir do campo de observação (PIRES, 2008).

Para explicar com mais detalhes como chegamos aos nossos entrevistados, representamos o processo vivido com todos os informantes-chave dos CAPS ad que nos fizeram indicações na Figura 4.

Nas incursões pelo CAPS ad tivemos a oportunidade de interagir com muitos profissionais, acompanhar parte de suas reuniões, momentos de festividades e, em alguns momentos, presenciar a relação desses com os usuários indicados e não indicados para a pesquisa. Por ser um processo dinâmico, as indicações ocorreram por meio do formulário entregue (sete profissionais), outros (sete profissionais) fizeram pessoalmente durante a presença da pesquisadora na instituição e outros, ainda, se utilizaram dos dois métodos de indicação (dois profissionais).

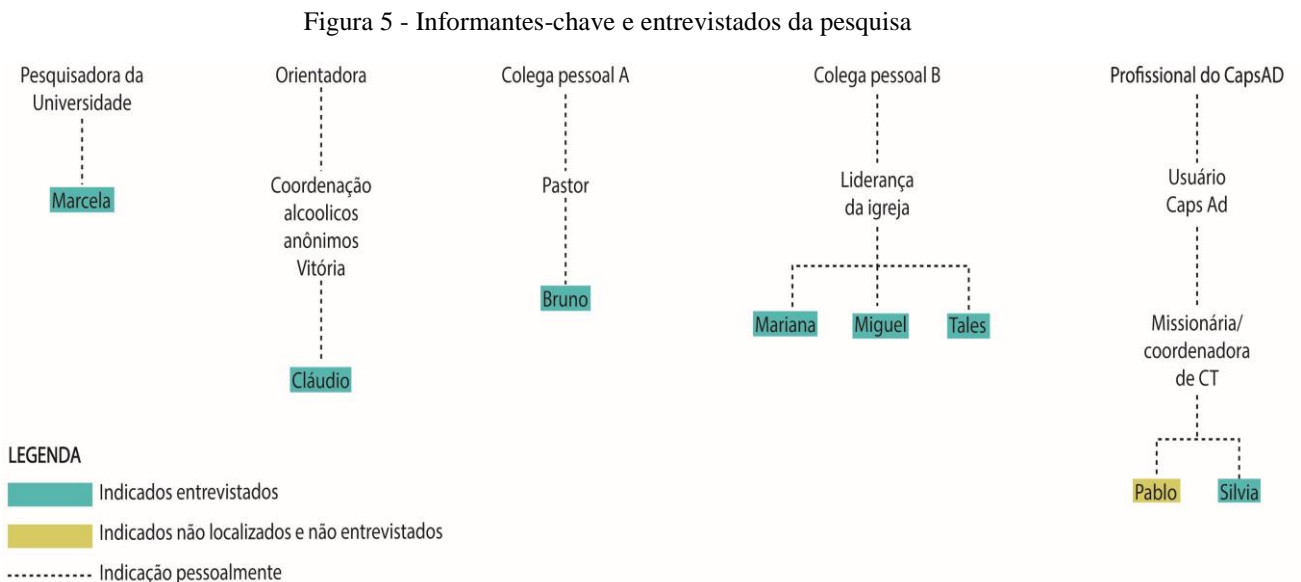
A maior parte das indicações feitas à pesquisadora se deram pessoalmente. Contudo, de todas essas 41 indicações realizadas, 23 se desdobraram, de fato, em entrevistas. Das 23 entrevistas realizadas, 16 foram indicações feitas pessoalmente e sete foram feitas a partir de formulário. Dessas 16 indicações feitas pessoalmente, 13 se deram na presença do indicado e apenas três não foram feitas na presença do indicado. A presença do entrevistado e a possibilidade de um contato inicial antes da entrevista foi, assim, relevante.

Figura 4 - Informantes-chave dos CAPS ad e os entrevistados da pesquisa



Fonte: Pesquisa de campo. Sistematização da autora (2019).

Além das entrevistas realizadas a partir dos CAPS ad, também percorremos outros caminhos para acessar outros sujeitos. Ao refletir sobre as entrevistas feitas até aquele momento, consideramos que os participantes possuíam o viés formal dos equipamentos de saúde, com discursos carregados pelos princípios dos serviços e dos discursos dos profissionais. Dessa maneira, decidimos por encontrar sujeitos que tivessem passado por internações em comunidades terapêuticas religiosas, mas que não tivessem estabelecido uma relação de vínculo com os CAPS ad. Para isso, recorremos a uma rede de pessoas que pudessem conhecer indivíduos com história de internação em comunidades terapêuticas religiosas. Este percurso se encontra representado na Figura 5.



Fonte: Pesquisa de campo. Sistematização da autora (2019).

Diversos caminhos foram constituídos nesta busca. Todas as consultas se deram perguntando aos possíveis informantes se conheciam alguém que já tivesse passado por internação em comunidade terapêutica religiosa e que não tivessem feito tratamento no CAPS ad.

Um dos coordenadores do grupo de Alcoólicos Anônimos de Vitória disse possuir, entre seus participantes, um caso assim, que prontamente se dispôs a nos ceder uma entrevista.

Outra possibilidade se deu consultando duas colegas que frequentam templos religiosos pentecostais. Ambas passaram o contato de líderes religiosas que podiam ser consultados – um pastor de uma igreja do município de Vitória e uma liderança que realiza trabalho no Ministério da Família de uma igreja da Serra. A partir do primeiro informante, conseguimos obter um contato telefônico e agendamos uma entrevista. No segundo caso, pudemos fazer três

entrevistas, com Mariana, Miguel e Tales, todos egressos de internação em comunidades terapêuticas, sendo Mariana, egressa de uma comunidade na qual a informante-chave direta foi obreira.

Ouro caso se deu via indicação de uma profissional do CAPS ad. Ela colocou a pesquisadora em contato com um usuário do serviço considerado “muito religioso” que, possivelmente, poderia conhecer pessoas no perfil procurado. O usuário foi receptivo e, após fazer contato com uma missionária, levou a pesquisadora para conhecer uma comunidade terapêutica feminina na área rural de Cariacica. No dia da visita, foi possível conhecer todo o espaço de internação, todas as internas e realizar uma entrevista com uma obreira que já havia ficado internada na mesma comunidade terapêutica onde hoje trabalhava. A ida ao espaço foi importante para a realização do trabalho, tornando mais concreto para a pesquisadora o objeto estudado.

Por fim, obtivemos uma indicação de uma docente do grupo de pesquisa frequentado pela pesquisadora, pois considerava um caso interessante para compor o trabalho: Marcela, além de ter passado por internações em comunidades terapêuticas religiosas, passou também por uma internação recente para realização de tratamento com a substância ibogaína²². Por este motivo, achamos que poderia ser interessante incluí-la na pesquisa. Apesar de Marcela já ter comparecido ao CAPS ad (do município da Serra), ela não foi indicada pelos profissionais.

Em todas essas oportunidades de entrevista, a pesquisadora perguntou aos informantes-chave e entrevistados se conheciam outros casos, outros sujeitos que pudessem ser entrevistados, mas essa indicação se deu apenas duas vezes, uma delas por meio da missionária da comunidade terapêutica e outra por um entrevistado do CAPS ad. Contudo, essas indicações não resultaram em entrevista. No caso da missionária, o sujeito não foi localizado com a facilidade esperada. Quando ela conseguiu entrar em contato com ele, não conseguimos achar um dia e horário em comum para a entrevista, uma vez que ele estava trabalhando como

²² Segundo texto publicado pela pesquisadora Beatriz Labate no site do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP), ibogaína é o principal princípio ativo da iboga, uma raiz subterrânea que chega a atingir 1,50m de altura, pertencente ao gênero *Tabernanthe*, composto por várias espécies. 650 destas já foram identificadas na África Central. A que tem mais interessado a medicina ocidental é a *Tabernanthe iboga*, encontrada sobretudo na região dos Camarões, Gabão, República Central Africana, Congo, República Democrática do Congo, Angola e Guiné Equatorial. A iboga pertence à família dos alucinógenos clássicos, entre eles o peyote, os cogumelos, a ayahuasca e o LSD. Em 1962, Howard Lotsof, um jovem viciado em heroína em busca de uma nova droga, acaba descobrindo a iboga. Após uma viagem de 36 horas, relata que perdeu totalmente o desejo de consumir heroína e não sentiu nenhum sintoma de abstinência. Em 1983, Lotsof reportou as propriedades anti-aditivas da ibogaína e em 1985 obteve quatro patentes nos EUA para o tratamento de dependências de ópio, cocaína, anfetamina, etanol e nicotina.

vendedor de sorvete e não costumava prever os momentos de trabalho: ia para as vendas quando havia sol. Quando, porventura, chovia, não conseguíamos falar com ele.

No caso da indicação feita por um dos nossos entrevistados, Sandro, não foi possível encontrar o sujeito indicado. Tratava-se de um colega que passou por internação em comunidade terapêutica com Sandro e que, após a saída da instituição, passou a trabalhar como ambulante e fazer pregações religiosas numa praça no centro da cidade de Vitória. Fizemos duas incursões à praça, no dia e horário aconselhados por nosso entrevistado, mas não conseguimos encontrá-lo.

Realizamos, ao todo, 30 entrevistas, sendo 23 delas a partir dos CAPS ad da região Metropolitana (nove a partir do CAPS ad da Serra, oito a partir do CAPS ad de Vila Velha e seis a partir do CAPS ad de Vitória) e sete advindas de outros contatos. Para isso, contamos com o auxílio de 26 informantes-chave, 16 deles profissionais dos CAPS ad que nos levaram a entrevistados usuários dos CAPS ad, uma informante-chave pesquisadora pertencente a grupo de pesquisa sobre a temática das drogas na Universidade, que indicou uma entrevistada que foi usuária do CAPS, e nove informantes-chave pertencentes a uma diversidade de instituições ou à rede informal da pesquisadora que nos levaram a sujeitos que não possuem vínculo com os CAPS ad. Destes últimos informantes-chave, apenas cinco podem ser considerados diretos, pois colocaram a pesquisadora em contato com os entrevistados.

Dessa maneira, nossa amostra intencional inicialmente era composta por 30 pessoas, 21 homens e nove mulheres.

2.2. A pesquisa documental: o desafio dos prontuários

Nesta pesquisa também realizamos consulta aos prontuários dos entrevistados indicados pelos profissionais dos CAPS ad, buscando levantar as seguintes informações, segundo formulário elaborado por nós (Apêndice C):

- Dados sócio-demográficos (nome, data de nascimento, sexo, escolaridade, composição familiar, trabalho, religião e acesso a benefícios sociais);
- Percurso de acesso aos serviços de saúde (quando chegou ao CAPS ad, se passou por outros equipamentos e tipo de droga utilizada);
- Registro de internação em comunidades terapêuticas religiosas (quando se deu a internação e por quanto tempo).

Essas informações foram importantes em dois âmbitos: 1. Antes das entrevistas, para obter o contato telefônico de alguns sujeitos indicados pelos profissionais. 2. Depois das entrevistas, para complementar as informações já obtidas ou clarear possíveis dúvidas da pesquisadora, principalmente sobre o caminho percorrido pelos entrevistados em seus tratamentos, data de chegada ao CAPS ad, idas e vindas ao serviço, dentre outros aspectos.

A fim de organizar as informações, essas foram sistematizadas em quadros e, posteriormente utilizadas na análise.

2.3. O encontro com os entrevistados

O encontro com os entrevistados foi um processo rico de descobertas. A maior parte dos sujeitos foi muito receptivo à entrevista, não parecendo estar desconfiados da pesquisadora, nem reticentes ao falar. Respondiam às perguntas com riqueza de detalhes, sem preocupação com o tempo despendido na entrevista, nem com o sigilo referente às instituições que mencionavam. Apesar de nomes não serem revelados aqui, normalmente, os entrevistados identificavam os locais ou faziam esforço para se lembrar deles, mesmo sem isso ter sido perguntado.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2017 e março de 2018. O tempo das entrevistas variou entre 12 minutos e 107 minutos. Essa variação se deu devido às características pessoais de cada entrevistado, existindo aqueles que falam mais e outros que são mais objetivos. No Quadro 1, disponibilizamos informações sobre os entrevistados:

Quadro 1- Dados sobre os entrevistados

Nome Fictício	Idade	Escolaridade	Trabalho	Número de internações em comunidades terapêuticas religiosas e outras instituições para tratamento do uso de drogas	Tempo de internação nas comunidades terapêuticas religiosas e outras instituições para tratamento de uso de drogas	No CAPS ad
Adriano	52 anos	Ensino Médio completo, com técnico em agropecuária	Desempregado. Trabalhava com serviços gerais	Não sabe dizer a quantidade das internações, cerca de nove, sendo uma delas em clínica privada no ES e as outras em comunidades terapêuticas religiosas no ES	Não sabe quanto tempo passou em cada uma das internações. Destacou alguns prazos dos quais se lembra, nesta ordem: um mês, um mês, um mês e oito dias	Sim
Alexandre	36 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregado. Já trabalhou como segurança e motoboy	Seis internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES	Nesta ordem: três meses, seis meses, quatro meses, seis meses, cinco dias e dois anos	Não

Ana	30 anos	Ensino Fundamental completo	Estava internada na comunidade terapêutica. Sempre trabalhou como doméstica	Duas internações em Comunidades terapêuticas religiosas no ES, sendo a última em andamento no momento da entrevista	Cinco meses na primeira e está há cinco meses na segunda	Sim
André	37 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregado	Uma internação em comunidades terapêutica religiosa no ES	Quatro meses	Sim
Antônio	47 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregado	Não sabe dizer a quantidade de internações (mínimo de sete). Lembrou de três internações em clínicas psiquiátricas no ES, uma internação em hospital no ES, diversas internações em duas comunidades terapêuticas religiosas no ES e uma internação em clínica privada no ES, com abordagem religiosa	Não sabe dizer quanto tempo passou em cada internação. Ressaltou que em uma das comunidades terapêuticas religiosas do ES passou por cinco internações	Sim
Bruno	34 anos	Ensino Superior incompleto, em Psicologia	Vendedor	Sete internações, sendo seis internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES e uma internação em comunidade terapêutica religiosa em MG	Não sabe quanto tempo ficou em cada internação. Destacou que ficou nove meses na primeira internação e nove meses na última, onde depois trabalhou como conselheiro terapêutico	Não
Caio	42 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregado. Trabalhava como auxiliar de obras e vendedor de bolo	Três internações, sendo duas internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES e uma em comunidade terapêutica religiosa em outro estado que não foi revelado	Cinco meses e 24 dias em uma comunidade terapêutica religiosa no ES, quatro meses em uma comunidade terapêutica religiosa no ES e sete dias em uma comunidade terapêutica religiosa em outro estado	Sim
Cláudio	46 anos	Ensino Superior incompleto, em Gastronomia	Cozinheiro	Duas internações em uma mesma comunidades terapêutica religiosa no ES	Nove meses na primeira vez e três meses na segunda vez	Não
Davi	33 anos	Ensino Fundamental completo	Segurança, afastado pelo INSS	Duas internações em comunidade terapêutica religiosa no ES	Nesta ordem: 21 dias e 14 dias	Sim
Débora	53 anos	Ensino Médio completo	Desempregada. Trabalhava como atendente em caixa de comércio	Duas internações, sendo uma internação em clínica psiquiátrica no ES, uma internação em comunidades terapêutica religiosa no ES	Cinco meses na clínica e seis meses na comunidade terapêutica religiosa	Sim

Eduardo	32 anos	Ensino Médio completo	Desempregado. Trabalhava com telemarketing	Uma internação na Cristolândia	20 dias	Sim
Eva	48 anos	Ensino Médio incompleto	Desempregada. Trabalhava como doméstica desde criança	Três internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES	Nessa ordem: 20 dias, quatro meses e dois meses	Sim
Fátima	53 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregada. Trabalhava como auxiliar de serviços gerais	Duas internações, sendo uma internação em uma clínica privada do ES, e outra em uma comunidade terapêutica religiosa na BA	Nesta ordem: 30 dias e seis meses	Sim
Gilberto	51 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregado	Duas internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES	Nesta ordem: um ano e um mês e meio	Sim
Hélio	56 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregado. Já trabalhou como taxista e vendedor	Quatro internações, sendo uma internação em comunidade terapêutica religiosa no RJ, duas internações compulsórias em uma mesma clínica privada no ES e uma última internação em clínica privada no ES	Nesta ordem: quinze dias de internação na comunidade terapêutica religiosa do RJ, três dias de internação em clínica privada do ES, mais trinta dias nesta mesma clínica e dois meses em outra clínica no ES	Sim
Luís	53 anos	Ensino Superior completo, em Administração	Técnico em manutenção em uma empresa	Uma internação em uma clínica privada no ES (internação paga pela empresa)	Quatro meses	Sim
Marcela	39 anos	Ensino Médio completo	Desempregada. Trabalhava como vendedora de loja	Oito internações, sendo uma internação em clínica privada no ES, duas internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES, duas internações em comunidade terapêutica religiosa em MG, uma internação em clínica privada em MG, uma internação em hospital no ES e uma internação em clínica privada em SP	Nesta ordem: 45 dias em uma em clínica privada no ES, 45 dias em uma comunidade terapêutica religiosa no ES, três meses em uma comunidade terapêutica religiosa no ES, oito meses uma comunidade terapêutica religiosa em MG, mais um mês na mesma comunidade terapêutica religiosa de MG, nove meses em uma clínica privada em MG, 20 dias em hospital no ES e alguns dias na clínica em SP	Não
Mariana	35 anos	Ensino Médio completo	Desempregada (obreira na comunidade terapêutica)	Duas internações em uma mesma comunidade terapêutica religiosa no ES	Seis meses na primeira vez e nove meses na segunda vez. Depois passou a trabalhar na comunidade terapêutica religiosa. Está lá desde 2013	Não
Mauro	33 anos	Ensino Médio completo	Mecânico	Uma internação em comunidade terapêutica religiosa no ES	Três meses	Sim

Miguel	46 anos	Ensino Superior incompleto, em Teologia	Desempregado	Uma internação em comunidade terapêutica religiosa no ES	Três meses de internação e cinco anos trabalhando como obreiro	Não
Pedro	42 anos	Ensino Médio completo	Desempregado	Cerca de 17 internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES	Não se lembra quanto tempo passou nas internações. Destacou duas comunidades terapêuticas religiosas, a primeira, que ficou dois meses e, depois, mais um mês, e, a última que ficou sete meses, saiu e, depois, ficou mais um mês	Sim
Rafael	21 anos	Ensino Médio completo	Desempregado. Já trabalhou como embalador e ajudante de pedreiro	Uma internação em comunidade terapêutica religiosa no ES	Oito meses	Sim
Rafaela	38 anos	Ensino Médio incompleto	Desempregada	Duas internações compulsórias em clínicas privadas no ES	Nesta ordem: quatro meses e dois meses	Sim
Reinaldo	42 anos	Ensino Médio completo	Desempregado. Trabalhava como agente patrimonial	Não se lembra da quantidade de internações (mínimo cinco). Lembrou de uma internação em comunidade terapêutica religiosa no ES, quatro internações em comunidades terapêuticas religiosas em SP, internações em clínica privada no ES e diversas internações em clínicas psiquiátricas no ES	Dez meses na comunidade terapêutica religiosa do ES, não sabe dizer o tempo que passou nas outras	Sim
Renato	42 anos	Ensino Médio incompleto	Desempregado. Trabalhava como auxiliar de obras	Não se lembra da quantidade de internações (mínimo de cinco). Lembrou de três internações em comunidades terapêuticas religiosas, sendo duas no ES e uma na BA, uma em hospital no ES e uma em clínica privada no ES com laborterapia	Cerca de três meses em cada comunidade terapêutica religiosa, não sabe quanto tempo no hospital e nove meses na clínica privada	Sim
Ricardo	31 anos	Ensino Médio completo, com técnico em Eletrotécnica	Desempregado. Trabalhava como eletricitista	Duas internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES	Nesta ordem: três meses e seis meses	Sim
Rita	31 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregada. Trabalhava no tráfico de drogas	Uma internação em comunidade terapêutica religiosa no ES	Um mês e dez dias	Sim
Sandro	51 anos	Ensino Fundamental completo	Desempregado	Seis internações, sendo uma internação em comunidade terapêutica	Seis meses e dez dias na comunidade terapêutica religiosa de MG, depois	Sim

				religiosa em MG e cinco internações em comunidades terapêuticas religiosas no ES	passou por duas comunidades terapêuticas religiosas no ES, mas não sabe quanto tempo ficou, depois passou seis meses em uma comunidade terapêutica religiosa no ES, teve mais uma internação qual não se lembra o tempo e uma última internação de quatro meses em uma comunidade terapêutica religiosa no ES	
Silvia	55 anos	Ensino Fundamental incompleto	Desempregada (obreira na comunidade terapêutica)	Duas internações, sendo uma internação em comunidade terapêutica religiosa em SP e uma internação em comunidade terapêutica religiosa no ES	Três meses de internação em comunidade terapêutica religiosa em SP, onde depois trabalhou nove meses como obreira e nove meses de internação em comunidade terapêutica religiosa no ES, onde atualmente trabalha como obreira há dez meses	Não
Tales	48 anos	Ensino Médio completo	Vendedor	Três internações, sendo duas internações em uma mesma comunidade terapêutica religiosa no ES e uma internação em outra comunidade terapêutica religiosa no ES	Ficou três meses e depois mais três meses em uma comunidade terapêutica religiosa no ES e, e depois, ficou nove meses em uma outra comunidade terapêutica religiosa no ES, onde trabalhou como obreiro por três anos	Não

Fonte: Pesquisa de Campo. Sistematização da autora (2019).

Com relação às internações, os entrevistados referiram terem passado por diversos tipos, embora, no pedido das indicações, a pesquisadora sempre tenha se referido às internações em comunidades terapêuticas.

A partir dessa diversidade, tentamos fazer as devidas diferenciações entre os tipos de internação. Em teoria, as principais diferenças entre as clínicas privadas e as comunidades terapêuticas é que as primeiras teriam uma equipe de profissionais e receberiam internações compulsórias, enquanto as segundas seriam formadas por líderes religiosos e somente receberiam internações voluntárias. Assim, a título de classificação nesta pesquisa, consideramos que a internação havia ocorrido em comunidade terapêutica quando o entrevistado dizia não haver profissionais no local, apenas líderes religiosos e obreiros e

consideramos que a internação havia ocorrido em clínica privada quando o entrevistado frisava que a sua internação havia sido contra a sua vontade e/ou quando ele mencionava equipes estruturadas de profissionais e/ou quando ele próprio classificava a instituição como clínica e não como comunidade terapêutica. Contudo, definir comunidade terapêutica é complexo. Há casos, em nossa pesquisa e na literatura, de comunidades terapêuticas que estão incorporando profissionais às suas equipes, numa tentativa de profissionalização

Dos nossos 30 entrevistados, sete (Adriano, Antônio, Fátima, Hélio, Marcela, Renato e Reinaldo) expressam uma diversidade de internações, uma vez que além de possuírem internação em comunidade terapêutica, possuem também internações em clínicas privadas. Três desses últimos possuem também internação em hospital (Antônio, Marcela e Renato). Importante também notar que há três casos de entrevistados que, além de terem internação em comunidade terapêutica, possuem também internação em clínica psiquiátrica (Antônio, Débora e Reinaldo).

Existem, ainda, três casos que não possuem em seu relato histórico de internação em comunidade terapêutica: é o caso de Rafaela, que possui duas internações em clínica privada para recuperação de uso de drogas, de Luís, que possui o mesmo tipo de internação e de Eduardo, que possui uma internação na Cristolândia, instituição que não se autoneia comunidade terapêutica. Com relação a estes três casos procedemos da seguinte maneira: excluímos da nossa amostra Rafaela e Luís, por suas instituições não possuírem nenhum viés religioso, segundo as suas entrevistas, e mantivemos Eduardo por sua instituição ter um perfil muito semelhante às comunidades terapêuticas, no que tange à religião como estratégia principal de tratamento para o uso das drogas.

Assim, nossa amostra ficou constituída de 28 sujeitos, 20 homens e oito mulheres, com idades variando entre 21 e 56 anos.

2.3.1. Os desencontros

Uma das principais dificuldades vivenciadas no decorrer do campo da pesquisa foi conseguir entrar em contato com os usuários indicados pelos profissionais dos CAPS ad que não estavam em tratamento no momento da pesquisa. Todas as vezes em que fizemos essa tentativa, nos deparamos com a mesma dificuldade: os números de telefone registrados nos prontuários dos pacientes não nos levavam aos nossos entrevistados. Ou estavam sempre desligados, ou não existiam mais ou não pertenciam mais àquelas pessoas. Segundo os

profissionais dos CAPS ad isso é muito comum. Dessa maneira, todos os entrevistados indicados pelos profissionais dos CAPS ad estavam frequentando os serviços no momento da pesquisa. Quando contatados por telefone, na maioria das vezes os aparelhos estavam sob a guarda dos familiares.

Outra dificuldade se deu para que conseguíssemos diversificar a nossa amostra, pois, embora sempre frisássemos com os profissionais a importância de fazerem indicações de indivíduos com sexo e faixas etárias diferenciados, na maioria das vezes eles se lembravam de indicados do sexo masculino e adultos. Conseguimos realizar apenas uma entrevista com um jovem e nenhuma entrevista com idosos. Essa situação pode ser reflexo do público que atualmente tem aderido a esse equipamento, pois, segundo os coordenadores dos CAPS ad, todos consultados sobre esse aspecto, a maior parte dos pacientes em tratamento são homens e pertencem à fase da vida adulta.

2.4. A análise: ou a saga em busca dos discursos

Para fazer a análise dos dados utilizamos a análise de discurso, que consiste em um campo da linguística e da comunicação que concebe a linguagem a partir de um ponto de vista histórico, cultural e social, incluindo, assim, em sua concepção, os sujeitos e os discursos que os atravessam. Dessa maneira, institui-se uma teoria enunciativo-discursiva da linguagem que propõe reflexões sobre enunciado e enunciação que não se encontram prontas e acabadas (BAKHTIN, 1997).

Esses enunciados não se encontram acabados porque este tipo de análise parte da mensagem para encontrar o discurso social, ou seja, busca identificar a que formação ideológica a mensagem pertence. Estamos tratando, portanto, de um plano discursivo que articula linguagem e sociedade, entremeadas pelo contexto ideológico. Essa maneira de compreender o discurso se dá porque agimos discursivamente, como também representamos discursivamente o mundo (social) à nossa volta. Assim, buscaremos as vozes que ressoam, atravessam e abalam a ilusão de unidade que se apresenta nos enunciados, denunciando as falácias de uma ótica que priorize o ideal cartesiano de um sujeito da razão (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Aquilo que não é dito, que não está evidente.

Além disso, o acabamento só pode ser pensado a partir da ótica do pesquisador, pois este, em um dado campo de análise, é co-constutor dos sentidos produzidos. O pesquisador, ou autor do trabalho, é um elemento constituinte e organizador da obra, e só o é capaz porque se encontra em uma posição privilegiada em relação ao seu entrevistado e o seu contexto: uma posição exterior. Essa posição do autor lhe confere um excedente de visão que o sujeito foco

da pesquisa não possui, pois não é capaz de abarcar a sua imagem exterior e o que se ocorre no horizonte que se passa às suas costas (BAKHTIN, 1997). É importante salientar que essa posição de análise, determina a sua postura de não neutralidade como interlocutor em uma determinada situação de pesquisa, evitando, por conseguinte, a mera busca de uma realidade subjacente a determinadas produções de linguagem, ciente de que toda atividade de pesquisa é uma interferência do pesquisador em uma dada realidade (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Ressaltamos o quanto nos é importante que este tipo de análise preconize as construções ideológicas presentes em um texto, uma vez que, nesta pesquisa, nos debruçamos sobre a existência de aspectos de alienação nos discursos que se apresentam a partir de nossos entrevistados. Dessa maneira, por este motivo, este método de análise de dados nos pareceu ser o que melhor podia contribuir neste trabalho.

Para extrair as informações necessárias para a nossa análise o primeiro exercício foi de leitura e releitura de todas as 28 entrevistas, a fim de identificar os discursos que indicassem alienação religiosa e os que indicassem não alienação religiosa. Ao fazer essas leituras, identificamos que havia dois tipos principais de alienação religiosa presentes nos discursos dos indivíduos: discursos que associavam o tratamento religioso (a fé, Deus, Jesus, a conversão) como o caminho para interromper o uso de drogas, ou seja, o caminho da salvação dos indivíduos, e discursos que associavam o uso de drogas com o demônio ou forças malignas, crenças que se constituem a partir da fé e de uma perspectiva religiosa. Também com as leituras das entrevistas achamos importante identificar os discursos que se contrapunham à alienação religiosa, relatos que, de alguma maneira, demonstravam um não enquadramento ao tratamento religioso.

Dessa maneira, identificamos dois aspectos nas entrevistas: discursos de alienação religiosa (dos dois tipos citados acima) e discursos de não alienação religiosa. Para isso, estabelecemos os seguintes critérios para identificar esses dois discursos:

1. Alienação religiosa:

- Discursos que demonstram a incorporação da religião (“cruz”) enquanto salvadora no trajeto de tratamento dos usuários;
- Discursos que demonstram a centralidade na droga (“caldeirinha”) enquanto substância “maléfica” que produz a destruição desses sujeitos, discursos de demonização do uso de drogas;
- Discursos que demonstram conversão religiosa;

- Discursos que demonstram um distanciamento do homem da compreensão de si mesmo como um ser social;
- Discursos que fazem associação direta entre as melhorias alcançadas no “tratamento” e a vontade divina;
- Discursos que fazem atribuição do uso de droga à fatores espirituais ou atuação de entidades depois da internação;
- Discursos de que a abordagem religiosa ajuda no tratamento das drogas.

2. Não alienação religiosa:

- Discursos que criticam a religião como o caminho para a salvação das drogas;
- Discursos que consideram o método religioso de tratamento um fanatismo;
- Discursos que expressam não ter ocorrido uma conversão religiosa;
- Discursos que demonstram o não enquadramento do sujeito às condutas religiosas e outras condutas da instituição onde foi internado;
- Discursos que enfatizam um discurso médico ou sociocultural sobre o tratamento para o uso de drogas mesmo após ter passado pela comunidade terapêutica;
- Discursos que demonstram uma aproximação da compreensão de si como ser social para falar sobre o uso de drogas (quando essa associação é feita pelo sujeito) ou para interromper a relação problemática com a droga.

A partir desses critérios foi possível organizar o discurso de cada entrevistado com relação aos discursos de alienação religiosa e de não alienação religiosa e estabelecer uma contagem de todas as referências em que os discursos foram identificados com esse sentido. Entendemos que nossa estratégia de organização dos dados não elimina, mas tenta evidenciar as contradições presentes nos discursos dos entrevistados. A Tabela 2 ilustra os resultados obtidos.

Tabela 2 - Quantidade de discursos de alienação religiosa e não alienação

Entrevistados	Quantidade de discursos de alienação religiosa			Quantidade de discursos que se contrapõem à alienação religiosa
	de salvação	de demonização	Total	
Adriano			0	11
Alexandre	6	4	10	6
Ana	2		2	6
André	4	0	4	0
Antônio	7	0	7	3
Bruno		0	0	12
Caio	2	0	2	11
Cláudio	7	0	7	0
Davi	6	2	8	8
Débora	0	0	0	7
Eduardo	0	0	0	5
Eva	2	1	3	10
Fátima	0	0	0	4
Gilberto	1	0	1	4
Hélio	0	0	0	6
Marcela	3	0	3	7
Mariana	8	0	8	0
Mauro	0	0	0	4
Miguel	7	0	7	0
Pedro	5	0	5	2
Rafael	7	1	8	0
Reinaldo	0	0	0	5
Renato	2	1	3	5
Ricardo	7	2	9	0
Rita	0	0	0	8

Sandro	4	3	7	13
Silvia	7	5	12	0
Tales	3	0	3	0
Total	90	19	109	137

Fonte: Pesquisa de campo. Sistematização da autora (2019).

Podemos observar, por meio da Tabela 2, que os entrevistados apresentam tanto discursos de alienação religiosa (de dois tipos) como também discursos que se contrapõem à alienação religiosa. Há ainda aqueles que apresentam os dois tipos de discursos. A partir dessa tabela, pudemos gerar um gráfico que será apresentado nos resultados desse trabalho. A interpretação do gráfico nos permitiu separar os entrevistados em três principais grupos que também serão apresentados à *posteriori*.

2.5. O cuidado ético

Com relação aos aspectos éticos, houve um comprometimento desta pesquisa com a reflexão de que a ética se encontra automaticamente ligada ao senso e à consciência moral do pesquisador, sendo, portanto “morada, modo de habitar o mundo e lugar de atualização de valores e atitudes. Ou seja, a ética está implicada nas escolhas humanas que criam mundos e nos modos de valorizar e viver estes mundos. A ética, portanto, é indissociável do tema da escolha” (SCHMIDT, 2008, p. 392).

Partindo desta perspectiva, houve cuidado para que os participantes aderissem voluntariamente ao projeto, deixando-os cientes da natureza do estudo. Além disso, para que os participantes não ficassem expostos aos riscos advindos dos resultados da pesquisa, tiveram suas identidades protegidas (tanto os profissionais do CAPS ad quanto os entrevistados). Houve também sigilo com relação ao nome da instituição onde a internação fora realizada.

A participação institucional e de todos os colaboradores da pesquisa aconteceu mediante apresentação de Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos (TCLE) específicos, sendo um deles institucional (direcionado ao CAPS ad) para permissão do acesso aos prontuários (Apêndice D), outro destinado aos profissionais do CAPS ad para o acesso às indicações de pacientes do serviço (Apêndice E) e outro aos sujeitos entrevistados (Apêndice F).

Todos os Termos foram confeccionados pela pesquisadora, reconhecendo esta ação como uma tentativa de preservação do princípio da autonomia de escolha dos mesmos. Assim,

o consentimento foi livre, voluntário e consciente, não comportando vícios e erros (FORTES, 1994).

Além disso, o trabalho foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovado sob o número de parecer 2.333.891 referente ao projeto de número 69407317.0.0000.5542 (Anexo A). A aprovação também foi obtida na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Anexo B), na Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (Anexo C) e na Secretaria Municipal de Saúde da Serra (Anexo D).

3. O PROIBICIONISMO NO CAMPO DAS DROGAS: DIFERENTES MATIZES DE UM DISCURSO ALIENANTE

“Na favela não existem árvores que dão fuzil, nem plantação de coca. A força do tráfico está fora dos morros” (MV Bill).

O objetivo deste capítulo é debater a relação orgânica entre o capital e a política proibicionista, evidenciando nessa relação expressões da questão social. Evidenciaremos também que é por meio de ideologias da classe dominante que se constrói uma ocultação dessa conexão, ao promover uma imagem individualizante e preconceituosa dos usuários de drogas, sobretudo daqueles pobres e negros. Refletiremos, portanto, sobre a categoria alienação, buscando entender as diferentes compreensões e processos que ocultam os interesses que estão em jogo.

Como tentaremos demonstrar, a adesão aos princípios morais de teor proibicionista foi (e é) funcional ao desenvolvimento do modo de produção capitalista no qual os processos de alienação do homem, via propagação de ideologias da classe dominante, mercadorizou a relação com as drogas e passou a exercer controle sobre os sujeitos que delas fazem uso, utilizando das mais diversas estratégias para isso. Além desse controle, o processo também levou a formação de mercados, lícitos e ilícitos, na conformação de uma verdadeira economia das drogas, que destacaremos no segundo tópico.

Mas fazer esse debate pressupõe um alerta inicial: a história das drogas nos mostra que seu uso festivo, terapêutico e sacramental é milenar, porém com o passar do tempo, implementou-se uma cruzada contra algumas delas, uma operação política com funções sociais complexas (ESCOHOTADO, 1998). O rol de classificação das drogas mudou de acordo com a produção e reprodução bem-sucedidas do proibicionismo, por meio do empreendimento de poderosos fatores ideológicos para a criação do fenômeno das drogas como conhecemos hoje.

Como estratégia de exposição vamos inicialmente discutir a política de drogas no mundo e no Brasil e a proliferação do proibicionismo, ou seja, refletir a opção que os governos vêm adotando com relação à temática.

3.1. É proibido!

Há cerca de cem anos estratégias de proibicionismo a algumas drogas vem se consolidando em diversos países do mundo por meio de classificações regidas pelos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias (MARTINS, 2013). Segundo Lima e Tavares

(2012), a perspectiva tenta, até os dias de hoje, nos convencer de que será possível uma sociedade sem drogas, sem que haja procura humana por estados alterados de consciência, mesmo essa procura tendo aumentado desde que o proibicionismo se iniciou e havendo registro de uso de diversas substâncias desde os tempos mais remotos.

Importante ressaltar que o proibicionismo não se trata apenas de um conjunto de leis penais referentes a algumas drogas, tampouco teve uma origem única, que possa ser demarcada claramente, objetivamente (RODRIGUES, 2012). Pelo contrário, são muitos os interesses que levaram a este processo e tentaremos aqui elucidar alguns deles para o debate. Partindo de Rodrigues (2012), podemos localizar fatores moralistas, interesses econômicos e políticos que, trabalhando numa divisão entre o que seriam substâncias lícitas e ilícitas e produzindo uma associação do uso de certas drogas (principalmente as ilícitas) a determinados grupos sociais, construíram o fenômeno das drogas como conhecemos hoje.

Historicamente, o país que mais despesas possui com o financiamento do proibicionismo é os Estados Unidos que, não por acaso, fora também o primeiro a despontar nas iniciativas de proibição e controle das drogas em nível mundial. Por meio de sua influência econômica, diversos outros países do globo, pouco a pouco, se alinharam ao posicionamento estadunidense²³ (MARTINS, 2013).

Ressaltamos que os Estados Unidos, ao empreender essa luta contra as drogas, se colocou sempre num combate contra os estrangeiros, por compreender que os países produtores de determinadas substâncias eram os responsáveis pela problemática das drogas, mesmo quando o seu próprio mercado consumidor interno não parava de crescer (MARTINS, 2013). Assim, enquanto estratégia política, havia uma propaganda oficial que arquitetava os inimigos externos que precisavam ser combatidos: os países que eram mercados produtores ou de trajeto das drogas como México, China, Venezuela, Bolívia, dentre outros, numa mesma lógica imperialista, na qual o inimigo se expressa nos países dominados (MARTINS, 2013).

Segundo Carneiro (2002), dentro do território estadunidense as proibições controlavam o uso de drogas, sobretudo da população mais pobre, os operários das indústrias, que tinham seus corpos controlados por princípios morais. A partir disso, inúmeros serviços de inspeção foram criados por algumas empresas para controlar a “moralidade” dos seus funcionários enquanto uma necessidade do método de trabalho (CARNEIRO, 2002, aspas do autor). Esta iniciativa, além de servir para o enriquecimento direto das máfias, das polícias e dos bancos,

²³ Para aprofundamento, recomendamos a leitura de Del Olmo (1990), Boiteux (2006) e Rodrigues (2012).

teve como objetivo central o controle dos cidadãos (CARNEIRO, 2002). Atendia, portanto, tanto a princípios morais como econômicos.

Podemos também observar que, ao mesmo tempo em que algumas drogas eram colocadas na proibição, incidida sobre os corpos dos trabalhadores, a depender do trabalho e da droga, concessões eram não somente feitas, como recomendáveis para que os trabalhadores pudessem suportar as condições precárias de trabalho, entorpecendo seus sentidos (SOUZA, 2015). Segundo Souza (2015), a cocaína, por exemplo, com a promessa de aumentar a energia e curar a tristeza, teria sido utilizada por soldados durante a I Guerra Mundial. Ainda assim, esse tipo de concessão também se enquadra numa estratégia de controle dos trabalhadores, portanto, o controle se constrói por diferentes dimensões, a depender dos seus objetivos e dos contextos em que se propaga.

Os indivíduos passaram, então, com o advento do capitalismo, a ter que lidar com um quadro amplo de intervenções, visando à gestão da vida por meio da determinação sobre que drogas poderiam ingerir, como, em que condições, com autorização de quem, sob a responsabilidade de quem (RODRIGUES, 2003).

A partir dessas determinações de repressão, segundo Rodrigues (2003), o processo do proibicionismo obteve seu ponto máximo até aquele momento, em 1972, quando o Estado norte-americano tomou a forma de combate direto às drogas ilícitas com Richard Nixon, que promulgou uma declaração de “Guerra às Drogas”. Esta se tornou a tônica na abordagem internacional da questão das substâncias psicoativas ilícitas e fora reproduzida para diversos países do Ocidente (RODRIGUES, 2003).

Para além dos interesses políticos e econômicos já mencionados, naquele momento o Estado norte-americano deparou-se com a constatação formal de que as drogas não estavam mais circunscritas aos guetos, negros e mexicanos, mas também eram utilizadas pelos jovens brancos (MARTINS, 2013). Em meio aos movimentos de contracultura da década de 1960, a juventude branca passou a se associar às demandas políticas de determinados grupos marginalizados em prol da luta pelos direitos civis, e, neste movimento de aproximação, foram ligados também ao consumo de drogas, pois essa era tida como uma das características desses grupos (MARTINS, 2013).

Também se constatava nos anos 1970 um aumento do consumo de drogas que alarmava o discurso oficial estadunidense. Em 1969, apesar de 48% dos estadunidenses terem dito que o uso de drogas era um problema sério em sua comunidade, apenas 4% dos adultos mencionaram ter usado maconha. Contudo, na década de 70 as fileiras daqueles que haviam experimentado drogas ilegais cresceram, em 1973, 12% disseram ter usado maconha e em 1977 esse número

duplicou. Em 1978, 66% dos estadunidenses disseram que a maconha era um problema sério nas escolas secundárias ou na escola média de sua área, e 35% disseram o mesmo sobre outras drogas²⁴.

Essas constatações, segundo Rodrigues (2004), foram usadas como argumento para os EUA implementarem uma política externa que preservava alguns países, a depender das relações geopolíticas estabelecidas, e imputava maiores regulações a outros. No caso dos países europeus, havia certa atenuação nas imposições, pois eram colaboradores da Agência Central de Inteligência (CIA) durante a Guerra do Vietnã (RODRIGUES, 2004).

Entretanto, com a proibição do uso de diversas substâncias no território estadunidense, afetavam-se os países pertencentes à rota das drogas da Europa, que até o início do século XX ocupavam uma posição de destaque no cenário econômico, político e social (RODRIGUES, 2005; SOUZA, 2015). Já os governos inimigos levavam toda a culpa pelo tráfico, como a China, por exemplo (DEL OLMO, 1990). Dessa forma, frisamos que o fenômeno das drogas, apesar de global, se manifesta de forma diferente em cada país em função de vários fatores: divisão internacional do trabalho, relações políticas, relações culturais, dentre outros (MARTINS, 2013).

No caso do Brasil, segundo Boiteux (2006), as assimétricas relações com os Estados Unidos levaram à adoção do modelo proibicionista norte-americano de combate às drogas, que foi implementado como parte da política externa dos EUA nos países da América Latina, com especial destaque para a Colômbia. Segundo essa autora, a interferência desse modelo se deu logo no início, quando as primeiras convenções internacionais se deram. A Convenção de Haia sobre Ópio de 1912, por exemplo, influenciou a alteração do Decreto 4.294/21, que revogou o artigo 159 do Código Penal de 1890. Por tal lei, aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse cocaína, ópio e seus derivados, sem autorização, e sem as formalidades prescritas, estaria sujeito à prisão de um a quatro anos (BOITEUX, 2006).

Posteriormente, com Getúlio Vargas no Governo Provisório, editou-se o Decreto 20.930/32, que previu expressamente o rol das substâncias tidas como entorpecentes, incluindo o ópio, a cocaína e a *cannabis*, dentre outras (BOITEUX, 2006). Nota-se a grande influência do conhecimento médico, utilizado como ideologia de uma determinada classe, na elaboração desse e outros decretos, num contexto de aumento do controle médico-sanitarista sobre a vida da população, com medicalização das instituições e medidas higienistas (BOITEUX, 2006).

²⁴ Esses dados foram retirados do sítio eletrônico GALLUP, que pode ser acessado aqui: <http://www.gallup.com/poll/6331/decades-drug-use-data-from-60s-70s.aspx>.

Assim, em meados do século XX, já apresentávamos iniciativas de controle de diversas substâncias. O Estado brasileiro começava a deter o receituário e a manipulação de substâncias, a fim de definir questões morais e padrões de normalidade junto a Psiquiatria (FIORE, 2005). Configurou-se, assim, uma espécie de pacto, na medida em que a medicina ganhou o aval definitivo do Estado para a promoção da saúde da população, e conferiu ao próprio Estado a função de fiscalização e controle (FIORE, 2005).

Nesse momento, para além da aliança entre o Estado e a medicina, a questão das drogas no Brasil se viu afetada pelo desenvolvimento industrial, com suas implicações para a transformação nos costumes sociais (TRAD, 2010). Esse autor argumenta que, devido à industrialização, o Rio de Janeiro e outras capitais brasileiras investiram em grandes reformas urbanas e sanitárias que culminaram no desalojamento da população local, acarretando a ampliação das favelas formadas.

Com esses parâmetros em vigor, as populações negras, pobres e/ou de baixa escolaridade terminavam preenchendo os requisitos e sendo reconhecidas como segmentos sociais chamados “primitivos”, “inferiores” e “perigosos”. Por isso, eram frequentes as proibições de suas práticas culturais, como as manifestações típicas da população afro-descendente, o samba, a capoeira, o candomblé e a maconha (FRY, 1978). Destacamos aqui que essa população passou a ser associada como a que fazia uso de drogas e por isso precisava ser contida.

Dessa forma, vemos o proibicionismo sendo utilizado como estratégia de controle social, pois, colocar determinados grupos como usuários de substâncias proibidas é ter o aval para persegui-las, reprimi-las, utilizando para isso os mais variados métodos de violência, do preconceito ao enclausuramento/ morte. Além disso, há também outros ganhos derivados desta condição, como os lucros obtidos via mercado legal e ilegal das drogas²⁵. Nesse sentido, com este e outros objetivos ocultos, o proibicionismo seguiu alçando graus ainda mais altos nos anos seguintes, durante a Ditadura Militar (BOITEUX, 2006).

Uma das expressões desse endurecimento deu-se no ano de 1964 quando foi promulgada no Brasil a Convenção Única de Entorpecentes (de 1961), que significou o ingresso definitivo

²⁵ Por exemplo, Marshal (2008, s/p) faz uma análise sobre a Heroína no Afeganistão e o papel da CIA. Esse autor chama a atenção que: “[...] immediately following the October 2001 invasion opium market were restored. Opium prices spiraled. By early 2002, the domestic price of opium in Afghanistan (in dollars/kg) was almost 10 times higher than in 2000. The Anglo-American invasion of Afghanistan succesfully restored the drug trade. The Guardian recently reported that. In 2007 Afghanistan had more land growing drugs than Colombia, Bolivia and Peru combined”.

do Brasil no cenário internacional de combate às drogas e de intensificação da repressão. Neste ano, o contexto era de golpe de Estado, que criava condições propícias ao aumento da repressão nas mais diversas frentes de ação, inclusive no campo das drogas, cujo modelo para lidar com as substâncias passa a ser essencialmente bélico (BOITEUX, 2013). Essa Convenção ampliou a quantidade de substâncias a serem proibidas, estendeu a punição de atos preparatórios, punindo também o incentivo à difusão do uso de entorpecentes.

Logo após, em 1968, implementou-se a Lei nº 6.368 que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e ao uso de substâncias ilícitas. No artigo 12 temos que há pena de reclusão de três a quinze anos e pagamentos de multas para quem:

[...] importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 1976, s/p).

No artigo 16 temos detenção de seis meses a dois anos, com pagamento de multa, para quem “adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (BRASIL, 1976, s/p).

Foi também na década de 1970 que foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão (vinculado ao Ministério da Justiça), contando com representações de órgãos que exerciam atribuições nas esferas de prevenção, fiscalização e repressão, quer no âmbito federal, quer estadual e municipal (BRASIL, 1976). A partir desse Sistema foram criados no país os Conselhos de Entorpecentes²⁶, na década de 1980, no governo de João Figueiredo (Decreto 85.110) (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

No ano de 1991, consolida-se a adesão do país ao modelo mais atual de controle internacional de drogas, com promulgação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, instrumento repressivo que, pela primeira vez, relacionou o problema da droga à organização de traficantes, com a criação de instrumentos investigatórios e processo de criminalização (BOITEUX, 2006). Segundo

²⁶ Conselho Federal (CONFEN), Conselhos Estaduais (CONENS) e Conselhos Municipais (COMENS), essas instâncias contribuíram para conduzir iniciativas sobre o tema drogas no Brasil focadas no binômio abstinência-repressão (MESQUITA, 2004).

Boiteux (2006), tais recomendações serviram de base para a elaboração de leis especiais que modificaram o sistema penal brasileiro nos anos seguintes.

No ano de 1998, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas em substituição ao anterior (e hoje a Secretaria é nomeada como Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD) no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso que acabou mantendo a militarização sobre o tema e adequando a legislação brasileira às resoluções internacionais ditadas pela “guerra contra as drogas” dos EUA (TRAD, 2010).

Essa Secretaria, por sua vez, implementou ações que se concentravam tanto na redução da oferta quanto na redução da demanda de drogas no país e eram realizadas em articulação com a Polícia Federal. Suas missões específicas, atribuídas por lei, se constituíam em: coordenar, articular e integrar as atividades relacionadas à redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social); secretariar o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD, antigo CONFEN), seu órgão normativo central e gerenciar o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD)²⁷.

Foi também responsável pelo lançamento do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)²⁸, um portal do governo federal que tem como missão reunir, gerenciar, analisar e divulgar conhecimento/informações sobre drogas, incluindo dados de estudos e pesquisas nacionais e internacionais.

Ainda na década de 1990, apesar de manter o seu posicionamento proibicionista, o Brasil realizou alterações em leis para abrandar a criminalização de usuários de drogas como a criação de restrição nas penas, novas estratégias de cumprimento de penas alternativas e ampliação da possibilidade de substituição da pena de prisão (BOITEUX, 2006). Segundo essa autora, as razões para isso foram reduzir a incidência da pena privativa de liberdade, de caráter degradante, reduzindo a superlotação carcerária. Entretanto, ainda a partir da mesma autora, houve o reforço da divisão entre o sistema aplicável ao consumidor de drogas da classe média, que tem dinheiro para pagar pelo seu uso, e o consumidor-traficante, que precisa vender a droga para sustentar suas necessidades.

Nesse sentido, no ano de 2002, tivemos a promulgação da Lei 10.409 que, apesar de manter o seu cunho proibicionista, defendia o modelo da redução da oferta de drogas como meta a ser alcançada. Além disso, indicava a prevenção como prioridade, focalizada no incentivo a atividades esportivas, artísticas e culturais; na promoção de debates de questões

²⁷ Disponível em www.senad.gov.br.

²⁸ Pode ser acessado neste link: <http://obid.senad.gov.br/obid>.

ligadas à saúde, cidadania e ética e na manutenção de atividades de recuperação de usuários em hospitais (Art. 10, §2º). Destacamos também que é a primeira vez que é realizada menção à Estratégia de Redução de Danos, a ser aplicada conjuntamente com estratégias de redução da demanda (BOITEUX, 2006). Essa Lei tramitou no Congresso Nacional por 11 anos. Face a um conjunto de vetos da Presidência da República, que resultou em textos esparsos, repletos de contradições, a Lei teve vida curta.

Entretanto, a citada lei, que originalmente continha cinquenta e nove artigos, sofreu inúmeros vetos por parte da Presidência da República, restando menos da metade de seu texto, o que, nas palavras de Sídio Rosa de Mesquita Júnior, “desnaturou sua ideologia inicial e fez com que perdurassem apenas textos esparsos, repletos de contradições” (MESQUITA JÚNIOR, 2003, p. 1).

Assim, em 2006, tivemos a promulgação da Lei 11.343/06 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e, dentre outras determinações, aboliu a pena de prisão para usuários de drogas flagrados neste delito. Segundo essa lei quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização será submetido à uma das seguintes penas: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006). Essa alteração consiste, em tese, na despenalização dos usuários, que significa que há ainda a configuração de um ato criminal, mas com retirada da pena de prisão, já que as penas se configuram nas possibilidades citadas acima (BOITEUX, 2006). Para que essa lei seja aplicada faz-se necessária a diferenciação entre o usuário e o traficante por meio da quantidade de substância transportada por um indivíduo que seja abordado pela autoridade policial (RODRIGUES, 2004).

Segundo Boiteux (2010), embora essa lei tenha avançado ao despenalizar o usuário (prevendo medidas alternativas à prisão), ter reafirmado princípios da liberdade e da diversidade (art. 4º) e ter realizado o reconhecimento oficial das políticas de Redução de Danos, há também muitas críticas a serem feitas. Uma delas é que houve o aumento da pena mínima do crime de tráfico para cinco anos, com aplicação irrestrita pela aplicação desse tipo de pena (privativa de liberdade) para qualquer tipo de tráfico. “Nesse sentido, mesmo que haja alguma diminuição da pena para tal delito, na forma do § 4º do art. 33, que permite a redução de um sexto a dois terços, esta mesma legislação veda a substituição da prisão por penas alternativas, conforme o art. 44” (BOITEUX, 2010, p. 1).

Além disso, destacamos que na lei não há uma especificação precisa das quantidades de drogas que poderiam enquadrar um indivíduo como usuário ou como traficante, já que o próprio documento não utiliza de critérios precisos para realizar tal diferenciação (BOITEUX, 2010).

Assim, a nova lei acabou se constituindo como uma espécie de legitimação das práticas discricionárias e autoritárias há tempos praticadas por policiais nas ruas da cidade com determinados grupos populacionais, e que nunca deixaram de acontecer (VERÍSSIMO, 2010). Podemos observar que o número de presos por crimes relacionados ao tráfico de drogas passou de 47 mil presos em 2006 para em 138 mil em 2013, chegando a 156.749 em 2017 (BOITEUX, 2015b).

Desse público, “verificou-se que a maioria é formada por réus primários, os quais foram presos sozinhos, desarmados, com pequenas quantidades de drogas, e sem ligação com o crime organizado” (BOITEUX, 2015, p. 2). Dessa forma, muitos desses indivíduos são enquadrados como traficantes, embora sejam apenas sujeitos que consomem drogas. No caso daqueles que, de fato, tenham alguma ligação com o tráfico, Karam (2013)²⁹, ainda complementa que, em sua maioria, são os traficantes das favelas: pobres, pretos ou pardos, marginalizados, desprovidos de poder, e aqueles que a eles se assemelham.

Segundo Silva (2016), desde o surgimento do proibicionismo, mas, sobretudo após a promulgação da lei nº 11.343/06, a prisão de pobres com quantidades irrisórias de drogas com a alegação de tráfico segue liderando a segunda maior porcentagem de pessoas presas no Brasil, cerca de 21% das pessoas detidas em 2017 correspondem aos crimes relacionados ao tráfico de drogas, associação para o tráfico ou tráfico internacional de drogas, perdendo apenas para crimes contra o patrimônio, categoria que conjuga uma série de tipos de crime, como furto, roubo, extorsão, estelionato, latrocínio, receptação, dentre outros (DEPEN, 2019).

Contudo, se ignorarmos as categorias que congregam diversos tipos de crime e compararmos por tipo de crime individualmente, o crime de tráfico de drogas ocupa o primeiro lugar no que compete ao número de detidos no ano de 2017 no Brasil, correspondendo a 136.149 pessoas, seguido de 93.461 pessoas detidas por roubo qualificado, 42.987 pessoas por roubo simples, 31.378 pessoas por furto qualificado e 30.827 pessoas por homicídio qualificado

²⁹ Parte da fala proferida por Maria Lucia Karam em palestra na abertura do Seminário “Drogas: dos perigos da proibição à necessidade da legalização”, promovido por Law Enforcement Against Prohibition – Agentes da Lei Contra a Proibição (LEAP BRASIL), em conjunto com o Fórum Permanente de Direitos Humanos da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ), o Fórum Permanente de Especialização e Atualização nas Áreas do Direito e do Processo Penal da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ) e o Instituto Carioca de Criminologia (ICC) – Rio de Janeiro-RJ – 4 abril, 2013.

(DEPEN, 2019). Em nosso país, o crime de tráfico de drogas é responsável por privar de liberdade 29,26% da população carcerária masculina e 64,48% da feminina (DEPEN, 2019).

No estado do Espírito Santo, os dados também são emblemáticos. A partir do ano de edição da lei de 2006, segundo Ricas (2018), o número de presos cresceu mais de 150%, saindo de 5.095 para 13.027 pessoas presas em cinco anos. O mesmo autor pontua que, se considerado o período de dez anos após a edição da lei, esse crescimento é de aproximadamente 300%, quando a população carcerária salta do número de aproximadamente 5.000 pessoas presas para mais de 20.000. Nota-se que, em 2017, do total de 20.459 presos, haviam 7.541 custodiados por crimes de tráfico de drogas e tráfico internacional de drogas, representando quase 37% da população carcerária (RICAS, 2018).

Com relação ao gênero, em 2017, tínhamos no estado 6.379 homens e 618 mulheres detidos pelo crime de tráfico de drogas (Art. 12, Lei 6368/76 e Art. 33, Lei 11343/06) e 542 homens e duas mulheres detidos pelo crime de tráfico internacional de drogas (Art. 18, Lei 6368/76 e Art. 33, c/c Art. 40, Lei 11343/06) (RICAS, 2018).

Além disso, Ricas (2018), ao analisar 150 sentenças (100 referentes aos homens e 50 referente às mulheres) prolatadas por juízes de direito das comarcas da Grande Vitória, no período de 2011 a 2016, identificou que o tempo médio de pena nos processos analisados foi de 8,7 anos para os homens e de 7,62 anos para as mulheres. Este resultado é importante na medida em que demonstra o tempo em que as pessoas condenadas por tráfico de drogas têm permanecido atrás das grades, contribuindo para a superlotação dos presídios capixabas.

Ainda segundo a mesma pesquisa, no que compete às quantidades de drogas apreendidas, verificou-se que, no caso da maconha, 70% da amostra de presos apreendidos exclusivamente com este tipo de droga portavam acima de 1kg no momento da prisão, sendo que 41% do total portavam acima de 10kg. No caso do crack, constatou-se que os presos portavam entre 25 e 50 gramas, números esses que representam 72% dos detidos com este tipo de droga. No caso da cocaína, 90% da amostra de presos com essa droga portava no máximo 1kg de substância (RICAS, 2018).

Outro resultado relevante, a partir das 150 sentenças analisadas por Ricas (2018), consiste no fato de que apenas 12 homens portavam arma de fogo e quatro homens portavam munição no momento em que foram presos com drogas. Quanto às mulheres, apenas três portavam armas e duas munições. Esses números expressam que 84% dos homens e 90% das mulheres presos não portavam arma de fogo, demonstrando assim, que o nível de periculosidade dos presos flagrados com drogas é significativamente baixo (RICAS, 2018)

Perguntamo-nos, então: quem são essas pessoas que se encontram detidas? Os dados relativos à pesquisa de Miguel (2015) respondem que a totalidade de apreensões e autuações pelo crime de tráfico de drogas foram feitas em bairros marcados pela extrema pobreza da capital capixaba. Salientamos ainda que o local de apreensão foi motivo determinante para a condenação em 19,38% dos casos, contra nenhuma condenação ocorrida em bairros de classe média ou alta (MIGUEL, 2015).

Além do recorte de classe, o recorte de raça também se encontra demarcado quando analisamos as prisões capixabas. Ao longo do tempo, segundo Ribeiro (2012), percebemos um aumento da criminalização da população jovem, negra e pobre do Espírito Santo. Em dezembro de 2005 havia 2.655 presos da cor preta ou parda, frente a 930 presos da cor branca, uma proporção de 2,85. Em apenas cinco anos, em dezembro de 2010, estes números saltaram para 7.596 pretos e pardos contra 2.042 brancos, uma proporção de 3,72 (RIBEIRO, 2012). No ano de 2016, o estado contava com 78% de pessoas negras privadas de liberdade, contra 19% de pessoas brancas e 3% de pessoas classificadas como de outras raças (INFOPEN, 2017).

Esses dados muito se aproximam da realidade dos nossos inspiradores proibicionistas norte-americanos onde, segundo Wacquant (2001, p.95):

Os negros representam 13% dos consumidores de droga (o que corresponde a seu peso demográfico) e, no entanto, um terço das pessoas detidas e três quartos das pessoas encarceradas por infração à legislação sobre drogas. Ora a “guerra à droga” lançada estrepitosamente por Ronald Reagan, e ampliada desde então por seus sucessores, é, com o abandono do ideal da reabilitação e a multiplicação dos dispositivos [...] uma das causas mais importantes da explosão da população carcerária.

Frisamos que, com o atual mandato do presidente Donald Trump (2017-2020) nos Estados Unidos, a segregação étnico-racial dos latinos e negros, sobretudo pobres, pautada numa metodologia discriminatória e de perseguição, tende a ser avigorada, considerando os decretos e os planos de governo, como a construção de um muro na fronteira com o México (BARBOSA; COELHO, 2017).

Dessa forma, o que temos é que proibição não é apenas uma política falida, mas também uma política perigosa, violenta, que criminaliza homens e mulheres extremamente pobres, com baixa escolaridade e, na grande maioria dos casos, detidos com pouca quantidade de drogas, sem portar nenhuma arma, verdadeiros “acionistas do nada”, como bem intitula o livro de Zaccone (2007).

Em função desse desfecho trágico, discussões que ultrapassam o proibicionismo tem se dado no Brasil e em outros países do mundo, para além da despenalização. Há também o debate

sobre a descriminalização do porte de drogas para uso pessoal, que propõe uma reforma no código penal que não preveja penas e nem nenhum enquadramento criminal para os usuários, mantendo a penalização para os traficantes (MARONNA, 2017). Há ainda a possibilidade da legalização (de algumas ou de todas) as drogas, a partir da legalização da produção, do comércio e do consumo de substâncias ilícitas, sendo essa a aposta de Karam³⁰ (2013) para que caminhemos contra as medidas repressivas violadoras de direitos fundamentais.

Não aprofundaremos o debate acerca da legalização, mas faz-se importante pontuar que nesse debate há uma gama de incertezas. Um dos pontos mais problematizados, segundo Silva (2016), é se devemos, de fato, legalizar todas as drogas ou apenas aquelas consideradas mais “brandas”. As principais dúvidas são sobre as drogas consideradas de alto poder destrutivo, como a cocaína e seu subproduto, o crack. Dessa forma, posicionamentos reforçam que não há como tratar todas as drogas de uma mesma maneira, bem como não há como pensar na legalização das drogas de uma mesma forma para todas as substâncias. Outra questão bastante complexa é de como será feita a regulação das drogas legalizadas (SILVA, 2016).

Alguns países, como o Uruguai, passaram recentemente pela experiência da legalização da *cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha aqui no Brasil. Segundo Rosa e Rosa (2018), desde 2013, com a mudança da lei no governo de José Mujica, o Estado vem desenvolvendo estratégias para a regulação da produção e da distribuição da substância em lugares cadastrados e autorizados. A legalização se deu por meio de um protagonismo do próprio Estado, desafiando a Convenção Única e agindo de maneira progressista e autônoma com relação à temática (ROSA; ROSA, 2018). Os resultados já são expressivos, com a redução das mortes e da violência ligadas ao tráfico³¹ (SILVA, 2016).

No Brasil ainda lutamos para que o uso das drogas seja sequer descriminalizado. A discussão é bastante complexa até mesmo no que compete ao uso medicinal de substâncias extraídas da *cannabis sativa*, parte da militância que levou a alguns recentes progressos neste debate pode ser acompanhada no documentário “Illegal”³². No ano de 2015, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a retirada do canabidiol da lista de substâncias proibidas no país. Em março de 2016, autorizou a prescrição de remédios à base de canabidiol

³⁰ Idem à nota de rodapé anterior.

³¹ A notícia que trata da temática pode ser lida neste endereço eletrônico: <http://oglobo.globo.com/sociedade/uruguai-nao-tem-mortes-ligadas-ao-trafico-desde-que-legalizou-maconha-diz-secretario-12705265>.

³² O documentário foi realizado pela produtora paulistana 3Film em parceria com a revista Superinteressante e pode ser acessado neste link: <https://www.youtube.com/watch?v=I-072T0enO4>.

e THC no Brasil e, em janeiro de 2017 registrou o primeiro remédio à base de maconha, o Mevatyl, droga já aprovada em outros 28 países. Trata-se do primeiro medicamento registrado no país à base de *cannabis sativa* e é indicado para o tratamento sintomático da espasticidade moderada a grave relacionada à esclerose múltipla. Mais recentemente, em junho de 2019, a ANVISA publicou no Diário Oficial da União duas propostas de consulta pública relacionadas à regulamentação do cultivo controlado de *cannabis sativa* para uso medicinal e científico³³.

Fora do âmbito medicinal, no que compete à legalização da maconha ou de outras drogas no país, ao que parece, estamos muito distantes, sobretudo nos últimos três anos, desde que o país viveu um golpe com a derrubada da presidente à época Dilma Rousseff e, mais recentemente, com a posse do presidente Jair Bolsonaro. De lá para cá, diversas mudanças ocorreram no que compete à forma do Estado brasileiro lidar com as drogas. Trataremos melhor disso no próximo capítulo, mas, por hora, faz-se importante mencionar que o maior estudo já feito sobre o tema no país, no qual foram ouvidas 16.273 pessoas em 351 cidades e que custou aos cofres públicos mais de R\$ 7 milhões, estava pronto para divulgação desde 2017, mas foi censurado até o mês de agosto de 2019. Trata-se do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, a partir de edital público lançado, em 2014, pela SENAD³⁴.

A própria SENAD foi responsável por engavetar a pesquisa com a alegação oficial de que ela possui problemas metodológicos. Mas, segundo especialistas, o embargo tem outra razão: o resultado contrariou o governo. O levantamento mostrou, por exemplo, que só 0,9% da população usou crack alguma vez na vida – um número que combate o tom de alarde para uma “epidemia do crack”, tão importante para as medidas higienistas que vem sendo aplicadas contra a população pobre brasileira. O atual ministro da Cidadania, Osmar Terra, segundo o The Intercept Brasil, foi um dos responsáveis por embargar o levantamento, dizendo que “não confia” no estudo e que a Fiocruz tem “viés de defender a liberação das drogas”³⁵. No dia 8 de agosto de 2019 a pesquisa fora liberada para divulgação após acordos realizados entre a SENAD e a Fiocruz no âmbito da Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública

³³ Todas as informações relativas às decisões da ANVISA foram encontradas em seu site oficial: <http://portal.anvisa.gov.br/>.

³⁴ Maiores informações podem ser acessadas na seguinte fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assegura-qualidade-de-pesquisa-nacional-sobre-drogas-0>.

³⁵ Maiores informações podem ser acessadas na seguinte fonte: <https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>.

Federal, órgão da Advocacia-Geral da União³⁶. Tal processo exemplifica o quanto estamos longe de promover um debate ampliado sobre legalização das drogas no Brasil.

Esse cenário nos mostra que, por mais que em nosso país mudanças importantes tenham ocorrido a partir dos anos 2000, com algumas inflexões e algumas fendas relevantes no conservadorismo, mesmo que estas se atenham a beneficiar interesses capitalistas, o proibicionismo vem mantendo seu núcleo autoritário (TRAD, 2010).

Por um lado, podemos citar os ganhos obtidos com a orientação política acerca do uso da Estratégia de Redução de Danos já citada anteriormente, e a ampliação do número de instituições nas áreas de prevenção, tratamento e/ou pesquisa³⁷, fato que, segundo Trad (2010), trouxe mudanças no panorama repressivo sob o qual o Estado abordava a questão das drogas. Por outro lado, no ano de 2019, uma nova lei de drogas foi aprovada, sinalizando a postura do governo brasileiro com relação ao tema por meio de diversas prerrogativas, dentre elas: a não liberação de qualquer droga no país, a internação compulsória de usuários crônicos e mais rigor na punição para pequenos traficantes³⁸.

Contudo, em diversos outros países do mundo, vemos que houve um debate em torno da descriminalização do uso e da posse de drogas (com as devidas especificidades na forma da lei) que levou a alterações de cunho mais progressista em suas legislações. Esses dados encontram-se disponibilizados no sítio eletrônico da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em um levantamento sobre a legislação de drogas nas Américas e Europa (48 países, sendo: 11 da América do Sul; 6 da América Central; 2 da América do Norte; e 29 europeus) (SENAD, 2015). Segundo essa pesquisa, verificamos que houve a descriminalização do uso de drogas em diversos países da Europa, como Áustria, Bélgica, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Irlanda e Malta. Na América do Sul apenas a Guiana (SENAD, 2015).

Já a descriminalização do uso de drogas com definição de critérios para distinção entre uso e tráfico é uma realidade na maioria dos países da Europa Ocidental, como: Alemanha, Espanha, Itália, Letônia, Lituânia, Países Baixos, Portugal e República Tcheca. Bem como em

³⁶ Até o momento em que escrevemos a pesquisa pode ser obtida no seguinte link: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>.

³⁷ Algumas dessas instituições são: o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) no Estado da Bahia, o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) no Estado de Minas Gerais, o Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas (CEBRID) no Estado de São Paulo e o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes de Drogas (PROAD) também no Estado de São Paulo, dentre outros (TRAD, 2010).

³⁸ Essas informações podem ser encontradas numa publicação no site do Ministério da Justiça e Segurança Pública: <https://www.justica.gov.br/news/nova-lei-sobre-drogas-segue-linha-da-abstinencia>.

países da América do Sul: Colômbia, Equador, Peru e no México, na América do Norte (SENAD, 2015).

Dentre esses países, ressaltamos o modelo de Portugal, país onde tivemos a oportunidade de fazer seis meses de doutorado sanduíche (de agosto de 2018 a janeiro de 2019). No que se refere à forma de tratamento dado ao uso de drogas, o modelo português é conhecido e, atualmente, muito divulgado em todo o mundo, pelo fato de ter tornado efetiva a descriminalização do consumo e posse para consumo pessoal de todas as drogas a partir do ano de 2001 (Lei nº 30/2000) (MATA; FERNANDES, 2016).

Essa determinação, segundo Goulão (2015), implica diretamente na forma como o consumo de droga é compreendido pela sociedade em Portugal. O usuário, ao ser abordado com substância ilícita, é interceptado no espaço público pelas forças policiais e conduzido à esquadra onde a substância será apreendida e onde será feita a primeira triagem: se a quantidade for superior ao limite definido (há uma quantidade determinada em portaria para uso pessoal por 10 dias), o indivíduo será referido ao sistema judicial; se for inferior, será intimado a apresentar-se, no prazo de 72 horas, na Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT) da sua área de residência (GOULÃO, 2015).

Esta Comissão, de acordo com o autor supracitado, é formada por uma equipe multidisciplinar, à qual compete proceder a todas as diligências preparatórias da decisão, ao diagnóstico psicossocial, à motivação para acompanhamento especializado, promovendo ligações com as estruturas de apoio existentes. Tal iniciativa encontra-se ancorada no princípio do tratamento e não da punição, preconizando uma intervenção com carácter sancionatório, porém centrada nas características e necessidades dos indivíduos, incidindo na prevenção e redução do uso de drogas, informando e sensibilizando os consumidores para os riscos do consumo (GOULÃO, 2015).

Há também aqueles países que descriminalizaram o uso e o porte de drogas, na América do Sul: Argentina, Bolívia, Chile, Paraguai e Uruguai. No América do Norte, Costa Rica e no Caribe, Jamaica. Na Europa temos: Eslovênia, Estônia, Luxemburgo e Reino Unido (SENAD, 2015).

Até mesmo o país berço do proibicionismo possui, desde 1996, a legalização da maconha para uso medicinal no estado da Califórnia e, atualmente, mais de 20 estados possuem leis que legalizam o uso medicinal de alguma forma, embora as situações permitidas variem em cada estado (SOUZA; BARROS, 2016). Para além disso, em 2012 os estados do Colorado e Washington legalizaram o uso recreativo da maconha, sendo seguidos posteriormente pelos estados de Oregon, Alaska e o distrito de Columbia (SOUZA; BARROS, 2016).

Segundo Rosa e Rosa (2018), no estado do Colorado, por exemplo, onde já havia sido regulamentado o uso medicinal da maconha no ano 2000, observamos a influência da iniciativa privada no processo de legalização do uso recreativo. É possível verificar que há uma interação entre os setores sociais e econômicos em prol da legalização, englobando, principalmente, ganhos econômicos, através da expansão de uma indústria voltada para esse público que, além de arrecadar com as taxas e os impostos, também obtêm ganhos por meio de lucros dos dispensários, dos laboratórios de clonagem de plantas, das marcas de alimentos “medicados”, dentre muitas outras possibilidades de ganhos³⁹ (ROSA; ROSA, 2018).

Ademais, segundo os mesmos autores, no estado do Colorado é permitido que estrangeiros comprem e consumam uma quantidade limitada de *cannabis* dentro do território legal, havendo apenas uma diferença com relação à quantidade permitida pela população local. Outro fator polêmico é a permissão de publicidade e propaganda, exceto próximo às escolas e em propagandas em rádio e televisão (ROSA; ROSA, 2018). Tais medidas também apontam para a apropriação do capital neste, como em tantos outros, processos da vida.

Verificamos, portanto, rasgos progressistas em muitos países do Ocidente, entretanto, ressaltamos que para os países que possuem uma maior dependência econômica dos Estados Unidos tais posicionamento podem ser mais complexos em função do medo de sanções econômicas previstas caso não cumpram os tratados internacionais (BOITEUX, 2006). Cabe-nos também destacar que rasgos progressistas podem ter variados significados nas sociedades como, por exemplo, o atendimento aos interesses do mercado, como veremos melhor no próximo tópico.

3.2. Isso pode! Aquilo não pode! Regulando a relação homem-droga na sociedade capitalista

Vimos anteriormente que a política de drogas centrada na lógica proibicionista tem gerado diferentes consequências para diferentes grupos populacionais nas suas principais formas de ação. Entre essas distintas formas, destacamos uma: na disciplinação e controle dos

³⁹ De acordo com um estudo feito pela ArcView Group, uma firma de investimento e pesquisa da indústria canábica, o mercado legal de *cannabis* cresceu 74% em 2014 em relação a 2013, obtendo um ganho total de \$2.7 bilhões de dólares contra \$1.5 bilhão de dólares em 2013, se tornando a indústria com o crescimento mais rápido da história dos Estados Unidos. Para maiores detalhes, acessar: <https://fortune.com/2015/04/20/marijuana-industry-five-companies/>

trabalhadores, associando uso de drogas a indivíduos que são (ou se tornam) perigosos – logo, deveriam ser contidos por regramento estatal: isso não pode!

Partimos do princípio de que o proibicionismo estabeleceu limites arbitrários para usos de drogas legais e ilegais, em diferentes contextos históricos, marcando e modulando decisivamente o fenômeno e o entendimento das ditas drogas na nossa sociedade. Contudo, para compreendermos como se dá essa associação, necessitamos nos debruçar sobre o processo de mercadorização das drogas que se deu por meio de duas vias principais, ambas altamente lucrativas ao capital. Uma delas consiste no controle sobre as substâncias lícitas que passaram a ser produzidas pelas indústrias farmacêuticas, detentoras do poder de fabricar, rotular os preços e controlar as vendas num mercado de alta competitividade. Outra perspectiva consiste em lidar com as substâncias que se tornaram ilícitas e passaram a ser comercializadas ilegalmente no segundo mercado mais lucrativo do mundo (FIORE, 2005).

Decorre de qualquer proibição uma necessária diferenciação entre aquilo que é permitido e aquilo que não é permitido. No caso das drogas, como já mencionamos, essa diferenciação fora arquitetada numa associação entre o Estado, que possuía o controle e o poder para deliberar proibições e o apoderamento do conhecimento detido pela categoria médica, utilizados, ideologicamente, para justificar essas proibições. Já deste ponto de partida nos perguntamos: E como se deu esse processo de separação entre substâncias? Que critério foi utilizado para fazer essa separação? Qual os interesses da indústria farmacêutica nesse campo? E, no final das contas: o que são as drogas na sociedade capitalista (e, sobretudo, a partir do proibicionismo)?

Começamos pelo final, tentando capturar o significado das drogas na sociedade em que vivemos. Farmacologicamente falando, droga é classificada como toda substância que provoque alguma mudança fisiológica num corpo sem ser fundamental para sua sobrevivência (OMS, 1994). Em torno de tal conceito, podemos observar que múltiplas instâncias se organizam, a exemplo disso, temos a Organização Mundial de Saúde – OMS (1994) que, de forma análoga, entende como droga toda a substância que, ao ser administrada ou consumida por um ser vivo, modifica uma ou mais de suas funções, com exceção daquelas substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal.

Com um sentido bastante semelhante, podemos utilizar também o termo “substâncias psicoativas”, mas assim como o anterior, este também traz consigo imprecisões, pois estas seriam substâncias que agem sobre o Sistema Nervoso Central ou o alteram de alguma maneira a psique e a consciência humanas, deixando em aberto a classificação de algumas substâncias,

lícitas (chás, cafés, tabaco, os mais variados medicamentos, dentre outras substâncias) que afetam esse sistema, mas não são consideradas psicoativas pela medicina⁴⁰ (FIORE, 2002).

Na linguagem mais comum, entretanto, a palavra droga usualmente é utilizada para se referir a substâncias psicoativas tidas como ilícitas (como cocaína e maconha), não sendo o termo aplicável para as substâncias psicoativas lícitas (como medicamentos, álcool e tabaco). As drogas, assim, são difundidas socialmente como perigosas, causadoras de dependência, de alteração de comportamento e, caso interrompidas, de abstinência (FIORE, 2002).

Assim, o que queremos aqui demarcar é que não há fundamento entre os critérios de periculosidade ou de capacidade de alteração de humor associados às drogas e a sua classificação no campo jurídico das substâncias tidas como lícitas e ilícitas.

O mercado gerado do lado da ilicitude é o tráfico de drogas que se configurou como um grande negócio capitalista, organizado para obter o máximo de lucro, funcionando com engrenagens bem articuladas (SOUZA, 2012). Há ainda a particularidade de trabalhar, segundo Souza (2012) com mercadorias que podem tornar os seus consumidores dependentes. Esse mercado envolve, segundo o mesmo autor, os circuitos da produção, comercialização e transformação dos ganhos obtidos na ilicitude por meio da lavagem do dinheiro.

Por se tratar de um mercado ilegal, dados, especialmente sobre o cultivo e produção de drogas, são escassos e refletem estimativas baseadas, muitas vezes, nas quantidades apreendidas, embora esse número não reflita necessariamente a dimensão da oferta do produto (TEIXEIRA, 2016). Ainda assim, segundo a última estimativa oficial que encontramos, proveniente do relatório da UNODC de 2012, o mercado de drogas movimentaria cerca de 320 bilhões de dólares no mundo, sendo um dos negócios ilícitos mais lucrativos existentes (UNODC, 2012).

Já o relatório publicado pela UNODC em 2016 nos trouxe alguns outros dados, apontando que, nos Estados Unidos, um grande montante de dinheiro está sendo gasto com o uso de determinadas drogas ilícitas: em 2010, cada cidadão estadunidense que usou uma droga pelo menos quatro vezes por mês gastou uma média de US\$10.600 no ano em cocaína e US\$17.500 em heroína. Esses gastos totalizariam, em termos do número de cidadãos que fazem uso dessas drogas no país, 28 bilhões de dólares em cocaína e 27 bilhões de dólares em heroína (UNODC, 2016).

⁴⁰ Pesquisa realizada por Fiore (2004) apreendeu relatos de dependência sobre o medicamento Fenérgan. O medicamento foi reconhecido por alguns interlocutores da pesquisa como uma droga, já que causa alteração significativa no Sistema Nervoso Central (SNC) e pode levar à “dependência”.

Além disso, o relatório sobre os mercados de droga na União Europeia (2016)⁴¹, produzido pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction⁴² (EMCDDA), indica que o mercado da droga consiste em um dos mais lucrativos para os grupos de criminalidade organizada, uma vez que os cidadãos da União Europeia gastam mais de 24 bilhões de euros (entre 21 e 31 bilhões de euros) por ano em drogas ilícitas.

No Brasil, alguns números se revelam em pesquisa realizada por Teixeira (2016), na qual o gasto total que os indivíduos têm com a cocaína durante um ano seria R\$ 4.696.499.500,00, já com o crack o gasto seria de R\$ 2.954.527.488,00 e com o ecstasy R\$1.189.630.303. Esses números nos dão uma boa dimensão do quanto gira de dinheiro nesse mercado ilícito.

Com relação especificamente à cocaína, segundo o UNODC (2015), sua alta prevalência de uso na América do Sul resulta do crescimento significativo de seu consumo no Brasil, maior mercado de cocaína na América do Sul e maior centro de distribuição da droga no mundo na última década.

Essa movimentação de dinheiro que se dá pela compra das substâncias necessita ser absorvida pelo crime organizado que possui suas hierarquias e lógicas próprias de funcionamento a depender do grupo que se encontra no comando. Esse tipo de trabalho, como qualquer outro existente no capitalismo, possui, de um lado, os empresários ilícitos e, do outro, os pequenos vendedores de rua, que operam à margem da verdadeira economia da droga e transitam o tempo todo entre a rua e a prisão (ZACCONE, 2007).

Conforme já discutimos, o tráfico de drogas é, no Brasil e em outros países, associado a populações pobres, habitantes de favelas e periferias. Segundo Zaluar (1994), não por acaso, as favelas, historicamente, foram feitas de alvo do crime organizado ou “santuários” para traficantes armados do varejo das drogas. Diversas características contribuem para que nestes locais se instale esse tipo de atividade, como a dificuldade de acesso ao sistema de justiça pelos seus habitantes e os obstáculos urbanos criados pela construção densa de tais aglomerados. Desdobra-se também nestes locais toda a rivalidade existente entre os comandos do tráfico que dominam territorialmente as favelas, munida por uma corrida armamentista entre os comandos,

⁴¹ O “Relatório sobre os mercados de droga na União Europeia: Síntese estratégica” está disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu>.

⁴² O European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction foi inaugurado em Lisboa em 1995. Existe para fornecer à União Europeia e aos seus Estados-Membros uma visão geral dos problemas europeus relativos às drogas e uma base de dados sobre a temática das drogas. Hoje, oferece aos formuladores de políticas e trabalhadores da área dados para elaborar leis e estratégias sobre drogas. Maiores informações podem ser encontradas no site: http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en.

como forma de amedrontar os adversários e inibir invasões, mas que acabam em inúmeros conflitos entre estes e destes com a polícia (ZALUAR, 2004).

Apesar das atividades serem comandadas por indivíduos de classes sociais altas que não moram nos bairros de periferia, o que fica no imaginário social, segundo Feltran (2008), é o estereótipo do jovem, pobre e negro, de boné de aba reta e cordão no pescoço. E, de fato, a pobreza cumpre um papel importante nesta cena, sendo essencialmente funcional ao tráfico de drogas, pois se precisa de sujeitos pobres que se submetam (ou sejam submetidos) a um trabalho onde o risco de morte ou prisão é frequente, a mão de obra é barata e descartável, facilmente substituível. É preciso não ter nada a perder, mesmo que ainda se tenha (FELTRAN, 2008).

Ainda assim, de acordo com o autor supracitado, por mais que a distribuição de dinheiro seja extremamente desigual, o tráfico possibilita aos jovens alguma possibilidade de consumo, muitas vezes até maior do que o que seria obtido em qualquer outro subemprego. A possibilidade do ofício se converter em um plano de carreira também existe e reforça cotidianamente o prestígio em torno da tarefa ilícita e a incorporação do tráfico às comunidades (FELTRAN, 2008).

Também necessitamos mencionar a lavagem de dinheiro⁴³, que permite maximizar os benefícios financeiros provenientes do crime organizado, permitindo que os lucros com a atividade ilícita sejam legalizados por meio de uma atividade lícita que pode ser declarada. A estratégia, segundo Oliveira (2006), representa uma vantagem importante na obtenção dos lucros: minimiza as chances de que o dinheiro seja perdido em decorrência de atividades repressoras e fiscalizadoras do Estado. Outra possibilidade para manejo desse dinheiro é entregar o lucro obtido a um doleiro, que possa transformá-lo em dólares e enviá-lo para paraísos fiscais onde a tributação e a fiscalização são mínimas (OLIVEIRA, 2006).

Assim, tanto no comando do crime de tráfico de drogas (e obtenção da maior fatia dos seus lucros) como no processo de lavagem de dinheiro, o que observamos, parafraseando o jornalista Roberto Saviano, é que não existe um poder econômico criminoso sem conivência e aliança com a burguesia dita saudável do país. Contudo, como essa aliança encontra-se ocultada, não aparece na ponta desse comércio ilegal, nos espaços desprotegidos onde se dá a venda da mercadoria para o consumidor final. Compreendemos que essa estratégia nos afasta de uma apreensão mais ampla do fenômeno, que possa abarcar os outros níveis de negociação e os demais atores presentes nesse tipo de atividade.

⁴³ A UNODC estima que cada US\$ 1 investido na produção de psicoativos ilícitos – como maconha, cocaína, ecstasy, heroína – se transforma em US\$ 7,3 com as vendas no atacado e em US\$ 25 no varejo.

Aliás, em se tratando do tema das drogas, os afastamentos são muitos. Na breve descrição dos dois mercados acima, ressaltamos um distanciamento ainda maior: da relação tida com as drogas nos tempos anteriores ao proibicionismo. É como se houvéssimos perdido toda a historicidade cultural das substâncias. Ficou para trás o tempo em que as substâncias (todas elas, pois não havia uma divisão precisa entre lícitas e ilícitas) tinham suas virtudes curativas e de psicoatividade desvendadas pela população indígena por meio de uso de plantas. Nesse processo muitos saberes foram desprezados, outros foram aproveitados sem que nunca se tenha feito menção às suas verdadeiras raízes (CARNEIRO, 2011).

O que vemos, ao longo da história, é a transformação de saberes tradicionais (ou do senso comum) em saberes oficiais (ou científicos) por meio de apropriações que, não por acaso, aprisionam esse conhecimento científico, tido como novo, e o tornam funcional à ideologia hegemônica. Além disso, esse conhecimento também se mercadorizou e favorece os interesses capitalistas, na mesma lógica já problematizada sobre as drogas lícitas.

Segundo Iriart e Merhy (2017), o acesso ao conhecimento e à informação, especificamente de saúde, deveria ser democrático, contudo encontra-se preso ao contexto da expansão das políticas neoliberais e da mercantilização extrema de promoção e prevenção. Estamos tratando, segundo dos autores, de um campo de disputas pela hegemonia entre o capital financeiro e o complexo médico-industrial, no qual acordos são desenvolvidos para uso de determinados produtos e serviços que não necessariamente representam a melhor opção para o consumidor. Os usuários, então, possuem suas vidas biomedicalizadas por meio de mecanismos que apresentam as informações de forma objetiva e empoderadora, ocultando os interesses que estão em jogo e controlando o que pode ou não ser compartilhado (IRIART; MERHY, 2017).

No caso do uso de drogas, o proibicionismo, em suas bases capitalistas, provocou um intenso processo discursivo de ocultação da relação do homem com as substâncias da natureza. Um produto desse processo, a mercadoria, resulta numa mistificação da droga para o seu usuário, que não possui condições de compreender o seu processo de criação social e a lógica empreendida e “contenta-se” apenas em saber que está comprando algo.

Nesse sentido, a produção da mercadoria-droga faz parte do processo de “fetichismo da mercadoria”, como mecanismo evoluído da alienação humana, que coloca diversas necessidades humanas como mercadoria e, conseqüentemente, leva os seres humanos a lidarem com elas sempre a partir de uma relação de compra e venda (MARX, 1996).

Todo complexo social passa a depender deste mecanismo e os homens passam a se reconhecer apenas enquanto vendedores e compradores de mercadoria, como se fossem “coisas” (SOUZA, 2012). Nos dizeres de Marx, temos que:

O misterioso da forma mercadoria consiste, portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens as características sociais do seu próprio trabalho como características objetivas dos próprios produtos de trabalho, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também **reflete a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social existente fora deles, entre objetos**. Por meio desse quiproquó **os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas físicas metafísicas ou sociais**. [...] Porém, a forma mercadoria e a relação de valor dos produtos de trabalho, na qual ele se representa, não têm que ver absolutamente nada com sua natureza física e com as relações materiais que daí se originam. Não é mais nada que determinada relação social entre os próprios homens que para eles aqui assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. Por isso, para encontrar uma analogia, temos de nos deslocar à região nebulosa do mundo da religião. Aqui, os produtos do cérebro humano parecem dotados de vida própria, figuras autônomas, que mantêm relações entre si e com os homens (1996, p.198, grifo nosso).

Em outro momento, Marx (1996) nos coloca que a mercadoria é misteriosa simplesmente por encobrir as características sociais do próprio trabalho dos homens, por ocultar, portanto, a relação social entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho total, ao refleti-la como relação social existente, à margem deles, entre os produtos do seu próprio trabalho. Há uma verdadeira dissimulação, pois os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas sociais, bem como as relações sociais estabelecida entre os homens, que assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. Isso, para Marx (1996), seria o “fetichismo”, que guarda sempre uma relação com os produtos do trabalho, quando são gerados como mercadorias.

Em suma, segundo Jansen (2007), o desenvolvimento industrial, ao consolidar o modo de produção capitalista, universaliza a forma mercadoria abrindo o caminho para que a droga também seja objeto de mercado. A lógica mercantil invade todas as esferas da vida social e tudo o quanto seja possível assume a forma de mercadoria. A droga transforma-se, também, numa mercadoria e o seu uso passa a ter uma dinâmica completamente diferente: primeiro, sua utilização passa a ser fora de qualquer marco cultural-religioso e, segundo, torna-se fonte de grandes lucros (JANSEN, 2007).

A partir desse processo proibicionista que transformou a relação do ser humano com as drogas, os sujeitos que se colocaram numa relação de consumo das substâncias ilícitas passaram a ser vistos como transgressores, criminosos e perigosos (SOUZA, 2012). Tais perspectivas criminalizadoras de compreender os indivíduos usuários de drogas expressam uma percepção superficial e até mesmo simplista da questão, que individualiza e culpabiliza o usuário, pois desconsidera a origem do fenômeno e as verdadeiras razões para a implementação do

proibicionismo e, quando isto ocorre, fatalmente, emergem postulações fragmentadoras da totalidade (SOUZA, 2012).

Ademais, os modelos de entendimento do uso das drogas refletem no pragmatismo destas ações, que, na maioria das vezes, mostram-se como um sistema de causalidade mecânico e que não atentam para as sutilezas do movimento dialético do processo real.

Contrapondo essa fragmentação, a perspectiva teórica marxista compreende o conjunto dos problemas sociais como sendo fruto do caráter destruidor e desumano da relação capital-trabalho (MARX, 1996). Ao analisarmos a sociedade do ponto de vista do marxismo, constataremos que a violência, por exemplo, se revela numa expressão da questão social, assim como outros problemas sociais, tais como o pauperismo, o desemprego crônico, a questão urbana etc. Nesse sentido, o consumo de drogas é necessariamente parte dessa questão social (discutiremos com maior profundidade abaixo).

A partir dessa compreensão, centrada na perspectiva teórica materialista histórica e dialética, não se faz possível vislumbrar uma alternativa para a forma com a qual a sociedade se relaciona com as drogas na atualidade sem que se revolucione a base societária (SOUZA, 2012). Isto significa afirmar que a dissolução desta problemática perpassa pelo fim da sociedade capitalista, pois “o capital é passível de eliminação, mas não de controle” (SOUZA, 2012, p. 284).

Ressaltamos que, ainda assim, são possíveis avanços, bem como transformações do ponto de vista individual ou até mesmo coletivo nos casos em que o uso de fato esteja sendo prejudicial ao indivíduo. Contudo, para isso, se faz necessário compreender o uso das drogas para além do âmbito individual, numa perspectiva que permite enxergar os interesses que estão em jogo. A seguir contextualizaremos o uso de drogas nessa perspectiva mais ampla, como parte de uma questão mais profunda, que oculta e ao mesmo tempo amplia o foco.

3.3 Uma das expressões da questão social: a ideologia não age no vazio no campo das drogas

Nas mediações que agora há pouco fizemos, demarcamos a importância de compreendermos as drogas como uma das expressões da questão social para que não façamos uma análise individualizante do fenômeno, para que o nosso olhar não paire sobre o que está apenas na aparência. Contudo, o que estamos aqui chamando de questão social? E como o uso das drogas pode estar ligado a ela como uma de suas expressões? Neste momento, então, balizaremos essas duas questões tentando elucidar os meandros dessa relação ocultada.

A expressão questão social⁴⁴, cunhada por volta de 1830, surge para dar conta de um fenômeno histórico da Europa Ocidental, que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: o fenômeno do pauperismo (NETTO, 2001). Nota-se que, embora as desigualdades entre as camadas sociais não fossem algo novo, pela primeira vez na história, “a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 42).

Naquele contexto, os indivíduos pauperizados não se conformaram com a situação e deflagraram protestos que tomaram diversas formas (NETTO, 2001). Condensando o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, temos que:

As configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. A **questão social expressa uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários**, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais (IAMAMOTO, 2011, p. 156, grifos nossos).

Essa arena de lutas se constrói em torno do que Marx (1996) intitula de “Lei Geral da Acumulação Capitalista”. Essa lei nos revela que acumular capital implica aumentar seu componente variável (capital variável ou valor da força de trabalho), único capaz de gerar valor, ao passo que o capital constante (valor dos meios de produção) apenas transfere valor para o produto final. Assim, faz-se necessário que a força de trabalho se torne uma mercadoria vendável, que, ao ser consumida, conserva os meios de produção como capital, reproduz seu próprio valor como capital e proporciona uma fonte adicional de capital através do trabalho não pago. Portanto, como apenas a força de trabalho acrescenta valor à mercadoria produzida, a acumulação exige seu aumento crescente e a sua exploração (MARX, 1996).

Esse aumento crescente se incide sobre a população explorada por meio de controle, normatização e criminalização daqueles que não se enquadram, como estratégia de “correção” ou de penalização que deve figurar como exemplo.

⁴⁴ Como uma tese que será lida por diversos leitores, com diferentes formações, essa revisão histórica se faz necessária. Além disso, pontuamos também que há autores da área de Serviço Social que utilizam a expressão “questão social” entre aspas. Entretanto, optamos aqui por não utilizar esse recurso.

No capitalismo, portanto, a lógica da mercadoria precisa ir além das relações propriamente de produção, “atingindo crescentemente todas as dimensões da vida, da mesma forma os modos específicos de acumulação que marcam as diferentes fases do capitalismo precisam se refletir nos espaços e relações que estão além da esfera da produção e mesmo do consumo” (GUIMARÃES, 2015, p. 204). Sobre isso, Harvey, nos diz que:

A disciplinação da fora de trabalho para os propósitos de acumulao do capital [...] envolve, em primeiro lugar, alguma mistura de repressão, familiarizao, cooptao e cooperao, elementos que têm de ser organizados não somente no local de trabalho como na sociedade como um todo (HARVEY, 2012, p. 119).

Entretanto, no fluxo do seu desenvolvimento, o processo de acumulao ultrapassa essa fase inicial e faz-se necessário realizar uma diminuio do capital variável em relao ao capital constante, levando a criao de um Exército Industrial de Reserva, isto é, uma populao trabalhadora excedente que sempre fica a servio do capital (MARX, 1996). Cabe ressaltar que esse lugar social é fruto da própria din mica de acumulao de riqueza, e que mesmo não produzindo na lógica do capitalismo, são essenciais   reproduo do capital (MARX, 1996).

Embora a formao de um Exército Industrial de Reserva faa parte da lógica de produo capitalista, há um limite colocado, pois o capital necessita de trabalhadores (ou operários) para vender sua fora de trabalho e receberem em troca apenas uma parte do que exerceram (MARX, 1996).

Tal princípio, perverso em sua essência, principalmente por não se apresentar de forma explícita aos indivíduos, produz e mant m relao de frequente disputa, numa concorrência entre desiguais, no que compete às possibilidades de alcanar um patamar minimamente digno de vida. Essas disputas contam com todo tipo de estratégia, numa verdadeira esfera do “vale tudo”. As consequências desse processo são extremamente danosas e se expressam no cotidiano de todos, porém, de maneira muito mais violenta na vida daqueles que foram colocados em condio de desvantagem na competio. Esses sujeitos são os que mais se encontram expostos ao desemprego, preconceito, violência, dentre outros aspectos. E, por conseguinte, talvez sejam aqueles que mais vislumbram no uso de drogas uma possibilidade de prazer num mundo tão hostil.

Assim:

A questão social se origina com o pauperismo, mas não se esgota nele, assumindo diversas expressões no capitalismo contemporâneo, o que nos leva a constatar que as mazelas sociais que possuem sua base material na Lei Geral da Acumulao Capitalista são expressões de uma mesma questão. Porém,

mesmo aquelas que não atendem a este requisito, estão de alguma forma vinculadas a ela. **A relação da questão do consumo de drogas com a pobreza, desemprego, violência, dentre outros problemas, é claramente perceptível:** há uma relação de causas e efeitos complexa e não linear entre essas mazelas, que se alternam entre as duas condições (SOUZA, 2012, p. 282, grifos nossos).

Ressalta-se, contudo, segundo Souza (2012), que apesar do uso de drogas ser considerado uma expressão da questão social, não é um fenômeno exclusivo do proletariado que viveu (e vive) o pauperismo, estando presente em outras camadas sociais, apesar da motivação para o uso poder ser diferente a depender da classe social. Além disso, o uso de drogas consiste num fenômeno historicamente anterior ao sistema capitalista. Entretanto, foi profundamente transformado por ele, o que põe particularidades significativas para a análise diante da totalidade social, em seu movimento real.

Como já mencionamos, o fenômeno das drogas como conhecemos hoje (ou a droga-mercadoria), foi criado pelo capitalismo que, por meio do proibicionismo de determinadas substâncias, levou a uma separação criteriosa entre substâncias lícitas e ilícitas. O proibicionismo foi, com grande eficiência, propagado no meio social pelos discursos políticos, pela religião, pela mídia, dentre outros atores e atendeu, com a criação da droga-mercadoria, sobretudo, a objetivos econômicos, sendo alguns deles: levar a uma maior exploração da força de trabalho, controlando os corpos dos trabalhadores; obter lucros com a venda das drogas tanto lícitas (indústria de medicamentos) como ilícitas (tráfico de drogas); e promover a criminalização, a contenção e o controle dos usuários de drogas, sobretudo pobres e negros.

Pela via proibicionista, o capitalismo, marcado pela criação da questão social, cuja raiz consiste elementarmente do traço próprio da relação capital/trabalho – a exploração - cria também expressões dessa questão social quando o seu esforço em priorizar o capital, em detrimento ao trabalho, traz uma série de rebatimentos à sociedade.

Um deles, se materializou na busca pela droga por uma parcela da população que necessita amortecer o sofrimento vivenciado todos os dias num cotidiano de inúmeras privações e negações de direitos básicos, muitas vezes associado a outras expressões da questão social, como o desemprego e/ou a violência (BARDI, 2013; PEREIRA; BARDI; MALFITANO, 2014; HART, 2014; MORAES, 2018). Outro rebatimento, ainda com relação à temática das drogas, se constituiu na perseguição dessa população usuária de droga que é tida como perigosa e que acaba sendo morta ou aprisionada (BOITEUX, 2006).

Constatamos, portanto, que a própria estratégia procurada pela população que se encontra à margem do trabalho e, muitas vezes, com redes de suporte social fragilizadas, acaba

por fragilizá-la ainda mais, e duplamente: por conta dos efeitos colaterais⁴⁵ de algumas drogas quando são consumidas em grande quantidade e frequência, e por colocá-la no alvo do controle e da contenção do estado. Fazer uso de drogas em situação de extrema pobreza, desproteção e marginalização social justificam socialmente o discurso de intervenção da polícia e de outros órgãos oficiais que aprisionam e internam. Essas intervenções se dão quando o uso intenso de drogas é colocado, de maneira individualizada, como foco ou causa da situação em que se encontram, quando, na verdade, é resultado de múltiplos fatores estruturais (BARDI, 2013; PEREIRA; BARDI; MALFITANO, 2014).

Ressaltamos que tais rebatimentos não se dão ao acaso, pois, cumprem uma função importante na sociedade, como também geram outras maneiras de acúmulo de capital. A formação de um exército industrial de reserva é essencial para o capitalismo e associá-lo ao uso problemático de drogas é uma estratégia conveniente que permite demonizá-lo, como também culpá-lo pela sua condição de vida. Essa demonização, por exemplo, permite retirar de circulação essas pessoas, manobrá-las conforme for desejado, controlá-las. Abre portas para instituições totais que as contém, que as alienam (mais) e lucram com as suas internações.

Diante de tudo o que foi apresentado, chegamos a duas principais conclusões sobre o fenômeno das drogas que vivemos atualmente: 1) sua origem se encontra na mercadorização da vida social; 2) seu tratamento social é imediatista e fragmentador, deixando escapar as fortes marcas que a contradição capital/trabalho imprime ao fenômeno.

Todavia, se a própria questão social se encontra ocultada todos os dias pela ideologia da classe dominante, como esperar que diversos fenômenos sejam compreendidos como expressões da questão social? O que vemos são associações perversas, desconsiderando o elemento verdadeiramente decisivo, isto é, o fio condutor que, em última instância, as une: a alienação proveniente do trabalho (alienado) propulsor da acumulação capitalista. O que vemos, em última instância, é a mercadoria comercializada pelo tráfico e indivíduos desviantes que as consomem (SOUZA, 2012).

A alienação oculta, portanto, a compreensão dos fenômenos em sua totalidade, e com as drogas não poderia ser diferente. Sendo alienação o resultado de um processo social e concreto: como ela se propaga? Para Marx (2004), podemos entender essa construção por meio da ideologia, uma vez que é o processo de alienação que põe as bases materiais primeiras da noção de ideologia.

⁴⁵ Tais efeitos variam conforme diferentes aspectos como tipo de substância, sexo, estado nutricional e idade dos sujeitos que as utilizam.

No capitalismo, ao ser expropriado dos meios de produção, o trabalhador precisa vender sua força de trabalho, que, sendo a única “propriedade” que lhe resta, é transformada em mercadoria (MARX, 2004). Nessa constatação, trazemos à tona o processo pelo qual o homem é reduzido à condição de coisa ao produzir não mais para suas necessidades ou para as necessidades sociais, mas para a acumulação do capital. Além disso, ao gerar uma riqueza crescente que é proporcional ao seu empobrecimento também crescente, o ser humano deixa de se reconhecer no produto do seu próprio trabalho ou, nas palavras de Marx (2004, p. 80), “o objeto que o trabalho produz, o seu produto, se lhe defronta como um ser estranho, como um poder independente do produtor”.

[...] quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando (ausarbeitet), tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio (fremd) que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, [e] tanto menos [o trabalhador] pertence a si próprio. [...] O trabalhador encerra a sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto. Por conseguinte, quão maior esta atividade, tanto mais sem-objeto é o trabalhador. Ele não é o que é o produto do seu trabalho. Portanto, quanto maior este produto, tanto menor ele mesmo é. A exteriorização (Entäusserung) do trabalhador em seu produto tem o significado não somente de que seu trabalho se torna um objeto, uma existência externa (äussern), mas, bem além disso, [que se torna uma existência] que existe fora dele (ausser ihm), independente dele e estranha a ele, tornando-se uma potência (Macht) autônoma diante dele, que a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha (MARX, 2004, p. 81).

Esmiuçando um pouco mais a teoria, nos “Manuscritos econômicos-filosóficos” (2004), Marx (2004) destrincha o conceito de alienação, baseado em quatro sentidos. O primeiro deles é o “estranhamento do objeto” que consiste na criação de um objeto pelo trabalhador que é independente dele, ou seja, não lhe pertence mais e lhe parece estranho. O segundo sentido está no processo produtivo, pois a alienação não se encontra somente no objeto produzido, mas também no processo de produção, portanto, o que aparece aqui é o trabalho exterior ao trabalhador, pois ele não labora para si mesmo, mas sim para o burguês. O terceiro sentido consiste na alienação da vida genérica, que é exercitada quando comanda o seu fazer histórico (o trabalho, para Marx) em liberdade. Entretanto, no sistema capitalista o trabalhador não labora pelo prazer e nem em liberdade, sendo o trabalho apenas um meio de existência para o trabalhador e não a sua essência. O quarto sentido se traduz numa conclusão a partir da retomada dos três anteriores, ou seja, o resultado da alienação a partir do produto do trabalho, da atividade produtiva e da vida genérica leva a alienação do homem em relação ao próprio homem, a uma alienação da parte pelo todo, do homem em relação aos demais.

A partir dessas inversões, uma enxurrada de outras inversões no mundo das ideias pode encontrar eco, pois, como vimos no processo que acabamos de descrever, o indivíduo que recebe esse conjunto de ideias que são propagadas no meio social “é esse homem do capitalismo que, submetido ao trabalho assalariado, alienado do produto do seu trabalho, foi, ele próprio, transformado em coisa” (GUIMARÃES, 2015, p. 85).

Na concepção de Marx (2004) essas ideias teriam como função universalizar, para o conjunto da sociedade, os valores, princípios e conhecimentos que servem à classe dominante. Assim, poderiam ser nomeadas de ideologia e representariam um processo de dominação, que pressupõe uma integração entre as classes promovida em nome dos interesses de uma delas.

As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios da produção material dispõe também dos meios da produção espiritual, de modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daqueles aos quais faltam os meios da produção espiritual. **As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação** (MARX; ENGELS, 2007, p. 47, grifos nossos).

Essas expressões de dominação foram também chamadas por Marx e Engels em “A ideologia alemã” (2007) de falsa consciência que, ao contrário do que parece, não se trata de uma mentira, mas de uma construção social que não leva em consideração as condições sociais determinadas de um contexto histórico, ou seja, ideias que não são produto da vida social, mas que modelam a vida social. Posteriormente, segundo Chagas (2017), Marx e Engels ampliam o entendimento sobre a ideologia, admitindo que ela também possa ser uma forma para que os homens tomem consciência das contradições que vivem.

Para Lukács (2013), a ideologia também seria um mecanismo de dupla face que, portanto, poderia servir também aos interesses dos trabalhadores. Gramsci (2004), por sua vez, também reconhece um sentido positivo de ideologia. Para o autor, há uma possibilidade ancorada na ideia de ideologia para promover a superação do que ele chama de “senso comum” na direção do “bom senso”. E, segundo ele, é pela construção de uma maior “coesão” das informações, conhecimentos, valores e crenças, resultando na composição de um “sistema totalitário de ideologias”, que se pode compreender a “contradição da estrutura” e criar “condições objetivas para a subversão da práxis” (GRAMSCI, 2004, p. 251).

Independente da perspectiva, concordamos com Guimarães (2015), quando nos diz que os autores parecem se alinhar em um ponto, ao menos, pois consideram que:

[...] **a ideologia não age no vazio**: embora reproduza ideias e valores que são estruturantes da ordem burguesa, e que, portanto, se espraiam para todos os âmbitos da vida social, **ela só pode atuar sobre uma prática se conseguir traduzir essas ideias e valores para a linguagem própria dessa prática**, se conseguir se embrenhar nas suas especificidades (p. 15, grifo nosso).

Quanto a nós, também em concordância com Guimarães (2015), partimos da concepção de que a funcionalidade ideológica se dá sob uma determinada hegemonia, “mas sempre num terreno contraditório, onde se encontram também os elementos que, na constituição histórica de cada prática, atendem a necessidades sociais mais amplas, que vão além dos interesses da classe dominante” (p. 15).

No caso das drogas, essa funcionalidade ideológica hegemônica esteve (e está) presente em inúmeras esferas, sendo uma delas as campanhas proibicionistas que veicularam fortemente na televisão brasileira, principalmente na década de 1990. Assim, percebemos a mídia como forte aliada da classe dominante no que compete à divulgação de sua ideologia e na formação da opinião pública. Segundo Ronzani *et al.* (2009), a maioria das campanhas veiculadas abordava o uso das drogas a partir de um apelo de morte, promovendo verdadeiro pânico com relação a determinadas substâncias ilícitas. Em contrapartida, historicamente e atualmente, deixam aberto espaço para campanhas publicitárias sofisticadas para a promoção do consumo do álcool, mascarando que esta continua sendo a droga mais consumida e a que mais traz prejuízos à população brasileira (RONZANI *et al.*, 2009).

Assim, a mídia exerce poder na formação de opiniões e constitui-se em um poderoso instrumento de manipulação da vida social. Tal processo encontra-se permeado por preceitos ideológicos e, recorrentemente, determinam o que deve ser pensado pela população de acordo com interesses políticos e econômicos pertencentes a uma determinada classe. Ou seja:

[...] em nossas sociedades tudo está “impregnado de ideologia”, quer a percebamos, quer não. Além disso, em nossa cultura liberal-conservadora o sistema ideológico socialmente estabelecido e dominante funciona de maneira a apresentar suas próprias regras de seletividade, tendenciosidade, discriminação e até distorção sistemática como “normalidade”, “objetividade” e “imparcialidade científica” (MÉSZÁROS, 2004, p. 13, aspas originalmente usadas pelo autor).

Através dessa distorção da tendenciosidade e da seletividade, as propagandas sobre as drogas lícitas, como a cerveja, por exemplo, ou as matérias jornalísticas acerca do desenvolvimento de novas drogas medicamentosas pouco são questionadas pela população, pois se encontram naturalizadas no uso cotidiano. Essa contradição presente na mídia fica encoberta pela ideologia da classe dominante que, por várias vias, coloca como geral os interesses que são particulares, disseminando uma aparente “comunalidade orgânica”, ou seja, promovem a ideia de que as práticas por ela defendidas são compostas por interesses de múltiplas representações e não de interesses individualizados de uma determinada classe (MÉSZÁROS, 2004).

Dessa forma, não se pode esperar a formulação de um questionamento sobre como e por que determinadas drogas foram colocadas no lugar da ilicitude, sendo abominadas no meio social, enquanto outras podem ser propagadas diariamente, possuindo um incentivo para seus usos, sem que se rompa com o processo de alienação colocado e se inicie um processo de conscientização.

Nesse sentido, segundo Lukács (2013), através do rompimento do processo de alienação, a ideologia pode, de fato, vir a ser uma potência, uma força real no quadro do ser social, mas para isso faz-se necessário que esse ser possa convergir com as exigências fundamentais do desenvolvimento da essência. No âmbito de tal convergência há graduações, cuja “medida” se dá em meio ao impulso que leva aquele sujeito a buscar as respostas para as suas perguntas de forma comprometida com o desenvolvimento social e com os seus conflitos (LUKÁCS, 2013).

De acordo com o autor, portanto, no processo de elaboração da realidade, a ideologia, de acordo com o prisma ontológico, tanto pode contribuir para reproduzir a sociedade de classes, quanto para revolucioná-la em direção a um novo modo de produção, verdadeiramente socializado e consciente, através do qual os homens regulem a sua produção de acordo com as suas necessidades autênticas (LUKÁCS, 2013).

Por vezes, esse processo fica impossibilitado pela ideologia da classe dominante que vai se espalhando por diversas vias, apoderando-se dos canais midiáticos, conforme já mencionado, mas também de outras vias. As políticas a respeito das drogas atualmente em vigor, por exemplo, também são utilizadas como importante estratégia na manutenção das medidas de repressão e ilustram uma uniformidade nas diretrizes oficiais dos mais diversos países, ocidentais ou não, que está relacionada com a imposição de um controle internacional compulsório em torno das drogas (VARGAS, 2008). Como vimos, encontram-se marcadas pela

distinção entre drogas e fármacos e pela repressão a todas as formas de uso não médico de praticamente todas as drogas rotuladas como psicoativas (VARGAS, 2008).

Faz-se necessário ressaltar que as políticas e as leis são produto de formulações elaboradas por indivíduos com as suas histórias, vivências e concepções de mundo, não sendo possível uma construção imparcial das diretrizes a partir de uma análise das demandas às quais se necessita responder (ao menos em tese). Há, nesse processo, mais uma vez, a presença de preceitos ideológicos da classe dominante que são articulados de forma encoberta, fazendo parecer que aquilo que desagrade essa classe é o inimigo de toda a população.

Além da mídia (em seus mais diversos formatos), serviços, políticas e programas, temos também as religiões, sobretudo, a de caráter neopentecostal na atuação direta com a temática, propagando uma ideologia que muito se alinha à perspectiva proibicionista presente na mídia. Os discursos, por vezes, parecem ser mais um instrumento utilizado para alienar os usuários e a sociedade como todo, camuflando e ocultando a compreensão do fenômeno das drogas em sua totalidade e distanciando o homem do entendimento concreto e real da sua relação com as substâncias na sociedade capitalista. Sobre esse viés específico da alienação nos debruçaremos no próximo capítulo.

4. ENTORPECENDO SENTIDOS HUMANOS: RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ALIENAÇÃO

“A religião não é a base, mas expressão do mundo estranhado; e, se o homem está dividido na religião entre seu ser genérico, seu ser universal (Deus), e seu ser singular, individual (o homem concreto), é porque o mesmo homem já está, no mundo real, fragmentado, mutilado entre sua vida universal, abstrata, no Estado, e sua vida real, individual, na sociedade civil-burguesa” (CHAGAS, 2017, p. 136).

Neste capítulo daremos continuidade à nossa reflexão sobre alienação, buscando entender uma faceta específica: a alienação religiosa. Para isso, abordaremos sobre religião e religiosidade, numa perspectiva histórica, sobretudo no Brasil, com ênfase no protestantismo de cunho pentecostal e neopentecostal.

Contudo, antes, nos cabe fazer uma importante distinção conceitual entre as categorias “religião”, “religiosidade” e “espiritualidade”. Começemos pelo conceito de religião, entendida como “um conjunto de valores, crenças, textos, rituais, práticas e estruturas simbólicas, coletivas, com alto nível de institucionalização, continuidade histórica e poder social” (VASCONCELOS, 2016, p. 100). Assim, compreendemos que a religião possibilita uma relação dos seus adeptos com o sagrado, com as demais pessoas vinculadas e com a sociedade mais ampla.

Já o termo “religiosidade” compreendemos, a partir de Valla (2001), como uma forma utilizada pela população para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva ou a articulação das dimensões conscientes e inconscientes de sua subjetividade e de seu imaginário coletivo. Estas dimensões encontram-se ligadas a uma religião, possuindo, portanto, algum elo institucional, com caminhos difundidos por hierarquias religiosas tradicionais (VALLA, 2001). Em outras palavras, e de maneira resumida, a religiosidade consiste na crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião.

Há ainda a “espiritualidade” que “constitui práticas, com forças cósmicas ou apenas de desenvolvimento pessoal e ético-político, mas com baixo nível ou nenhum tipo de institucionalização estável” (VASCONCELOS, 2016, p. 100). Ou ainda, segundo Maugans (1996), a espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida.

Postas as diferenciações, trataremos neste trabalho de religião, com um recorte para o protestantismo, pois nos esforçaremos para entender o uso de suas vertentes no interior das comunidades terapêuticas e como isso reverbera sobre os sujeitos internados. Trataremos também sobre religiosidade, pois nos interessa observar como os sujeitos internados nas

comunidades terapêuticas religiosas utilizarão ou não os ensinamentos a eles impostos no período de permanência nestas instituições para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva vividas no cotidiano.

Mencionamos, há bem pouco, o quanto a alienação presente na sociedade, em diversos âmbitos, nos distancia da compreensão da questão social e de suas expressões na sociedade capitalista. Ela age por meio de suas ideologias, ou seja, através de um conjunto de ideias que se propaga no entendimento social, sobretudo pela mídia, mas também por outros tantos mecanismos (MÉSZÁROS, 2004). As religiões, por exemplo, presentes entre nós muito antes do advento do capitalismo, podem ser também consideradas, em nossa perspectiva, como instrumento para propagação de preceitos morais e conservadores. Mas, como essa história começa? Como chegamos à alienação religiosa?

Para contar um pouco dessa história, remontaremos aos povos primitivos sobre os quais, apesar de termos poucas informações, sabemos que, quando houve necessidade de garantir melhores condições de vida e de sobrevivência da espécie, desenvolveram o trabalho e através desse trabalho desenvolveram a si mesmos, começando a dominar a natureza, expandindo o seu conhecimento, e se apropriando de um pensamento crítico e racional (ENGELS, 1990).

No decorrer do desenvolvimento do trabalho, posteriormente, começaram a surgir novas formas de organização social baseadas no escravismo, uma vez que a evolução da técnica de produção já justificava economicamente a exploração desse tipo de trabalho (KONDER, 2009). Tais condições, segundo Konder (2009), também proporcionaram aos homens a possibilidade de ter sua propriedade privada, pois, para isso, era necessário ter poder material de proteção para estar a seu serviço e não a serviço de toda a comunidade. Anteriormente, enquanto o nível tecnológico era rudimentar, todos os homens precisavam se envolver na produção, mas, depois, quando o trabalho começou a produzir excedente econômico, surgiram condições para que alguns homens pudessem se desligar da produção, fato que permitiu a esses homens desfrutar desse ócio e se especializar em estudos, desenvolvendo raciocínio abstrato, lógica, etc (KONDER, 2009).

Podemos detectar acima, portanto, um aspecto que levou à intensificação do ritmo do desenvolvimento econômico da humanidade: a divisão social do trabalho, com a escravização de alguns homens pelos outros e, posteriormente, a separação entre trabalho físico e trabalho intelectual (KONDER, 2009). Contudo, essas mudanças trouxeram consequências negativas para o ser humano, pois, a divisão social do trabalho e propriedade privada provocaram a dilaceração do homem, o fracionamento da humanidade espontânea e a destruição da unidade primitiva humana. Tornou-se inviável cogitar um ponto de vista naturalmente comum a todos

os homens, porque as suas condições passaram a ser institucionalmente diversas a depender do grupo ao qual pertenciam. Passou a haver um fosso entre o indivíduo e a espécie humana (KONDER, 2009).

Retomando o desenvolvimento do pensamento abstrato racional, separado da prática, mencionado acima, necessitamos enfatizar que esse tipo de pensamento, embora simbolizasse um avanço em termos de elaboração humana, era, sobretudo, ideológico, face as circunstâncias históricas da sua elaboração (KONDER, 2009). Ideológico porque, segundo Konder (2009), a consciência do homem passou a imaginar algo diverso da consciência prática existente e, conseqüentemente, passou a imaginar que representava realmente algo sem estar representando algo real. Em suma, a consciência ideológica passa a refletir de maneira **unilateral e multifacetada**, a práxis do homem e impede que ele se situe dentro da experiência a fim de compreendê-la como social, como unidade indivíduo-espécie (KONDER, 2009). Assim, a consciência divorciada da prática marca, no homem, a alienação (MARX; ENGELS, 2007).

Essa unilateralidade se manifesta em vários âmbitos da vida, como numa divisão entre o que é objetivo e subjetivo, quando, comumente, colocamos todo o real ou do lado do sujeito ou do lado do objeto (KONDER, 2009). Outro exemplo é na divisão que passa a haver entre a vida pública e a vida privada, sendo, nesta última, onde se supunha (e se supõe) que se encontrasse a faceta mais verdadeira do homem. Isso ocorre porque o pensamento ideológico é produto de indivíduos que se ressentem das condições em que vivem, dentro de um mundo dividido, dentro de sociedades que sentem os efeitos da divisão de classes. É, portanto, produto de uma unidade de um todo desintegrado (KONDER, 2009).

De acordo com Konder (2009), é importante ressaltar que essa situação de indivíduo desintegrado da espécie não era (e não é) cômoda e, por isso, na medida em que se vê levado a pensar nele, historicamente, esse homem tenta recompor a unidade perdida, a unidade instintiva-animal que o afastamento da natureza destruiu. Dada essa impossibilidade, o homem recorre a uma unificação simbólica, no plano da transcendência religiosa (KONDER, 2009).

A religião, nesse contexto, segundo o autor supracitado, passou a estabelecer as suas bases em um trabalho de justificação teórica e legitimação pela argumentação das verdades instituídas pelos crentes. As explicações para os acontecimentos do cotidiano, portanto, passaram também a ser embasados em argumentos religiosos, mais ou menos institucionalizados (KONDER, 2009).

Na Idade Antiga, por exemplo, diversos povos se organizaram em práticas de religiosidade ainda sem um caráter muito institucional, como por exemplo, os celtas, que se localizavam no oeste europeu (principalmente onde hoje se encontram a Inglaterra, a Escócia,

a Irlanda, País de Gales) e professavam uma fé politeísta com características animistas, culto à Deusa-Mãe, sendo os ritos quase sempre realizados em comunhão com a natureza. A civilização celta, contudo, sofreu dominação cristã, com os golpes finais de sua dominância no século I a.C., com o Imperador Júlio César (FUNARI, 2009)⁴⁶.

Também na Idade Antiga, segundo Galinkin (2008), temos o surgimento do judaísmo, uma religião que tinha um caráter mais institucionalizado e que pode ser considerada a primeira religião monoteísta a aparecer na história. Surgiu em Israel e tem como crença principal a existência de apenas um Deus, que fez um acordo com o povo hebreu, cujo fundador teria sido Abraão, tornando-o o povo escolhido (GALINKIN, 2008). É uma religião que segue a Torá, um livro interpretado como a orientação de Deus através das escrituras. Atualmente, adeptos ao judaísmo vivem em sua maior parte em Israel, nos Estados Unidos, no Canadá e em alguns países da Europa (GALINKIN, 2008).

A partir do judaísmo, surgem o cristianismo e o islamismo⁴⁷, sendo as três religiões consideradas abraâmicas⁴⁸ porque, em alguma medida, possuem uma origem comum a Abraão. O cristianismo, a religião que mais nos interessa neste trabalho porque estamos tratando de comunidades terapêuticas cristãs, é uma religião monoteísta que tem como profeta Jesus, nascido em Belém (conforme descrito na Bíblia). Por volta dos seus 30 anos, Jesus teria iniciado as suas pregações, após um batismo nas águas do Rio Jordão⁴⁹. A fé cristã acredita essencialmente em Jesus como o Cristo, Filho de Deus, o messias enviado por Deus. Após se originar no Mediterrâneo Oriental, a religião rapidamente se expandiu e no século IV já havia se tornado a religião dominante no Império Romano (CRUZ, 2010).

Naquela época, o cristianismo criou condições para a sua expansão no âmbito do mundo mediterrâneo do IV século (CRUZ, 2010). Segundo Cruz (2010), o mundo romano passava por um período de insegurança, e, a partir da chegada dos cristãos, a concepção acerca da divindade

⁴⁶ Há também os povos nórdicos, conhecidos como *vikings*, que viviam onde hoje se localiza a Suécia, a Dinamarca, a Noruega e a Islândia. Estes, também expressavam uma religiosidade politeísta, com cultos aos ancestrais e rituais públicos. Após muito embates com os povos cristãos durante grande parte da Idade Média, foram convertidos ao cristianismo (LANGER, 2016).

⁴⁷ O islamismo consiste numa religião monoteísta que alcançou a sua forma definitiva por intermédio do profeta Maomé, que viveu de 570 d.C. a 632 d. C. Durante os últimos 22 anos de sua vida, Maomé teria tido revelações que ele acreditava serem de Deus, cujo conteúdo teriam dado origem ao livro Alcorão. Atualmente os adeptos ao islamismo vivem em sua maior parte na Indonésia, no Sul da Ásia Cerca, no Oriente Médio, na Ásia Central, no Sudeste Asiático e na África Subsaariana (MATOS, 2009).

⁴⁸ Além das religiões abraâmicas, podemos também citar as religiões indianas (o hinduísmo, o budismo, o jainismo e o sikhismo) e as religiões da Ásia Oriental (religiões populares chinesas como o taoísmo, o xintoísmo, religiões que possuem elementos do budismo mahayana, do hinduísmo e do budismo).

⁴⁹ Ver o Novo Testamento (Bíblia).

se tornou hegemônica e Deus passou a ser entendido como sendo único, absoluto, eterno e onipresente. Além disso, ainda segundo o mesmo autor, as questões ligadas à salvação e à vida após a morte adquiriram uma importância crescente naquela sociedade, em que as tensões sociais se acumulavam, onde a mobilidade era reduzida, marcada por uma profunda concentração da riqueza e onde, portanto, a esperança em uma vida após a morte feliz e bem-aventurada apresentou-se como uma solução atrativa para as angústias do homem romano. Assim, compreendemos que as questões referentes à religião assumiram um papel primordial na vida dos homens, que passaram a recorrer constantemente ao sobrenatural em busca de orientação e auxílio.

Apesar de ter disputado esse “trono” com a filosofia, que havia surgido no final do século VII antes da nossa era, a religião continuou a sobreviver com êxito e cada vez mais institucionalizada, pois, foi muito necessária (e é) para que os homens pudessem lidar com os grandes acontecimentos que vieram a seguir, como o feudalismo e o capitalismo (KONDER, 2009). Konder (2009) afirma que com o passar do tempo, passaram a ter uma maior organicidade conceitual, podendo ser definidas como uma ideologia, cada vez mais completa e funcional, numa conjuntura de monopólio e exclusividade. Além disso, essas religiões primitivas, ao longo do tempo, deram origens a diversas vertentes⁵⁰ e denominações.

A religião, segundo Vasconcelos (2016), enquanto principal sistema de compreensão do mundo, triunfou na Idade Antiga (de 4000 a.C. até 476 d.C.) e na Idade Média (476 d.C. até 1453). Nesta última, antes do Renascimento, de uma maneira geral, temos que Deus, a partir de uma perspectiva cristã, figurava como o centro do universo. As principais vertentes nas quais se embasavam a sociedade diziam respeito à filosofia, ao pensamento mágico-religioso e à teologia (VASCONCELOS, 2016).

Além disso, como a religião se caracterizava por um sistema de compreensão e interpretação do mundo, coube a esta responder às questões referentes à origem do universo, e outras tantas questões como: alimentar esperanças para o futuro transcendente da vida atual, fornecer suporte para o enfrentamento de dores e da morte, sinalizando possibilidades de respostas à uma variada gama de sofrimentos (MONTE, 2013). Ressaltamos que estes sofrimentos podem ser oriundos das mais diversas causas, desde doenças, relações pessoais,

⁵⁰ A religião cristã tem três vertentes principais: o Catolicismo Romano (subordinado ao bispo romano), a Ortodoxa Oriental (se dividiu da Igreja Católica em 1054 após o Grande Cisma) e o Protestantismo (que surgiu durante a Reforma do século XVI). Durante a Idade Média a maior parte da Europa foi cristianizada, e os cristãos também seguiram sendo uma significativa minoria religiosa no Oriente Médio, Norte da África e em partes da Índia. Depois da Era das Descobertas, através de trabalho missionário e da colonização, o cristianismo se espalhou para a América e pelo resto do mundo (CRUZ, 2010).

relações sociais opressivas, intervenções médicas e técnicas, regras de conduta, padrões éticos, catástrofes naturais, dentre outras (MONTE, 2013).

Essas respostas foram e são encontradas nos seus rituais, em meio às experiências religiosas, na constituição das instituições e contribuição de um código próprio da ética que versa e reflete as condutas desses indivíduos (MONTE, 2013).

Para cumprir o seu papel, a religião, nos seus momentos de maior eficácia e funcionalidade ideológica, passou a se revestir de formas ricas de aparelhagem conceitual, com elevado nível de racionalização, mas manteve uma carga importante de subjetivismo no que compete, por exemplo, à fé, que apesar de possuir um potencial de compreensão racional, só pode ser verdadeiramente compreendida quando sentida (KONDER, 2009). Essa perspectiva é capaz de resguardar a religião de qualquer crítica exterior, pois não é possível ter argumentos teóricos para debater algo que prescinde de um sentimento. Mas, como esse subjetivismo também poderia trazer consequências negativas, individualizando muito o processo religioso e levando a desintegração da religião enquanto força social organizada (igreja), as religiões passaram a definir mais objetivamente os princípios em torno dos quais os crentes estarão espiritualmente unidos, os seus dogmas (KONDER, 2009).

A partir disso, perguntamo-nos: O que move esse patrimônio de verdades a qual os indivíduos são conduzidos a aderir? Qual seria, então, o fundamento racional da fé? A resposta dos religiosos nega a contradição entre razão humana e os dogmas da igreja, afirmando que estes consistem numa obscuridade que a razão humana não pode esclarecer. Isso só poderá ser desvendado por meio de uma revelação (KONDER, 2009).

Além disso, segundo Stevenson (1976), não há meios de verificar a existência de Deus, pois muitos crentes dizem que somente será possível fazer essa verificação após a morte, mas isto consiste num dilema: Como podemos ver isso agora? Como podemos saber agora o que ocorre após a morte?

Este aspecto da revelação, por conseguinte, leva a consciência humana a dar como imediatamente pressuposta a natureza daquilo que ela desconhece. A adesão a essa atitude representa, pois, uma renúncia ao esforço de compreender e, ainda por cima, uma apologia de tal renúncia. Nisto, precisamente, é que se manifesta a alienação inerente à consciência religiosa: “[...] em nenhuma de suas formas ela pode reconhecer ilimitadas possibilidades de desenvolvimento para a razão humana. Em nenhuma de suas formas ela pode reconhecer ilimitadas possibilidades de expansão para o conhecimento humano” (KONDER, 2009, p. 62).

Nesse sentido, Marx (2005, p. 80) afirmava que: “[...] a consciência religiosa é a forma por excelência do pensamento alienado”. Além desse, podemos encontrar outros dois excertos

muito críticos a esse tipo de formulação ideológica (MARX, 2005, p. 80): “[...] a religião é, na realidade, a consciência e os sentimentos próprios do homem que ou ainda não se encontrou ou então já se perdeu” e “[...] a religião é apenas o sol ilusório em torno do qual se move o homem enquanto não se move em torno de si mesmo”.

Tais afirmações se davam, dentre outros motivos, porque o pensamento marxista dialético reconhece a negatividade imanente do processo do conhecimento, isto é, reconhece no conhecimento um caráter problemático, com necessidade de superação deste para o surgimento de outros. Contudo, na lógica religiosa do mistério obscuro, os problemas são transformados em mistérios que, diferente dos problemas, não podem ser resolvidos. Além disso, os problemas se dão na terra e os mistérios no céu ou no inferno (KONDER, 2009). Portanto, apoiar-se em um raciocínio religioso não permite o desenvolvimento racional do ser humano, sendo, deste aspecto, um verdadeiro atraso à civilização.

Há, contudo, eventos importantes na história que questionam esse predomínio religioso para as explicações do mundo. Na idade Moderna (1453 até 1789) tivemos o movimento renascentista europeu que, por meio de uma vertente teórica mais racional, humanista e antropocêntrica, mostrou que havia muitos outros caminhos e possibilidades para compreender os fenômenos da vida (WOORTMANN, 1997). Seus adeptos não negavam a existência da religião, uma vez que todas as negações radicais acabavam em repressão violenta, mas transformaram a interpretação dos dogmas e suas relações com a vida e os dramas sociais. Isso significou um declínio no prestígio e na influência da religião sobre a sociedade, à medida que o homem se emancipava um pouco mais de sua tutela. Ao final deste período histórico, ocorreu a Revolução Francesa, outro evento importante, no qual se questionava, dentre uma série de coisas, o poder religioso e as extravagâncias do clérigo e da nobreza (WOORTMANN, 1997).

Além disso, não podemos ocultar a Reforma Protestante, ocorrida em 1517 na Alemanha, protesto encabeçado por Martinho Lutero que publicou suas 95 Teses como uma reação contra os dogmas da Igreja Católica Romana, sobretudo o de venda de indulgências que ofereciam remissão de pecados aos seus compradores (FERNÁNDEZ-ARMESTO; WILSON, 1997). A sua manifestação desencadeou a divisão da chamada Igreja do Ocidente entre os católicos romanos e os reformados ou protestantes, dando origem ao protestantismo, uma proposta de reforma no catolicismo romano com base no que Lutero entendia como um retorno às escrituras sagradas (FERNÁNDEZ-ARMESTO; WILSON, 1997).

Posteriormente, no século XIX, após a revolução burguesa e as primeiras experiências republicanas de secularização, temos a emergência e consolidação das ciências naturais e sociais que, dentre outras temáticas, também passam a se debruçar sobre a religião por meio de

suas mais variadas tendências, a saber: positivismo, antropologia evolucionista, pensamento social revolucionário e as primeiras formulações de um pensamento compreensivo e interpretativo nas ciências humanas (VASCONCELOS, 2016).

No século XX, segundo Vasconcelos (2016), o campo das ciências da religião torna-se ainda mais amplo e diversificado, apresentando uma ampla gama de perspectivas disciplinares, com possibilidades de diálogo, mas também de conflitos e embates. Podemos mencionar uma série de perspectivas, como: a história das religiões, a sociologia das religiões, as perspectivas fenomenológicas, as psicologias da religião, a antropologia da religião, os estudos linguísticos e a medicina integrativa (VASCONCELOS, 2016).

Sociologicamente falando, sobretudo a partir dos séculos XIX e XX, tivemos diversas interpretações sobre o que seriam as religiões. Como principais teóricos das religiões podemos citar: Émile Durkheim, Marx Weber, Clifford Geertz, Peter Berger, Pierre Bourdieu, dentre outros (AGUIAR *et al.*, 2009). No que compete aos teóricos marxistas, vertente com a qual mais nos identificamos, podemos citar Karl Marx (Religião e alienação, Religião e ideologia), Engels (Sobre a História do Cristianismo Primitivo), Rosa Luxemburgo (Igreja e Socialismo) e Antônio Gramsci (Concepção Dialética da História), como os principais autores que debateram o tema da religião (AGUIAR *et al.*, 2009). Abaixo, mencionaremos a perspectiva marxista acerca do tema, pois essa chave de entendimento é a que mais nos identificamos e a que melhor explica o fenômeno da alienação, associado à religião, estudado nesta pesquisa.

4.1. Marxismo e religião

Marx, apesar de não ter se ocupado longamente da temática religiosa, muito pode contribuir para este trabalho por discutir o tema em associação com as temáticas de “alienação” e “ideologia” (AGUIAR *et al.*, 2009). Dentro de nossos estudos, percebemos que é possível encontrar duas fases na crítica do autor à religião: na primeira, em 1843, na obra “A crítica da filosofia do direito de Hegel”, ele trabalha a religião como alienação; na segunda, em 1867, junto de Engels, na obra “A ideologia alemã”, entende como ideologia.

Na primeira obra citada acima, Marx (2005) segue o pensamento de Feuerbach quando afirma que a religião é uma projeção do homem, que é o reflexo daquilo que falta ao indivíduo. Todavia, para além desta perspectiva, Marx irá indagar-se acerca da razão desta projeção, concluindo que o homem vive numa conjuntura que o explora e oprime; e que uma vez inserido em tal realidade, necessita de ilusões e, para isso, busca a religião (AGUIAR *et al.*, 2009). Esta

funciona como uma consciência invertida do mundo. Nesta consciência invertida há uma contradição, pois, apesar da religião alienar o homem da condição em que vive, é também a expressão e o protesto dessa angústia real.

Numa segunda fase, Marx e Engels (2007), em “A ideologia alemã”, consideram a religião como ideologia, afirmando que as ideias não têm autonomia própria, sendo então produtos da atividade material dos homens. A formação das ideias no âmbito da filosofia, da moral, da religião ou em qualquer outro âmbito, se explica a partir da maneira como os homens produzem seus bens materiais. Dito de outra forma, a religião não tem uma substância própria, é puro resultado das condições sociais fabricadas pelos homens (MARX; ENGELS, 2007).

A religião, portanto, não é autônoma, não é espiritual no seu princípio de criação, mas reflexo fantástico das potências exteriores, terrestres, que adquirem formas “supraterrestres” e passam a dominar o homem. Mais do que isso, ela é reflexo deformado, pois somos levados a pensar que Deus fez o homem, e não que o homem que fez Deus (CHAGAS, 2017). Está aí uma inversão que se repete: somos levados a pensar no Estado como fundador da sociedade civil, e não na sociedade civil como formadora do Estado e somos levados a pensar que o sujeito trabalhador é dependente do capital, quando, na verdade, embora não pareça, é o capital que é dependente do trabalho (CHAGAS, 2017).

A interlocução entre religião e produção de mercadorias no capitalismo é colocada por Marx (1996) em “O Capital”. Nessa obra, Marx faz uma analogia do fetichismo religioso com o fetichismo da mercadoria: como no fetichismo da religião se oculta o homem com a verdade de Deus, assim também no fetichismo da mercadoria se oculta a realidade que está por trás da própria mercadoria, que é o trabalho, ou o produtor do trabalho. Como resultado dessas ocultações, Deus aparece autônomo, independente, e o homem apenas como dependente e não como sujeito e verdade acerca da existência de Deus; bem como o produto do trabalho, a mercadoria, aparece como se fosse autônoma, independente do seu produtor, e o produtor, o trabalhador, aparece como dependente e não sujeito do produto de seu próprio trabalho (MARX, 1996).

O que temos, portanto, segundo Stevenson (1976), é um homem esvaziado, para o qual a realidade aparece como um mundo exterior, uma vez que ele desconhece as condições pelas quais se produzem a sua própria existência e o universo. A maior certeza que esse homem tem é sobre a existência de um Deus que não ocupa uma posição no espaço, nem dura um determinado período temporal. É transcendente e imanente. Não é visível, nem identificável por nenhum método científico. Esse Deus, nessa concepção, é o criador do mundo. Isso parece pressupor que se Deus não existisse, o mundo também não existiria e que o mundo está,

fundamentalmente, de acordo com os propósitos de Deus, pois tudo que existe parte da sua determinação ou permissão. Dessa maneira, ser cristão demarca no homem uma visão sobre a natureza do universo muito específica, baseada na existência de Deus (STEVENSON, 1976).

Já na teoria marxista, o que caracteriza a compreensão do mundo é a história, numa perspectiva materialista. As supostas leis da história são econômicas na sua natureza, pois o modo de produção da vida material determina o caráter geral dos processos sociais, políticos e espirituais da vida (STEVENSON, 1976).

A partir dessa elaboração mais ampla sobre o que seria o universo, deriva-se, por conseguinte, a forma como o homem vê a si mesmo e aos outros homens. A perspectiva religiosa cristã vê o homem basicamente na sua relação com Deus, que o criou à sua imagem e semelhança para que ele ocupasse uma posição especial no universo e para que fosse seu companheiro, amando e servindo ao seu criador (STEVENSON, 1976). Ao passo que na teoria marxista, a totalidade de um indivíduo (inclusive a sua consciência) é determinada pelas condições materiais da sua vida numa natureza essencialmente social, ou seja, tudo que uma pessoa faz é essencialmente um ato social, que pressupõe a existência de outras pessoas em certa relação com essa pessoa. Além disso, o homem é um ser ativo; produtivo, que se distingue dos outros animais pelo fato de que produz os seus meios de subsistência (STEVENSON, 1976).

Por isso, na leitura marxista, a religião não é autônoma, mas, sim, produzida pelo homem. É ele que sonha com um mundo fantasioso, projeta sua essência em um ser superior, talvez porque ele não seja capaz de ver na vida real da sociedade as condições para o desenvolvimento de sua humanidade (CHAGAS, 2017).

Após elaborarem um conceito de universo e de si mesmos, os homens partem para um diagnóstico sobre o que estaria errado com si próprios a partir das chaves de leituras aqui debatidas. Na doutrina cristã, há uma leitura de que o homem pecou, usou mal a liberdade de escolha dada por Deus, escolheu o mal em vez do bem, e rompeu, assim, a sua relação com Ele. Já na perspectiva marxista, a grande problemática consiste na alienação do homem de si mesmo e da sua natureza. Essa alienação, como já discutimos anteriormente, decorre de um trabalho que não é parte da natureza do trabalhador, que não permite a ele se realizar, pois não vê o seu trabalho como uma contribuição a um grupo do qual faz parte (STEVENSON, 1976).

Por fim, cada perspectiva apontará também para uma forma de resolução do problema diagnosticado. A solução cristã para o homem se baseia em Deus, uma vez que Deus criou o homem para que fosse seu companheiro, e o homem se afastou e rompeu a sua relação com Deus, então, somente Deus pode perdoar o homem e restaurar essa relação (STEVENSON,

1976). Para isso, cada pessoa deve se tornar um membro da igreja, a comunidade em que a graça de Deus se manifesta. Este é um processo que dura a vida toda e que só se completará além desta vida na ressurreição do corpo. Já para os marxistas, a solução seria abolir esse sistema e substituí-lo por um melhor, pois somente uma revolução completa no sistema econômico e, conseqüentemente, na sociabilidade burguesa, seria capaz de trazer resultados. Assim como o cristianismo, o marxismo almeja uma regeneração total do homem, mas que se dará inteiramente dentro deste mundo secular (STEVENSON, 1976).

Ao contrário do que se pensa, o marxismo não faz um combate da religião em si, mas do seu uso para manutenção da exploração no capitalismo, portanto há um combate dos princípios que fazem o capitalismo funcionar. Isso fica claro quando Marx coloca que o Estado pode desprender-se do constrangimento religioso, sem que o homem seja realmente livre (CHAGAS, 2017).

Nesse sentido, apesar da religião ser entendida como idolatria que conforma o homem e embaraça a sua consciência, Marx e Engels (2007) não tratam de uma proibição à religião, nem tampouco de uma negação em geral a ela, uma vez que ela é uma questão privada e deve ser respeitada. Trata-se, na verdade, de desvelar o véu religioso no ordenamento da sociedade, no Estado, que oculta a opressão humana. A crítica à religião em Marx, é a crítica da realidade social da qual ela nasce e é expressão ideal. Portanto, para superar a religião não é suficiente revelar o seu segredo, combatê-la subjetivamente, mas é necessário transformar as condições reais de vida que favorecem o surgimento e o desenvolvimento da religião (CHAGAS, 2017).

Para desvendar o véu religioso do ordenamento da sociedade, precisamos compreender que a religião ocupa uma posição especial na superestrutura, não na sua dimensão privada, exercida por um indivíduo particular, mas na sua dimensão social e política como expressão de alheamento do homem de seu mundo real e de conformação social com esse mundo. Nessa dimensão social, ela colabora para a perpetuação de uma dada sociedade (MARX; ENGELS, 2007).

Assim, o foco de Marx é a crítica ao revestimento religioso na sociedade civil e no Estado (CHAGAS, 2017). Por isso, segundo Chagas (2017), não há no pensamento de Marx o ateísmo como uma questão obrigatória, há o entendimento de que a religião deve ser uma questão privada em relação ao Estado, ao espaço público e a cada indivíduo, o qual deve ser livre para crer ou não, pois deve haver liberdade de consciência e de crença para todos. O que se combate, ainda segundo o mesmo autor, é o uso dos princípios religiosos, sobretudo, pelo Estado, como um anestésico que mantém os indivíduos paralisados, a serviço do capitalismo para explorá-los.

Esse revestimento religioso na sociedade civil e no Estado, nos dias de hoje, pode ser observado, por exemplo, na força e na expressividade da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso Nacional brasileiro, fruto de um processo de imbricamento entre religião, sobretudo evangélica, e política, que acontece há muitos anos e no qual não poderemos nos deter em profundidade neste momento. Apesar de se dizer laico, o Estado permite a organização dessa “bancada evangélica”, composta por políticos evangélicos de partidos distintos que se articulam contra propostas que defendem a igualdade de gênero, a descriminalização do aborto, a eutanásia e, no tocante deste trabalho, a descriminalização das drogas (DANTAS, 2011)⁵¹. Para fazer frente a essas questões, se utilizam de pressupostos ideológicos embasados no mito da unidade e do consenso, na negação do antagonismo, na preservação do *status quo*, na conservação da moralidade instituída, dentre outros (DANTAS, 2011).

Contudo, também podemos encontrar exemplos, antigos e atuais, de comprometimento da religião com uma sociedade mais igualitária, como o cristianismo primitivo em Roma, cujos membros eram os pobres, que pregavam a libertação da servidão e da miséria, defendiam a supressão dos privilégios e das diferenças de riqueza (LÖWY, 2007). Tal cristianismo, segundo Löwy (2007), com todos os seus limites, queria a igualdade entre os membros da comunidade social-política.

Nos tempos mais atuais, temos como exemplo um movimento religioso na América Latina, onde um setor significativo da igreja tem colocado os seus recursos materiais e espirituais a serviço dos pobres e de sua luta por uma nova sociedade (LÖWY, 2007). Segundo Löwy (2007), a Teologia da Libertação convoca para lutas pela emancipação social e traz novas questões que não podem ser respondidas sem uma renovação da análise marxista da religião.

Assim, nem toda religião é, ou foi, ocultamento das contradições do real e a serviço da exploração e da dominação, pois cada religião ocupa um lugar e uma função específica dentro de seu contexto sociopolítico-econômico (CHAGAS, 2017).

Engels (1969) compreendeu esse caráter dual do fenômeno religioso: seu papel na legitimação da ordem existente, mas, além disso, de acordo com as circunstâncias sociais, seu papel crítico, de protesto e até revolucionário. Tal compreensão está, em nossa perspectiva, associada ao entendimento da religião como ideologia, e uma ideologia, conforme já discutimos pode trabalhar a favor da classe dominante, mas também pode buscar a transformação da realidade desigualmente colocada.

⁵¹ Lembremos também do lema do presidente Jair Bolsonaro: “Brasil acima de tudo, Deus acima de todos!”.

A associação de Engels (1969) entre o cristianismo primitivo e o seu papel revolucionário, gerou até mesmo um paralelo entre esta primitiva cristandade e o socialismo moderno, expondo algumas semelhanças observadas por ele: 1. Ambos os movimentos foram criados pelas massas – não por líderes nem profetas; 2. Seus membros foram oprimidos e perseguidos pelas autoridades dominantes e; 3. Pregaram por uma iminente liberação e eliminação da miséria e da escravidão. Contudo, ele também demarca uma diferença essencial entre os dois movimentos: os cristãos primitivos escolheram deixar sua liberação para depois desta vida enquanto que o socialismo localiza sua emancipação no futuro próximo deste mundo (ENGELS, 1969).

Outro autor que contribui para uma análise crítica sobre religião foi Gramsci. Muito importante quando ele afirma que dentro da igreja existiriam muitas diferenciações internas, de acordo com diferentes orientações ideológicas, como: liberal, moderna, jesuítica e correntes fundamentalistas dentro da cultura católica. Afirmou ainda que toda religião é uma multiplicidade de distintas e, às vezes, contraditórias religiões: há um catolicismo para os camponeses, um para a pequena burguesia e trabalhadores urbanos, um para a mulher, e um catolicismo para intelectuais, dentre outras possibilidades (GRAMSCI, 1971). Por essas e outras questões o debate sobre religião é muito complexo.

Diante dessa complexidade, o que empreendemos aqui foi uma discussão sobre religião, religiosidade, ideologia e alienação, retomando aspectos sobre o surgimento da religião e porque, neste contexto de surgimento, já a podíamos considerá-la um instrumento ideológico de alienação, ou, em outras palavras, uma ideologia que provoca alienação nos indivíduos que a ela aderem com fervor. Como vimos, de uma maneira ampla e geral, há várias facetas dessa alienação, que podem ser mais circunscritas à vida privada ou mais abrangentes, extrapolando as escolhas pessoais e interferindo na vida de todos os cidadãos. E, como também vimos, os preceitos religiosos também podem ser utilizados a favor da conquista de direitos sociais e, ainda assim, continuarão, em alguma medida, sendo alienantes, porque o são em sua essência.

No que compete à América Latina, precisamos esmiuçar a influência da religião de forma a contemplar algumas particularidades. Isso porque, como diz Ianni (2002, p. 3), somos:

[...] como um vasto, complexo e movimentado laboratório de culturas e civilizações, formas de sociabilidade e jogos de forças sociais, etnias e racismos; compreendendo estruturas de dominação e apropriação, nativismo e nacionalismo, colonialismo e imperialismo; ingressando na época do globalismo. **Parece um labirinto ou nebulosa, experimentando ciência e tecnologia, realizações e frustrações, ideologias e utopias.**

Defende o mesmo autor, que somos “uma promessa constante, um devir permanente, atravessada por épocas e ciclos, **estilhaçada por forças sociais e telúricas; como se não encontrasse nunca a sua fisionomia**” (IANNI, 2002, p. 2 e 3).

Caminharemos, portanto, a seguir, para uma reconstrução histórica sobre religião e religiosidade no Brasil, ou, nos termos de Ianni (2002), estilhaços de importantes jogos de forças sociais. Neste debate, nos deteremos mais nos aspectos relativos ao protestantismo e nas expressões do pentecostalismo e neopentecostalismo no Brasil, vertentes que mais nos interessam neste trabalho, uma vez que os religiosos protestantes, sobretudo os neopentecostais, são os que compõe, em sua grande maioria, as comunidades terapêuticas que estudamos.

4.2. Religião e religiosidade no Brasil: os soldados de Cristo e a luta entre católicos e protestantes

No Brasil, bem como no mundo, existe uma diversidade de religiões. Suas histórias são complexas e, de uma forma geral, expressam muito do momento político e econômico vivido (MATOS, 2011).

Durante o nosso processo de colonização realizado por Portugal e Espanha⁵², tivemos a imposição da religião católica à população nativa de forma violenta e inegociável. Os indígenas, que aqui viviam, eram convertidos ou exterminados, caso não se enquadrassem nos novos direcionamentos. Os que aqui não nasciam tinham que adotá-lo, mesmo que não o compreendessem, como era o caso de muitos negros escravizados que eram batizados no porto de procedência ou de desembarque (NEGRÃO, 2008).

Ainda assim, tivemos a persistência de práticas religiosas em meio à imposição da religião católica como única oficial, como as religiões afro-brasileiras formadas em sincretismo com o catolicismo e, em grau menor, com religiões indígenas (PRANDI, 1998). Poderíamos aqui discorrer muito sobre as religiões de matriz africana, ou sobre o espiritismo, presentes entre os brasileiros até os dias atuais com todas as dificuldades de darem continuidade às suas práticas. Contudo, nos deteremos mais na chegada e no desenvolvimento do protestantismo no Brasil, uma vez que compreender esse processo contribui de forma direta para o objeto da nossa pesquisa.

⁵² Não vamos aqui tratar das colônias inglesas na América do Norte.

Não vamos aqui mencionar com detalhamento a história do protestantismo⁵³, mas destacar alguns aspectos essenciais ao nosso argumento. O protestantismo, segundo Mendonça e Velasques Filho (1990), é uma vertente cristã que teve suas origens no século XVI, na Europa, com a Reforma⁵⁴ organizada por Martinho Lutero. Consiste em um dos três principais ramos do cristianismo ao lado do catolicismo romano e das igrejas orientais ou ortodoxas (MENDONÇA; VELASQUES FILHO, 1990).

Lutero, ao observar os abusos⁵⁵ do clero, resolveu protestar publicamente, escrevendo um documento intitulado como “95 teses”, e o pregando à porta da Igreja do Castelo, em Wittenberg, na Alemanha (BETTENCOURT, 2000).

Os questionamentos de Lutero ganharam muita visibilidade e impulsionaram a Reforma Protestante. Esta preconizava que o homem pudesse se colocar diretamente perante Deus, sem precisar ser intermediado pelo clero (MENDONÇA, 2007). Se antes da Reforma, por exemplo, a Bíblia era lida pelos sacerdotes e/ou outras hierarquias religiosas, depois dela cada um podia lê-la e interpretá-la individualmente, podendo, inclusive, escolher a comunidade cristã da qual queria fazer parte (MENDONÇA, 2007).

Dessa maneira, segundo Mendonça (2007), o maior princípio da Reforma é o da liberdade, segundo a qual o cristão não está debaixo de nenhuma mediação e se refere diretamente a Deus pela fé, instrumento de sua salvação. A salvação, portanto, é individual e sua vida religiosa é pautada exclusivamente pela leitura não mediada da Bíblia. Na prática, ainda segundo o mesmo autor, o protestante⁵⁶ é um indivíduo que professa uma religião

⁵³ Para essa história recomendamos a leitura de “História da Reforma”, de Carter Lindberg (2017).

⁵⁴ Importante frisar que a Reforma não se deu de maneira homogênea em todos os países onde ocorreu. Segundo Mendonça e Velasques Filho (2002), podemos dividir esse movimento em três principais ramos: anglicano, luterano e calvinista. Não iremos nos deter nas diferenciações entre estas vertentes porque são muito complexas e não há consenso sobre estas, mas, segundo Mendonça (2005), de uma forma geral, seriam protestantes aquelas igrejas que se originaram da Reforma ou que, embora surgidas posteriormente, guardam os princípios gerais do movimento, como por exemplo: as luteranas, as presbiterianas, as metodistas, as congregacionais e as batistas. Posteriormente, esses cinco ramos da Reforma multiplicam-se em numerosos sub-ramos, recebendo os mais diferentes nomes, mas que, ao guardar os princípios fundantes, podem ser incluídos no universo do protestantismo propriamente dito (MENDONÇA, 2005).

⁵⁵ Um desses abusos consistia na venda de indulgências, isto é, do perdão divino a quem pudesse pagar, além da concentração de grandes extensões de terra e de receber tributos feudais controlados em Roma pelo Papa (BETTENCOURT, 2000).

⁵⁶ O termo “protestante”, embora possa ter relação com o protesto feito por Lutero em 1517, é mais atribuído a outro protesto, ocorrido em 1529, durante a campanha da Reforma Luterana, quando o Sacro Império Romano Germânico, determinou que nenhuma mudança religiosa seria realizada na Alemanha até a reunião de um concílio geral. Em virtude disso, 14 cidades imperiais e seis príncipes iniciaram um protesto. Contudo, a nomenclatura “protestantes” só começou a ser usada como substantivo no século XVII, onde passou a designar todos os cristãos reformados que se opunham a Roma (BETTENCOURT, 2000).

individual, de consciência, e pauta suas ações na ética racional do trabalho e na moral burguesa (MENDONÇA, 2005).

Outro aspecto relevante é que, de acordo com Weber (2004), o protestantismo foi parte de um discurso necessário à época para o desenvolvimento do capitalismo. Isso porque, de acordo com a dogmática luterana, o único meio de viver que agrada a Deus não está em superar a moralidade intramundana pela ascensão monástica, mas em cumprir adequadamente os deveres intramundanos, sobretudo por meio do trabalho profissional, que é visto como expressão de amor ao próximo e único modo de agradar a Deus (WEBER, 2004).

Hoje em dia, o que podemos observar é que, além da contribuição filosófica para o desenvolvimento do capitalismo, a própria religião evangélica (bem como outras) tornou-se um mercado lucrativo, como por exemplo, na área de entretenimento, como os programas de auditório, festivais de música, videoclipes, programação televisiva, discos e literatura (FERNANDES *et al.*, 1998). Assim, segundo Fernandes *et al.* (1998), as atividades sociais, mercadorias e serviços consumidos têm como elemento estruturante a opção religiosa e podem, em alguns casos, se tornar um fim em si mesmos.

Esse mercado segue lucrando “de vento e popa” em nosso país, mas ainda não desvelamos como se deu o desenvolvimento do protestantismo no Brasil. E mais: Como chegamos às práticas pentecostais e neopentecostais tão espalhadas pelo território brasileiro nos dias de hoje?

Ainda no período colonial, ocorreram duas tentativas de trazer ao nosso território o protestantismo, uma por meio de uma expedição francesa (1555) e outra holandesa (1624), a mais conhecida, com Maurício de Nassau. Contudo, em ambos os casos, os povos invasores foram expulsos do território brasileiro por conta de conflitos internos (MATOS, 2011).

Com a transferência da família real portuguesa, em 1808, abriram-se as portas do país para a entrada legal dos primeiros protestantes, anglicanos ingleses⁵⁷ (NARCIZO, 2007). Posteriormente, a assinatura de tratados com a Inglaterra, em 1810, bem como a “independência”, ocorrida em 1822, permitiram a vinda de mais imigrantes protestantes (MATOS, 2011).

Essa abertura, segundo Dias (2000), deu origem ao protestantismo de imigração que consistiu na vinda de vários colonos protestantes que deram continuidade às suas práticas religiosas no novo território. Além dos anglicanos, tivemos a chegada de imigrantes alemães,

⁵⁷ Isso porque a família real, que estava em desavença com a França, havia aceitado proteção inglesa e teria chegado em terras brasileiras escoltada por navios da marinha britânica (NARCIZO, 2007).

principalmente no sul do país e no estado do Espírito Santo, que mantiveram suas práticas culturalmente isoladas num entorno caracteristicamente rural, resistindo à cultura dominante durante décadas (DIAS, 2000).

Segundo Narcizo (2007), o protestantismo de imigração consiste, portanto, na vivência da religiosidade dos imigrantes protestantes que vieram para o Brasil, sendo que, diferentemente dos missionários protestantes – o protestantismo de missão –, estes não tinham como objetivo primordial a implantação da religião de suas terras no Brasil, pois vieram atrás de novas oportunidades financeiras⁵⁸. Todavia, o protestantismo de imigração teve como uma de suas consequências a criação de condições que facilitaram a introdução do protestantismo missionário no Brasil (NARCIZO, 2007).

O início do protestantismo de missão se deu, segundo Dias (2000), no ano de 1855 com a chegada de missionários estadunidenses⁵⁹, especialmente da região sul deste país. Esses imigrantes chegam como parte do projeto expansionista das nações norte-atlânticas, especialmente dos Estados Unidos (DIAS, 2000). Esse processo de expansão estava vinculado diretamente à ideologia do “Destino Manifesto”, através da qual a nação norte-americana seria o povo escolhido por Deus para ocupar as terras entre os Oceanos Atlântico e Pacífico e construir uma próspera civilização cristã, dentro dos princípios da liberdade e da democracia, e espalhar esta civilização pelo mundo (OLIVEIRA, 2013).

Assim, segundo Oliveira (2013), esse protestantismo chega ao Brasil marcado por uma ética individualista. Os estadunidenses procuravam estabelecer seu estilo de vida – político, econômico e cultural –, por meio de um apelo conversionista de orientação anticatólica romana (OLIVEIRA, 2013). Apresentavam um discurso do liberalismo já consolidado em sua sociedade de origem, diante da sociedade brasileira, então escravista, aristocrática e conservadora (DIAS, 2000).

Logo após a chegada dos primeiros missionários protestantes, deu-se a nossa Proclamação da República (1889), seguida pelo Decreto nº 119-A, de 7 de janeiro de 1890, que

⁵⁸ No caso dos imigrantes alemães, por exemplo, naquele contexto, as principais motivações para a imigração foram a miséria econômica e a superpopulação, tendo como fator desencadeador o inverno de fome de 1816/17 no sudoeste alemão. Os anos de 1816-1825 designam uma fase de extremo crescimento populacional, que levou a um índice médio de crescimento anual de 1,42%. O século XIX foi marcado pelas grandes migrações, com cerca de 10 milhões de alemães deixando seu país e 35 milhões de pessoas saindo da Europa para os Estados Unidos, somente entre 1860 e 1930, provocando, deste modo, a maior movimentação de habitantes. A parcela dos que emigraram para o Brasil foi relativamente modesta: de 1815 até 1848 devem ter sido no máximo 15 mil pessoas, de 1850-1859: 15.815 pessoas, de 1860-1895: 63.370 pessoas (RIBEIRO, 2008).

⁵⁹ Com exceção dos congregacionais procedentes da missão de um escocês, todos os demais protestantes de missão foram originados do protestantismo estadunidense (MENDONÇA, 2005).

favoreceu a permanência do protestantismo, consagrando a plena liberdade de culto (MATOS, 2011). Além disso, foi quando tivemos a primeira Constituição republicana, de 1891, que confirmou a separação entre a Igreja e o Estado, bem como proclamou outras medidas liberais como a plena liberdade de culto, o casamento civil obrigatório, a secularização dos cemitérios e a omissão da religião no novo currículo educacional (MATOS, 2011).

Mesmo com essas importantes mudanças, ainda vivíamos numa sociedade com características rurais, onde não havia espaço para o exercício da cidadania. Nesse sentido, o protestantismo de missão buscou, por meio das suas tentativas de conversão, fazer com que a sociedade brasileira vivesse uma modernização burguesa e liberal, onde os indivíduos fossem responsáveis por si mesmos e pela construção de uma nova sociedade (DIAS, 2000). Contudo, segundo Dias (2000), esse projeto não funcionou na nossa realidade, uma vez que o país se deparou com situações limites do processo de urbanização de natureza peculiar e própria da formação sociocultural brasileira com gritantes contradições de classe e outros aspectos que a distinguiu da sociedade estadunidense.

Tanto o protestantismo de imigração como o de missão, segundo o autor supracitado, não eram capazes de dar respostas condizentes às problemáticas brasileiras. Além disso, suas práticas e crenças eram enrijecidas por um conteúdo extremamente racional, que não combinava com os traços simbólicos, místicos e mágicos da nossa cultura (DIAS, 2000).

Dessa maneira, o protestantismo se desenvolveu a passos muito mais largos no Brasil no século XX, quando começam a se introduzir no nosso cenário religioso os protestantes pentecostais (DIAS, 2000). Esses se originaram no sul dos Estados Unidos, com fiéis insatisfeitos com os estilos de culto e práticas religiosas das igrejas protestantes históricas e até mesmo pelo desajuste social provocado pela passagem de uma sociedade rural a uma sociedade urbana (DIAS, 2000).

A nova vertente se contrapunha ao protestantismo histórico, que possui características mais formais, com cultos, doutrina e teologia que são orientados para a ordem e racionalidade, procurando suprimir manifestações mais exóticas do sagrado como a possessão ou a glossolalia, por exemplo (CAMPOS, 1996). Já o pentecostalismo, segundo Campos (1996), considera a crença no Espírito Santo como a crença central, em torno da qual se situam as demais crenças e as práticas religiosas.

Logo no começo do século XX, já vemos a expressão do pentecostalismo no Brasil, com a formação da Congregação Cristã do Brasil, no bairro do Brás em São Paulo, em 1910, e da Assembleia de Deus em Belém do Pará, em 1911 (DIAS, 2000). Mas, para esse autor, é na segunda metade deste século que vamos observar o movimento pentecostal avançando com

mais rapidez na sociedade brasileira. É em meio a um processo de desenvolvimento socioeconômico desigual e perverso que privilegiava, via uma modernização seletiva, as velhas estruturas de poder econômico e político e colocava à margem a grande maioria da população do país, que a mensagem pentecostal vai possibilitar suporte emocional para os flagelos vividos (DIAS, 2000).

Na década de 1950, um dos fatores que irá contribuir sobremaneira para a explosão pentecostal é o movimento de “tendas de cura divina” promovido pela chamada Cruzada Nacional de Evangelização, uma ramificação da Igreja do Evangelho Quadrangular, originada no Sul dos Estados Unidos (MENDONÇA, 2005).

Nesse momento, o Brasil vivia um processo de modernização sob a presidência de Juscelino Kubitschek, com a implantação do Plano de Metas, que tinha como objetivo avançar “50 anos em 5” (SPECHT; MARIN; SANTOS, 2009). A industrialização nesse período, segundo as autoras, se deu de forma intensa, com a entrada maciça de capital estrangeiro e aumentou as desigualdades sociais e as disparidades regionais. Uma das consequências da grande industrialização do Brasil nos anos 50 foi o agravamento do êxodo rural e do inchaço dos grandes centros urbanos, criando os mais variados problemas sociais (SPECHT; MARIN; SANTOS, 2009).

Este contexto favoreceu o crescimento e consolidação dessa prática pentecostal (cura divina), pois era o que demandava uma população insatisfeita com a falta de atrativos em suas igrejas e necessitada de apoio para o desamparo social em que vivia (MENDONÇA, 2005). A cruzada atingiu todos os tipos de igrejas protestantes, desde as mais tradicionais, às mais novas, levando muitos pastores, influenciados pela nova prática religiosa, a fundarem várias igrejas no mesmo estilo (MENDONÇA, 2005).

Desde então, o que se vê é uma progressão demográfica desse segmento religioso, e, posteriormente do neopentecostalismo, com pregações expansionistas que levaram a mudanças no cenário religioso brasileiro (ALMEIDA, 2008).

Na atualidade, essa transformação se expressa claramente, uma vez que podemos observar uma vertiginosa expansão dos adeptos ao pentecostalismo que, de 2000 a 2010, cresceram cinco vezes mais do que a população brasileira: 61,4% contra 12,3% (MARIANO, 2013). Com isso, ampliaram seu rebanho em 16 milhões de adeptos, saltando de 26,2 para 42,3 milhões, compostos por 7,7 milhões de evangélicos de missão (4% da população), 25,4 milhões de pentecostais (13,3%) e 9,2 milhões de evangélicos não determinados (4,8%) (MARIANO, 2013).

Esse aumento se expressa também no Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o último que disponibiliza informações acerca das religiões no país. Esse levantamento revela que o Brasil apresenta 64,6% de católicos e 22,2% de protestantes. Em seguida figuram os espíritas com 2% e os adeptos da umbanda e candomblé, que, somados, resultam em 0,3% da população brasileira. O Censo também registrou aumento entre a população que se declarou sem religião (8%), formando o terceiro maior grupo (IBGE, 2010).

Para compreendermos melhor esse processo de expansão do pentecostalismo no Brasil nos apoiamos em Mariano (2013), que nos aponta que essa mutação acelerou a partir da década de 1980 e isso não se deu por acaso, pois coincide com o período de expansão do neopentecostalismo no país, a chamada “terceira onda”.

Segundo o autor supracitado, a “primeira onda” ocorreu de 1910 a 1950, com a fundação da Congregação Cristã e da Assembleia de Deus. Em nosso país, segundo Pereira (2012b), esse período histórico foi caracterizado por longos governos de Getúlio Vargas que iniciava, sob grande dependência externa, um processo de constituição de política social por meio de práticas populistas e nacional-desenvolvimentistas. Assim, parafraseando Pereira (2012b, p. 732) essas políticas “floresceram e se adensaram nas ditaduras, sob as bênçãos da burguesia”.

A “segunda onda” teve início na década de 50 com a chegada em São Paulo de dois missionários norte-americanos da International Church of The Foursquare Gospel para evangelizar e expandir o pentecostalismo no país. Esse período foi caracterizado, conforme já mencionamos acima, pelo desenvolvimentismo econômico e agudização da desigualdade social brasileira (SPECHT; MARIN; SANTOS, 2009).

E, por fim, a “terceira onda” que começou na segunda metade dos anos 70, com a implantação da Igreja Universal do Reino de Deus (em 1977, no Rio de Janeiro), da Igreja Internacional da Graça de Deus (em 1980, no Rio de Janeiro), da Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra (em 1976, em Goiás) e da Igreja Renascer em Cristo (em 1986, em São Paulo), fundadas por pregadores brasileiros (MARIANO, 1996).

Podemos observar que a “terceira onda” se inicia num momento em que o Brasil vivia uma ditadura militar, um período de forte censura e de continuidade à industrialização desenvolvimentista que se apoiava no expansivo ciclo econômico internacional (PEREIRA, 2012b). Nos anos 1980, quando surgem as três igrejas neopentecostais citadas acima, o país vivia ainda uma transição lenta, gradual e progressiva para a democracia, em meio a uma crise econômica estrutural do capitalismo causada por desequilíbrios entre acumulação e consumo e

pela transformação do excedente produzido pela economia real em capital financeiro (PEREIRA, 2012a).

Com o fim da ditadura, tivemos conquistas importantes no âmbito do acesso aos direitos sociais, contudo, com o advento do neoliberalismo, negou-se, por princípio, a garantia destes, a universalização da cobertura e o compromisso do Estado com a população que mais se encontrava exposta às expressões da questão social (PEREIRA, 2012b).

Assim, de 1910 a 1990, período em que se deram as etapas de expansão do pentecostalismo no Brasil, não pudemos observar a constituição de direitos sociais amplos e universais para a população brasileira, muito menos, o rompimento com a relação de dependência dos países de primeiro mundo (PEREIRA, 2012b).

Por outro lado, a reinvenção do pentecostalismo, com novas vertentes, se deu com grande sucesso, voltado mais para as massas e suas necessidades imediatas de saúde, prosperidade e amor, especialmente em sua “terceira onda” (OLIVEIRA, 2013).

As etapas, segundo Mariano (1996), não se deram apenas por aberturas de novas igrejas, mas também por diferenças nos preceitos religiosos entre elas. A “primeira onda”, segundo o autor, caracterizou-se pela ênfase no dom de línguas e ascetismo de rejeição do mundo. A “segunda onda”, ainda conforme o mesmo autor, caracterizou-se pela ênfase teológica na cura divina, pelo intenso uso do rádio e pelo evangelismo itinerante em tendas de lona. Já a “terceira onda” caracterizou-se por pregar e difundir a Teologia da Prosperidade, enfatizar a guerra espiritual contra o diabo e não adotar os tradicionais e estereotipados usos e costumes de santidade (MARIANO, 1996).

Já mencionamos sobre os aspectos do pentecostalismo, mas do que se trataria o neopentecostalismo? O que seria a Teologia da Prosperidade?

4.2.2. Neopentecostalismo⁶⁰: a vida de prosperidade à venda

Segundo Sousa (2011), atribui-se à origem da Teologia da Prosperidade aos Estados Unidos, entre as décadas de 1920 e 1940, dois principais replicadores de suas ideias, Essek William Kenyon e Kenneth Erwin Hagin, dentre os quais, considera-se que o último teve maior influência no Brasil. Sua teologia era centrada em três principais eixos: o da prosperidade, o de curas e de visões sobrenaturais. Interessante notar que a associação entre essa teologia e saúde

⁶⁰ Para um maior aprofundamento no tema, ver Mariano (1999).

é tão grande que nos Estados Unidos uma das formas usadas para nomeá-la é “the health-and-wealth gospel” (SOUSA, 2011).

O período em que essa teoria se expandiu, corresponde a um grande crescimento econômico nos países capitalistas desenvolvidos, com ampliação dos meios de transporte e dos bens e serviços que passam a ser oferecidos a amplas parcelas das populações desses países numa onda de grande consumo (HOBSBAWM, 1995). Contudo, comumente, períodos de grande desenvolvimento se intercalam com períodos de crise e recessão, e é isso que ocorre em 1970, com a crise da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), aumento da inflação, aumento do desemprego, concentração de renda, aumento da pobreza, etc (HOBSBAWM, 1995). Ressaltamos, ademais, que foi também neste período que Richard Nixon declarou “Guerra às Drogas” (RODRIGUES, 2003).

Enfatizamos o quanto esse contexto econômico favoreceu o espraiamento da Teologia da Prosperidade e explica como ela estabeleceu as suas bases. Primeiramente, segundo Sousa (2011), num contexto de crescimento econômico e acesso aos bens de consumo, essa Teologia representou a adequação de determinados segmentos do protestantismo norte-americano ao rápido crescimento da economia, possibilitando às pessoas o desejo de participar das riquezas deste mundo sem desvincular-se da religião ou serem censurados por ela. Por outro lado, no momento de crise econômica, ela se tornou um meio para acreditar que a prosperidade pode ser alcançada neste mundo, uma esperança aos seus fiéis, bem como um meio de consolo espiritual para uma vida de mazelas (SOUSA, 2011).

No Brasil não foi diferente, as primeiras igrejas neopentecostais surgiram no contexto imediatamente posterior ao chamado “milagre econômico” (1969-1973) durante o governo Médici, em meio a um contexto que enfatizava a emergência de um “Brasil Potência” como forma de desviar a atenção da repressão e dos agravos sociais (SOUSA, 2011). O momento foi marcado por avanço das telecomunicações, facilidades de crédito, ampliação do consumo, sobretudo das classes média e alta, contudo não representou inclusão social, nem ampliou os ganhos reais da maioria dos trabalhadores (HOBSBAWM, 1995). Por outro lado, a recessão nos países desenvolvidos, o endividamento do regime militar e a dependência econômica do Brasil gerou, na década de 80, uma severa recessão (HOBSBAWM, 1995).

Neste contexto se desenvolveram as primeiras igrejas do ramo neopentecostal em nosso país, foram a Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra (Goiânia, 1976), Igreja Universal do Reino de Deus (IURD, RJ, 1977), Internacional da Graça de Deus (RJ, 1980), Cristo Vive (RJ, 1986) e Renascer em Cristo (SP, 1986) (SOUSA, 2011).

Mais recentemente, segundo Sousa (2011), outras igrejas obtiveram destaque por seu grande crescimento, como a Igreja Bola de Neve (SP, 1999), muito voltada para as classes média alta e alta e também a Igreja Mundial do Poder de Deus (Sorocaba, SP, 1998), que já possui filiais em todo o país e em quase todos os continentes, e uma emissora própria, com transmissão ao vivo, por vinte e quatro horas no próprio site da igreja. Ainda mais recentemente, segundo o mesmo autor, podemos citar o projeto de igrejas em células, que consiste na reunião de grupos em casas com um líder designado pela liderança da igreja com o objetivo de atrair novos fiéis. O crescimento das células, muitas vezes leva ao surgimentos e novas igrejas e tem alavancado ainda mais o crescimento do neopentecostalismo (SOUSA, 2011).

As igrejas neopentecostais, segundo Mariano (2004), baseiam parte dos seus cultos na oferta de serviços religiosos, de cunho terapêutico, centrados em promessas de concessão divina de prosperidade material, cura física e emocional e de resolução de problemas familiares, afetivos, amorosos e de sociabilidade. Há também uma ênfase no maniqueísmo e na guerra espiritual; uma flexibilidade quanto aos padrões de usos e costumes de santidade (modos de vestir, maquiagem, prática de esportes); e a estrutura empresarial, difundindo-se dentro dos princípios da economia de mercado na indústria fonográfica, da moda, na mídia e com a invenção de uma cultura gospel, bem como a criação de espaços voltados para o consumo e o lazer desses grupos (MARIANO, 2004).

Destacamos que todas as formas de expressão do pentecostalismo direcionam sua expansão para os estratos econômica e socialmente mais pobres da população, concentrando-se nas periferias urbanas das capitais e das áreas metropolitanas (BIRMAN, 2012).

Conforme já mencionamos, segundo Mariano (1996), a Teologia da Prosperidade propaga a ideia de que os cristãos são sócios de Deus ou financiadores da obra divina e por isso, estão destinados a ser prósperos, saudáveis, felizes e vitoriosos em todos os âmbitos de suas vidas. Assim, os neopentecostais defendem que possuirão tudo o que determinarem verbalmente, com fé e em nome de Jesus. Cabe aos fiéis, portanto, reivindicarem de Deus aquilo que desejam para que possam ser atendidos (MARIANO, 1996).

Interessante notar, conforme o autor supracitado, que os pedidos geralmente estão associados às doações financeiras, sendo que quanto mais alta a quantia maior a fé do sujeito de que aquilo se materializará. Esse tipo de prática acaba por tornar determinadas igrejas evangélicas, como a Universal do Reino de Deus, grandes empreendimentos de negócios, um verdadeiro mercado religioso na sociedade capitalista (MARIANO, 1996).

Fazendo uma rápida análise dessas crenças, percebemos que, se o enriquecimento das pessoas se dá devido a um feito religioso, numa aproximação delas com Deus por meio das

doações, conseqüentemente a pobreza consiste em um fenômeno individual que se dá no afastamento de Deus, na falta de fé, numa vida de pecados, na idolatria (entendida como o predomínio de credos não protestantes) e na atuação de demônios na vida das pessoas. Ou seja, a pobreza e a miséria não estão, para os neopentecostais, enraizadas em um contexto social historicamente marcado pela exploração e concentração de renda, não seriam produtos de uma sociedade capitalista, não seriam um fenômeno social (SOUSA, 2011). Vemos, mais uma vez, a funcionalidade prática da religião aqui, **alienando** e favorecendo a lógica capitalista que nunca será responsabilizada.

Embora muito se problematize em torno dessas crenças, apontando que nas igrejas neopentecostais os fiéis são facilmente manipulados pelas mensagens de enriquecimento rápido e fácil garantidas por suas doações, é preciso aprofundar mais. É importante compreender que, para as pessoas que se filiam a essas igrejas, há um elemento motivacional, de autoajuda, que as impele a seguirem os preceitos religiosos acreditando que irão “melhorar de vida” e sair da pobreza (SOUSA, 2011).

O acolhimento consiste, a nosso ver, na crença de que a prosperidade pode ser alcançada com uma negociação com Deus e com a Igreja. Não há, dessa maneira, uma racionalidade nesse pensamento, e nem liberdade, princípios básicos que levaram ao surgimento do protestantismo por meio da Reforma que há pouco descrevemos. Segundo Sousa (2011), a Teologia da Prosperidade faz com que a Igreja volte a ser intermediária entre o fiel e Deus, na medida em que apenas a doação à instituição religiosa pode mover a divindade a liberar milagres sobre o fiel. Além disso, na medida em que as dádivas são concedidas com contribuição financeira (para não dizer compradas!), vemos uma clara retomada, numa nova roupagem, das indulgências e do cristianismo pré-Reforma (SOUSA, 2011).

Percebemos, entretanto, que essa fé se sustenta mesmo diante de tantos escândalos envolvendo líderes religiosos. Como exemplo, temos Edir Macedo, principal líder da Igreja Universal do Reino de Deus que foi acusado, em 1991, de sonegar impostos, possuir envolvimento com o narcotráfico e de enviar ouro e dólares ilegalmente para o exterior. Em 1992, ele foi acusado de cometer crimes de charlatanismo, curandeirismo e estelionato, sendo preso numa cela especial por doze dias até ser solto mediante habeas corpus. Após, veio a público um vídeo em que ele aparecia rindo enquanto contava dinheiro num templo em Nova York, divertindo-se num iate em Angra dos Reis e instruindo pastores a serem mais eficazes na coleta de dízimos e ofertas (MARIANO, 2004).

Em 2007, segundo Xavier e Francelino (2014), Estevam Hernandes Filho e Bispa Sonia, fundadores da Igreja Renascer em Cristo, foram presos em Miami acusados de transportarem

cerca de US\$ 56 mil em dinheiro não declarado. Após, em 2012, Valdemiro Santiago, líder da Igreja Mundial do Poder de Deus, foi acusado de desviar dinheiro doado pelos fiéis para enriquecimento pessoal através da compra de várias fazendas no Mato Grosso com dinheiro da igreja (XAVIER; FRANCELINO, 2014).

Em 2013, a Forbes⁶¹, uma importante revista estadunidense sobre negócios e economia, publica uma matéria sobre as fortunas dos cinco pastores evangélicos mais ricos do Brasil. Os cinco nomes, em ordem decrescente, são: Edir Macedo (Igreja Universal do Reino de Deus), Valdemiro Santiago (Igreja Mundial do Poder de Deus), Silas Malafaia (Igreja Assembleia de Deus Vitória em Cristo), Romildo Ribeiro Soares (Igreja Internacional da Graça de Deus) e Estevam Hernandes Filho e Bispa Sonia (Igreja Renascer em Cristo). Na matéria, há uma clara correlação entre o crescimento da população evangélica no Brasil e crescimento das fortunas de seus líderes (XAVIER; FRANCELINO, 2014).

É controverso como os escândalos não impediram que, pela América Latina toda, viessem ao poder líderes políticos evangélicos (DIAS, 2000). No Brasil, com expressivo apoio dos evangélicos, se elege, no final de 2018, Jair Bolsonaro.

Também não impediram que a nossa bancada evangélica, existente desde 1986, continuasse crescendo. Um levantamento do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), com base nos dados disponíveis no portal do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) divulgou que, nas eleições de 2018, para a Câmara dos Deputados foram eleitos 84 candidatos identificados com a crença evangélica – nove a mais do que na última legislatura. No Senado, os evangélicos eram três e, em 2019, são sete parlamentares. No total, o grupo que tinha 78 integrantes, ficou com 91 congressistas⁶².

Segundo Almeida (2017), parcela desses religiosos está articulada a linhas de força em diferentes dimensões (econômica, moral, securitária e interacional) do processo social em curso no país e configuram o que tem sido denominado de “onda conservadora”. Conforme podemos observar por meio do Quadro 2, as primeiras igrejas neopentecostais brasileiras mencionadas acima, fundadas entre 1976 e 1986, possuem, de uma forma geral, representatividade política no Parlamento brasileiro e acesso a repasse federal para propaganda do governo recentes.

⁶¹ A publicação da Forbes pode ser lida na íntegra através do seguinte link: www.forbes.com/sites/andersonantunes/2013/01/17/the-richest-pastors-in-brazil.

⁶² Essas informações e outras podem ser encontradas no seguinte sítio eletrônico: <http://www.diap.org.br/>.

Quadro 2 - Representatividade política, acesso a recurso federal e divulgação nos veículos de comunicação das primeiras igrejas neopentecostais brasileiras

Igreja	Representação no Parlamento brasileiro	Repasse federal para propaganda do governo (pela SECOM)	Veículos de comunicação
Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra	Fundada por Robson Rodovalho, que foi Deputado Federal e foi presidente da Confederação dos Conselhos de Pastores do Brasil - ele defende o combate à ideologia de gênero e a defesa dos direitos da Família tradicional. Defensor da Reforma da Previdência. Eduardo Cunha (ex-presidente do CN e atualmente preso) é um de seus fiéis.	Entre 2017 e 2018, o governo repassou R\$ 862,8 mil para o CNPJ da Fundação Sara Nossa Terra.	Rede Gênese de TV Rádio Sara Brasil
Igreja Universal do Reino de Deus	18 parlamentares na atual legislatura	10,3 milhões no primeiro trimestre de 2019.	Rede Record
Internacional da Graça de Deus	Três parlamentares na atual legislatura	Não localizamos informação	Rede Internacional de Televisão
Cristo Vive	Nenhum	Não localizamos informação	Não localizamos informação
Renascer em Cristo	Nenhum	Não localizamos informação	Não localizamos informação

Fonte: Sistematização da autora (2019) baseada em reportagens da Congresso em foco (UOL) e buscas na internet.

Mais recentemente, no ano de 2019, podemos notar também uma interlocução entre o governo brasileiro e um ministério evangélico internacional, sob o financiamento do vice-presidente estadunidense, com o objetivo de conduzir estudos bíblicos na Casa Civil junto ao presidente Jair Bolsonaro e seus ministros. O ministério intitula-se Capitol Ministries e foi fundado na Califórnia em 1996 por Ralph Drollinger para “converter” políticos e servidores públicos a uma visão cristã evangélica da política que se casa perfeitamente com a visão da ultradireita atual dos Estados Unidos. Desde o ano passado, Drollinger abriu capítulos em cinco países latino-americanos – México, Honduras, Paraguai, Costa Rica e Uruguai –, e anunciou que abrirá em outros dois países – Nicarágua e Panamá⁶³.

Tais avanços religiosos, de ontem e de hoje, certamente correspondem a interesses de determinados grupos que estão em jogo na esfera do poder e são, ademais, sustentados por uma série de fiéis que colaboram para que essas representações cheguem onde estão, tanto política como economicamente. É possível que a estes fiéis possam ocorrer questionamentos sobre o

⁶³ Essas informações foram retiradas de uma matéria do site da Agência de Jornalismo Investigativo – Pública, disponível em: <https://apublica.org/2019/08/os-pastores-de-trump-chegam-a-brasilia-de-bolsonaro/>.

porquê uns enriquecem e outros não, mas para essas questões a Teologia da Prosperidade tem resposta: é preciso se dedicar mais, doar mais, fortalecer a sua relação com a igreja e expulsar o diabo e outros demônios de sua vida. Por isso o grande investimento do neopentecostalismo está no “resgate” de prostitutas, traficantes e usuários de drogas da vida mundana para que se convertam à sua religião (BIRMAN, 2012).

Contudo, a intervenção da religião nas mais diversas problemáticas dos seres humanos, não se trata de algo novo e nem consiste numa característica específica do pentecostalismo ou neopentecostalismo. Na história das religiões, estas, em diversos momentos, tiveram o monopólio das formas e dispositivos de filantropia em saúde, assistência social e educação e é sobre isso que nos dedicaremos no próximo tópico deste capítulo. Focalizaremos na interlocução entre a religião e a saúde, com vistas a compreender, sobretudo, as comunidades terapêuticas, em seus desenhos históricos e suas conformações mais atuais.

5. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E SAÚDE EM INTERLOCUÇÃO: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM FOCO

Este capítulo tem como objetivo caracterizar as comunidades terapêuticas no Brasil, destacando o processo entre religião e modelo de tratamento.

Para isso, iniciaremos com um debate sobre a interlocução entre religião e práticas de saúde, de uma forma geral e, posteriormente, adentraremos a perspectiva pentecostal e neopentecostal, a fim de chegarmos às práticas direcionadas aos usuários de drogas nas comunidades terapêuticas brasileiras e, mais especificamente, no estado do Espírito Santo.

5.1. Religião e práticas de saúde: uma relação histórica

Podemos observar que, ao longo da história, o conceito de saúde esteve, por muito tempo, associado ao pensamento religioso. Essa concepção partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Na antiguidade, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino, como por exemplo, quando alguém tinha uma doença contagiosa como a hanseníase (na época chamada de “lepra”), entendia-se que havia existido um contato pecaminoso entre corpos humanos (SCLIAR, 2007).

Segundo Scliar (2007), na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam instituições cujo foco não estava na cura, mas no abrigo e no conforto dos doentes. Outras culturas também se organizavam por meio da visão mágico-religiosa, como em tribos indígenas, onde o xamã, feiticeiro tribal, se encarregava de expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham apoderado da pessoa, e tinham sido responsáveis por causar alguma doença (SCLIAR, 2007).

Entretanto, segundo o autor supracitado, visões que se contrapunham a essa perspectiva existiam também desde a antiguidade, como é o caso de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). Seus escritos traduzem uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. Muito depois dele, o suíço Paracelsus (1493-1541) afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Segundo ele, os processos que ocorrem no corpo humano são químicos e os melhores remédios para expulsar a doença seriam

também químicos, assim, passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais (SCLIAR, 2007).

Posteriormente, no século XVII, com o desenvolvimento da anatomia, também consequência da modernidade, houve o afastamento da visão mágico-religiosa da saúde, uma vez que a doença passou a ser localizada nos órgãos (SCLIAR, 2007). E, mais à frente, no final do século XIX, avanços científicos se deram com Louis Pasteur, com a descoberta de microrganismos causadores de doença e a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas (SCLIAR, 2007).

Com o tempo, segundo Scliar (2007), sistemas organizados de saúde foram se desenvolvendo pelo mundo, a exemplo da Alemanha, França e Grã-Bretanha, com proximidades e distanciamentos entre eles, mas com um entendimento, ao menos, em comum, o de que a saúde devia prever intervenção do Estado, pois se tratava de uma questão pública. Ainda assim, embora com um afastamento nítido das concepções mágico-religiosas da saúde, essa separação não se daria por completo, por isso, ao longo dos anos que se seguiram, houve (e há) sempre um pouco de religião na medicina (GIGLIO, 2014).

Ou seja, o campo da saúde sempre esteve ligado às práticas religiosas (IBÁNEZ; MASIGLIA, 2000). Mesmo com o advento da modernidade, que tornou ilegítima a consideração das dimensões religiosas da vida humana na investigação da gênese das doenças e na busca de medidas terapêuticas, a religião continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo de adoecimento e cura (VASCONCELOS, 2009).

Laplantine (1986) já destacava que no campo da saúde a realidade não se resume a isto ou aquilo, mas a possibilidade de complementariedade entre as práticas médicas e as mágico-religiosas:

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma **explicação experimental dos mecanismos químicobiológicos** da morbidez e dos **meios eficazes para controlá-los**, as medicinas populares associam uma **resposta integral a uma série de insatisfações** (não apenas somáticas, mais psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o **racionalismo social não se mostra**, sem dúvida, disposto a eliminar (LAPLANTINE, 1986, p. 220, grifos nossos).

No Brasil, historicamente, também podemos observar a estreita relação entre religião e práticas de saúde. Segundo Baptista (2012), antes do período colonial, a população indígena se

organizava em práticas espirituais e saberes sobre plantas e animais. Nesse sentido, ainda de acordo com o mesmo autor, as explicações mágico-religiosas – advindas da crença nas forças da natureza e nos espíritos dos antepassados – eram o principal fio condutor para compreender os acontecimentos da vida. No xamanismo⁶⁴ indígena, um dos principais aspectos era a cura, sendo os conceitos de saúde e doença, por sua vez, relacionados com a transcendência do sagrado, a relação corpo-espírito, a unidade de existência e a vivificação da natureza (BAPTISTA, 2012).

Esses saberes foram apropriados no processo de colonização, sobretudo, pelos jesuítas, que passaram a atuar na área da saúde, fundando hospitais e realizando práticas para o tratamento de doenças e muitas epidemias que se espalharam em nosso território com a chegada dos portugueses (CALAINHO, 2005). Além disso, trouxeram uma outra visão de mundo, embasada pela ótica da religião cristã, que passou a reger a população que habitava as terras brasileiras (CALAINHO, 2005).

Posteriormente, a vinda da população africana possibilitou, do ponto de vista da religião, o contato da população nativa com novas práticas religiosas, como o candomblé, com saberes, práticas e explicações diferentes daqueles conhecidos pelos indígenas e pelos jesuítas (PRANDI, 1998). Contudo, como já vimos, também foram submetidos à cristandade, por meio de uma imposição violenta e inegociável que originou as religiões afro-brasileiras formadas em sincretismo com o catolicismo e, em grau menor, com religiões indígenas (PRANDI, 1998).

Os jesuítas acreditavam que o processo de conversão à cristandade, por si só, já poderia trazer grandes benefícios à saúde das pessoas que aqui habitavam (CALAINHO, 2005). Tinham como principal alvo os pajés, que eram detentores do saber nas comunidades indígenas, pois consideravam que era preciso desmascará-los e apresentá-los como instrumento demoníaco para, depois, convertê-los, abrindo espaço para o verdadeiro e único saber, que era do Deus cristão (CALAINHO, 2005).

Esse panorama mudou muito pouco até a vinda da família real ao Brasil, que impulsionou a criação de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001). Entretanto, até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. Verifica-se, portanto, que o interesse primordial

⁶⁴ Segundo Baptista (2012), o xamanismo representa o mais difundido e antigo sistema metodológico de tratamento da mente e do corpo que a humanidade conheceu. É presente em diversas manifestações indígenas brasileiras. Os rituais são realizados pelo Xamã, também conhecido como chefe cerimonial, sacerdote, pajé, profeta, adivinho, curador, entre outros nomes, é um mediador entre o mundo humano e o mundo dos espíritos que usa a magia para controle social.

estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século (POLIGNANO, 2001). A saúde continuou, de uma forma geral, com práticas muito arraigadas tanto à cultura indígena, quanto às crenças trazidas por colonizadores.

Todavia, os interesses médicos começaram a se evidenciar em forma corporativa-jurídica com a constituição das regras de controle social, desde 1890, garantindo à essa categoria exclusividade nos ordenamentos sobre a saúde das pessoas. Nesse período, instaurou-se uma guerra contra os agentes terapêuticos populares e suas respectivas atuações curativas (GIUMBELLI, 1997). As práticas mágicas de cura passaram a ser, então, perseguidas e punidas na forma da lei, também por meio da ordem de repressão policial. O espiritismo kardecista, a umbanda, o candomblé e a homeopatia eram igualmente perseguidos e tipificados por terapêuticas mágico-religiosas, fenômenos mágicos que ameaçavam a ordem social (GIUMBELLI, 1997).

A partir daí, no âmbito da saúde, houve o desenvolvimento de estratégias sanitaristas e higienistas, numa configuração ainda muito frágil de cuidado à saúde para população, privilegiando localidades e pessoas (POLIGNANO, 2005). Posteriormente, durante a ditadura militar, vivemos momento em que o setor médico privado se beneficiou do modelo privativista, tendo recebido neste período vultuosos recursos do setor público, havendo pouca alteração no acesso da população aos seus direitos sociais, inclusive os de saúde (POLIGNANO, 2005).

Apesar de haver uma maior separação entre o discurso biomédico e o discurso religioso, podemos observar que a religião continuou a fazer parte da compreensão popular sobre processos de adoecimento (VASCONCELOS, 2009). A exemplo disso, em meados do século XX, como expressão da valorização dos saberes populares de saúde, surge a Educação Popular em Saúde⁶⁵ no Brasil, um campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o fazer cotidiano e o pensar da população (VASCONCELOS, 2009).

Desde a sua origem, a saúde esteve muito ligada ao campo religioso⁶⁶. Isso se explicaria pela origem cristã de muitos de seus pioneiros e pela estreita ligação de suas práticas com as pastorais, principalmente da Igreja Católica, após o golpe militar de 1964, momento em que as

⁶⁵ Para maiores informações sobre o tema da Educação Popular em Saúde, no qual não iremos nos aprofundar aqui, ver o livro “Educação popular e a atenção à saúde da família”, organizado por Eymard Mourão Vasconcelos (1999).

igrejas cristãs, conseguiram resistir à repressão política da ditadura, se tornaram espaços de apoio às iniciativas de educação popular (VASCONCELOS, 2009).

Posteriormente, houve a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de um processo de mobilizações dos brasileiros em torno da não garantia do direito à saúde gratuita para todos (CAMPOS, 2007). Essa foi uma resposta tardia, uma vez que o processo de efetivação e construção do SUS, desde o início, se deu em um cenário de reforma econômica de caráter neoliberal, marcado por paradoxos e impasses que dificultaram a concretização de suas proposições (PEREIRA, 1996).

Nesse cenário, segundo Almeida (2006), as políticas sociais tinham um caráter focalizado e, a partir dos anos 1990, se constituía no país a ideia de “solidariedade” por meio de variadas articulações entre sociedade política e sociedade civil. Assim, houve um incentivo massivo em parcerias com organizações da sociedade civil, adotando a orientação do Banco Mundial (ALMEIDA, 2006).

Nesse bojo, há um fortalecimento da religião, que nunca deixou de lado a sua interlocução com a saúde. Esse fortalecimento das entidades e grupos religiosos que prestam serviços de saúde, segundo Mello e Oliveira (2013), é facilmente realizado num país onde os problemas de saúde estão entre as principais razões que levam as pessoas a procurarem ajuda religiosa. O doente, sobretudo o brasileiro, comumente, combina várias formas de tratamento e se alterna continuamente entre elas, perfazendo, portanto, o seu próprio itinerário terapêutico (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, o (re) estreitamento da relação entre religião e práticas de saúde não se dá somente com o avanço neoliberal, numa conjuntura de desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, com destaque para a (re) filantropia religiosa – uma velha estratégia em novas roupagens (LEITE, 2011). Essa aproximação não concorrencial ocorre também em decorrência de uma nova perspectiva de saúde criada a partir do SUS, com foco nas práticas territoriais, nos espaços de vida da população, embasada em um conceito mais ampliado de saúde (VASCONCELOS, 2004).

A Educação Popular em Saúde, segundo Vasconcelos (2004), passa de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Ocorre a aproximação de muitos profissionais de saúde com o movimento da Educação Popular, o que possibilitou a incorporação, em muitos serviços de saúde, de formas de relação com a população bastante participativas e que rompem com a tradição autoritária dominante (VASCONCELOS, 2004).

Ao discutir a Educação Popular em Saúde, Vasconcelos (2009) defende a importância das práticas espirituais e religiosas para os processos de saúde e a necessidade de estudos que

aprofundem os saberes sobre as vivências religiosas, tão importantes nas vidas privadas e públicas dos indivíduos. Para ele, faz-se necessário assumir as práticas religiosas como forte característica epistemológica da Educação em Saúde, que grande parte da reflexão sociológica e pedagógica não conseguiu captar (VASCONCELOS, 2009).

Diversos estudos se debruçam sobre o quanto as práticas religiosas podem contribuir no tratamento dos indivíduos. Saad, Masiero e Battistella (2001), bem como Alves *et al.* (2010), apontam que há uma influência positiva da religiosidade e da espiritualidade sobre a saúde que pode ser causada pela mobilização de energias e iniciativas positivas, que fortalecem o indivíduo, fazendo com que ele tenha condições de lidar mais eficazmente com o tratamento.

Outros estudos, como os de Baltazar (2003), Cerqueira (2003), Stroppa e Moreira-Almeida (2008), Murakami e Santos (2012) e Freitas e Piasson (2016), se debruçam sobre os efeitos da religiosidade no tratamento, especificamente, em saúde mental, apontam que esta implica em uma mobilização de energia positiva, de formação de fé e que, conseqüentemente, as pessoas que têm fé sentem-se mais fortes para enfrentar dificuldades e continuar a lutar pela sua sobrevivência, acreditando que serão curadas dos seus males. A fé faz o indivíduo acreditar numa provisão sobrenatural, capaz de intervir favoravelmente em sua situação concreta de vida, no curso da doença e nos seus efeitos na vida cotidiana (BALTAZAR, 2003; CERQUEIRA, 2003).

Para Hilbers *et al.* (2007), que realizaram um amplo estudo na Austrália sobre o tema, há uma crescente aceitação de que compreender as crenças e práticas espirituais de alguém pode ser uma fonte vital de informações sobre como eles experimentam o mundo e como lidam com a doença. As crenças e práticas espirituais podem afetar: a maneira como as pessoas entendem saúde, doença, diagnósticos, recuperação e perda; as estratégias usadas para lidar com a doença; a resiliência, recursos e senso de apoio; as tomadas de decisão sobre tratamento e autocuidado; as expectativas e relações das pessoas com os prestadores de serviços de saúde; as práticas cotidianas de saúde e escolhas de estilo de vida, dentre outros aspectos (HILBERS *et al.*, 2007).

Contudo, o estudo supracitado, constatou que muitas equipes de saúde não coletam dados ou fazem perguntas para compreender essas crenças, práticas e desejos das pessoas, porque, geralmente, a equipe de saúde não sabe como perguntar ou responder a questões espirituais/religiosas (HILBERS *et al.*, 2007).

Em estudo no Brasil, Almeida (2010) indica que, apesar de cada vez ser mais reconhecida a importância da religiosidade para a saúde, a maior parte dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado uma lacuna entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a importância que a religião representa

na vida dos pacientes. Além disso, muitas vezes, o profissional de saúde utiliza sua visão particular e pessoal sobre o status da religiosidade, valorizando ou depreciando as informações que são ditas pelo paciente (MARAKAMI; CAMPOS, 2012).

De uma maneira geral, os motivos que podem levar a essa falta de compreensão sobre espiritualidade e religião por parte dos profissionais de saúde, podem se referir: à falta de consciência da importância das crenças e práticas espirituais para pacientes e suas famílias; à falta de confiança pessoal devido ao equívoco de que necessitam de especialização ou conhecimento específico sobre tradições religiosas/espirituais/filosóficas e valores; à sensibilidade devido a seus próprios sistemas de crenças espirituais ou desconforto com espiritualidade e religião; ao medo de projetar suas próprias crenças sobre os pacientes; às preocupações sobre a intrusão na vida pessoal do paciente; à confusão sobre qual papel é levantar e/ou abordar questões de espiritualidade/religião; à falta de habilidades de comunicação necessárias para abordar o assunto com sensibilidade, dentre outros aspectos (HILBERS *et al.*, 2007).

Segundo Marakami e Campos (2012), em função dessas dificuldades, e de outras, que a equipe de saúde pode encontrar para lidar com o aspecto religioso/espiritual dos seus pacientes, as instituições religiosas podem deixar de ser consideradas possíveis parceiras na inserção social dos pacientes. A tendência é haver, portanto, pouco diálogo entre os serviços voltados para a assistência em saúde e as entidades representantes das igrejas, o que reforça mitos e desconhecimentos em ambas as partes, gerando preconceito. Enquanto as instituições religiosas aparecem como fundamentalistas e autoritárias para os profissionais de saúde, estes são considerados arrogantes e onipotentes em suas práticas (MARAKAMI; CAMPOS, 2012).

Por isso, concordamos com Marakami e Campos (2012) quando apontam a importância de romper com a dissociação entre espaço de tratamento e prática religiosa dos pacientes e não reduzir a religiosidade a uma experiência alienadora e exploradora da situação de desprivilegio social dos pacientes.

Além disso, a nossa Reforma Psiquiátrica, ao instituir os serviços de atenção à saúde mental que vieram substituir o modelo de hospitalização psiquiátrica, passou a exigir dos profissionais a capacidade de trabalhar com a complexa rede de pessoas, serviços, grupos sociais e instituições (FREITAS; PIASSON, 2016). Todos esses atores e serviços podem funcionar como importantes redes de apoio para viabilizar a reinserção do paciente e o seu acesso a cidadania. Não há, nesse sentido, como excluir o papel da religião e da espiritualidade na constituição destas redes (FREITAS; PIASSON, 2016).

Dessa maneira, os profissionais devem se ater às mais diversas manifestações religiosas e espirituais dos seus pacientes, que precisam ser escutadas e, sobretudo, compreendidas e qualificadas como legítimas manifestações simultaneamente subjetivas e culturais, em especial num contexto multiculturalista como o é a nossa realidade brasileira (FREITAS; PIASSON, 2016).

Essa proximidade é importante para conhecer os benefícios trazidos pelo vínculo religioso, mas também para identificar se não há prejuízos ao tratamento. Isso porque, em algumas situações, a busca religiosa, em vez de aliviar o sofrimento, pode piorar o quadro clínico, em meio ao fanatismo religioso e a um tradicionalismo opressivo advindo da crença religiosa (DALGALARRONDO, 2007; ALVES *et al.*, 2010). Ou seja, a relação entre religião e práticas de saúde podem ser positivas, mas também podem ser negativas. A dimensão negativa, via de regra, ocorre quando os campos se colocam em disputa: ou um ou outro.

Alguns estudos examinaram a potencial associação negativa entre religiões e tratamento em saúde, como Pargament e Mahoney (2002), que argumentam que a religião pode ser prejudicial quando as pessoas se recusam a aceitar novas informações importantes porque estas entram em conflito com suas crenças, e Beers e Berkow (2000), que descobriram que certas crenças e práticas associadas a alguns grupos religiosos podem reforçar, e até mesmo promover, distúrbios de saúde. Também há uma pesquisa que retrata que as crenças religiosas pronunciadas podem inibir a identificação de transtornos psiquiátricos e, assim, impedir que as pessoas possam obter ajuda psicológica adequada (D'SOUZA; HALASZ 2002).

Tais complicações podem se dar, segundo Baltazar (2003), porque algumas religiões, em função de sua compreensão sobre a saúde/doença /sofrimento mental, têm se oposto ao tratamento conduzido pelas instituições do campo da saúde mental. Essa situação pode ser indício da falta de diálogo dos serviços de saúde com os recursos comunitários a fim de desmistificar as pré concepções tidas pelas religiões, mas pode, também, ser uma resistência das religiões em reconhecerem a importância do tratamento por acharem que as suas abordagens são suficientes para resolver a questão (BALTAZAR, 2003).

Pode ficar ainda mais complicado quando, além de não reconhecerem o tratamento ofertado nos equipamentos de saúde, as religiões passam a ofertar dentro dos seus espaços uma proposta de tratamento.

Assim, é importante que percebamos que há diversas possibilidades de interlocução entre religião e saúde e, certamente, compreendemos a importância das práticas e dos saberes populares ligados à religião, bem como da religiosidade das pessoas serem consideradas e até mesmo incorporados nos processos de reflexão sobre os tratamentos.

Contudo, precisamos levar em conta que, para que uma boa interação entre saúde e religião possa acontecer, é necessário que uma reconheça a importância da outra. Essa interação se torna muito complexa quando os limites não são levados em consideração. Na atualidade, podemos citar uma série de situações conflituosas entre o modelo médico e o modelo religioso, como: situações em que ocorrem rituais religiosos dentro do contexto hospitalar; momentos em que há diferenças de perspectivas entre a religião e a saúde no diagnóstico e tratamento dos indivíduos; implicações legais, jurídicas e éticas no emprego de métodos e recursos ligados a religiões específicas, em vez de propriamente científicos, em contextos de tratamentos médicos ou psicológicos; dentre outros (FREITAS; PIASSON, 2016).

Nesse emaranhado de possibilidades de interlocução, faremos aqui um recorte necessário ao nosso objeto de pesquisa. Em nosso caso, a delimitação mais ampla consiste nas práticas religiosas, especialmente de cunho pentecostal e neopentecostal, desenvolvidas para o tratamento de pessoas em uso de drogas, comumente das classes sociais mais populares.

5.2. Aceite Cristo e renasça! Práticas de saúde e religião em disputa

A busca por tratamento nas igrejas evangélicas, sobretudo as de ordem neopentecostal, como a Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Renascer em Cristo, Igreja Jardim de Deus no Brasil, Igreja Casa da Bênção e outras dezenas, tem se destacado por prometer aos seus fiéis a cura e o amparo emocional que tanto buscam para a questão do uso de drogas, como também outras problemáticas (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER, PEREIRA, 2004). Essa situação é totalmente diferente da discussão que fizemos acima - sobre o benefício que a religião pode possibilitar a um indivíduo que faz tratamento de saúde. Aqui o que está em jogo é ter fé de que apenas a religião pode curar uma situação de saúde. O modelo explicativo para isso se inscreve no processo de adoecer cujas causas são mágico-religiosas.

Essa busca pelo cuidado ofertado pela religião tem se intensificado à medida que temos, no Brasil, um sistema de saúde, por vezes, desacolhedor, marcado por uma medicina que apresenta um discurso de difícil compreensão à população em geral, distante da realidade concreta dos sujeitos (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER, PEREIRA, 2004).

Para uma série de fiéis, há uma proximidade entre os médicos e a magia/mitologia/mística, uma vez que lhes parece que esses profissionais agem como magos conhecedores de porções mágicas que curam ou aliviam sintomas. Os remédios receitados são como gotinhas que “o doutor mandou tomar”, assim como o pastor que manda tomar água do rio Jordão, o padre que benze com água benta ou o médium que fluidifica água (ALVES, 1979).

Isso porque, segundo Alves (1979), quando o mundo tecnológico não dá explicações acessíveis para essas pessoas torna-os habitantes de um mundo mágico, no qual a falta de entendimento científico da medicina pode ter a mesma lógica dos tratamentos alternativos.

A eficácia desse tipo de “tratamento” pode se dar por meio da potência da fé, assim, a atuação dos pastores seria idêntica à sugestão dada por um médico que prescreve um placebo (substância na qual os pacientes acreditam haver potência para curá-los de suas enfermidades, mas, quimicamente, não passível de comprovação) (FISH, 1998). Além disso, Laplantine (1995) nos traz que toda técnica também tem uma dimensão ritual, e os rituais podem conter, em si mesmos, uma eficácia propriamente terapêutica.

Nesse processo de “fazer saúde”, segundo Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), muitas igrejas, sobretudo as neopentecostais, se apropriam, de maneira equivocada, dos discursos da saúde, utilizando termos bem característicos em suas pregações, como “doença psicossomática”, difundida entre fiéis da Igreja Universal como sendo algo que o médico não pode curar. Essa apropriação simplista revela uma interpenetração do saber científico no popular, o que, mais uma vez, aponta essa conexão complexa entre religião e práticas de saúde (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Por outro lado, de acordo com os autores supracitados, observamos que alguns médicos, especialmente católicos, parecem resguardar certo espaço para a divindade quando nomeiam clínicas homenageando santos, como um resquício, ainda muito presente, da religião na saúde. Outro momento em que as práticas médicas se utilizam da religião é aquela em que há fracassos nos tratamentos médicos ou morte, colocando a “vontade de Deus” como causa dos fatos, o que, de certa forma, conforta os médicos e os familiares. A religião surge, então, como resposta à necessidade de explicar e justificar fatos não-controláveis como a morte, e, às vezes, a doença. Assim, mesmo orientados por um saber científico, ocorre um apelo a explicação mágico-religiosa (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Entretanto, para os neopentecostais, a causa da doença é demoníaca e é com esse argumento que a igreja lança uma verdadeira guerra contra o diabo. Mas, onde estaria o diabo? Não por acaso, segundo Silva (2007), ele habitaria os espaços das outras religiões, como os centros de umbanda, candomblé e kardecismo. O neopentecostalismo acredita que é preciso eliminar a presença e a ação do demônio no mundo e classifica que as outras denominações religiosas sejam pouco engajadas nessa batalha, ou até mesmo sejam espaços privilegiados da ação dos demônios. É o caso, sobretudo, das religiões afro-brasileiras, cujos deuses, como os exus e as pombagiras, são vistos como manifestações dos demônios (SILVA, 2007).

Segundo o autor supracitado esse ataque dos neopentecostais às religiões afro-brasileiras seria mais do que uma estratégia de proselitismo⁶⁷ junto às populações de baixo nível socioeconômico. Tais ações parecem revelar um esforço constante para que possam se diferenciar das práticas do candomblé e umbanda, com as quais possuem medo de serem confundidos, uma vez que passam a ter uma série semelhanças com essas religiões. Com essas aproximações podem, inclusive, atrair fiéis que buscam experiências com forte apelo mágico, extáticas, com a vantagem da legitimidade social conquistada pelo campo religioso cristão (SILVA, 2007).

A exemplo disso, os neopentecostais prezam pela experiência vivida no próprio corpo, característica que tradicionalmente esteve sob a hegemonia das religiões afro-brasileiras e do espiritismo kardecista (SILVA, 2007). Além disso, trabalham com ritos de expulsão do demônio e cura, práticas que se dão a partir incorporação do próprio demônio que é convocado por eles a se manifestar, e que muito se aproximam de um ritual mágico como uma dimensão crucial da prática da fé e dos mecanismos de salvação ou obtenção da graça (SILVA, 2007).

Além do ritual de expulsão, esse “mal” também seria combatido por meio da aproximação com o Espírito Santo, sendo batizado, o que deixaria aquele “corpo fechado”, protegido dos males (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004). Mas o que estaria acontecendo com os corpos daqueles que são fiéis, como os próprios pastores, quando adoecem? Nesses casos, a doença passa a ser vista como uma provação a ser enfrentada ou um ataque do demônio para fazer calar aquele que leva a palavra de Deus (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Segundo Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), o “tratamento” de exorcismo realizado pelo pastor é, comumente, acompanhado de doações de dinheiro porque o ato de despender dinheiro é um indicativo de que há envolvimento com a igreja. O dinheiro gasto com a medicina, segundo os mesmos autores, acaba sendo questionado nessas situações: Quanto você gastou com remédios e médicos? Após a resposta, é enfatizado que o gasto foi à toa e que seria melhor ter dado para a igreja. O princípio é de, literalmente, comprar uma vaga no céu, pois se o dinheiro for doado, o fiel será abençoado, caso contrário, todo o dinheiro que retiver será amaldiçoado (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Dessa maneira, como já apontamos acima, o “tratamento” feito na igreja neopentecostal, nem sempre é complementar ao tratamento realizado por profissionais de saúde. Além de ser o

⁶⁷ Conforme já apresentamos, o número de indivíduos adeptos às religiões de matriz africana e do kardecismo no Brasil parece não ameaçar os cristãos, uma vez que representam, segundo o último Censo, 0,3% da população brasileira (IBGE, 2010).

prioritário, muitas vezes é enfatizado que ele seria o único necessário para a cura. Para ocupar esse lugar na vida do fiel, segundo Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), a igreja tem um ponto a seu favor, não trata o doente de forma distanciada como, muitas vezes, ocorre com os profissionais de saúde. Nas igrejas, o fiel é acolhido como um “irmão em Deus”, sendo o sujeito amparado num novo grupo e pode ter a sensação de pertencimento, de inclusão, que lhe foi negada por um mundo globalizado, individualista e competitivo (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

A formação de um “rebanho” parece ser a maior estratégia dos neopentecostais e é justamente utilizando argumentos como “convivência”, “compartilhamento de problemas”, “reclusão” e “formação de grupo” que elas passaram a empreender um trabalho junto aos usuários de drogas, fora do espaço da igreja, em comunidades terapêuticas evangélicas espalhadas pelo território nacional (MACHADO, 2011).

A seguir exploraremos a trajetória desses dispositivos no Brasil.

5.3. As comunidades terapêuticas: histórico, configurações e dilemas ético-políticos

Neste tópico realizaremos um resgate histórico das comunidades terapêuticas, tendo como perspectiva compreender suas configurações. Iniciaremos pela história do surgimento das comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Europa, abordando também o desenvolvimento dessas instituições nessas localidades até o momento atual, bem como as suas principais características e métodos de tratamento. Aqui intentamos indicar as diferenças entre essas instituições e aquelas posteriormente implementadas no Brasil.

Ressaltamos que a ideia de uma comunidade terapêutica não começou a ser pensada prioritariamente para as pessoas que faziam uso de drogas, mas sim, para indivíduos com problemáticas de saúde mental mais tradicionais, no bojo das reformas psiquiátricas da Inglaterra, no período pós Segunda Guerra Mundial (LIMA, 2016).

Segundo Lima (2016), em meados do século XX, Maxwell Jones⁶⁸, na Inglaterra, iniciou o movimento de Reforma da Psiquiatria mundial, desenvolvendo o modelo de comunidade terapêutica psiquiátrica, visando uma maior interação do paciente no seu próprio processo de tratamento. Jones partia da convicção de que os pacientes deveriam ser dignos de

⁶⁸ Para maiores informações ver “The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry”, publicado em 1953, por Maxwell Jones. Outro aspecto que necessitamos ressaltar é que apesar de Jones ter sido precursor no desenvolvimento do modelo da comunidade terapêutica, antes dele, T. F. Main teria cunhado o termo “comunidade terapêutica”, em 1946, quando publicou *The Hospital as a Therapeutic Institution*, descrevendo o hospital de Northfield sob o título “Uma comunidade terapêutica” (SCHITTAR, 1985).

confiança e ter a capacidade de assumir responsabilidades no tratamento, numa lógica de desconstrução da verticalidade da relação médico-paciente (LIMA, 2016).

A proposta de Jones vinha para se contrapor a todo um histórico de enclausuramento de indivíduos considerados desajustados socialmente (ROCHA, 2004). A internação de pessoas como forma de controle social é algo que remonta ao final da Idade Média, quando se iniciam o cercamento das terras, a propriedade privada do solo e a extinção gradativa das terras comuns da qual vivia a população rural. Os considerados “sobrantes”, enormes contingentes de população desalojada, passaram a vagar por territórios que estavam em processo de privatização e a serem vistos como uma ameaça (ROCHA, 2004).

Segundo Ferrazza (2016), o aprisionamento dos pobres passou, então, a se tornar uma estratégia utilizada na Inglaterra, criando um modelo que se espalhou por toda a Europa. Surgiram as Workhouses paroquiais na Inglaterra, os Hospitais Gerais na França, as Rasphuis nos Países Baixos, Hospícios nas cidades italianas, dentre outras instituições. Todas apresentavam como característica comum a correção do “desvio” por meio de trabalhos forçados. Essas instituições, além de enclausurar pobres de toda ordem (velhos, soldados desertores, crianças órfãs e abandonadas, homens e mulheres sem recursos, dentre outros), também tinham espaço para o enclausuramento da loucura (FERRAZZA *et al.*, 2016).

O processo de medicalização da loucura, segundo Castel (1978), se iniciou na metade do século XVIII, com a publicação de tratados de medicina que exploravam a problemática e pelas manifestações de médicos que propunham uma reorganização do espaço do enclausuramento. No final do século XVIII, segundo o mesmo autor, o médico Philippe Pinel, propôs um tratamento baseado na exclusão do indivíduo com a imposição de horários fixos para as atividades do dia, disciplinamento e trabalhos rotinizados. Havia também a aplicação de duchas frias ou quentes, o uso de cadeiras-fixas ou móveis, de camisas-de-força, de algemas, a aplicação de sedativos como ópio e morfina. O médico era a principal figura para uma possível eficácia do tratamento, sendo somente através do seu poder e conhecimento que qualquer melhora poderia se dar (CASTEL, 1978).

Essa lógica de tratamento sustentou grandes contingentes populacionais no interior dos hospitais psiquiátricos por longos anos, e somente foi posta em questão depois da Segunda Guerra Mundial (COUTO; ALBERTI, 2008). Nesse momento se iniciou um processo de desmobilização dessas instituições, tendo como ponto de partida três aspectos: o crescimento econômico de alguns países, a reconstrução social e os movimentos sociais e civis. Essa conjuntura também trouxe a reivindicação da participação da saúde pública de competência do Estado, obrigando-o a uma maior implicação nessa área (COUTO; ALBERTI, 2008).

Impulsionados por essa conjuntura, segundo Desviat (1999), diversos movimentos se desdobraram na Europa, a partir da década de 50, como a Psicologia Institucional e a Política de Setor, na França; a Psiquiatria Comunitária e Antipsiquiatria, na Inglaterra; a Psiquiatria Antiinstitucional, na Itália, dentre outros. Tais movimentos de Reforma Psiquiátrica possuíam diferenças entre si, mas suas semelhanças se sustentavam no questionamento do modelo manicomial, respaldado num consenso técnico, político e social, que permitia a elaboração de objetivos alternativos ao hospital psiquiátrico, e na legitimação administrativa, que deveria partir do Estado em forma de um compromisso de levar adiante o processo de reforma (DESVIAT, 1999).

Foi nesse contexto que surgiu a proposta da comunidade terapêutica na Inglaterra, ou seja, o debate sobre essas instituições foi de natureza do poder político e produziu efeitos importantes no poder ideológico da época (FERGUSON, 2017). Entretanto, Fussinger (2011) adverte que o termo comunidade terapêutica é imprecisa e cobre diversas concepções e práticas.

Ainda assim, embora tenha havido mudanças na lógica do tratamento, não houve uma alteração na essência das práticas manicomiais segregadoras⁶⁹. Não podemos deixar de mencionar que as comunidades terapêuticas atualizaram traços das tradicionais instituições totais, que continham um grande número de indivíduos, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo (LIMA, 2016).

Com relação à aproximação dessas instituições com a temática da droga, há divergências na literatura. Uma das perspectivas aponta o ano de 1948 como de criação da primeira comunidade terapêutica mista na área de drogas. Foi fundada no município de Center City, Minnesota, Estados Unidos, na Clínica de Hazelden, onde se utilizou os princípios de Alcoólicos Anônimos, elaborando o manejo profissional dos Doze Passos (LIMA, 2016). A equipe profissional recrutava membros de Alcoólicos Anônimos - AA e ex-pacientes da unidade em reabilitação para compor a equipe. Ainda era um período em que esta organização estava construindo os seus princípios, o que somente fora completado em meados de 1950, com a publicação de “Os Doze Passos e as Doze Tradições” (LIMA, 2016).

A outra perspectiva aponta que a fundação da primeira comunidade terapêutica, chamada de Synanon, teria se dado em Santa Mônica, na Califórnia, Estados Unidos, no ano de

⁶⁹ Podemos citar uma das primeiras comunidades terapêuticas dos Estados Unidos como um exemplo da natureza contraditória das relações de poder dessas instituições. A comunidade fora fundada numa instituição militar, no Centro Psicodiagnóstico da Marinha dos EUA, em Oakland, Califórnia, com uma hierarquia militar baseada em regras bastante rígidas, num pavilhão fechado à chave (SCHITTAR, 1985). Ressalta-se que essa experiência ainda não se destinava aos usuários de drogas.

1958 (FRACASSO, 2002). Chuck Dederich, que advinha de Alcoólicos Anônimos, e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, buscarem um estilo alternativo de vida (DE LEON, 2003; FRACASSO, 2002).

Esse último propunha, além de um modelo comunitário, um novo lar, uma nova sociedade para os usuários de drogas e seus familiares que quisessem acompanhá-los. Apesar de basear-se em parte dos preceitos do AA, segundo Damas (2013), não estimulava a entrega da confiança a um ser superior, mas ao seu líder, que deveria ser cultuado, além de haver um trabalho para melhorar a autoconfiança do internado. Muitas vezes utilizava recursos como a humilhação e a atribuição de culpa, sendo o trabalho (laborterapia) um dos pilares deste método (DAMAS, 2013).

O objetivo principal dessa comunidade não era a reinserção daquelas pessoas, mas sim a retenção dos admitidos que deveriam absorver princípios cada vez mais rígidos por meio da confrontação pública, principal método de tratamento utilizado, e angariar novas pessoas para essa apropriação (TINOCO, 2006). As regras da comunidade, segundo esse autor, eram muito rígidas: todos usavam uniforme e raspavam os seus cabelos. Não por acaso o próprio nome da comunidade terapêutica “Synanon” advém da palavra “sin” que significa pecado na língua inglesa.

Com o passar do tempo, seu líder, Dederich, voltou a ter uma relação problemática com o álcool e se envolveu em escândalos públicos (TINOCO, 2006). Além desses fatos, a própria rigidez do espaço, levaram à falência do modelo que passou a receber muitas críticas: as estadias eram demasiadas extensas; havia uma falta de abertura ao exterior; registrava-se falta de ajuda profissional; as técnicas de aprendizagem e de disciplina eram muito ultrapassadas; havia uma liderança excessivamente ultrapassada (TINOCO, 2006).

Podemos observar que tanto a comunidade terapêutica de Minnesota quanto a da Califórnia possuem uma relação com os princípios dos Alcoólicos Anônimos. Apesar dessa aproximação, segundo Lima (2016), precisamos fazer as devidas diferenciações na apropriação dos Doze Passos de AA por comunidades terapêuticas. Isso porque, apesar do AA fazer uso de algumas práticas religiosas (referência a um Poder Superior, o uso da oração da serenidade, o uso de depoimentos, dentre outros aspectos), rejeitou a natureza confessional e seletiva dos Grupos Oxford⁷⁰, numa tentativa de implementar princípios de tolerância e de inclusão em sua prática (LIMA, 2016).

⁷⁰ O Grupo Oxford foi fundado em 1860 como uma organização religiosa cujo grupo se inscrevia no Movimento de Temperança de âmbito internacional ao buscar revitalizar os princípios cristãos do primeiro século. Esta organização era uma crítica à Igreja da Inglaterra e o objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Entre

Outra questão muito importante é que o AA trabalha na perspectiva da ajuda mútua, que também é utilizada pelas comunidades terapêuticas, ao menos em seus discursos, entretanto, no AA essa perspectiva está ancorada na independência financeira, na voluntariedade da adesão, na proposta da abstinência do álcool aos membros e não para toda a sociedade, além de manter reuniões em espaços abertos e inseridos na comunidade (LIMA, 2016). Essas premissas se diferenciam, e muito, da prática vista em algumas comunidades terapêuticas, sobretudo brasileiras, como mencionaremos adiante.

Além das duas comunidades citadas acima, interessante também notar outra experiência muito difundida, a Daytop Village, fundada em 1963, em Nova Iorque, pelo monsenhor William Bóbrien e David Deitch. Esse modelo teria dado início a vários outros em países como a Inglaterra, Holanda, Suécia, Alemanha, Bélgica e Brasil (FRACASSO, 2008). Em nosso país, nos anos de 1990, líderes do Daytop Village realizaram treinamento para profissionais no Rio de Janeiro, com financiamento da Embaixada Norte-Americana e participação do governo federal brasileiro nesta iniciativa. A formação abordava processos grupais voltados para operar reuniões diárias, manejo de conflitos, processos de autoconhecimento via ajuda mútua e indução de mudanças comportamentais (FRACASSO, 2008).

Nesse modelo, segundo Tinoco (2006), o ataque ao erro dos internos é a principal abordagem. Apesar de haver uma certa humanização no trabalho realizado, algumas características do modelo de Synanon foram mantidas, como por exemplo a rigidez no momento da desintoxicação que é feita sem nenhuma intervenção medicamentosa. Com relação aos avanços, não há culto a um fundador e a instituição já não se encontra fechada em si mesma, havendo uma preocupação com a reinserção dos internados (TINOCO, 2006).

Apesar de, historicamente, as comunidades terapêuticas estadunidenses terem uma tradição rigorosa, com o passar dos anos passaram por importantes mudanças que as tornaram espaços mais democráticos. A partir dos anos 1980, as atitudes dessas instituições, por exemplo, em relação aos medicamentos evoluíram gradualmente, refletindo, por exemplo, no uso da metadona nos tratamentos feitos em uma grande parte das comunidades terapêuticas, um medicamento agonista opióide de ação prolongada que se mostrou eficaz no tratamento da heroína (DE LEON, 2015; VANDERPLASSCHEN *et al.*, 2013).

10 e 15 anos depois, constataram que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação. Nos Estados Unidos, participantes desse grupo se reuniam para partilhar o empenho e o esforço que faziam para permanecer sóbrios; desta maneira nasceu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) - fundado em Akron/Ohio, pelo cirurgião Bob e o Corretor de New York Bill, em 1935; que com o passar dos anos se tornou o maior grupo de Auto-Ajuda do mundo (FRACASSO, 2008).

Segundo o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2015)⁷¹, pertencente ao National Institute of Health (NIH), as comunidades terapêuticas estadunidenses são instituições para tratamento do uso de drogas que se concentram na pessoa como um todo e nas mudanças do seu estilo de vida, não simplesmente na abstinência do uso de drogas. O tratamento parte do princípio de que o uso problemático das drogas é uma doença crônica, de natureza recidiva, sendo a recaída uma oportunidade de aprendizado para os usuários. A recuperação é pensada como um processo gradual e contínuo de mudança cognitiva através de intervenções clínicas. Espera-se que, ao longo do tempo, os participantes do programa possam avançar etapas no tratamento, por meio do estabelecimento de objetivos pessoais (NIDA, 2015).

Nessa definição vemos a mudança do paradigma da abstinência para uma perspectiva mais progressista, que vislumbra o uso de drogas como algo que pode fazer parte do tratamento nos momentos em que o internado se ausenta da instituição (NIDA, 2015). Outra mudança importante é que, historicamente, os participantes permaneciam nas comunidades por um tempo maior, de 18 a 24 meses, e, atualmente, esse tempo reduziu para um período de três a 12 meses, em função das limitações de financiamento⁷² e de uma aposta maior na inserção social dos indivíduos nos seus territórios (NIDA, 2015).

Com relação aos métodos de trabalho utilizados nesses espaços, incluem reuniões, grupos terapêuticos, seminários, tempo livre, recreação e aconselhamento individual. Além disso, cada participante se responsabiliza por tarefas específicas de cuidado com a instituição com o objetivo de auxiliar na organização do cotidiano e de aprender a importância dos pactos e das responsabilidades. Outra atividade do cotidiano institucional são as reuniões entre todos os internos da comunidade que revisam as metas, procedimentos e funcionamento da instituição (NIDA, 2015).

Essas e outras atividades estão incorporadas numa lógica dividida por etapas, sendo que a primeira se refere a um período reflexivo de assimilação e adaptação ao funcionamento do local; a segunda etapa se caracteriza pela incorporação de tratamentos cognitivo-comportamentais; e a terceira etapa consiste em uma preparação para a saída do indivíduo e sua

⁷¹ O NIDA consiste em um instituto estadunidense cuja missão é realizar pesquisas sobre as causas e consequências do uso de drogas e aplicar esse conhecimento com vistas a melhorar a saúde individual e pública. Para isso, apoiam e conduzem pesquisas sobre o uso de drogas, suas consequências e os mecanismos neurobiológicos, comportamentais e sociais envolvidos. Além disso, divulgam amplamente os resultados das pesquisas científicas com o intuito de melhorar a prevenção e o tratamento de transtornos por uso de substâncias e aumentar a conscientização pública sobre o tema. Maiores informações podem ser encontradas no site: <https://www.drugabuse.gov/>.

⁷² A redução do período é por questões financeiras (custo de internação) e não por evidências quanto à efetividade ou não da modalidade do tratamento ofertado.

reinserção na comunidade, auxiliando na busca de emprego ou na realização de cursos e encaminhamento para grupos de autoajuda e outros serviços disponíveis (NIDA, 2015; DE LEON, 2015).

À medida que os participantes do programa progredem nos estágios de recuperação, assumem maiores responsabilidades na comunidade, podendo vir a assumir um papel de liderança no espaço. Em contrapartida, sanções disciplinares por violações às regras da comunidade também podem ser aplicadas quando as regras não são cumpridas (NIDA, 2015).

Para a condução das atividades citadas acima, a maior parte das comunidades terapêuticas tem uma equipe de profissionais treinados, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, profissionais especializados na administração de metadona, dentre outros (DYE *et al.*, 2012). Inicialmente, as comunidades terapêuticas estadunidenses não contavam com profissionais, como já vimos, mas sim por pessoas que já haviam passado por uma recuperação. Com o passar do tempo, começaram a incorporar profissionais com especializações sobre o uso de substâncias ou treinamento em saúde mental (NIDA, 2015).

Outra mudança importante nas comunidades terapêuticas estadunidenses é que elas ofertam tratamento para pessoas que tem um uso problemático de drogas e possuem outras problemáticas envolvidas, como por exemplo, algum tipo de transtorno mental associado, ou que estão em situação de rua, ou que possuem alguma interface com a justiça (NIDA, 2015). Sobre o tratamento ofertado para esse público, estudos apontam que os indivíduos apresentam melhorias no uso de substâncias, nos comportamentos considerados criminosos e nos sintomas de saúde mental; especialmente para aqueles que possuem quadros mais graves (DE LEON, 2010; VANDERPLASSCHEN *et al.*, 2013).

No que compete à eficácia das comunidades terapêuticas estadunidenses, foi realizado um estudo, com patrocínio do NIDA, chamado de Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS), que avaliou a eficácia de vários tipos de programas de tratamento para uso de drogas nos Estados Unidos, incluindo as comunidades terapêuticas (que administram ou não metadona), tratamentos ambulatoriais e internações de curta duração. O DATOS encontrou maior eficácia nas comunidades em que os participantes ficaram internados mais de seis meses, os dados mostram diminuição da cocaína e do álcool. A influência do tempo de tratamento na melhoria das condições de saúde das pessoas foi um dado importante para todos os tipos de tratamentos dessa pesquisa (NIDA, 2015).

Os participantes foram acompanhados por cinco anos após a saída dos tratamentos. Neste período os participantes das comunidades terapêuticas mostraram melhorias em comparação com o ano anterior à entrada nessas instituições. Isso também foi observado no

caso daqueles que fizeram tratamentos ambulatoriais ou internações de curta duração. Participantes dos três grupos de tratamento tiveram redução do uso mais frequente de cocaína em 50%, diminuíram as atividades ilegais em 50% e foram capazes de trabalhar 10% mais em comparação com o ano anterior as suas entradas no tratamento (NIDA, 2015).

Com relação ao financiamento dessas instituições, temos que os Estados Unidos subsidiam a maioria dos tratamentos para pessoas com uso problemáticos de drogas, contudo, o mesmo não acontece com os tratamentos de saúde em geral. Com os declínios nos gastos do Estado com a saúde, tem havido grande incentivo para que o tratamento das drogas integre os cuidados gerais em saúde, como uma estratégia para se obter financiamento (BUCK, 2011; NIDA, 2015).

No que compete à história das comunidades terapêuticas europeias, remontamos à vários movimentos religiosos e políticos que, em especial, adotam algumas ideias de Tuke e do movimento de Tratamento Moral no início do século XIX⁷³ – centrado na importância do trabalho, em um ambiente saudável e em relações calorosas (BORTHWICK *et al.*, 2009).

As comunidades terapêuticas se desenvolveram a partir de experiências entre 1942 e 1948, conhecidas como experiências de Northfield com soldados com traumas de guerra no Reino Unido. Posteriormente, Jones desenvolveu uma unidade na qual tratava soldados que sofriam alguns transtornos e também se tornou diretor em outra unidade criada especialmente para sujeitos desempregados (CAMPLING, 2001).

Campling (2001) destaca que a hierarquia horizontalizada das comunidades terapêuticas do Reino Unido, com frequente partilha das decisões, as vezes era (e é) interpretada pela sociedade como anarquia. Entretanto, a autora defende que os trabalhadores dessas comunidades terapêuticas são profundamente preocupados com a responsabilidade de prover uma segura base de um trabalho terapêutico. Além disso, ela afirma que:

[...] o termo Comunidade Terapêutica é usualmente utilizado no Reino Unido para descrever pequenas comunidade coesas na qual os pacientes (frequentemente referidos como residentes) tem um significativo envolvimento na tomada de decisão e no funcionamento da instituição. Baseada em ideias de responsabilidade coletiva, cidadania e empoderamento (CAMPLING, 2001, p. 365, tradução nossa).

⁷³ William Tuke, membro da Sociedade de Amigos (Quakers) se envolveu om a questão do Asilo de York (para pessoas com sofrimento psíquico). Tuke e os membros de sua sociedade criaram um retiro ofertando tratamento humanizado (BORTHWICK *et al.*, 2009).

Entre 1968 e 1983, as comunidades terapêuticas foram estabelecidas em grande parte da Europa, em países como Bélgica, Alemanha, Grécia, Espanha, Itália, Holanda, Suécia, Suíça e Reino Unido. Após a queda da Cortina de Ferro no final dos anos 80, foram também estabelecidas nos antigos países comunistas (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Em meados dos anos 1980, segundo Vanderplasschen, Vandevelde e Broekaert (2014), a situação ficou mais complexa com o aumento da disponibilidade de heroína e outras substâncias ilícitas. Ainda de acordo com esses autores, as respostas, que eram insuficientes, não conseguiram conter a situação. Isso resultou na rápida disseminação de doenças infecciosas, principalmente HIV/AIDS, e causou um crescimento no número de mortes relacionadas ao vírus e ao próprio ato de injetar heroína entre 1985 e 1995. Essa situação levou à introdução e expansão de outros níveis de respostas, como o tratamento de substituição de opiáceos e as intervenções baseadas na redução de riscos e minimização de danos (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

A partir dos anos 1990, por pressão do Sistema Nacional de Saúde (NHS), há na Inglaterra dois modelos de instituição: uma estruturada dentro da filosofia democrática de Jones e outra baseada na política de saúde local – resultado do poder local em responder às suas necessidades (CAMPLING, 2001).

Por volta dessa época, as comunidades terapêuticas começaram a perder sua dominante posição no tratamento de usuários de drogas na Europa. Essas instituições enfrentaram muitos desafios na década de 1990, como os cortes financeiros em função da crise econômica e questionamentos sobre os altos números de evasão e recaída dos indivíduos internados (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014). Passaram a haver organizações para administrar as comunidades financiadas e controladas pelo governo, o que levou ao encerramento de algumas ou substituição por comunidades administradas por profissionais em vez de ex-usuários de drogas (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Mais recentemente, passaram a haver mais críticas sobre os longos episódios de tratamento em residências fechadas, fato que desafiou ainda mais o desenvolvimento de comunidades terapêuticas em muitos países europeus e implicou numa diminuição das instituições em alguns países, como na Suécia, na Suíça e no Reino Unido (BROEKAERT; VANDERPLASSCHEN, 2003). Para lidar com esses desafios, as comunidades terapêuticas

tornaram-se mais abertas para iniciativas de Redução de Danos como, por exemplo, a administração de metadona (BROEKAERT; VANDERPLASSCHEN, 2003).

Segundo um relatório produzido pela European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction⁷⁴, que trata especificamente sobre o tratamento nas comunidades terapêuticas europeias, encontramos, como definição para comunidade terapêutica, um tratamento em que o uso da convivência e das atividades são projetados para promover mudança social e psicológica. São instituições que oferecem um ambiente em que as pessoas convivem de forma organizada e estruturada, a fim de promover a mudança e tornar possível que eles levem uma vida livre de drogas no exterior da instituição. Nessa lógica, a comunidade deve funcionar como agente de mudança, na qual os pares devem funcionar como modelos de exemplo positivo e viver de acordo com a filosofia e os valores do local. Importante frisar que devem ser todas voluntárias, não podendo o indivíduo participar contra a sua vontade.

Ainda segundo o mesmo relatório, existem cerca de 1.200 instituições desse tipo em toda a Europa, sobretudo no Sul e em alguns países da Europa Oriental. Normalmente, essas comunidades terapêuticas podem comportar entre 15 e 25 residentes, somando cerca de 15.000 vagas ao todo e, na maioria dos países, a duração do tratamento varia entre seis e 12 meses (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Geralmente, as comunidades terapêuticas europeias partilham de uma mesma estrutura de cotidiano, que começa com uma reunião da comunidade, seguida por atividades da manhã, almoço, tempo livre, atividades da tarde, jantar, e algum tempo livre antes do momento de reclusão (BROEKAERT, 2001). Os relacionamentos interpessoais, tanto dentro como fora das instituições, são considerados fundamentais para o processo de mudança. Também há um trabalho que é feito com os membros da família e uma preparação para que os indivíduos retornem às suas casas ao fim do tratamento (BROEKAERT, 2001).

Por darem essa importância às relações fora de suas instituições, preveem saídas ao exterior a partir de um determinado ponto do tratamento, sendo, comumente, necessário estar acompanhado por um responsável (em geral um familiar) (FERNANDES, 2011).

Segundo Vanderplasschen, Vandeveld e Broekaert (2014), a maioria das comunidades terapêuticas são mistas, ou seja, possuem homens e mulheres, geralmente com maior número de indivíduos do sexo masculino. Pensando nisso, algumas instituições organizam encontros mensais entre mulheres residentes de várias comunidades diferentes. Além disso, algumas comunidades se disponibilizam para receber mães (principalmente, mas pais também) que

⁷⁴ Maiores informações podem ser encontradas no site: http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en.

querem fazer o tratamento, permitindo que elas permaneçam com as suas crianças (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

As instituições são heterogêneas com relação à equipe de profissionais, mas a maioria possui psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, monitores de atividades artesanais, dentre outros. Contudo, é provável que a contenção dos gastos públicos acarrete a incorporação de voluntários nesses espaços (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Em função desses cortes, as comunidades terapêuticas europeias, assim como as estadunidenses, têm ofertado um modelo de tratamento menos genérico e mais adaptado às necessidades de grupos específicos de utilizadores de drogas como mulheres com crianças, pessoas que estão detidas por possuírem problemas com a justiça e indivíduos que sofrem de transtornos psiquiátricos (GOETHALS *et al.*, 2011).

Com relação à eficácia das instituições, em nossa busca encontramos um estudo que acompanhou os participantes de uma comunidade terapêutica até três anos depois do término do tratamento e encontrou uma taxa de recaída de 77% (VANDERPLASSCHEN *et al.*, 2013). Já Malivert *et al.* (2012) observaram uma taxa de recaída de cerca de 50% ao término do tratamento e outro estudo que acompanhou ex residentes de uma instituição por até cinco anos ou mais após o tratamento, identificou que as taxas de abstinência variavam entre 20% e 40%, em particular entre as pessoas que completaram todo o programa na instituição e permaneceram em tratamento por um período substancial de tempo (pelo menos seis meses) (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Esse último estudo ainda nos diz que as comunidades terapêuticas são, em geral, menos eficazes do que outras intervenções no que diz respeito à adesão ao tratamento. De qualquer maneira, é preciso reconhecer que aqueles que finalizaram o tratamento reduziram o uso de drogas e tiveram períodos mais longos de abstinência pós-tratamento do que aqueles que não finalizaram seus tratamentos ou não fizeram nenhum tratamento em comunidades terapêuticas (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014). Mas, sem cotejar esses dados àqueles ofertados em serviços de saúde de base comunitária, os resultados são limitados e devem ser alvo de críticas.

Esses dados, para instituições que se baseiam na abstinência, ou seja, numa vida sem drogas, não têm sido bem vistos pelos governos dos países europeus, financiadores de muitas comunidades terapêuticas, porque apontam para uma menor adesão dos usuários de drogas quando comparadas a outros tipos de intervenção. Assim, discussões tem apontado que é

preciso identificar quem, de fato, seria o público que tem perfil para essas instituições (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Segundo Vanderplasschen, Vandevelde e Broekaert (2014), seriam os usuários de drogas em estados mais graves, com dependência severa, principalmente, aqueles que podem não se beneficiar tanto de um tratamento ambulatorial por falta de estrutura e apoio na comunidade e por viverem em bairros em que as drogas são constantemente difundidas. Para o governo, estabelecer esses perfis é muito importante porque os tratamentos nas comunidades terapêuticas são residenciais e, portanto, são mais caros do que programas ambulatoriais (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Outra preocupação dos governos europeus consiste em não financiar instituições que sejam religiosas em seus métodos de trabalho. Estas, segundo Vanderplasschen, Vandevelde e Broekaert (2014), geralmente, são gratuitas, enquanto as do governo, mesmo tendo financiamento público contam com uma contribuição do indivíduo que está em tratamento. Em função desta gratuidade, muitas têm grande procura da população que se encontra em crise financeira. Contudo, destacamos que elas não são controladas ou credenciadas por nenhum órgão governamental e não podem receber nenhum tipo de financiamento estatal por não serem laicas e por seus métodos de trabalho não serem científicos (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

Ressaltamos que durante os seis meses de doutorado sanduíche na cidade do Porto, em Portugal, tivemos a oportunidade de visitar oito locais que trabalham com a temática das drogas, dentre eles, quatro comunidades terapêuticas no Distrito do Porto e duas em Barcelona, na Espanha. Nestas visitas foi possível observar todas as características citadas acima, como, por exemplo, o fato de nenhuma delas possuir viés religioso. Além disso, todas possuíam uma equipe de profissionais formada por psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, assistente social, educador social, monitores, pessoal da cozinha, dentre outros. A capacidade de vagas das instituições variava, o tempo de permanência também e, com exceção de uma delas que era masculina, todas eram mistas.

Portugal, nos dias de hoje, possui 56 comunidades terapêuticas convencionadas pelo Estado. Para se ter acesso a qualquer uma destas, os usuários precisam de um encaminhamento da rede com parecer médico e, quando for necessário passar por uma desintoxicação, essa deve ser feita em Unidades de Alcoologia ou Unidades de Desabituação, durando de oito a 15 dias. Ademais, há critérios que norteiam os profissionais para avaliar se um indivíduo necessita de uma comunidade terapêutica ou não, sendo eles: quando estar em sociedade apresenta riscos para o indivíduo; quando a comunidade onde vive inviabiliza o seu processo de tratamento;

quando todos os outros tipos de tratamentos já foram tentados e falharam; quando a família apresenta um esgotamento na relação com o usuário de droga. Nesse sentido, a comunidade terapêutica não é a principal estratégia da rede de atenção portuguesa para usuários de drogas e nem representa a maior cobertura deste público, pelo contrário, o país prioriza o tratamento ambulatorial centrado na redução de riscos e minimização de danos por meio de outros serviços⁷⁵.

Esses critérios de elegibilidade para as comunidades terapêuticas estão em consonância com o relatório da European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction que aponta que as comunidades terapêuticas, a fim de assegurar sua existência no futuro, precisarão acolher o público que mais possa se beneficiar do trabalho realizado em seus espaços, podendo alcançar impactos mais significativos. Isso significa projetar suas instituições para populações mais vulneráveis, como a população usuária de droga em situação de rua e os que possuem distúrbios associados, e oferecendo o seu trabalho em outros locais, como prisões e centros de detenção (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014).

A priorização pelo tratamento ambulatorial também parece ser uma tendência europeia, uma vez que, segundo o European Drug Report (2019), o tratamento para usuários de drogas é predominantemente realizado em regime ambulatorial na Europa, sendo os centros de tratamentos especializados os responsáveis pelo cuidado de 973.000 consumidores de drogas; os serviços de cuidados primários e de saúde mental em geral responsáveis pelo cuidado de 180.000 pessoas; e as agências de proximidade pelo cuidado de 88.000 pessoas. Já os tratamentos realizados por meio de internação são bem inferior, contabilizando 64.000 indivíduos que são cuidados nos hospitais e 26.000 usuários que são cuidados nas comunidades terapêuticas (EMCDDA, 2019).

A questão central que se coloca aqui é: devem as comunidades terapêuticas serem parte do tratamento para sujeitos em sofrimento por uso de drogas? Se na Europa e nos Estados Unidos, o percurso se deu como descrito acima, agora é hora de fazermos um balanço delas no contexto brasileiro.

⁷⁵ Essas informações são fruto de uma entrevista realizada durante o período de doutorado sanduíche na cidade do Porto, Portugal, com uma profissional da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da ARS Norte. É um serviço de gestão, onde se encontram as coordenações regionais de todas as áreas referentes à Política de Drogas de Portugal.

5.3.1. As comunidades terapêuticas brasileiras: uma experiência que envolve múltiplos problemas

No Brasil, o final da década de 1960 foi o contexto de emergência das comunidades terapêuticas para usuários de drogas. A primeira instituição foi criada no município de Goiânia, em 1968, chamada de “Movimento Jovens Livres”, fundada pela Missionária Ana (vinculada à Igreja presbiteriana), sobre a qual não conseguimos encontrar muitas informações (CHAVES; CHAVES, 2007)

Posteriormente, surgiram muitas outras comunidades terapêuticas no nosso território⁷⁶, a maioria delas teve influência estadunidense, aspecto que discutiremos mais ao final deste tópico, mas, por hora, destacamos que essa influência se deu com a formação das “Desafios Jovens” brasileiras, que foram inspiradas nas comunidades “Teens Challenges”, sendo a primeira delas fundada em Nova Iorque, em 1958, quando o Pastor David Wilkerson se dirigiu aos territórios de maior vulnerabilidade daquela cidade com a intenção de ajudar jovens dependentes de drogas, por meio da Bíblia (GEHRING, 2014). Em 1972, esse mesmo pastor chegou ao Brasil para divulgar o seu trabalho e, em pouco tempo, começaram a surgir instituições em todas as regiões do país. Por meio do envolvimento dos participantes em atividades laborais, acadêmicas, psicossociais, lúdicas e espirituais, o programa prometia conceder a todos uma vida totalmente livre de drogas, segundo os valores religiosos⁷⁷.

Além disso, tivemos, em 1978, a fundação da comunidade terapêutica “Senhor Jesus”, em Campinas, instituição oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rham, um missionário estadunidense (LIMA, 2016). O padre compreende o uso de drogas como uma expressão do afastamento da graça de Deus e continua com as suas atividades no local que hoje se intitula “Instituto Padre Haroldo”⁷⁸.

⁷⁶ Algumas dessas comunidades terapêuticas foram: a “Movimento S 8”, fundada pelo Pastor Jeremias Fontes na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, em 1971; a “Esquadrão da Vida” de Bauru, fundada por Edmundo Muniz Chaves em Bauru, São Paulo, em 1972; a “Desafio Jovem” de Brasília, fundada pelo Pastor Galdino Moreira Filho em Brasília, Distrito Federal, em 1972; a “Desafio Jovem Peniel”, fundada pelo Pastor Reuel Feitosa em Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 1972; a “Desafio Jovem de Rio Claro”, fundada por Sra. Vera Lúcia Silva, em 1975; a “MOLIVE”, fundada pelo Pastor Nilton Tuller em Maringá, Paraná, em 1975; a “Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT - Fazenda do Senhor Jesus”, fundada pelo Padre Haroldo J. Rahm em Campinas, São Paulo, em 1978; dentre muitas outras (GEHRING, 2014).

⁷⁷ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da comunidade terapêutica Desafio Jovem, <https://desafiojovemdobrasil.com.br/>.

⁷⁸ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico do Instituto Padre Haroldo, <http://padreharoldo.org.br/>.

Também é preciso retomar que, nos anos 90, recebemos em nosso território líderes da comunidade terapêutica estadunidense “Daytop Village” para a realização de um treinamento para profissionais no Rio de Janeiro, com financiamento da Embaixada Norte-Americana e participação do Governo Federal brasileiro nesta iniciativa (FRACASSO, 2008).

Derivado de um processo de expansão, o processo de organização formal das comunidades terapêuticas brasileiras é mais recente e se deu, primeiramente, com a fundação da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), em 1990⁷⁹. Essa federação foi responsável por estabelecer uma orientação ética das comunidades terapêuticas, por meio do primeiro Código de Ética, divulgado em 1995, cujos princípios fundamentais são: a) o trabalho nas comunidades terapêuticas deve ser baseado no respeito à dignidade da pessoa humana; b) a permanência na comunidade terapêutica deve ser voluntária e decidida após o candidato ser informado sobre a orientação e as normas em vigor; c) deve ser assegurado um ambiente livre de drogas, sexo e violência (PERRONE, 2014).

Além disso, para a FEBRACT (2014), os elementos essenciais que compõem o tratamento praticado nas comunidades terapêuticas são: abstinência; espiritualidade sem imposição de crenças religiosas; internação e permanência voluntária; ambiente residencial com características de relações familiares; respaldo técnico e ético; convivência entre pares; critérios de admissão, permanência e alta definidos com o conhecimento antecipado por parte do candidato e sua família; aceitação e participação ativa no programa terapêutico, tanto pelos residentes quanto pelos seus familiares; utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico; e acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação.

Segundo pesquisa feita pelo IPEA (2016), a FEBRACT é a entidade associativa que mais congrega instituições filiadas no Brasil. Contudo, como destacaremos abaixo, uma minoria das comunidades terapêuticas do Brasil está inscrita na federação, portanto, não podemos usar essas características como base para representar o cenário existente.

Existem ainda outras entidades associativas para as comunidades terapêuticas como a Federação das Comunidades Evangélicas do Brasil (FETEB), a Cruz Azul no Brasil, a

⁷⁹ A FEBRACT consiste numa organização da sociedade civil cadastrada na SENAD, sem fins lucrativos, que oferta capacitações com o objetivo de preparar profissionais para compor equipes em comunidades terapêuticas. Além disso, oferta um programa de certificação dessas instituições, que se trata de uma iniciativa da Federação Latino Americana de Comunidades Terapêuticas que visa sistematizar e uniformizar a organização dos recursos humanos das comunidades terapêuticas, validando formalmente a experiência e a capacidade técnica de cada um de seus colaboradores. Essas informações foram encontradas no sítio eletrônico da FEBRACT, em: <http://febract.org.br/portal/>

Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), a Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas e Instituições Afins (FNCTC) e a Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), dentre outras.

A FETEB surgiu em 1995 e oferta diversos cursos para formação de conselheiros na área de drogas, para coordenadores e monitores de comunidades terapêuticas e para as famílias de usuários de drogas. Além disso, promove seminários de prevenção; realiza simpósios e palestras; oferta suporte nas áreas administrativas, com foco no jurídico e contábil; divulga informações atualizadas sobre as políticas públicas no Brasil; e representa e articula as instituições filiadas junto ao poder público em todas as esferas. Não conseguimos encontrar nenhuma informações sobre o número de instituições filiadas⁸⁰.

A Cruz Azul no Brasil, enquanto uma federação, foi criada também em 1995, a fim de unir a suas casas e se filiar à Federação Internacional da Cruz Azul. Promove um trabalho social cristão com a finalidade de ajudar usuários de drogas, seus familiares e outras pessoas afetadas direta ou indiretamente. Busca a prevenção e acolhimento das pessoas, através dos trabalhos de prevenção, reuniões de grupos de apoio (mútua ajuda), capacitação de multiplicadores sociais, publicações e divulgação de material de informação. Realiza assessoria e apoio às comunidades terapêuticas e outras entidades que atendem usuários de drogas e seus familiares. Possui 19 comunidades terapêuticas filiadas⁸¹.

A FENNOCT foi criada em 2001 e é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos. Objetiva congregar e capacitar as comunidades terapêuticas do Brasil e instituições afins. Não conseguimos encontrar nenhuma informações sobre o número de instituições filiadas⁸².

A FNCTC, cuja data de fundação não conseguimos encontrar, se propõe a dar apoio técnico e financeiro aos trabalhos da Pastoral da Sobriedade, principalmente nos seguintes programas: prevenção ao uso de drogas; intervenção junto à população que já fez uso de drogas; reinserção social dos que se recuperaram do uso abusivo de drogas; manutenção de um sistema de banco de dados sobre a situação do uso de drogas no Brasil. Possui 92 comunidades terapêuticas associadas⁸³.

⁸⁰ Essas informações podem ser encontradas no site da federação: <http://feteb.org.br/>.

⁸¹ Essas informações podem ser encontradas no site da federação: <http://www.cruzazul.org.br/>.

⁸² Essas informações podem ser encontradas no site da federação: <https://www.fennoct.com.br/>.

⁸³ Essas informações podem ser encontradas no seguinte site: <http://www.sobriedade.org.br/>.

Por fim, temos a CONFENACT que foi fundada em 2012 por membros da FENNOCT, Cruz Azul no Brasil, FEBRACT, FETEB e coordenadores das Fazendas da Esperança⁸⁴. A confederação foi criada com o objetivo de fortalecer a modalidade de tratamento nas comunidades terapêuticas, e se propõe a construir políticas públicas que insiram de forma efetiva essas instituições na rede de atendimento de usuários de drogas e seus familiares, bem como a atuar na definição e aprimoramento da política nacional sobre drogas. Também é um canal de comunicação e articulação das necessidades e demandas das federações de comunidades terapêuticas junto ao Governo Federal⁸⁵.

A CONFENACT, segundo estatuto disponível em seu site, compreende as comunidades terapêuticas como:

[...] serviços residenciais transitórios, de modalidade de acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência do álcool e outras drogas, de caráter exclusivamente voluntário, que oferecem um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, cujos objetivos são o desenvolvimento pessoal e social, a melhora geral na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo, através da estratégia da abstinência (2019, online, s/p).

A partir dessa definição, pauta também que somente poderão filiar-se à Confederação as federações e associações de comunidades terapêuticas cujas práticas estejam alinhadas aos seguintes princípios e características: tratamento baseado na espiritualidade; acolhimento voluntário; que promovam um ambiente residencial, familiar, saudável e protegido técnica e eticamente livre de drogas, violência e prática sexual temporária; que tenham critérios de admissão, readmissão, permanência e saída definidos em um projeto terapêutico; que tenham internos e familiares com conhecimento antecipado, aceitação e participação ativa do programa de acolhimento; que não façam distinção de cor, etnia, sexo, nacionalidade, estado civil, profissão, denominação religiosa, de convicção filosófica ou política entre os internos.

Podemos perceber, ao mencionar essas federações, que no próprio nome de algumas delas há menção a um viés religioso, como é o caso, por exemplo, da FETEB que demarca em sua nomenclatura reunir instituições evangélicas, e a FNCTC que, por sua vez, demarca reunir

⁸⁴ As Fazendas da Esperança são comunidades terapêuticas, sendo, no total, 130 unidades espalhadas pelo mundo. Desse montante, 86 estão distribuídas pelo Brasil, enquanto as outras estão espalhadas em 22 países do mundo. Seu método de acolhimento centra-se em três aspectos determinantes: o trabalho como processo pedagógico; a convivência em família; e a espiritualidade para encontrar o sentido da vida. Maiores informações podem ser encontradas no site das instituições: <https://portalfazenda.org/>.

⁸⁵ Essas informações podem ser encontradas no site da confederação: <http://www.confenact.org.br/>.

instituições católicas. No caso da Cruz Azul no Brasil, o viés religioso também fica aparente em seu sítio eletrônico, ao citar que em suas instituições é feito um trabalho cristão, “cujos membros professam Jesus Cristo, como seu Senhor, Salvador e Libertador pessoal”. Os trabalhos têm como base “a fé no Deus Triúno, conforme o testemunho de toda Sagrada Escritura (Bíblia Judaico-Cristã), aliado ao conhecimento técnico, científico e empírico”.

À medida que esses serviços foram se organizando e se multiplicando, sem qualquer regulamentação, houve uma determinação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) para que fosse estabelecido um padrão básico para funcionamento dos mesmos. Dessa maneira, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁸⁶ publicou a Resolução da Diretoria Colegiada de Nº 101/2001, que estabeleceu um regulamento técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

A RDC nº 101, atualizada pela RDC nº 29 de 2011 da ANVISA, estabeleceu um regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, e possui como anexo um regulamento técnico⁸⁷ para o funcionamento das comunidades terapêuticas, segundo o qual essas seriam:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (ANVISA, 2001, s/p).

⁸⁶ A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS, 1999), com contribuições de órgãos e entidades envolvidas na assistência às pessoas com problemas de dependência química (BRASIL, 2003).

⁸⁷ Segundo o próprio anexo da resolução, o regulamento técnico para o funcionamento das comunidades terapêuticas foi elaborado por um Grupo Técnico Assessor (GTA), instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sob a coordenação da Gerência Geral de Serviços de Saúde (GGTES). Este GTA foi formado por representantes de diferentes áreas do Ministério da Saúde: Coordenação DST/AIDS da Secretaria de Políticas de Saúde, Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde, Unidade de Medicamentos Controlados da Gerência Geral de Medicamentos - ANVISA, Unidades de Infra-estrutura Física e de Tecnologia da Organização de Serviços de Saúde da GGTES - ANVISA e também integrou o grupo um consultor especialista no tema.

Ainda em termos de definições mais formais dessas instituições, no site do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)⁸⁸, clicando em “Tratamento e Reinserção Social” encontramos que as comunidades terapêuticas seriam: “instituições sem fins lucrativos, que prestam assistência às pessoas com transtornos decorrentes da dependência de substâncias psicoativas através de acolhimento em regime residencial. O acolhimento é temporário e exclusivamente voluntário” (BRASIL, 2019, online).

Ainda nesta página, podemos encontrar um link que dá acesso ao “Mapa das Comunidades Terapêuticas”, lançado em julho de 2019 pelo Ministério da Cidadania que, como mencionaremos mais à frente, passa a fazer a manutenção e atualização do OBID a partir de 2019, bem como a possuir uma secretaria própria que trata sobre o cuidado e a prevenção às drogas. Neste mapa podem ser encontradas as localizações de todas as comunidades terapêuticas cadastradas junto ao governo federal. O serviço oferece também outras informações como nome, e-mail de contato, número de vagas e recursos públicos aportados nas unidades.

Outro local onde podemos encontrar informações oficiais sobre as comunidades terapêuticas no Brasil, é no site do Observatório do Crack⁸⁹. Nele, em um dos relatórios produzidos pelo Observatório intitulado “Doenças relacionadas e formas de tratamento”, podemos encontrar praticamente a mesma definição de comunidade terapêutica citada imediatamente acima, com as seguintes inclusões:

Durante esse período [até 12 meses de tratamento], os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários. Vale ressaltar a necessidade de verificar se a comunidade terapêutica segue a legislação. Essa informação pode ser verificada junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Ministério da Saúde e à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) (BRASIL, 2015a).

Por fim, em outro relatório de estudo técnico, podemos encontrar o anúncio de abertura de 10 mil vagas em comunidades terapêuticas no território nacional. Estariam as vagas em instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária e voltadas a pessoas que buscam auxílio para recuperação do uso de drogas. Embora tenha sido feito o anúncio de 10 mil vagas, apenas 75% delas estariam prontas para receber esse público, o que correspondia a 7.501 vagas disponíveis no ano de 2015 (BRASIL, 2014).

⁸⁸ O endereço eletrônico corresponde a: <http://mds.gov.br/obid>.

⁸⁹ O sítio eletrônico é este: http://www.crack.cnm.org.br/observatorio_crack/.

O acesso ao financiamento público é, portanto, fruto de um processo organizativo dessas instituições. Esse processo, como podemos observar por meio do Quadro 3, se dá numa arena de luta na qual interesses conflitantes disputam o acesso ao fundo público. Há, historicamente, de um lado o avanço das normativas em torno da Lei de Saúde Mental, e, de outro, o processo organizativo dessas instituições. Nessa disputa se colocam modelos de tratamento diametralmente diferentes.

Quadro 3 - O processo de organização formal das comunidades terapêuticas e a promulgação das normativas de saúde e saúde mental

Organização das Comunidades Terapêuticas	Ano	Governo	Legislação
FEBRACT	1990	Presidente Fernando Collor de Mello	Lei 8080/90 e 8142/90 (SUS)
FETEB	1995	Presidente Fernando Henrique Cardoso	Portaria SAS 145, de 25 de agosto de 1994, cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor.
Cruz Azul no Brasil	1995	Presidente Fernando Henrique Cardoso	Portaria SAS no 147, de 25 de agosto de 1994. Essa portaria traz a exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma susceptível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica. Ainda hoje, ela é um instrumento normativo importante para os gestores.
FENNOCT	2001	Presidente Fernando Henrique Cardoso	Lei 10.216 (Lei de Saúde Mental) RDC Nº 101/2001, que estabeleceu um regulamento técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas
CONFENACT	2012	Presidente Dilma Rousseff	RDC nº 29 de 2011 da ANVISA, estabeleceu um regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Fonte: Site das instituições e do Ministério da Saúde. Sistematização da autora (2019).

Entretanto, em determinados momentos, os avanços do processo organizativo das comunidades terapêuticas e, conseqüentemente, o acesso a financiamento público, não se deu paralelamente à promulgação das normativas, mas, sim, conjuntamente, de maneira atrelada. É nesse contexto que temos o lançamento do programa “Crack, é possível vencer”, que envolveu a participação dos Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos. O programa, com apoio às comunidades terapêuticas, era baseado nos pilares “cuidado”, “autoridade” e “prevenção”, foi

uma ampliação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, lançado no ano de 2010 por meio do Decreto nº 7.179, com redação atualizada pelo Decreto 7.637 em 8 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2010).

Logo depois, em 23 de dezembro de 2011, foi publicada a Portaria nº 3.088 que redesenhou a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo as pessoas em sofrimento com uso nocivo de álcool e outras drogas. “As comunidades terapêuticas foram incluídas como serviço da Atenção Residencial de Caráter Transitório, portanto, inseridas no SUS, demonstrando a força política a despeito da tensão interna gerada no âmbito da saúde pública e, particularmente, da saúde mental” (LIMA, 2016, p. 166). E, em 2012, foi publicada a Portaria nº 131, que instituiu o incentivo e o financiamento das comunidades terapêuticas que estivessem de acordo com as normas vigentes da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2012).

A aprovação dessa Portaria, segundo Lima (2016), decorreu de um momento de clamor iniciado em 2010 pela mídia e por políticos sobre os danos do uso do crack, a construção de uma suposta “epidemia”. Esse cenário levou a questionamentos sobre a possível eficácia dos equipamentos dos SUS para dar conta da problemática. A dúvida aparece justamente quando as comunidades terapêuticas se encontram mais organizadas e se beneficiando de financiamentos municipais e estaduais, com representantes no parlamento que passaram a pressionar o Executivo Federal, para integrá-las à assistência aos usuários de drogas (LIMA, 2016).

Este momento também se configurou pela formação da Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas, criada pelo deputado Eros Biondini, uma frente composta por deputados e senadores de partidos diferentes (DOUDEMMENT; CONCEIÇÃO, 2018). No ano 2015 foi criada, pelo mesmo deputado, uma nova versão da Frente, demonstrando que as comunidades terapêuticas canalizavam seus esforços para além do Poder Executivo, com concretos investimentos também no Poder Legislativo, a partir do apoio de representantes alinhados ideologicamente com o modelo de atenção proposto por elas (DOUDEMMENT; CONCEIÇÃO, 2018).

No ano seguinte à Portaria nº 131 de 2012, o governo federal, com a presidente Dilma Roussef, lançou o edital de chamamento público nº 01/2013, por meio da SENAD, que credenciou comunidades terapêuticas em todo o Brasil para receber verba pública na prestação de atendimentos (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Oliveira (2017) ratifica esses argumentos acima, indicando que o período entre 2012 e 2015 foi marcado pela pressão do legislativo sobre o executivo para incluir na pauta o financiamento de leitos em estruturas privadas para tratamento de usuários de crack. É

desnudada, portanto, a ênfase no Programa “Crack, é possível vencer” na política de saúde mental brasileira (OLIVEIRA, 2017).

Posteriormente, em 2015, não por acaso, tivemos a regulamentação das comunidades terapêuticas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por meio da Resolução nº 01 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Nesse documento, que considera a Resolução nº 29/2011 da ANVISA, já mencionada, essas instituições são definidas como “as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (BRASIL, 2015b, s/p). São listadas as obrigações das entidades, os direitos da pessoa acolhida (como direito a respeito, independente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira; a privacidade e o sigilo sobre as suas informações), o modelo do Plano de Atendimento Singular, bem como a necessidade de articulação com a rede de serviços (BRASIL, 2015b).

Em 2016, ocorreu a publicação da Portaria nº 834 que redefiniu os procedimentos relativos à Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de saúde. Nela, instituições reconhecidas nos termos da legislação como serviços de atenção em regime residencial e transitório que prestem ao SUS serviços de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, incluídas as comunidades terapêuticas, poderão ser certificadas, desde que sejam qualificadas como entidades de saúde; e comprovem a prestação de serviços por meio de declaração do gestor do SUS; e comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% de sua receita bruta em ações de gratuidade. Essa portaria considera a Lei nº 12.101, de 2009, que já permitia a essas instituições realizarem a Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (BRASIL, 2016b).

Também em 2016, tivemos a aprovação da Portaria nº 1.482 que incluiu as comunidades terapêuticas na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde⁹⁰. Esta incorporação ampliou a possibilidade de destinação de recursos públicos do SUS para financiar esses estabelecimentos (BRASIL, 2016c).

⁹⁰ Seriam, segundo a portaria, elegíveis ao cadastro os estabelecimentos que desenvolvessem atividades de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Produção do Cuidado, cujas ações e serviços de saúde fossem de caráter individual ou coletivo, compreendendo práticas corporais, artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, atividades físicas, promoção da alimentação saudável ou educação em saúde; as comunidades terapêuticas, dentre eles.

A partir desse fortalecimento formal das comunidades terapêuticas no país, a SENAD passou a seguir com cada vez mais apoio financeiro para essas instituições. No mês de abril do ano de 2018, por exemplo, tornou-se público um edital para concorrer ao credenciamento da SENAD e recebimento de verba.

Esse chamamento público determinava que as comunidades terapêuticas necessitavam oferecer: a) Atividades recreativas (esportivas, artísticas e culturais); b) Atividades que promovessem o desenvolvimento interior (autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, assegurando o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição Federal – que dispõe sobre a liberdade de crença e a não imposição de religião); c) Atividades de promoção do autocuidado e de sociabilidade; e d) Atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e atividades práticas inclusivas para reinserção social (habilidades profissionais, práticas ou para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos).

Esse documento também colocava com uma necessidade para essas instituições: oferecerem espaço comunitário e de atendimento individual; incentivarem, desde o início do acolhimento, o vínculo familiar e social; nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado; não praticarem ou permitirem ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida; manterem os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades; não praticarem ou permitirem castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizarem expressões estigmatizantes; não submeterem os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas; não exigirem qualquer tipo de contrapartida financeira; respeitarem a orientação religiosa do acolhido, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade.

Além disso, o edital demarcava que as instituições credenciadas necessitavam ter como referencial a Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e a Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

E, por último, demarcava a necessidade de cumprimento da Nota Técnica nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, que esclarece os artigos da RDC nº 29/2011-ANVISA e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como comunidades terapêuticas. Esse documento não acrescenta muito à Resolução 29/2011, mas destaca que o contexto de surgimento e desenvolvimento das comunidades terapêuticas no Brasil se deu diante da não elaboração de respostas à problemática

das drogas pelo SUS até 2004. Essa omissão promoveu uma lacuna que foi ocupada por setores da sociedade civil formados por ações sociais, abrigos e instituições filantrópicas que começaram a oferecer apoio ao usuário de drogas e seus familiares (ANVISA, 2013).

Assim, o espraiamento das comunidades terapêuticas no Brasil, ancora-se no que se convencionou chamar de “vazio de possibilidades” (RIBEIRO; MINAYO, 2015). Diante da “epidemia do crack” construída ideologicamente, os dispositivos públicos estabelecidos na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2004 pareceram não dar conta da situação e, ao invés disso acarretar maior investimento para a criação dos equipamentos previstos nesta política, gerou investimento público nas já existentes comunidades terapêuticas. Atualmente, de acordo com as autoras citadas, o que temos em termos discursivos é que a solução mais acessível para o tratamento da maioria dos brasileiros acometidos pelas drogas está nas comunidades terapêuticas.

Segundo documento oficial do Ministério da Saúde produzido em 2015, o último onde encontramos dados sobre a rede de atenção em saúde mental brasileira, naquele ano, o país contava com 309 CAPS ad e 69 CAPS ad III⁹¹. Com relação à quantidade de CAPS no Brasil, segundo a mesma fonte, tínhamos 2209, o que correspondia a uma cobertura nacional de 0,86 CAPS/100 mil habitantes. Além disso, contabilizávamos em nosso território 34 Unidades de Acolhimento⁹² habilitadas, sendo onze delas no estado de São Paulo, e 888 leitos de saúde mental habilitados em 187 Serviços Hospitalares de Referência (BRASIL, 2015c).

Em dezembro de 2017, fizemos uma consulta ao site do “Observatório Crack, é Possível Vencer”, onde também encontramos alguns dados, contudo, estes não se encontram mais disponíveis online. Nessa consulta o país contava com 324 CAPS ad e 106 CAPS ad III. Com relação à quantidade de CAPS no Brasil, segundo a mesma fonte, no total, tínhamos 2.462, o que equivale a um para cada 100 mil habitantes. Ademais, tínhamos 263 Serviços Hospitalares de Referência com vagas para saúde mental habilitados. Juntos, esses serviços ofereciam 1.163

⁹¹ Os CAPS ad III foram redefinidos pela Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, e, segundo esta, correspondem a um Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

⁹² As Unidades de Acolhimento (UA) são regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 121, de 25 de janeiro de 2012, com republicação no dia 21 de maio de 2013. São dispositivos de caráter residencial, devendo funcionar vinte e quatro horas por dia e oferecendo suporte aos CAPS para ampliação de cuidados de saúde para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento nelas é voluntário, ofertado a ambos os sexos. Há duas modalidades de UA: adulto (UAA) ou infanto-juvenil (UAI) (BRASIL, 2015c).

leitos hospitalares para pacientes psiquiátricos. Desses leitos, 73,6% estavam concentrados nas regiões Sul e Sudeste⁹³.

Já com relação às vagas em comunidades terapêuticas, o mesmo site contabilizava 7.541 vagas em 336 comunidades terapêuticas. Contudo, os dados sobre as comunidades terapêuticas variam conforme a fonte. De acordo com a FEBRACT⁹⁴, por exemplo, existem, atualmente, 103 comunidades terapêuticas filiadas à federação no território nacional, havendo uma distribuição bastante desigual a depender de cada estado e de cada região brasileira. A região que mais possui instituições registradas é a Sudeste, com um total de 76 comunidades terapêuticas, sendo que a distribuição interna se dá da seguinte forma: São Paulo, com 59; Minas Gerais, com 15; Rio de Janeiro, com uma; e **Espírito Santo, com uma**. Em segundo lugar, fica a região Sul, com um total de 15 instituições. Em terceiro lugar temos as regiões Centro Oeste e Norte, ambas com um total de cinco instituições. E, por fim, temos a região Nordeste, com um total de duas instituições.

Interessante notar que o número de comunidades terapêuticas registradas na FEBRACT (103) é bastante inferior ao número das comunidades terapêuticas contabilizadas pelo “Observatório Crack, é Possível Vencer” (336) à época da consulta. Dados existentes em outras pesquisas também demonstram contagens bastante irregulares. Um exemplo disto é a pesquisa realizada por Machado (2011), segundo a qual somente no Estado da Bahia existiriam cerca de 80 instituições atuantes, enquanto que no registro da FEBRACT constam apenas três. Além disso, a contagem de uma comunidade terapêutica no estado do Espírito Santo se encontra também muito abaixo da quantidade existente, que mencionaremos mais adiante.

Já a Nota Técnica nº 21, divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2017, afirma que, conforme os dados do *survey* realizado, haveria cerca de 1950 comunidades terapêuticas instaladas em nosso território, ofertando cerca de 83.600 vagas para tratamento (IPEA, 2017).

⁹³ Todos esses dados foram retirados do site do “Observatório Crack, é Possível Vencer”, no ano de 2017, contudo, atualmente, o site não existe mais. Em nova busca o que encontramos foi uma apresentação intitulada “Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental” realizada pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas pertencente ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES da Secretaria de Atenção à Saúde realizada em agosto de 2017. Tal apresentação contém os mesmos dados que havíamos encontrado no site do “Observatório Crack, é Possível Vencer” anteriormente. A apresentação pode ser acessada neste link: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>.

⁹⁴ Dados retirados do site da FEBRACT: <http://febract.org.br/portal/>. Essa consulta foi feita em 29 de agosto de 2019.

Os dados do IPEA fornecem ainda a distribuição dessas instituições por regiões, revelando, assim como os dados da FEBRACT, que elas estão concentradas principalmente nos estados das regiões Sudeste e Sul. No Sudeste elas estão concentradas em São Paulo (420) e Minas Gerais (com 275), enquanto, para o Rio de Janeiro, aparecem apenas 75 unidades. Na região Sul, o estado com a maior população de comunidades terapêuticas é o Rio Grande do Sul (com 234), seguido do Paraná (156) e de Santa Catarina (120) (IPEA, 2017).

A partir dessa “chuva” numérica destacamos que a maior parte dessas instituições estão funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento. Além disso, as vagas em comunidades terapêuticas, 83.600 segundo o IPEA (2017), parecem ser imensamente maiores do que os leitos existentes em Serviços Hospitalares de Referência com vagas para saúde mental habilitados, que correspondem a 1.163, segundo a nossa última consulta online. Outra opção para o acolhimento dos usuários de drogas prevista em lei, seriam as Unidades de Acolhimento, mas estas são ainda mais raras, a exemplo disso, no estado do Espírito Santo não temos nenhuma.

Entretanto, mesmo com essa superioridade numérica, não podemos afirmar que essas instituições sejam pertinentes e/ou apropriadas para o acolhimento de usuários de drogas. O movimento das comunidades terapêuticas no Brasil tem sofrido severas críticas ao longo da última década, assim como muitas denúncias e rigorosas fiscalizações, como a realizada em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que se deparou com inúmeras práticas desumanas e iatrogênicas, que em muito se assemelhavam às práticas dos primeiros Hospitais Psiquiátricos, combatidos pelo movimento primitivo da Reforma Psiquiátrica, assim como pelo Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil. As principais críticas denunciam as práticas e intervenções institucionais marcadas por preconceitos morais relacionados à orientação sexual, o uso da laborterapia, a exigência de abstinência sexual e a intimidações ditadas por crenças religiosas (CFP, 2011). Tais denúncias nada se assemelham as definições encontradas nos documentos oficiais citadas acima.

No novo relatório do Conselho Federal de Psicologia, publicado em 2018, a situação continua complexa. Das 28 instituições visitadas, em todas foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos (CFP, 2018). Chegaremos à todas essas violações, mas comecemos pelo método de tratamento empregado nesses locais.

Todas as 28 comunidades terapêuticas visitadas informaram basear a atenção oferecida no modelo de abstinência e cada uma delas fez referência a práticas religiosas, seja com base em uma religião específica, seja pela atuação em torno da espiritualidade de modo mais geral, inclusive pelo uso de metodologias que incluem essa perspectiva. Além disso, do total, 27

informaram utilizar a laborterapia como método de tratamento. Segundo o relatório, essas práticas estão muito afastadas das metodologias fundamentadas no cuidado porque, dentre outros aspectos, não são formuladas com base técnica, teórica ou científica e não partem das singularidades de cada pessoa, uma vez que na maioria das instituições há ausência de projeto terapêutico singular (CFP, 2018).

Também foram encontradas comunidades terapêuticas cujo método de tratamento empregado era o chamado “12 passos”, como no modelo de Minnesota. Essa proposta foi mencionada em 13 comunidades terapêuticas, sozinha ou acompanhada de outras práticas, como laborterapia e espiritualidade ou orientação espiritual (CFP, 2018).

Sobre o uso desses métodos de tratamento, os dados do IPEA trazem o mesmo cenário, uma vez que o cultivo da espiritualidade e a laborterapia são comuns a mais de 90% das entidades. Observa-se que também são empregadas algumas práticas de natureza técnico-científica, tais como a psicoterapia em grupo, em 88,5%, e a psicoterapia individual, em 84,5%. Destaca-se, ainda, a prevalência da aplicação da técnica dos 12 Passos, que ocorre em 70% das instituições (IPEA, 2017).

Sobre a abordagem religiosa no tratamento, em apenas quatro das 28 das comunidades terapêuticas visitadas, é possível afirmar que não foram presenciadas ou registradas restrições à liberdade religiosa. Em muitas há imposição de uma rígida rotina de orações e foram colhidos inúmeros relatos de obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas, bem como a aplicação de punição em casos de negativa – inclusive por meio do aumento da carga de laborterapia (CFP, 2018).

Os dados do IPEA também confirmam a majoritária presença desse aspecto no interior dessas instituições, uma vez que 82% delas, no cenário nacional, encontram-se vinculadas a igrejas e organizações religiosas, notadamente as de matriz cristã (IPEA, 2017). De todas as vagas ofertadas, 41% correspondem a comunidades terapêuticas de orientação pentecostal. Já as comunidades terapêuticas católicas ofertam 26% das vagas totais. As instituições que se declaram sem orientação religiosa específica oferecem 19% de todas as vagas. As comunidades terapêuticas que mencionaram vincular-se a outras religiões, que não as mencionadas no questionário do IPEA, oferecem 9% das vagas brasileiras. Por fim, as instituições de orientação evangélica de missão ofertam 5% das vagas totais (IPEA, 2017).

Todavia, a nossa constituição de 1988 (art. 5º, inciso VI), dispõe que é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias. Além disso, também não é permitido que ninguém seja privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de

convicção filosófica ou política (art. 5º, inciso 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 (BRASIL, 1988).

Ainda com relação ao método de tratamento, constatou-se que as instituições não oferecem ferramentas que permitam às pessoas internadas a produção de novos projetos de vida ou a aquisição de capacidades e formação para retornar ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade (CFP, 2018). Embora na Resolução da ANVISA, as comunidades terapêuticas devam ser promotoras de rede de ajuda, resgate de cidadania e reinserção social dos internados, questionamos: Como seria isso, se os internados pouco estabelecem conexão com a sociedade? Que rede seria essa? Como se daria a reinserção social, se segundo dados do IPEA (2017), verifica-se que 74,3% da população das comunidades terapêuticas encontra-se instalada em áreas rurais? Ademais, segundo a mesma fonte, apenas 46% dessas instituições está articulada a projetos e ações de qualificação dos internos para o mercado de trabalho.

Sobre essa reinserção social, o que se tem observado, segundo Damas (2013), é que grande parte dos usuários de drogas que ficam internados em comunidades terapêuticas, ao retornarem à sociedade, rapidamente recaem no uso de substâncias. Esse aspecto esbarra no debate sobre a eficácia dessas instituições, temática sobre a qual encontramos poucos dados na literatura brasileira, mas que, por meio da nossa pesquisa, conseguiremos fazer alguns apontamentos mais à frente.

Outro aspecto importante, é a estrutura das instituições: dentre as 28 comunidades terapêuticas visitadas, apenas dez apresentaram alvará sanitário válido para o ano corrente. Em outras 11, os relatórios produzidos pelos estados afirmaram textualmente a não apresentação desse alvará ou, em dois casos, foram apresentados documentos de 2016. Nas demais cinco instituições visitadas, não houve informação específica sobre esse item. Em 20 delas foram verificados problemas sanitários bastante evidentes, tais como banheiros quebrados ou sujos, falta de água quente para banho, ausência de água potável, cozinha sem condições próprias de preparo e/ou armazenamento de alimentos, inclusive higiene e equipamentos, falta de refeitório, dentre outros (CFP, 2018).

Ademais, as instituições estão, geralmente, em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões – em alguns casos, também de vigilantes, que regulam a saída do estabelecimento. Muitas, inclusive, recorrem à punição em caso de tentativa de fuga. Em 16 instituições foram identificadas práticas de castigo e punição a internos, como obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas, em 10 instituições, práticas como isolamento por longos

períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) (CFP, 2018).

Os dados do IPEA (2017) também citam como sanções a suspensão de contatos telefônicos com familiares e amigos (praticada por 22% das instituições); o aumento temporário das atividades de laborterapia (mencionado por 16%); e o afastamento temporário dos (as) demais acolhido (as) (mencionado por 7,5% das entidades) (IPEA, 2017). Como o aumento de uma das principais estratégias de tratamento, a laborterapia, pode ser usado como punição?

No que se refere à diversidade sexual, por meio de entrevistas com usuários, equipes e diretores chegou-se à conclusão de que, em ao menos 14 das 28 instituições visitadas, não há respeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero. Os relatos indicaram tendência à repressão da expressão das sexualidades e seu tratamento como problemático. Esse aspecto também é mencionado no relatório do IPEA (2017), pois não são todas as instituições que se propõem a receber homossexuais. No caso de travestis, apenas 51,6% e, no caso de transexuais, apenas 43,6%.

Com relação à equipe de trabalho presente nestas instituições, em 15 das 28 comunidades inspecionadas, houve menção à presença de voluntários – que, na grande maioria dos casos identificados, trocam trabalho por abrigo e alimentação. O quadro de profissionais é escasso para a oferta de assistência integral. Há poucos profissionais com formação na área de saúde e muitos monitores. A título de exemplo, em apenas cinco das comunidades terapêuticas inspecionadas houve registro de presença de três categorias: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em outras quatro, os relatos foram de completa ausência de equipe técnica (CFP, 2018).

Apesar de também constatarem o grande número de voluntários nas instituições, os dados do IPEA (2017) chamam atenção para um recente processo de padronização e profissionalização das comunidades terapêuticas brasileiras, processo que parece ser decorrente das exigências em torno do acesso a recursos públicos (nos níveis municipais, estaduais e federal).

Sobre essa profissionalização, temos que as ocupações mais frequentes nas comunidades terapêuticas são a de psicólogo, com a média de 1,8 por instituição, assistente social, com a média de 1,3 por instituição e professor, também com a média de 1,3 por instituição. Os médicos se constituem na quarta ocupação de nível superior mais presente, com a média de 1,1 por entidade. As ocupações de enfermeiro, terapeuta ocupacional e educador comparecem, cada uma, com uma média de um trabalhador por comunidade terapêutica. Para todas elas, a quantidade de trabalhadores voluntários é superior à de empregados. Temos

também um grupo de trabalhadores voltados ao cuidado e à organização das instituições, sem formação superior, são monitores, coordenadores, pessoal administrativo, pessoal de limpeza e manutenção, pessoal de cozinha e sacerdotes. Esses trabalhadores compõem em maior quantidade as instituições, como é o caso dos monitores que representam, em média, 5,6 por entidade (IPEA, 2017).

Nesse cenário de escassez de profissionais, foram encontrados registros de administração de medicamentos no interior de 55% dessas entidades (IPEA, 2017). Destacamos, contudo, que procedimentos de medicalização não se encontram previstos nas determinações da ANVISA, em sua RDC nº 29 de 2011. Em seu artigo primeiro, parágrafo único, encontramos que 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. Não há, em suas discriminações, menção a procedimentos clínicos, apenas a determinação de que aquelas instituições que os realizarem necessitarão estar em conformidade com as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (artigo segundo, parágrafo único).

Além disso, é preciso registrar que foram encontradas situações de armazenamento precário de medicamentos, estoque sem prescrição médica, receitas e medicamentos vencidos, o que, por si, também se caracteriza como infração de norma sanitária (CFP, 2018).

Outra questão complexa são os tipos de internação encontrados dentro das comunidades terapêuticas brasileiras. Em relação ao tipo de internação, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) define três modalidades: voluntárias (com o consentimento do usuário), involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico) e compulsórias (determinadas pela Justiça). Dentre as 28 comunidades terapêuticas visitadas pelo CFP, 10 afirmaram receber apenas internações voluntárias, uma afirmou receber apenas internações involuntárias e compulsórias e 17 afirmaram receber internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.

As internações voluntárias são as únicas permitidas nas comunidades terapêuticas segundo a ANVISA, em sua RDC nº 29 de 2011. Ademais, a Lei nº 10.216/2001 estabelece que, para qualquer um dos três tipos de internação, inclusive a voluntária, é requerido laudo médico circunstanciado, expedido por médico devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde ocorrerá o internamento. Entretanto, apenas uma comunidade terapêutica apresentou o laudo médico, com diversos pontos problemáticos (CFP, 2018).

No caso das internações involuntárias, além de laudo médico devem ser informadas ao Ministério Público em até 72 horas, porém as vistorias identificaram em apenas duas o documento médico com a autorização para tais internações. Outras duas informaram realizar a comunicação ao Ministério Público Estadual (CFP, 2018). Há desacordo também com a Resolução nº 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que aponta que, nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento necessita justificar no prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente, devendo, nesta situação, buscar o consentimento de um responsável legal.

Com relação às internações compulsórias é mais complexo ainda, pois, segundo o Art. 9º da lei 10.2016, “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. Tais instituições, contudo, tem sérios problemas estruturais no que compete a condições de segurança para a estadia desse perfil de internação e não possuem nenhum protocolo para realizar procedimento de contenção, tanto física quanto mecânica ou química, mas, ainda assim, 12 delas afirmaram realizar alguma forma de contenção (CFP, 2018).

Para receber esse tipo de internação, bem como a involuntária, as entidades adotam a prática do “resgate” ou “remoção”: internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção por meio da aplicação de medicamentos. Em algumas das unidades, foi informada a participação de outros internos na realização desse serviço, que está disponível em pelo menos nove das 28 instituições visitadas. Tal prática, sem laudo médico fruto de avaliação prévia pode ser configurada como crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal (CFP, 2018).

Frente a essas práticas irregulares o Conselho Federal de Medicina tem se posicionado, esclarecendo que, segundo a Resolução CFM nº 2.056/2013, para fazer internações involuntárias e compulsórias, as comunidades terapêuticas precisam estar dotadas das mesmas condições dos estabelecimentos hospitalares, ou seja, dispor de plantão médico presencial durante todo o horário de funcionamento e equipe completa de pessoal. Essa seriam, de acordo com a mesma Resolução, as comunidades terapêuticas de caráter médico. A referida normativa visa garantir que sejam observados os parâmetros de assistência adequada, caso a comunidade terapêutica realize internação, parcial ou integral, assim como prescrição de medicamentos, além de proteger e favorecer a categoria médica (CFM, 2013).

Ainda segundo o CFM (2013), em comunidades terapêuticas não médicas não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante (artigo 29, parágrafo 1º).

Do total das 28 comunidades inspecionadas, 17 afirmam que recebem internações compulsórias ou involuntárias – e que, portanto, precisariam ter médicos contratados segundo os requisitos do CFM –, dez não informaram a disponibilidade de médico contratado. Das sete que afirmaram contar com tais profissionais na equipe técnica, nenhuma relatou ter plantão médico presencial em todo o horário de funcionamento, em evidente desacordo com a norma (CFP, 2018).

Outra questão polêmica que envolve as comunidades terapêuticas brasileiras se refere ao financiamento das mesmas. Do total de 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, 18 informaram receber algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal. Os documentos demonstraram que é prioritariamente por meio de recursos destinados a políticas sobre drogas que as comunidades terapêuticas vêm acessando recursos federais. A falta de alvará sanitário, as denúncias envolvendo os métodos de tratamento e o caráter religiosos dessas instituições não se mostraram, necessariamente, como empecilho para a destinação de recursos públicos (CFP, 2018).

A exemplo desse repasse financeiro, no ano de 2018, a partir do edital de financiamento da SENAD, contratou-se 6.459 vagas em comunidades terapêuticas, superando a meta de contratação prevista apenas para 2019, de 6.000 vagas. Com estas contratações, o valor aplicado chegou a R\$ 90.908,343,00 e foi oriundo dos ministérios da Justiça, Saúde e Desenvolvimento Social. Para o preenchimento das vagas, foram credenciadas 412 Comunidades Terapêuticas, de um total de 614 que se inscreveram. Segundo a SENAD, as entidades passaram por processo de habilitação e pré-qualificação no qual foram analisados, entre outros quesitos, a documentação de regularização financeira e sanitária, o projeto terapêutico, com previsão de atividades recreativas e que promovam o desenvolvimento interno, a promoção do autocuidado e de sociabilidade, além de capacitação⁹⁵.

Percorremos a lista de instituições credenciadas a receber o financiamento e notamos que os nomes das entidades já parecem dizer muito sobre os seus métodos e sobre a perspectiva utilizada para compreender o uso de drogas. Para exemplificar, citamos os seguintes nomes:

⁹⁵ Essa matéria pode ser encontrada no site do Ministério da Justiça, neste link: <http://justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1545142191.95>.

“Projeto Criação de Deus”, “Associação Paz em Cristo”, “Associação Divina Misericórdia”, “O. S. N. S. G. Fazenda da Esperança Padre Ibiapina”, “Associação dos Amigos de Deus em Cristo Jesus”, “Associação Deus Conosco – ADECON”, “Centro de Recuperação Viva com Deus”, “Associação Deus está aqui” e “Associação Centro de Recuperação Deus proverá”, dentre muitas outras.

Vemos, principalmente a partir do que as pesquisas apontam sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, como também a partir dos nomes das instituições, que o Estado tem dado apoio significativo às entidades religiosas. Em teoria, isso contraria o caráter laico do mesmo, que está previsto na Constituição Federal de 1988, no art. 19, inciso I, onde é vedado à União, aos estados, ao Distrito Federal e municípios: “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” (BRASIL, 1988).

O Brasil se encontra hoje em profundo descumprimento dessa prerrogativa, tanto no que compete às internações em instituições religiosas, como em outras interlocuções que faz com grupos religiosos no âmbito político.

Há um descumprimento também importante no âmbito da fiscalização das comunidades terapêuticas financiadas, pois, embora o edital da SENAD tenha apontado que esta aconteceria, isso não tem sido comprovado na prática das vistorias (CFP, 2018). É preciso ressaltar que qualquer destinação de recursos públicos deve contar com a fiscalização e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos. Os dados coletados pela inspeção nacional em comunidades terapêuticas apontam, portanto, que o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza sem financiamento acaba por resultar na destinação de recursos públicos a locais onde há sérias violações de direitos.

Importante notar que as comunidades terapêuticas brasileiras, além de estarem muito distantes do que se instituiu formalmente para elas, estão muito distantes do que foi idealizado no contexto de surgimento dessas instituições no âmbito internacional (VASCONCELOS, 2016). A proposta de Jones (1972), vale retomar, se contrapunha ao enclausuramento dos indivíduos, ao trabalho utilizado como tratamento moral. O mote de sua discussão era uma defesa por autonomia nas tais comunidades terapêuticas que ele idealizava. Na prática, uma parte das nossas comunidades terapêuticas virou tudo aquilo que mais deveria ser evitado na definição inicial.

Em outras palavras, a configuração das comunidades terapêuticas brasileiras está, hoje, mais próxima do que se combatia no contexto de sua criação. Temos, segundo Vasconcelos

(2016), um retorno a uma das estratégias do repertório histórico da transição para a sociedade capitalista, antes da emergência da psiquiatria pineliana: o tratamento moral da filantropia religiosa. E a população que se encontra nas comunidades terapêuticas de hoje ainda é a mesma que era trancafiada na transição para o capitalismo: aqueles que, para além de apresentarem um padrão mais grave de uso de drogas, estão associados a problemas de ordem social, como pobreza, menor grau de instrução, subemprego, desemprego ou baixa qualificação profissional, problemas comunitários e familiares, problemas com a justiça, baixo acesso a programas terapêuticos, dentre outros (DAMAS, 2013). Mais uma vez, podemos confirmar em nossa pesquisa esse perfil de internos, pois, pelo menos uma dessas características irá atravessar os nossos entrevistados.

Apesar disso, a expansão dessas instituições continua, somada à lógica moralista e conservadora que tem embasado o governo federal. Antes mesmo da posse do atual presidente Jair Bolsonaro, em janeiro de 2019, já tínhamos tido algumas portarias que pautavam modificações na Política de Saúde Mental, como a aprovação da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS. Tal resolução determinou, dentre outros aspectos, o retorno do hospital psiquiátrico à rede de tratamento com a manutenção de vagas e a previsão de reajuste das diárias; bem como a ampliação das comunidades terapêuticas credenciadas, de 4 mil para 20 mil, também com aporte de recursos.

Posteriormente, tivemos a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que compilou alterações realizadas em normativas nos últimos dois anos, onde ganham destaque o financiamento de hospitais psiquiátricos e a ampliação de leitos em comunidades terapêuticas. Essas mudanças legais indicam, segundo Amarante (2018), que no que compete às políticas de saúde mental brasileiras, “os ventos sopram para o passado”, havendo um claro retrocesso com o resgate do modelo manicomial e um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Com a posse do atual presidente, uma série de outras mudanças no que compete à organização dos ministérios brasileiros ocorreu. Sobre a temática das drogas, uma das alterações foi a transferência de todos os processos referentes às ações de cuidado, prevenção e reinserção social da Política sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, para a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), pertencente ao Ministério da Cidadania. Junto dessa alteração, tivemos as novas nomeações para estes ministérios: Sergio Fernando Moro para o Ministério da Justiça e Segurança Pública e Osmar Gasparini Terra para o Ministério da

Cidadania (resultante da união do Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Esporte e o Ministério da Cultura).

Osmar Terra, desde 2013, quando era deputado federal, reunia propostas conservadoras em um projeto de lei que dialogava com a Lei de Drogas do Brasil da época do regime militar, com foco na abstinência total, na preferência pelo tratamento em instituições de longa permanência e na manutenção da política criminal, com aumento de penas e internações compulsórias (DENADAI, 2015; GALLASSI, 2018). Em dezembro de 2017, como representante do Ministério do Desenvolvimento Social no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), apresentou uma minuta de resolução para uma “nova” política de drogas, propondo uma diminuição no investimento dos espaços de cuidado em liberdade, como é o caso dos CAPS ad, e desprezando a Redução de Danos como estratégia terapêutica (GALLASSI, 2018).

Em março de 2019, já na condição de ministro da Cidadania, aprovou a Portaria nº 562 que criou o Plano de Fiscalização e Monitoramento das Comunidades Terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) (BRASIL, 2019b). O objetivo desta portaria é estabelecer critérios para acompanhar a execução dos serviços prestados. Seguida desta, tivemos outras duas portarias que tratam também das comunidades terapêuticas: Portaria nº 563, de 19 de março de 2019, que cria um cadastro das comunidades terapêuticas, a partir de um conjunto de documentos que comprovem o funcionamento e as regras de acolhimento (BRASIL, 2019c); e a Portaria nº 564, de 19 de março de 2019, que institui a certificação de qualidade dos cursos de capacitação para profissionais que atuam nas comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019d).

Logo depois, em abril de 2019, tivemos a promulgação do Decreto nº 9.761 que aprovou um novo texto para a Política Nacional sobre Drogas. O decreto prevê o reforço das comunidades terapêuticas e defende a abstinência como meta, estabelecendo uma clara oposição à Redução de Danos. Ademais, estabelece o aumento à repressão do tráfico, ressaltando que a diferenciação entre usuário e traficante deve se dar com base no local e nas condições em que se desenvolveu a ação de apreensão (circunstâncias sociais, pessoais, conduta e antecedentes do envolvido) (BRASIL, 2019a). A partir de sua aprovação, todas as estruturas da rede de atendimento às pessoas em uso de drogas, como os CAPS ad, devem passar por mudanças para acolher o novo modelo⁹⁶.

⁹⁶ Tais informações podem ser encontradas numa matéria disponível no site do Ministério da Cidadania: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/abril/governo-federal-implementa-nova-politica-nacional-sobre-drogas>.

Logo em seguida, em junho de 2019, houve a aprovação da Lei nº 13.840 que altera a Lei nº 11.343, de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Dentre outras diretrizes, a lei agora permite que, além das internações voluntárias, também possam ser feitas internações involuntárias em unidades de saúde e hospitais gerais, com o aval de um médico responsável e pelo prazo de 90 dias. A solicitação para que o usuário seja internado poderá ser feita pela família, pelo responsável legal ou servidor da área da saúde (BRASIL, 2019e).

Sobre essas internações involuntárias, também se pontua que: devem perdurar apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 dias, sendo seu término determinado pelo médico responsável; devem ser informadas, em, no máximo, 72 horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único; e não devem ser realizadas nas comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019e).

No que compete às comunidades terapêuticas, há poucas determinações. Nessas instituições, vocacionadas para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social, os projetos terapêuticos devem visar à abstinência; a adesão e a permanência devem ser voluntárias, formalizadas por escrito, com avaliação médica prévia e elaboração de plano individual de atendimento. O ambiente residencial deve ser propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e promoção do desenvolvimento pessoal. É vedada qualquer prática de isolamento físico dos acolhidos, bem como o acolhimento de pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde (BRASIL, 2019e).

A Lei aparenta fazer uma separação entre as internações (voluntárias e involuntárias, não mencionando as compulsórias), que poderiam ocorrer, por até 90 dias, em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares, e o acolhimento (apenas voluntário) nas comunidades terapêuticas, sobre o qual não se menciona tempo máximo e nem equipe de profissionais. Entretanto, conforme já expusemos, na prática, há várias incoerências com o que foi proposto, uma vez que ocorrem internações compulsórias e involuntárias em algumas comunidades terapêuticas. Além disso, como demonstraremos no próximo tópico,

ocorrem internações em clínicas para usuários de drogas com tempo muito superior a 90 dias (BRASIL, 2019e).

Por fim, não poderíamos deixar de mencionar o Decreto nº 9.926, de julho de 2019, que dispõe sobre o novo funcionamento do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A partir do decreto, o Conselho em questão deixou de ter as representações dos Conselhos profissionais e da sociedade civil, e passou a ser composto, majoritariamente, por integrantes governamentais⁹⁷. A composição anterior contava com a representação de um advogado, indicado pela OAB; diversos profissionais indicados pelos devidos conselhos federais (um médico, um psicólogo, um assistente social e um enfermeiro); um educador indicado pelo Conselho Nacional de Educação; um cientista indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes; um representante de imprensa, de projeção nacional; um antropólogo; um membro do meio artístico, de projeção nacional; e dois membros de organizações do terceiro setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na temática das drogas (BRASIL, 2019f).

Podemos perceber que todas as aprovações caminham no sentido proibicionista, apregoam uma maneira conservadora de ver os usuários de drogas e inviabilizam, cada vez mais, as possibilidades de debate com a sociedade. Priorizam as comunidades terapêuticas, apostam na abstinência, na internação e na transformação moral dos indivíduos. Parecem ignorar as denúncias que são realizadas por meio das pesquisas e relevar as publicações jornalísticas.

Enquanto isso, matéria publicada pelo The Intercept em maio de 2019 aponta, em seu próprio título, que “a vida dos internos em comunidades terapêuticas é pular de inferno em inferno”. Por meio do contato com usuários de drogas que já haviam passado por internações, os jornalistas tiveram acesso às histórias de vida de vida que se repetiam: indivíduos que iniciavam o tratamento em uma comunidade terapêutica e, após poucos meses, eram transferidos para outra, em função da interdição da instituição. Meses depois, eram novamente transferidos para outra instituição por conta de outra interdição e, assim, sucessivamente. As

⁹⁷ Segundo o decreto em questão, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas deverá ser composto pelo Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública, que o presidirá, pelo Ministro de Estado da Cidadania e um representante dos seguintes órgãos e entidade da administração pública federal: Ministério da Defesa; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Economia; Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública; o Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania; um representante de órgão estadual responsável pela política sobre drogas; e um representante de conselho estadual sobre drogas.

interdições ocorreram, nessas histórias, com frequência, porque as comunidades terapêuticas tratavam os usuários de drogas com uma terapia baseada na superdosagem de remédios, trabalhos forçados, castigos físicos e humilhações⁹⁸.

No tempo em que vemos o nosso país retroceder em tudo - e, em especial no que compete a forma de lidar com o tema das drogas -, não podemos dizer o mesmo sobre os Estados Unidos e sobre outros países do mundo, sobretudo os da Europa, que tem avançado em suas propostas e legislações sobre drogas, seja pela via da descriminalização das drogas ou por apresentarem propostas de tratamento mais humanas e democráticas. No próprio desenvolvimento das comunidades terapêuticas dos Estados Unidos e dos países da Europa esse avanço pode ser percebido.

A presença da religião nos métodos de trabalho das comunidades terapêuticas não é uma realidade tão presente nas comunidades terapêuticas de outros lugares do mundo, conforme vimos acima. Perguntamo-nos, portanto, o porquê destes traços tão religiosos e conservados nas nossas comunidades terapêuticas. Nossa reflexão aponta que a formação desse perfil de entidades em nosso território, primeiramente, herdou muito do modelo estadunidense empregado na época em que surgiram as primeiras comunidades terapêuticas no Brasil, formadas por intermédio de líderes estadunidenses.

Dessa maneira, ao que parece não adotamos somente o paradigma proibicionista estadunidense dos anos 70, mas também adotamos os métodos religiosos e conservadores de lidar com a questão das drogas. Isso porque se o paradigma do proibicionismo imperava, fortalecia também estratégias que focalizassem a abstinência, ou seja, a tolerância zero às drogas de Richard Nixon. Nós, como uma nação dependente economicamente, importamos muito desse método, que também coincidiu com o espraiamento do pentecostalismo no Brasil, não por acaso, também trazido pelos estadunidenses.

Na história do surgimento das comunidades terapêuticas europeias também se comprova a influência estadunidense, porém, em pouco tempo, adaptações mais concernentes à realidade europeia foram dando outros contornos às suas instituições. Contudo, no Brasil, e na América Latina, de uma forma geral, isso não aconteceu e acreditamos que por três principais motivos: 1. A identificação do povo brasileiro – derivado tanto da tradição católica imposta pelos colonizadores portugueses (como retratado por Baeta Neves) quanto pelas práticas dos povos indígenas – com as práticas religiosas relacionadas à saúde (com destaque ao xamanismo e a

⁹⁸ A matéria pode ser lida na íntegra neste link: <https://theintercept.com/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/>.

possibilidade de intervenção em práticas de cura⁹⁹); 2. O processo de modernização que ocorreu na América Latina se deu de maneira muito diferente daquele ocorrido nos países de primeiro mundo, uma vez que provocou o aumento da desigualdade e não contrapôs da mesma maneira a mentalidade religiosa frente à uma visão mais centrada na razão e na lógica científica (VALLA, 2001); 3. Há uma relação de dependência econômica dos países da América Latina, de uma maneira geral, com os Estados Unidos, que nos leva a aceitar determinadas prerrogativas vindas de fora.

Desse modo, demarcamos o quanto os preceitos do tratamento estadunidense nas comunidades terapêuticas encontraram eco na nossa sociedade latino-americana de base muito religiosa, mística, que adotou o pentecostalismo e o neopentecostalismo com tanta efervescência. Assim, após termos demarcado o histórico, modo de funcionamento e características referentes às comunidades terapêuticas brasileiras, discutiremos agora as comunidades terapêuticas no estado do Espírito Santo, que trazem a claro papel político-ideológico desempenhado por figuras políticas e suas igrejas.

5.3.2. As comunidades terapêuticas do Espírito Santo

Com relação ao cenário do estado do Espírito Santo, muitas são as semelhanças com o cenário nacional apresentado acima, a começar pela estruturação de serviços para população usuária de drogas. Pesquisa coordenada pelo Grupo de Estudos em Políticas Públicas Fênix/UFES¹⁰⁰ realizou diagnóstico das instituições (públicas e privadas) da área de drogas (tratamento, prevenção, redução de danos e ensino/pesquisa) existentes no estado, entrevistando 268 dirigentes de diferentes instituições capixabas, e deparou-se com 252 instituições (94% do total de instituições) de cunho não governamental e 16 instituições (6%

⁹⁹ Não cabe aqui aprofundar esse aspecto, pois não se tratou de foco de nossa tese, apenas queremos aqui destacar que a presença do pensamento mágico-religioso é antiga em terras chamadas pelos portugueses de brasileiras. Para aprofundamento recomendamos as leituras de: HELMAN (1994) e BAPTISTA (2012).

¹⁰⁰ O “Grupo de Estudos em Políticas Públicas Fênix/UFES”, do qual a pesquisadora faz parte, foi criado no âmbito do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo em 2007. Dedicar-se ao estudo e ao desenvolvimento de pesquisas relacionadas à análise de políticas públicas, saúde mental, álcool e outras drogas. Os estudos são orientados pela preocupação em entender a conformação destas políticas sociais nas sociedades capitalistas e na relação que se estabelece entre Estado e sociedade civil em cada contexto específico. É coordenado pelas professoras Maria Lúcia Teixeira Garcia (orientadora deste trabalho) e Fabíola Xavier Leal. Essas informações foram retiradas do seguinte endereço eletrônico: <http://www.politicasocial.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGPS/grupos-e-n%C3%BAcleos-de-pesquisa>.

do total de instituições) de cunho governamental. Das 16 instituições governamentais, nove estavam vinculadas à esfera municipal, seguidas por quatro instituições vinculadas à esfera federal e três à esfera estadual. Das instituições municipais, oito eram CAPS ad¹⁰¹ (SANTOS; JESUS, 2014).

Das instituições que ofertavam tratamento, 95,7% eram não governamentais, sendo representadas por: 163 ou 63,7% Grupos de Mútua Ajuda (46% de Alcoólicos Anônimos, 22% de Narcóticos Anônimos, 20% de Pastoral da Sobriedade, 7% de Amor Exigente e 5% de Grupo Esperança Viva¹⁰²), **66 ou 25,8% comunidades terapêuticas**, 12 ou 4,7% clínicas particulares e quatro ou 1,5% locais de tratamentos ambulatoriais. Com relação às instituições governamentais, tivemos sete ou 2,7% CAPS ad, dois ou 0,8% hospitais psiquiátricos, um ou 0,4% Hospital Geral e também um ou 0,4% CAPS ad infantil (SANTOS; JESUS, 2014; LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

No que se referiu à internação, prevaleceram as comunidades terapêuticas (79%). Quanto ao número de leitos noturnos encontrados nas 81 instituições que trabalhavam com a modalidade da internação, somaram um total de 2385 leitos disponíveis para esse tipo de atendimento, conforme relato dos dirigentes. Não encontramos informações relativas ao número de leitos em cada uma das instituições, mas nos foi apontado que o número de leitos variou de quatro até 360 em uma única comunidade terapêutica. Ademais, acredita-se que o maior número de leitos deva se encontrar neste tipo de instituição, uma vez as comunidades

¹⁰¹ Segundo o relatório de Iniciação Científica intitulado “Políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Espírito Santo” produzido por Caroline Christine Moreira dos Santos e Renata Santos de Jesus e coordenado pela Profa. Dra. Fabíola Xavier Leal da Universidade Federal do Espírito Santo, os municípios que possuem esse tipo de CAPS no estado são: Anchieta (um CAPS ad), Cachoeiro do Itapemirim (um CAPS ad), Colatina (um CAPS ad), São Mateus (um CAPS ad), Serra (um CAPS ad), Vila Velha (um CAPS ad) e Vitória (um CAPS ad III e um CAPS ad infantil) (SANTOS; JESUS, 2014).

¹⁰² Os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos já foram conceituados anteriormente neste trabalho.

O Amor Exigente, segundo site próprio, atua como apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos e às pessoas com comportamentos inadequados. O programa é praticado por meio de 12 Princípios Básicos, 12 Princípios Éticos, Espiritualidade Pluralista e Responsabilidade Social, através de reuniões semanais, cursos e palestras. Atua também na prevenção. Essas informações foram encontradas no seguinte site: <https://amorexigente.org.br/>.

A Pastoral da Sobriedade é uma entidade vinculada à Igreja Católica que busca a abstinência total de todas as drogas através da pedagogia de Jesus-Libertador, propondo uma mudança de vida através da conversão. Utiliza como um dos métodos os “12 passos da sobriedade”. Essas informações foram encontradas no site da pastoral: <http://www.sobriedade.org.br/>.

O Grupo Esperança Viva é vinculado à Igreja Católica e às instituições “Fazenda da Esperança”. Após 12 meses de internação, a pessoa retorna para o grupo a fim de partilhar o que viveu por lá e fortalecer outros. Essas informações foram retiradas do seguinte site: <https://portalfazenda.org/>.

terapêuticas representaram 66 das 81 instituições que realizavam internação (SANTO; JESUS, 2014).

Com relação à fonte de recursos financeiros das instituições de tratamento, a maioria relatou se manter com doações de pessoas físicas, mantenedoras e/ou venda de produtos fabricados pela própria instituição (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). Quanto aos recursos governamentais, do total de instituições entrevistadas, somaram 52 que disseram receber esse tipo de repasse, sendo que destas, 21 apontaram receber recursos estaduais, 18 recursos municipais e 13 recursos federais (SANTOS; JESUS, 2014).

Sobre os dirigentes do total das instituições entrevistadas, os dados revelaram que, em cerca da metade dos casos (48%), esses sujeitos possuíam o Ensino Superior concluído, sendo que o curso superior mais mencionado foi o de Teologia, seguido pelos cursos de Serviço Social e Psicologia (SANTOS; JESUS, 2014). No que se referiu ao quadro de funcionários, contavam com profissionais de curso superior - psicólogo, assistente social, advogado, enfermeiro e médico, principalmente - e com voluntários - pastores, monitores, obreiros, conselheiro espiritual, conselheiro em dependência química (SANTOS; JESUS, 2014; LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Outro aspecto importante é que, quando as 268 instituições foram questionadas sobre os seus objetivos institucionais, revelaram 97 respostas que se relacionaram ao aspecto religioso. Essas respostas enquadraram-se nos seguintes dizeres: “Tratar a partir da base cristã e do caráter de Cristo”; “Resgatar a vida e levar o amor de Jesus Cristo (evangelização)”; “Vivência do Evangelho e em consequência acolher, apoiar e acompanhar a recuperação”; “Ministrar estudos bíblicos com os internos”; “Conhecer a Deus” (SANTOS; JESUS, 2014). Os discursos se alinharam, assim, ao fato de que, das 66 comunidades terapêuticas entrevistadas, 64 disseram possuir características religiosas, prevalecendo as de cunho evangélico (62 instituições) (SANTOS; JESUS, 2014).

O caráter religioso, sobretudo evangélico, das comunidades terapêuticas capixabas não surpreende. Primeiramente porque se alinha aos dados nacionais, que apontam que 82% dessas instituições brasileiras se encontram vinculadas a igrejas e organizações religiosas, sendo que 41% das vagas nacionais ofertadas correspondem às comunidades terapêuticas de orientação pentecostal (IPEA, 2017). Além disso, de acordo com os dados do Censo de 2010, o estado do Espírito Santo possui uma presença expressiva de evangélicos pentecostais, comparado a outros estados brasileiros, e também correntes de evangélicos de missão, historicamente oriundos da forte influência da colonização de origem alemã na região (IBGE, 2010).

Em função dessa história, o Espírito Santo possuía, em 2010, 53,3% de católicos, 33,9% de evangélicos, 1,1% de espíritas, 0,1% de pessoas de religiões de matriz africana, 1,3% de outras denominações e 10,4% de pessoas sem religião. Com relação aos evangélicos, possuía 32,9% de evangélicos tradicionais, 53,9% de evangélicos pentecostais e neopentecostais e 13,2% de evangélicos restauracionistas/outras, resultando em 1.191.581 evangélicos no estado, em meio a uma população de 3.514.952 habitantes, contabilizada no mesmo ano (RODRIGUES, 2018).

Comparativamente ao Censo de 2000, podemos perceber uma diminuição percentual de aproximadamente 10% dos católicos, enquanto o percentual de evangélicos aumentou aproximadamente 8%, representando mais de 30% da população em 2010 (RODRIGUES, 2018). Segundo Rodrigues (2018), isso revela uma provável transição religiosa da população, do catolicismo para o protestantismo no estado.

A região Metropolitana do estado possuía, em 2010, 46,1% de católicos, 37,4% de evangélicos e 16,5% de outras religiões, o que correspondia a 631.518 evangélicos numa região com população de aproximadamente 1.687.703 pessoas à época. Na região Central Serrana, o número de católicos (50,8%) e evangélicos (46,5%) também ficou muito próximo. Contudo, houve uma diferença na vertente evangélica presente em maior quantidade em cada região: a região Metropolitana possuía maior participação de evangélicos pentecostais e neopentecostais (60,3%) e a região Central Serrana possuía maior número de evangélicos tradicionais (81,3%), influenciada pela migração germânica (RODRIGUES, 2018).

Dessa maneira, estamos tratando de um estado que há 10 anos já possuía quase 40% de sua população que se considerava evangélica e um governo de estado que, historicamente, dialoga com os grupos religiosos e possui posicionamentos conservadores e moralistas no que concerne à temática das drogas, conforme mencionaremos abaixo.

No que compete às comunidades terapêuticas do estado, vale mencionar que durante a coleta de dados para este trabalho tivemos a oportunidade de conhecer uma delas. A instituição ficava no município de Cariacica, pertencente à região Metropolitana do estado, e era coordenada por um pastor e sua esposa, uma missionária. Possuía, à época, onze mulheres adultas internadas. O local era muito simples e improvisado, com teto de alvenaria e paredes sem acabamento. Os alojamentos onde dormiam as internas eram precários, escuros, quase sem ventilação e com poucas condições de higiene. A despensa da instituição possuía poucos alimentos que, segundo a coordenadora, talvez não dessem conta dos próximos dois dias. Havia também um pátio central, entre a cozinha e os alojamentos, onde se plantavam algumas verduras

e se criavam galinhas. No mesmo terreno podíamos avistar uma pequena igreja onde eram realizados os cultos dos quais todas as internas participavam diversas vezes na semana.

Instituições com este mesmo perfil passaram a receber apoio formal do estado a partir de 2013, por meio do lançamento do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas, conhecido como Rede Abraço, inserido na Secretaria de Estado de Governo e gerenciado pela Coordenação Estadual sobre Drogas do Espírito Santo (CESD). Essa Coordenação foi criada por meio da Lei Complementar nº 605/dezembro de 2011, e passou a integrar o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISESD), criado em 2012, por meio da lei nº 9.845, para alterar o Sistema Estadual de Entorpecentes que havia sido promulgado na década de 1980 no estado (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

O programa Rede Abraço se propôs a atuar com a internação voluntária, em quatro frentes: prevenção, tratamento e reinserção social; governança e pesquisa, capacitação e informação, com o estabelecimento de parcerias com o Terceiro Setor, Prefeituras, Governo Federal e as famílias dos usuários de drogas¹⁰³.

Para realizar o encaminhamento para a comunidade terapêutica, criou-se um Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos, um local responsável por uma triagem de usuários que solicitam internação. Para essa triagem foram previstos profissionais com o intuito de diagnosticar o grau da dependência do indivíduo, podendo, posteriormente, realizar o encaminhamento para uma comunidade terapêutica, hospital psiquiátrico, clínica de desintoxicação ou CAPS, dos municípios. Com relação às instituições acolhedoras, colocou-se a necessidade de que estivessem credenciadas por meio de um edital (nº 001/2013 - SEG/CESC) baseado nas normas da resolução RDC 29 da ANVISA e Corpo de Bombeiros, com previsão de auxílio de até R\$1.500 por pessoa internada¹⁰⁴.

No ano seguinte, notícias sobre repasse de verba para as comunidades terapêuticas do estado já começaram a veicular na mídia, como uma reportagem no sítio eletrônico da própria Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, que trata de um financiamento de 650 mil reais do Governo do Espírito Santo, destinado ao município de Alegre, para investir na

¹⁰³ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA: <http://saude.es.gov.br/es-repassa-r-650-mil-para-tratar-dependentes> e do sítio eletrônico do Jornal local “ES Hoje”: <http://eshoje.com.br/rede-abraco-projeto-vai-ajudar-na-recuperacao-de-dependentes-quimicos/>.

¹⁰⁴ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA: <http://saude.es.gov.br/es-repassa-r-650-mil-para-tratar-dependentes> e do sítio eletrônico do Jornal local “Linhares em Dia”: <http://www.linharesemdia.com.br/noticias/geral/13909-centro-de-acolhimento-para-dependentes-quimicos-e-inaugurado-no-es.html>.

construção de mais alojamentos na comunidade terapêutica Fazenda Esperança São Francisco de Assis¹⁰⁵.

Sobre a criação da Rede Abraço alguns aspectos necessitam ser problematizados. A Coordenação Estadual sobre Drogas (CESD), gerenciadora da Rede Abraço, fora também propositiva do projeto no âmbito do Conselho Estadual sobre Drogas do Espírito Santo (COESAD), contudo, esse tipo de proposição não parece ser da alçada da Coordenação. Isso porque a ela não cabe a execução de serviços e políticas intersetoriais, mas sim a articulação entre eles, cabendo aos órgãos afins a execução das atividades em suas áreas de competências (ESPÍRITO SANTO, 2011; LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). O COESAD, por sua vez, aprovou a proposta, por meio da Resolução nº 01, de 02 de abril de 2013.

Essa movimentação ocorreu num momento político nacional bastante propício, pois o governo federal, por meio da SENAD, havia acabado de lançar o edital de chamamento público nº 01/2013 SENAD/MJ, que credenciou comunidades terapêuticas em todo o Brasil para receber verba pública na prestação de atendimentos. Essa proposta de tratamento, a nível federal, estadual ou municipal, feriu (e fere) o que foi pactuado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Inter-Setorial, na VIII Conferência Nacional de Assistência Social e na 14ª Conferência Nacional de Saúde, que recomenda o não repasse de recursos públicos para essas instituições (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Posteriormente, a Rede Abraço passou a figurar como “Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV)” que, no final do ano de 2017, passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), por meio da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (SESD, antiga Coordenação Estadual sobre Drogas)¹⁰⁶.

Em fevereiro de 2018, a SEDH divulgou a criação do “Grupo de Apoio às Instituições de Tratamento da Dependência Química”, que possui como objetivo colaborar na estruturação de instituições da sociedade civil que prestem assistência para pessoas em uso de drogas do estado. O grupo foi composto por representantes da Subsecretaria Estadual de Políticas sobre Drogas, da Secretaria de Direitos Humanos; do Conselho Estadual de Igrejas Evangélicas do Estado do Espírito Santo (CEIGEV); da Arquidiocese de Vitória; da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-ES); da Associação dos Municípios do Estado do Espírito Santo (AMUNES); da

¹⁰⁵ O acesso à reportagem pode ser feito neste link: <http://saude.es.gov.br/es-repassa-r-650-mil-para-tratar-dependentes>

¹⁰⁶ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Direitos Humanos do Estado do Espírito Santo – SEDH: <https://sedh.es.gov.br/proviv>.

Associação das Comunidades Terapêuticas do Estado do Espírito Santo (ACOTES); e Comissão de Políticas sobre Drogas da Assembleia Legislativa¹⁰⁷. A composição do grupo dá o tom sobre que os serviços serão prestados, sobretudo, para as comunidades terapêuticas.

No ano seguinte, em 2019, a Subsecretaria de Política Sobre Drogas se reuniu com comunidades terapêuticas credenciadas no governo de estado, com o objetivo de apresentar novas diretrizes que serão implementadas nas entidades e convidá-las para participar de uma formação oferecida pela Subsecretaria. Na matéria que divulga a reunião, o subsecretário manifesta que essas instituições seriam parceiras no enfrentamento às drogas a nível estadual¹⁰⁸.

Atualmente (ano 2019), o PROVIV possui seis comunidades terapêuticas credenciadas para onde podem ser encaminhadas, de maneira voluntária, pessoas em uso problemático de drogas. O credenciamento ocorreu por meio do Edital nº 0001/2018 da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, por intermédio da Subsecretaria Estadual de Políticas sobre Drogas¹⁰⁹.

No âmbito do estado do Espírito Santo, no que toca o suporte dado às comunidades terapêuticas, também não poderíamos deixar de citar a existência de uma Comissão de Política sobre Drogas, pertencente à Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo até o ano de 2018. À essa Comissão competia opinar sobre assuntos inerentes à política estadual sobre drogas, englobando as medidas para a prevenção do uso indevido, tratamento, recuperação, reinserção social, redução dos danos sociais e à saúde de usuários de drogas.

Nos anos de 2017 e 2018, essa Comissão possuía como presidente o Sr. Deputado Padre Honório que, segundo descrição no site do seu partido, PT, é padre diocesano e atua em projetos da igreja ligados à saúde, à educação e aos movimentos sociais¹¹⁰. Além disso, possuía como vice-presidente efetivo o Sr. Deputado Pastor Marcos Mansur (PSDB) que é presidente da Igreja Batista Renovada do município de Cachoeiro de Itapemirim¹¹¹, e como um dos suplentes

¹⁰⁷ Tais informações foram encontradas na seguinte matéria: <https://sedh.es.gov.br/Noticia/direitos-humanos-cria-grupo-de-apoio-para-orientar-atendimento-de-dependentes-quimicos>.

¹⁰⁸ Tais informações estão disponíveis no link da matéria, em: <https://sedh.es.gov.br/Not%3%ADcia/subsecretaria-de-politica-sobre-drogas-se-reune-com-comunidades-terapeuticas>.

¹⁰⁹ De acordo com informações disponibilizadas pela SESD, as cinco comunidades terapêuticas credenciadas são: Instituto de Consciência Antidrogas – ICAD (em Afonso Cláudio), Associação de Amparo Social Educacional e de Reabilitação de Dependentes Químicos de Nova Venécia - AASERDEQ-NV (em Nova Venécia), Associação e Comunidade Terapêutica Miguel Arcanjo – AMAR (em Viana), Instituto Viva Mais – Reabilitação e Integração Social – Viva Mais (em Cariacica), Associação de Prevenção e Assistência a Dependência Química Luz e Vida - Luz e Vida (em Vila Velha), Projeto Alfa Comunidade Terapêutica – ALFA (em Piúma).

¹¹⁰ Informação retirada do seguinte sítio eletrônico: <http://www.pt.org.br/>.

¹¹¹ Informação retirada do seguinte sítio eletrônico: http://www.al.es.gov.br/novo_portal/frmDeputadoFrame.aspx?idDep=16.

o Sr. Deputado Esmael Almeida (PMDB), que segundo sítio eletrônico próprio é “evangélico, tem posição definida e tem como prioridade em suas ações a defesa da família como criação divina”¹¹².

Questionamos a composição dessa Comissão, que se apresentava com dois deputados cujos nomes de campanhas eram divulgados como “padre” e “pastor”, porque a condução que era realizada pelo grupo religioso demonstrava constante apoio às comunidades terapêuticas religiosas do estado, levando em consideração, dentre outros aspectos, que o presidente da Associação das Comunidades Terapêuticas do Espírito Santo - ACOTES comumente era chamado para dialogar nas audiências públicas¹¹³.

Diante disso, muitas vezes, o Fórum Metropolitano sobre Drogas do Estado do Espírito Santo¹¹⁴, do qual fizemos parte de 2016 a 2018, travou diversos debates com a Comissão por meio de audiências públicas, a fim de cobrar ações mais voltadas para a RAPS¹¹⁵. Ademais, o Fórum empreendeu uma análise das legislações elaboradas pela Comissão, verificando que, entre janeiro de 2005 e novembro de 2017, foram criadas 32 legislações que abordavam a temática das drogas. Ao analisarmos estas legislações percebemos que muitas se tratavam de propostas conservadoras e proibicionistas, como campanhas educativas, proibição de propaganda, proibição e restrição à compra e ao uso de drogas, declaração de utilidade pública de comunidade terapêutica para tratamento de usuários em uso de drogas, dentre outras. As legislações do Espírito Santo, portanto, seguiram a lógica capitaneada pela ideologia estadunidense, sem avaliar outras questões presentes neste contexto (BASÍLIO; COSTA, 2013).

Como encaminhamento desta análise, o Fórum protocolou um documento à Comissão pautando sugestões, na época alinhadas à consolidação da RAPS no estado e à Redução de

¹¹² Informação retirada do seguinte sítio eletrônico: <http://esmael.com.br/>.

¹¹³ Uma dessas aproximações da Comissão de Políticas sobre Drogas com as comunidades terapêuticas do Espírito Santo pode ser lida nesta matéria: <https://www.al.es.gov.br/Noticia/2018/10/35693/estrutura-das-comunidades-terapeuticas-e-debatida-na-ales.html>

¹¹⁴ O Fórum Metropolitano sobre Drogas é um espaço coletivo e permanente de organização política e discussão sobre questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, envolvendo organizações governamentais e não governamentais, pessoas comprometidas com a temática, bem como usuários e familiares dos diversos serviços. Tem como objetivos principais: acompanhar a construção da Política Sobre Drogas na região Metropolitana; mobilizar a sociedade em geral e a mídia em torno da temática; constituir em espaço permanente de diálogo e reflexão crítica acerca da temática de álcool e outras drogas; promover ações visando a instrumentalização de seus integrantes e profissionais atuantes na área; e trazer para o debate os diversos setores da sociedade tais como: familiares, conselhos de classe, movimentos sociais, governamentais e usuários.

¹¹⁵ Observações da pesquisadora em sua participação no referido Fórum.

Danos, para que os/as Deputados/as pudessem discutir e encaminhar futuras propostas, contudo o Fórum não obteve nenhuma resposta.

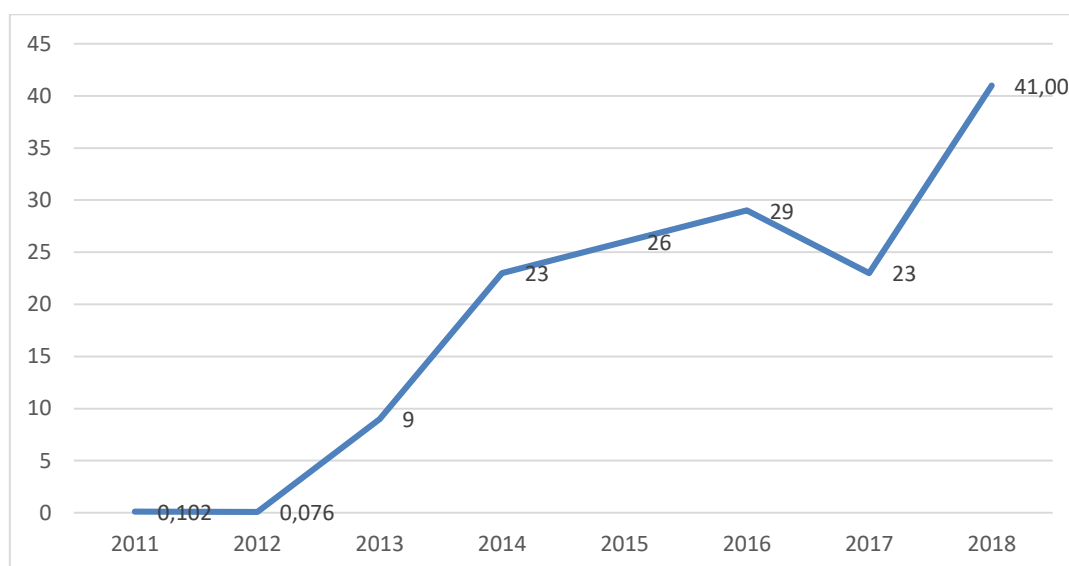
A partir do ano de 2019, não encontramos mais menção a essa Comissão no site da Assembleia Legislativa do Espírito Santo. A discussão relativa às drogas passou a compor a Comissão de Proteção à Criança e ao Adolescente e de Política sobre Drogas. As atribuições da Comissão são as seguintes: opinar sobre formulação e execução de políticas, programas e ações de atendimento, proteção, defesa, garantia e promoção dos direitos da criança e do adolescente e definir suas prioridades, assim como assuntos inerentes à política estadual sobre drogas, englobando as medidas para a prevenção do uso indevido, tratamento, recuperação, reinserção social, redução dos danos sociais e à saúde de usuários e dependentes de drogas. O pastor Marcos Mansur também compõe essa Comissão¹¹⁶.

Outro aspecto que consideramos relevante no estado do Espírito Santo, são internações por meio de medidas judiciais, pois nos chama a atenção o gasto custeado pela Secretaria de Estado da Saúde direcionado para essa modalidade em específico. Em 2011, foram gastos R\$ 102.459,74 com essas internações; em 2012, o valor reduziu para R\$ 76.410,00; em 2013 saltou para R\$ 9.667.947,00; em 2014, saltou novamente, desta vez para R\$23 milhões; em 2015, o gasto foi ainda maior: R\$ 26.835.512,30 (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). No ano de 2016, foram gastos R\$ 29.874.803,25 milhões de reais; no ano de 2017, o gasto foi de R\$ 23.935.717,05; e no ano de 2018, o gasto foi de R\$ 41.332.558,84¹¹⁷, sendo o maior de todos até então. O Gráfico 1 demonstra essas variações.

¹¹⁶ Tais informações foram encontradas no seguinte site: <https://www.al.es.gov.br/Home>.

¹¹⁷ Com relação aos anos de 2016, 2017 e 2018, os dados foram retirados do sítio eletrônico do Portal de Transparência do Estado do Espírito Santo. A consulta pode ser feita clicando em “áreas temáticas” – “saúde” – “despesas com saúde” – escolha do ano que se quer consultar – “sentenças judiciais” – “mandados judiciais na área da saúde, leitos para transtornos mentais e dependência química”. Link: <https://transparencia.es.gov.br/Despesa?filtro.CodFuncaoSelecionado=10&filtro.CodGrupo1Selecionado=2&filtro.CodGrupo2Selecionado=5&filtro.CodGrupo3Selecionado=6>.

Gráfico 1 - Evolução do gasto em internações por medidas judiciais no estado do Espírito Santo (em milhões)



Fonte: Sistematização da autora (2019) com base no Portal da Transparência do Espírito Santo.

Matéria¹¹⁸ publicada no G1 em julho de 2018 apontou que o estado gastou, por determinações judiciais, cerca de R\$ 148 milhões em oito anos com a compra de leitos particulares para tratamento de usuários de drogas e transtornos mentais no Espírito Santo. Foram 4.225 internações feitas em clínicas e comunidades terapêuticas. Dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação mostram que, de 2010 a 2017, o número de internações saltou de nove, no primeiro ano, para 834, em 2017.

A partir da mesma matéria, uma das instituições que realiza as internações capixabas, a clínica “Green House”, foi destino de R\$ 18,6 milhões de 2014 a 2017 e anunciou a inauguração de novos leitos de psiquiatria em 2018. O local possui 50 leitos ambulatoriais e 54 leitos hospitalares, de acordo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. As outras duas instituições citadas na matéria foram: “Salutare Comunidade Terapêutica”, que foi destino de R\$ 20.010.889,40 de 2011 a 2016 (em cinco anos) e a clínica “Espaço Vivere”, para onde foram destinados R\$ 5.422.819 em 2017 e 2018 (em um ano). Segundo o médico psiquiatra que seria sócio-administrador nas duas últimas e ex-sócio na primeira, instituições que juntas receberam R\$ 44 milhões de 2011 até 2018, a Secretaria de Estado da Saúde paga uma diária abaixo do valor de mercado.

Ainda com relação às internações por medidas judiciais no Espírito Santo, segundo diagnóstico produzido pela Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde, tivemos,

¹¹⁸ O link para a matéria é o seguinte: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/internacoes-de-dependentes-quimicos-pagas-pelo-es-aumentam-quase-100-vezes-em-oito-anos.ghtml>.

em 2017, 724 internações deste tipo, sendo aproximadamente 94% delas em função do uso de drogas e apenas 6% delas em função de outras causas. Das 684 internações por uso de drogas, 82% corresponderam ao público masculino e 18% ao público feminino (SESA, 2018).

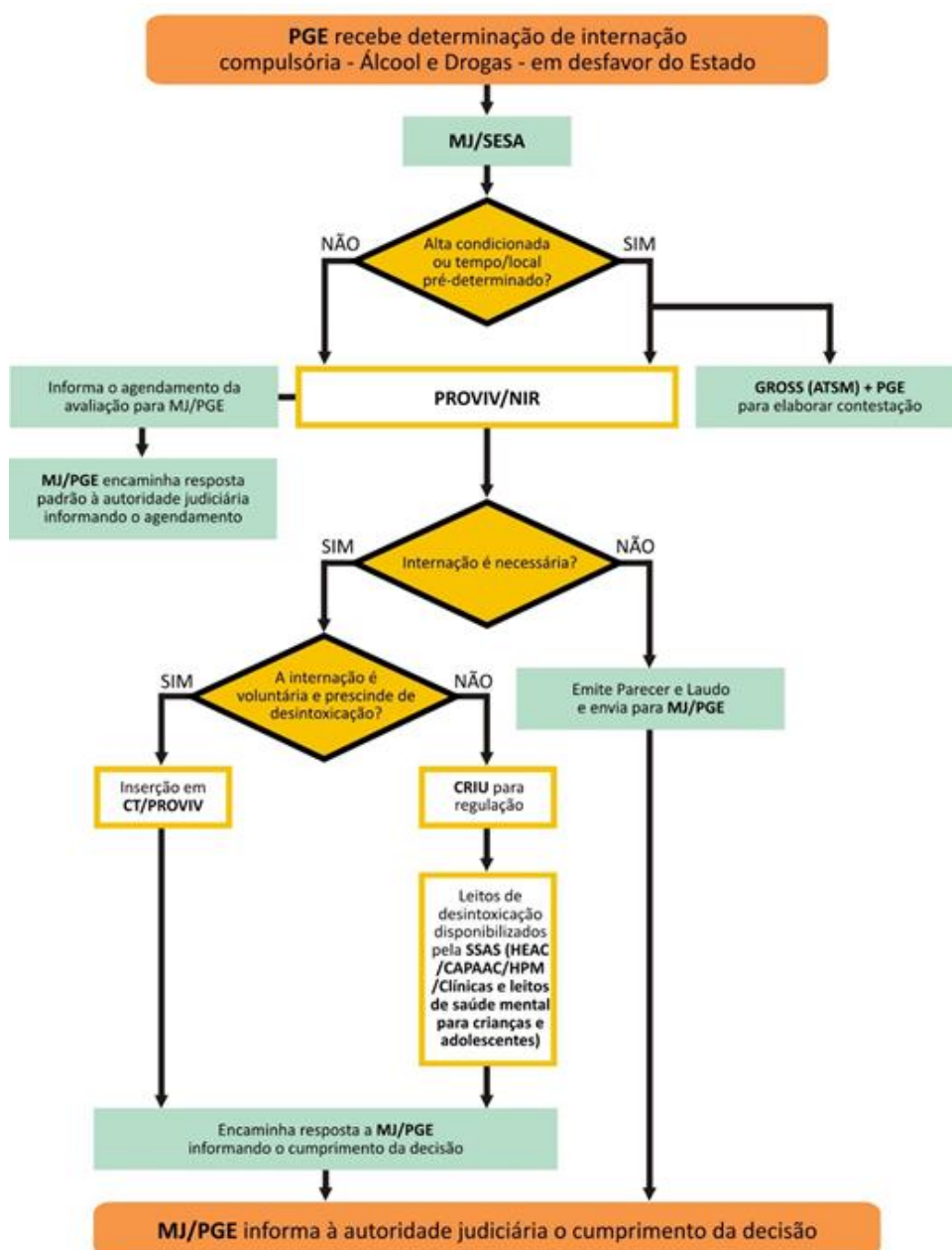
Essas internações, solicitadas em sua maioria via Defensoria Pública, em algumas situações, contavam, a pedido dos defensores públicos, com um parecer realizado pelos profissionais do CAPS ad de Vitória. Neste parecer, segundo dados obtidos a partir de diálogo com este CAPS, em meio ao campo da pesquisa, constava se a internação possuía pertinência ou não, se já teriam sido esgotados todos os outros recursos referentes aos casos. Dessa maneira, esse diálogo entre a saúde e a justiça já foi possível, e resultava na reconsideração acerca da internação em diversos casos¹¹⁹, mas a proximidade e o distanciamento dessa relação são, comumente, instáveis

Além disso, também é importante pontuar que, conforme fluxo de internações por medidas judiciais, apresentado na Figura 6, essas internações não se dariam nas comunidades terapêuticas, mas sim, em leitos para usuários de drogas em hospitais ou em clínicas privadas. Isso porque, como já vimos, as comunidades terapêuticas apenas devem receber acolhimentos voluntários e não por meio de medidas judiciais.

Entretanto, nos registros das internações via medidas judiciais do Portal da Transparência do Espírito Santo, algumas instituições estão registradas sob o nome de comunidade terapêutica como, por exemplo, a “Salutare Comunidade Terapêutica” e a “Comunidade Terapêutica Levanta-te”. Talvez isso ocorra porque há casos de comunidades terapêuticas que se encontram, de fato, num processo de transição para clínica privada. Isso nos foi relatado durante o campo da pesquisa, por profissionais dos CAPS e pelos próprios entrevistados. Também nos foi apontado que podem haver clínicas que se registraram como comunidades terapêuticas em função de questões jurídicas/trabalhistas ou, ainda, clínicas que apenas levam um nome “fantasia” de comunidade terapêutica.

¹¹⁹ Outro exemplo de medida para diminuir o volume de internações pela via judicial é um projeto do núcleo da Defensoria Pública do Espírito Santo de Vila Velha chamado “Integração e Inclusão”. O projeto visa integrar a Defensoria à rede de atendimento à pessoa com transtorno mental e deficiência intelectual de Vila Velha. Desse modo permite a inclusão destas pessoas, seja possibilitando o processo dos serviços públicos, essencialmente de saúde e assistência social, seja por intermédio da educação em direitos. Entre 2015 e 2016, o projeto diminuiu os pedidos de internações compulsórias em 30%. Essas informações foram retiradas do site da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo, neste link: <http://www.defensoria.es.def.br/site/index.php/integracao-e-inclusao/>.

Figura 6 - Fluxo de internações por medidas judiciais do estado do Espírito Santo



Fonte: Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde/SESA (2016).

Levando em consideração alguns aspectos que deveriam diferenciar as clínicas privadas das comunidades terapêuticas, temos que, diferente das últimas, segundo a Portaria nº 59 - R, de 31 de outubro de 2017, da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, as clínicas especializadas com internação devem manter recursos humanos em período integral¹²⁰. A

¹²⁰ Segundo a Portaria nº 59 - R, de 31 de outubro de 2017, da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, para cada 30 pacientes as instituições devem contar com a seguinte equipe mínima: psicólogo, assistente social, médico plantonista, médico psiquiatra, gerente ou coordenador, responsável técnico, nutricionista, farmacêutico, enfermeiro e contratados para apoio administrativo, limpeza e alimentação.

exemplo disso, para que acessem o fundo público, via PROVIV, as comunidades terapêuticas não necessitam ter uma equipe de saúde, contudo, como nos apontam os dados nacionais do IPEA (2017) e os estaduais (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016), muitas delas tem incorporado profissionais de saúde ao seu cotidiano institucional. Outra diferenciação poderia se basear no caráter religioso que costumam ter as comunidades terapêuticas, todavia, não podemos afirmar que esta característica esteja ausente nas clínicas, uma vez que, nesta pesquisa, sete dos nossos entrevistados disseram ter passado por internações em clínicas com viés religioso.

A mesma Portaria citada acima, também estabelece outros critérios de funcionamento para essas instituições. Dentre eles, temos que a admissão de pacientes deve ser realizada mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e/ou psiquiátrica; a internação deve ser de curta duração (30 dias no máximo), podendo ser estendida apenas a critério médico; a clínica necessita respeitar a orientação religiosa, sexual e/ou de gênero dos pacientes, sem impor e sem cercear a participação de qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade. No mais, é vedado a esses espaços: praticar ou permitir constrangimentos e/ou castigos físicos, psicológicos, morais ou patrimoniais, bem como utilizar expressões estigmatizantes com os pacientes e/ou familiares; submeter os pacientes a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes.

Contudo, tais critérios de funcionamento não têm sempre sido aplicados na prática. A começar pelo tempo de internação, temos que, no ano de 2017, 23% das internações corresponderam a um prazo de no máximo 60 dias, 10% corresponderam a um prazo de 60 a 90 dias, e 67% a um prazo maior do que 90 dias. A média de tempo de internação nesses estabelecimentos privados foi de 341 dias no ano de 2017, enquanto nos leitos em hospitais do SUS (rede própria e conveniada) foi de 21,1 dias e nos leitos em hospitais psiquiátricos (rede própria e conveniada) foi de 38,2 dias (SESA, 2018).

Para além do prazo, denúncias sobre situações de maus tratos e cárcere privado têm sido associadas a estes locais. Segundo outra matéria¹²¹, também publicada pelo G1 no ano de 2018, o coordenador da clínica Nova Aliança, bem como outras cinco pessoas do estabelecimento foram alvo de denúncias por maus tratos em agosto de 2012. Todas elas foram arquivadas. A instituição foi destino de mais de R\$ 30 milhões, por determinações judiciais, de 2010 a 2018. Foram 633 internações de 2010 a 2016, conforme dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação. Em média, elas custaram R\$ 41 mil. O dinheiro recebido ao longo dos anos

¹²¹ A matéria na íntegra pode ser acessada neste link: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/clinica-mansao-foi-o-destino-de-mais-r-30-milhoes-para-internar-dependentes-quimicos-no-es.ghtml>.

também teria bancado investimentos na estrutura física do local, segundo a própria administração da clínica.

Uma terceira matéria¹²² publicada pelo mesmo veículo jornalístico também em 2018, apontou que a “Casa da Paz” recebeu uma visita coordenada pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2011, que constatou que havia denúncias de cárcere privado e de homicídio por asfixia associadas ao local. Após ser questionada pela equipe da matéria, a “Casa da Paz” informou que o caso de homicídio citado envolveu dois indivíduos com menos de 18 anos e tramitou sob sigilo de Justiça. A clínica teria sido isenta de qualquer culpa, e recebeu mais de R\$ 7,4 milhões do estado por determinações da Justiça, de 2010 a 2017.

Já a clínica “Partilhando o Bem” que, segundo a matéria acima, recebeu do estado o montante de R\$ 800 mil, em dois anos, para cuidar de 22 pessoas, possui denúncias relativas à crianças e adolescentes que eram vítimas de constantes agressões. Um adolescente de 14 anos referiu ter sido agredido, ameaçado e ter ficado três dias amarrado na cama. A investigação também foi arquivada. No instituto “Amanhecer”, que recebeu mais de R\$ 10 milhões do governo por determinações judiciais, há denúncias de violência, briga, fugas e depredações. O Ministério Público pediu a instauração de inquérito para apuração do fato.

Sobre todas essas denúncias, de acordo com as três matérias, o Ministério Público Estadual menciona que as fiscalizações¹²³ nos locais são feitas quando “provocadas”, ou seja, à base de denúncias que podem partir de pacientes, familiares e cidadãos em geral. Já a Justiça Estadual, que determina o pagamento ou as internações, informou que não tem controle de quantos processos criminais envolvendo esses locais há em tramitação e que a decisão pelas internações é tomada porque a rede pública não cumpre o seu papel. O governo, por sua vez, culpa o judiciário por esses gastos.

Enquanto isso, a Rede de Atenção Psicossocial continua incompleta. Segundo levantamento produzido pela Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo no ano de 2019, existem, 33 CAPS no estado do Espírito Santo, sendo distribuídos da seguinte maneira: quatro na região Norte, seis na região Central, 14 na região Metropolitana e nove na região Sul. Todavia, estima-se que há, no total, um déficit de 40 CAPS, que deveriam ser distribuídos da seguinte maneira: nove na região

¹²² A matéria pode ser acessada por meio deste link: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/direitos-humanos-sao-colocados-em-xeque-na-internacao-de-dependentes-quimicos-no-es.ghtml>.

¹²³ No ano de 2018, no qual integrei o Conselho estadual sobre Drogas do Estado do Espírito Santo, diversas denúncias associadas às comunidades terapêuticas chegaram ao Conselho que, por meio dos seus representantes, se organizou para realizar a fiscalização.

Norte, nove na região Central, 14 na região Metropolitana e oito na região Sul (SESA, 2019). No estado todo, ao invés de 33 CAPS, deveriam haver 73, conforme podemos observar na Tabela 3.

Tabela 3 - Quantidade existente e necessidade de CAPS no estado do Espírito Santo

Região	Quantidade de CAPS existentes	Déficit de CAPS	Quantidade de CAPS que deveriam existir
Norte	4	9	13
Central	6	9	15
Metropolitana	14	14	28
Sul	9	8	17
Total	33	40	73

Fonte: SESA. Sistematização da autora (2019).

Na região Metropolitana do estado do Espírito Santo, onde focalizamos a nossa coleta de dados, temos apenas três CAPS ad para o público adulto, quantidade inferior aos parâmetros descritos na Portaria 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial. Segundo essa portaria, o parâmetro é de um CAPS ad para um município de 70.000 habitantes, e de um CAPS ad III para um município de 200.000 habitantes. Em Vitória há uma quantidade de 358.267 habitantes e um CAPS ad III; Vila Velha possui 486.208 habitantes e apenas um CAPS ad; e Serra possui 507.598 habitantes e também apenas um CAPS ad (SANTOS; JESUS, 2014; IBGE, 2018).

Com relação aos leitos em hospitais gerais, atualmente, o estado possui 44, sendo distribuídos da seguinte maneira: oito na região Norte, 10 na região Central, 14 (sendo 10 para infância e juventude) na região Metropolitana e 12 na região Sul. Contudo, estima-se que há um déficit de 131 leitos, que seriam distribuídos da seguinte forma: 11 na região Norte, 19 na região Central, 83 na região Metropolitana e 18 na região Sul (SESA, 2019). Como podemos observar na Tabela 4, ao invés de 44 leitos, deveríamos ter 175:

Tabela 4 - Quantidade existente e necessidade de leitos em hospitais gerais no estado do Espírito Santo

Região	Quantidade de Leitos existentes	Déficit de Leitos	Quantidade de Leitos que deveriam existir
Norte	8	11	19
Central	10	19	29
Metropolitana	14 (10 ij)	83	97
Sul	12	18	30
Total	44	131	175

Fonte: SESA. Sistematização da autora (2019).

A existência de um maior número de leitos em hospitais gerais poderia mudar substancialmente a situação do estado, podendo diminuir o tempo de permanência nas

internações e o gasto tido com estas, uma vez que, no ano de 2017, a média de gasto por internação em hospitais do SUS (rede própria e conveniada) foi de R\$ 1.075,64, nos hospitais psiquiátricos (rede própria e conveniada) foi de R\$ 1.803,98, enquanto nos estabelecimentos privados foi de R\$ 44.401, 63. Em média, o gasto com uma internação hospitalar em estabelecimento SUS equivale a 2,42% do gasto com a compra de leito para internação em estabelecimento privado (SESA, 2018).

No que compete às Unidades de Acolhimento regionalizadas, de acordo com o Projeto de Reestruturação da RAPS construído pela Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde da SESA em 2016, havia um planejamento de implementação de 16 delas até o ano de 2019, mas até o momento atual não há nenhuma implementada no estado.

Assim, o que vemos é uma rede governamental fragilizada. Esta fragilização, que poderia acusar a necessidade de maiores investimentos na RAPS, é, comumente usada como justificativa para que haja investimento em ações não governamentais. O resultado é um estado conservador e proibicionista, em que a maior parte das instituições para tratamento de usuários de drogas são formadas por Grupos de Mútua Ajuda, muitos religiosos; comunidades terapêuticas religiosas e clínicas privadas para internação associadas, ambas, a denúncias de violações aos direitos humanos.

Fato é que, em se tratando de comunidades terapêuticas ou de clínicas privadas, todas essas informações que veiculamos deixam evidente que tais ações estão em desacordo com o movimento da Reforma Psiquiátrica e as políticas e portarias geradas a partir dela, com orientações para o tratamento de usuários de drogas. A preconização do equipamento CAPS ad como foco do tratamento numa perspectiva territorial e o uso da Estratégia da Redução de Danos, já retirada da Política sobre Drogas, parecem ser as prerrogativas mais violadas nestas atuais perspectivas.

Trazemos novamente à baila as particularidades do processo de modernização da América Latina que, além de ter provocado o aumento da desigualdade, não contrapôs a mentalidade religiosa frente à uma visão mais centrada na razão e na lógica científica (VALLA, 2001). Essa alienação religiosa seria bem quista por aqui e nós (enquanto sociedade latino-americana, sobretudo brasileira) precisamos, em alguma medida, dela.

Assim, após realizarmos essas explanações, seguimos nos perguntando como é para esses indivíduos passar pela experiência das comunidades terapêuticas religiosas do ponto de vista da alienação, quais elementos que revelam aspectos do processo de alienação podemos encontrar?

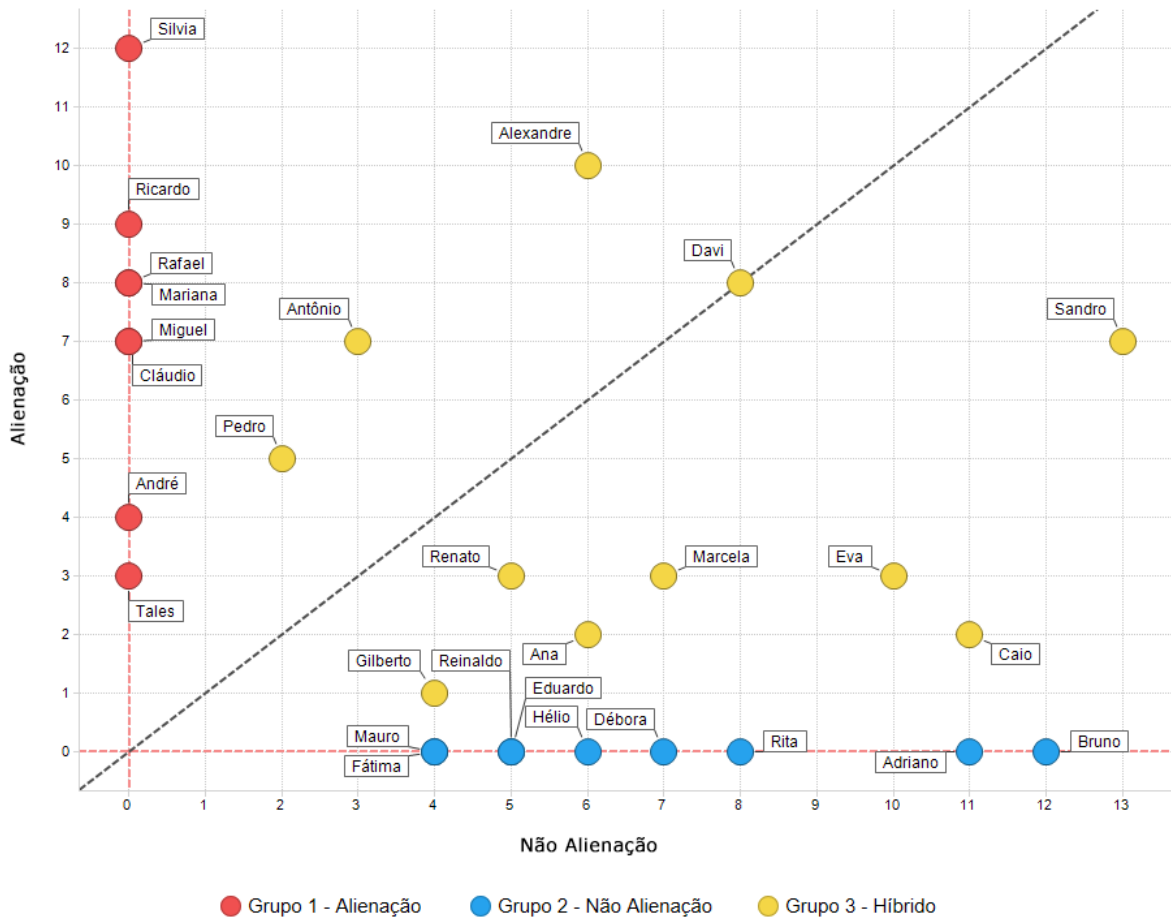
6. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA NO PERCURSO DE VIDA: UM INTRINCADO (DES) DISCURSO

Este capítulo tem como objetivo analisar os aspectos de alienação presentes nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas entrevistados por nós, caracterizando a ação conformadora do discurso religioso.

Nossa análise explorou diferentes níveis do material empírico para encontrar a formação ideológica presente em um discurso que é uma produção social. Inicialmente, caracterizamos dois momentos presentes nas entrevistas: discursos de alienação religiosa e discursos de não alienação religiosa. Em um e em outro, estamos falando de um processo de tentativa de conversão desses sujeitos, com e sem sucesso. Ao elaborar e difundir ideologias para evitar o consumo de drogas entre seus fiéis, essas instituições induzem a um (des) discurso: o chamado efeito protetivo da religião contra o dito mal.

No Gráfico 2 posicionamos os indivíduos conforme a recorrência das falas de alienação e não alienação religiosas apresentadas nas entrevistas, o que nos permitiu elencar três principais grupos.

Gráfico 2 - Localização dos entrevistados com relação aos discursos de alienação e não alienação religiosas



Fonte: Pesquisa de campo. Sistematização da autora (2019).

A partir do Gráfico 2 podemos observar que há oito entrevistados sob o eixo da alienação (Grupo 1), nove indivíduos sob o eixo da não alienação (Grupo 2) e 11 indivíduos que possuem tanto discursos de alienação religiosa quanto de não alienação religiosa (Grupo 3), pertencendo a ambos os eixos do gráfico por terem apresentado discursos mistos, híbridos ou ambivalentes. Não estamos aqui trabalhando com tipos ideais, apenas caracterizando vertentes no interior de um discurso social.

Nossa análise, portanto, será estruturada a partir dos Grupos 1, 2 e 3, e aprofundaremos a discussão dos dados nos próximos tópicos. Contudo, antes de adentrar o campo de análise, apresentaremos uma síntese do encontro com cada um dos nossos entrevistados, momento em que nos foi permitido acessar um pouco das suas histórias de vida:

Adriano, liberdade em primeiro lugar

Adriano, nascido no estado da Bahia, solteiro, 52 anos, foi o primeiro entrevistado e o único já visto pela pesquisadora em uma reunião do Fórum Metropolitano sobre Drogas do estado do Espírito Santo. Chegou muito bem-humorado para a entrevista, simpático e disposto a contar a sua história. Seu relato possui riqueza de detalhes, muitas aventuras, leveza e pouco lamento, apesar de todos os momentos turbulentos vividos. Ele se define como “um cara que gosta de liberdade”, muito crítico às “coisas mastigadas da vida” e, ao mesmo tempo em que se considera muito bem resolvido com relação à droga, sexualidade e estudos, diz que ainda parece ser um “garotão na vida das ruas”, um “adulto que não deu muito certo na vida”.

Já trabalhou com diversas atividades, mas o que mais gostou de fazer foi vender seu artesanato. Viveu muito tempo em situação de rua, conhecendo novos lugares, outros estados. Já teve muitos relacionamentos e uma grande paixão, turbulenta, complexa, mas não se arrepende desta história. Com uma das mulheres teve um filho, com o qual hoje tem pouco contato. Não gosta de seguir doutrinas, principalmente religiosas, pois considera mais interessante as coisas novas e diferentes. Fazer misturas parece ser mais divertido do que seguir uma coisa só. Também não gosta de disciplina, mas hoje reconhece que precisa dela para ter uma vida melhor.

As diferentes experimentações também se deram no mundo das drogas, com muitas, de todos os tipos e formatos. A paixão se deu com o crack. Nesse percurso, passou por muitas internações em comunidades terapêuticas, relatando sempre períodos curtos de permanência. Hoje faz tratamento no CAPS ad e “leva uma vida boa” no abrigo noturno. Só precisa dar um “up na vida” para retomar “a rotina que todo mundo tem”.

Sua entrevista foi a mais longa, levou 107 minutos. Atento às perguntas, do começo ao fim, Adriano teve facilidade em respondê-las. Ele fala com as mãos e com agilidade. Possui um vocabulário extenso e diversificado, linguajar próprio e criativo. Não demonstrou desânimo, nem tristeza. Ao final, agradeceu, contente, a oportunidade de ter contado as suas experiências.

Alexandre, um sotaque carioca

Solteiro, 36 anos, encontrei-o em uma tarde quente do mês de novembro. Ele chegou para a entrevista de muletas, arrastando um pouco uma das pernas, resquício de um atropelamento sofrido há alguns anos.

Apesar de nascido no Espírito Santo, possui forte sotaque carioca em função dos anos que trabalhou no Rio de Janeiro como auxiliar de obras. Fala muito rápido e possui o relato um tanto quanto desordenado, sendo difícil de compreender a ordem dos fatos.

Sua história possui vários momentos de tensão, sobretudo no que se refere à infância, quando ele, seus irmãos e a mãe apanhavam do pai. Também relata com tristeza o tempo que passou em situação de rua, no Rio de Janeiro e no Espírito Santo. Outro ponto repetido com pesar durante vários momentos da entrevista é a morte de sua mãe que desencadeou nele uma forte depressão no ano de 2012.

O uso de drogas está presente desde a juventude, com maconha, cocaína, crack e o chamado “fristo”. Muitas internações se deram de lá para cá. Alexandre foi o entrevistado que passou mais tempo internado em comunidades terapêutica, cerca de 43 meses. É evangélico, “batizado nas águas” em uma das instituições em 2007. Está em abstinência há um ano, desde quando resolveu colocar Deus em primeiro lugar, a igreja em segundo lugar e o CAPS em terceiro. Vai à igreja Batista às segundas, quartas e domingos. Mora com o pai.

Ana e a luta contra o corpo

O encontro com Ana, solteira, 30 anos, foi o mais impactante de todos. Ela chegou calma para a entrevista, contou a sua história de forma detalhada e apresentou clareza e organização mental ao responder as perguntas. A entrevista foi muito pesada do começo ao fim, pois Ana relatou muitos momentos de sofrimento e tristeza, se emocionando em diversas passagens.

Ana nunca conheceu o pai e quando ainda tinha oito anos, ela e sua irmã, perderam a mãe em um atropelamento de carro, o motorista estava embriagado. Depois disso, as duas foram morar com a avó, para quem trabalhavam como empregada. Com 16 anos ela se casou e com 23 anos, muito incomodada com o sobrepeso, pediu ao companheiro para fazer uso de crack para emagrecer. Ele já era usuário há mais tempo, mas fazia um uso controlado da substância.

Ela ficou dependente com facilidade e com o avançar do uso passou a roubar supermercados para vender os produtos e comprar mais droga. Teve dois filhos, o mais novo com sequelas em função do uso do crack na gravidez. Separou-se do companheiro e fumou toda a sua casa.

Passou por uma internação em comunidade terapêutica e estava passando pela segunda internação no momento da entrevista. A comunidade terapêutica a liberava para participar de consultas e pegar medicamentos no CAPS ad. Não aceita seu corpo ao olhar no espelho, se compara a um monstro por conta da obesidade e no momento está “tentando ser evangélica”.

André e suas muitas mulheres

Casado, 37 anos, ele ressalta em sua história a importância de muitas mulheres. Primeiramente a avó, que o criou até os 16 anos, depois a mãe, com que morou um curto prazo de tempo até a sua morte, sua esposa, que constantemente dá chances para que eles retomem o casamento e a sua sogra, que o levou para morar com ela quando ele estava na pior fase do uso de drogas e que, recentemente, faleceu.

Todas elas são colocadas por ele como guerreiras frente à sua fragilidade para o uso de drogas. Seu uso iniciou aos 15 anos com álcool, depois, passou a utilizar cocaína e crack também. Passou por uma internação em comunidade terapêutica e desde então está sem fazer uso de drogas, há quase um ano.

André pareceu tranquilo durante toda a entrevista, se emocionou algumas vezes, principalmente ao falar da sua mãe e sua sogra. Chorou um pouco. Hoje faz tratamento no CAPS ad e mora com a esposa e os três filhos.

Antônio, lutando para viver

47 anos, solteiro, ele nos concedeu uma das entrevistas mais pesadas no decorrer dessa pesquisa. Seu relato traz passagens muito fortes de alguém que já passou por diversos tipos de internação e está em luta constante para conviver com essas lembranças. Em função dos seus surtos psicóticos, diz viver num mundo inverso, vendo as coisas por um ângulo totalmente diferente do que aquele que as pessoas ditas “normais” enxergam.

Já passou por internações em clínicas psiquiátricas, onde relata ter visto muitas atrocidades. Comparado a essas situações, verdadeiras denúncias, diz ter vivido momentos muito felizes nas comunidades terapêuticas, momentos de muita proximidade com Deus, sempre presente em sua fala. Suas idas às comunidades se deram por uso de uma série de substâncias: álcool, maconha, cocaína e crack, a sua droga preferida.

Hoje faz tratamento no CAPS ad, toma diversos medicamentos para administrar seu quadro de saúde mental, hepatite B e as sequelas que um AVC deixou. Apesar de todos os quadros de morbidade fala com clareza e compreende com facilidade as perguntas que lhes são feitas. Responde pausadamente. Frequenta igreja evangélica e está “limpo” há alguns meses. Possui um filho com o qual não tem contato há muitos anos. Mora com os pais e nove irmãos, dos quais quatro estão em uso de drogas. Às vezes acha que vive, mas na maior parte do tempo acha que “vegeta”.

Bruno: só por hoje e em recuperação

34 anos, solteiro, encontrei Bruno em um sábado, na biblioteca municipal de Vila Velha. Nosso agendamento foi bastante complexo, pois durante a semana ele trabalha no horário comercial e faz faculdade de psicologia à noite. Ainda assim, ele sempre se mostrou disponível para o encontro, muito interessante no conteúdo da entrevista.

Bruno iniciou o uso de maconha aos 12 anos, referindo ter complexo de inferioridade e desejo de ser aceito num grupo de amigos. Passou para o uso de cocaína e crack, a partir daí vivenciou diversas internações em comunidades terapêuticas. Idas e vindas constantes, sem conseguir estabilizar o uso. Só obteve melhora em uma das instituições que possuía uma equipe de profissionais. Segundo ele, isso possibilitou que ele obtivesse o autoconhecimento e a reflexão necessários para mudar de vida. Se conhecer, administrar seus sentimentos, esse é o caminho. E a religião não poderia ajudar nesse processo.

Sua indicação foi feita por um pastor, por isso havia a expectativa de uma entrevista na qual a religião fosse o elemento central. Qual não foi a surpresa da entrevistadora ao perceber que o relato não só não caminhava para essa direção, como também estava carregado de uma crítica a essa perspectiva. Críticas também se fizeram ao CAPS ad, equipamento que nunca aderiu.

Hoje, Bruno está sem fazer uso do crack há um ano, é assíduo dos Narcóticos Anônimos, mora com a namorada e faz faculdade de psicologia para se conhecer melhor e adquirir as ferramentas necessárias para auxiliar outros usuários nesse árduo e constante processo de ser sempre um indivíduo “em recuperação”.

Caio e a vida pós prisão

42 anos, casado, Caio ficou preso por 14 anos. Nesse período constituiu família e conheceu diversas drogas, mas a saída da prisão teria sido o start para início na “vida das drogas”, quando a dificuldade de conseguir um emprego o abalou. Passou por algumas

internações em comunidades terapêuticas, mas ficava impaciente com a restrição de liberdade e acabava saindo para fazer uso de crack. Decidiu, por um período, abandonar tudo o que tinha e viver na rua, sobrevivendo diariamente “nessa selva”.

Mesmo tendo vivido tantos anos na prisão, um dos fatos que mais marcou a sua vida foi ter sido abandonado à própria sorte quando decidiu sair de uma das comunidades terapêuticas onde ficou internado em outro estado. Conseguiu, após muito tempo, retornar para o seu estado pedindo carona nas ruas.

Hoje está sem fazer uso de drogas há três meses e alguns dias, faz tratamento no CAPS ad e mora com a última esposa e um dos filhos, os outros quatro vivem em outras casas, mas o visitam com frequência, com exceção de um, com qual não possui uma relação próxima.

Cláudio: só por hoje!

46 anos, casado, filho de mãe evangélica e pai espírita, Claudio frequentava as duas religiões. Iniciou o consumo de álcool ainda muito pequeno, com apenas oito anos, pois o pai o obrigava a tomar cachaça, com 14 anos já estava bebendo como “gente grande” e com 18 anos percebeu que já estava bebendo como uma “pessoa doente”. Depois conheceu a maconha, a cocaína, a cola de sapateiro, dentre outras drogas, mas o álcool continuou sendo a sua maior paixão.

Passou por uma primeira internação em comunidade terapêutica, onde ficou nove meses, e, depois, ficou seis anos sem beber. Retornou para a mesma comunidade terapêutica, onde ficou três meses e agora está há seis meses sem beber. Para não pensar na bebida tem ido à igreja e feito o que mais gosta de fazer: cozinhar, atividade que além de um hobby é também o seu trabalho.

Hoje frequenta o Alcoólicos Anônimos, local onde fizemos a nossa entrevista. Mora com a esposa e o irmão, vai à igreja aos domingos, trabalha num restaurante durante a semana e faz um curso de gastronomia. Cláudio ficou bastante apreensivo no começo da entrevista e demorou para se soltar, aos poucos ficou mais comunicativo e confiante.

Davi, temente a Deus

33 anos, separado, na infância conviveu com o pai alcoólatra que agredia a ele, e à sua mãe, fato que o marcou desde muito cedo. Ainda na adolescência, indignado com essas vivências experimentou a maconha e conheceu também a cocaína e o crack, droga que mais se apegou.

Passou por duas internações em comunidades terapêuticas, e o mais interessante sobre as suas experiências é que adorou a primeira e odiou a última. Opiniões tão distintas se construíram porque as experiências, de fato, foram muito diferentes. Na segunda, a precariedade do espaço era muito grande, a comida era “impossível de comer” e o banheiro muito sujo, bem como os outros espaços do local. Após as duas internações ele voltou ao uso do crack, na segunda vez, imediatamente.

Um aumento no uso se deu em função da sua separação da mãe dos seus três filhos, que o abandonara por conta do uso de drogas e de sua agressividade e ciúme. Embora tenha se relacionado com outras mulheres depois, ela foi, de fato, quem mais amou e se dedicou, apesar das dificuldades vividas.

Hoje está abstinente há poucos dias, considera-se um homem “convertido”, “temente à palavra de Deus”. Havia acabado de chegar de um retiro religioso e, segundo ele, dali em diante sua droga seria Jesus Cristo. Faz tratamento no CAPS ad há cerca de dois meses e mora com a mãe.

Débora, vergonha e perseverança

53 anos, separada há 15 anos, viveu com o ex-marido durante 18 anos e teve duas filhas. Iniciou o uso do álcool depois da separação e, em pouco tempo, esse uso se tornou um problema para a sua vida, a ponto de se envergonhar de toda a sua família e procurar uma internação por conta própria.

Essa primeira internação ocorreu numa clínica no estado do Espírito Santo destinada a pessoas com transtornos mentais, apesar de não apresentar nenhuma questão relativa a isso. Ela ficou cinco meses nessa instituição, que considerava ser de “despejo” para pessoas que não tinham onde ficar. Presenciou inúmeros conflitos, mas persistiu por esse tempo porque sabia que em liberdade voltaria ao uso de álcool. Foi, de fato, o que aconteceu quando foi morar com a sua filha, então, procurou uma segunda internação, desta vez numa comunidade terapêutica, onde ficou por seis meses. Lá viveu momentos complicados: banho gelado, pernilongos na madrugada, comida estragada, conflitos entre as internas, dentre outros.

Quando saiu de lá voltou ao uso de álcool imediatamente. Hoje, mora com uma das filhas, faz tratamento no CAPS ad e está em abstinência desde maio de 2017. Fala calmamente, de maneira muito organizada e esclarecida. Se emociona em alguns momentos e refere se incomodar muito com as marcas de duas doenças auto imunes em seu corpo, ambas com componente emocional.

Eduardo, da Cristolândia para a Capslândia

32 anos, possui um filho de um casamento que acabou, já fez uso de maconha, cocaína e crack e hoje ainda “escorrega na cocaína”. A sua história com as drogas começou na adolescência, fazendo experimentações. Apesar de ter vivido situações difíceis desde muito cedo, como a perda do pai com dez anos de idade e da mãe com 21 anos, atribui o uso problemático de drogas ao seu divórcio.

Depois da separação passou a vender tudo que tinha para usar crack até começar a viver em situação de rua. Foi então levado pela irmã para a Cristolândia, em outro estado em busca de um tratamento, contudo só conseguiu ficar por 20 dias. Para ele oração “não adianta muito para quem usa droga”. Hoje, dorme todas as noites no abrigo noturno e frequenta o CAPS ad, diz estar muito melhor agora que pode participar das atividades da instituição e tomar a sua medicação. Havia passado por um recaída há quatro meses, mas permanecia em tratamento e se sentia esperançoso a conseguir um trabalho.

Eva, lidando com a solidão

48 anos, solteira, também foi uma das entrevistadas mais marcantes para a pesquisa. Nascida em Manaus, ela perdeu os pais aos dez anos de idade e foi adotada por uma família do Rio de Janeiro, uma vez que nenhum dos seus oito irmãos mais velhos se disponibilizou para ficar com ela. Por muitos anos ela trabalhou como empregada doméstica para essa família e, com 15 anos, depois de uma tentativa de estupro do filho de sua “patroa”, foi mandada de volta para Manaus.

De volta à terra natal, tentou fazer uma reaproximação com os irmãos, mas a relação entre eles nunca fluiu. Ela passou a trabalhar como doméstica em casas de família e iniciou o uso de álcool. Posteriormente começou com o uso de cocaína e crack. Com 22 anos teve um filho para “deixar de ser lésbica”. Em, 2012, já no Espírito Santo, passou por uma primeira internação em comunidade terapêutica, na qual ficou apenas 20 dias, pois foi convidada a sair. Na segunda internação ficou por quatro meses e saiu para viver com uma das internas dessa instituição. Em poucos meses tinham, as duas, retornado ao uso de cocaína. E, por fim, passou por uma terceira internação, na qual ficou dois meses e saiu por não suportar a quantidade de cultos.

Recentemente cometeu furto em um supermercado e ficou um dia detida. Ainda está em uso de droga, faz tratamento no CAPS ad e mora sozinha. Sente-se solitária, triste e chora por várias vezes na entrevista. Lamenta muitos episódios da sua vida, sobretudo, o afastamento do seu filho.

Fátima: mulher de reza e não de oração

53 anos, divorciada, mãe de três filhas, tidas com o ex-marido, Fátima iniciou o uso de álcool logo após a morte da sua mãe, com quem tinha uma relação muito próxima. Começou a tomar cerveja, mas em pouco tempo isso não a satisfazia mais, então começou a ingerir bebidas mais fortes.

Passou por uma primeira internação no estado do Espírito Santo, em uma clínica privada, na qual permaneceu por 30 dias. Após a saída conseguiu ficar um ano e onze meses sem beber. Depois teve uma recaída e passou por uma segunda internação, no estado da Bahia, onde ficou durante seis meses. Após essa saída, viveu um relacionamento intenso com um homem que veio a falecer de maneira inesperada. Ela achou que poderia ter outra recaída, mas não teve.

Voltou para o Espírito Santo e procurou apoio no CAPS ad, onde faz tratamento hoje. Desde então permanece abstinente. Apesar de achar que as internações a auxiliaram, possui diversas críticas e acha que mesmo tendo se submetido às orações de cunho evangélico no interior das instituições, nunca perdeu a sua essência católica: “na hora de dormir, eu não orava, eu rezava”.

Gilberto, eita vida sofrida

51 anos, separado, Gilberto é cearense e trabalha desde os dez anos de idade, quando ajudava seus pais na roça. Ainda na juventude conheceu a maconha, mas não gostou, e depois, a cocaína e o crack.

Passou por duas internações em comunidades terapêuticas, ficando um ano na primeira vez e um mês e meio na segunda, após a primeira recaiu em uso de crack e viveu vários momentos em situação de rua.

Nesse meio tempo casou-se com uma mulher e teve dois filhos gêmeos que faleceram ainda na infância. Hoje, faz tratamento no CAPS ad há quatro anos, recebe Benefício de Prestação Continuada e mora com uma tia e um tio. Gilberto é extremamente sucinto nos relatos e aparenta dificuldade para compreender as perguntas. Seu relato é confuso, o que demandou confirmações da pesquisadora várias vezes. Fala baixo, não sorri e nem esboça muitas emoções.

Hélio e a cachaça de cada dia

Hélio, 56 anos, divorciado, passou por três casamentos, um de cinco anos, um de 18 e um de 12 anos, hoje está solteiro. Trabalhou desde os oito anos de idade, passando por diversas

atividades: padeiro, dono de bar, taxista, dentre outros. Iniciou o uso de álcool ainda jovem, com cerveja e depois passou a beber pinga todos os dias. Segundo ele, optou pela “cachaça” ao invés de seus casamentos, pois, quando colocado contra a parede, sempre escolhia a bebida.

Ficou três meses internado em uma comunidade terapêutica no Rio de Janeiro, três dias internado em clínica privada no Espírito Santo, mais trinta dias nesta mesma clínica e dois meses em outra clínica no Espírito Santo. Voltou ao uso do álcool após todas elas. Hoje faz tratamento no CAPS ad há um ano e meio, reduziu o uso do álcool e diz estar bem. Mora sozinho, mas recebe muitos cuidados de sua filha e sua esposa.

Marcela e suas muitas tentativas de vencer as drogas

39 anos, divorciada, começou a fumar maconha com 19 anos de idade, depois conheceu o crack e a cocaína, que usou por cerca de 15 anos, entre uma internação e outra, das mais variadas formas: clínica privada no Espírito Santo e em Minas Gerais, comunidade terapêutica no Espírito Santo e em Minas Gerais, hospital.

A entrevista com Marcela se destaca por alguns aspectos. Primeiro, pela sua indicação, que fora feita por uma colega do grupo de pesquisa; um segundo aspecto é que essa entrevista foi feita na casa da entrevistada; o terceiro aspecto é que ela se destaca da maioria dos participantes da pesquisa por ter uma boa situação financeira e muito suporte familiar, sobretudo do seu pai; o quarto e último aspecto é que, recentemente, passou por uma internação diferente daquelas relatadas nessa pesquisa, em uma clínica privada no estado de São Paulo para fazer tratamento com a substância ibogaína.

Hoje, mora com o pai, recebe visitas da filha cotidianamente e está sem usar droga há algumas semanas. Nunca quis se vincular ao CAPS ad. Sente-se bem, privilegiada por ter a família que tem e pretende voltar a trabalhar.

Mariana, obediente a Deus

Mariana, 35 anos, solteira, dois filhos. Iniciou o uso de droga ainda jovem e logo diz que ficou viciada em crack, usando durante dias sem parar, sem se alimentar, nem dormir. Gastava todo o dinheiro que tinha com a droga, ficou em situação de rua várias vezes, quando não estava na casa da irmã ou de alguma tia. Passou a se prostituir para sustentar o uso.

A entrevistada traz inúmeros relatos pesados da vida na prostituição, como duas tentativas de morte, uma por tiro e outra por enforcamento. Passou por duas internações em comunidades terapêuticas, uma de seis meses, com recaída imediata e, outra, de nove meses, onde seguiu trabalhando como obreira até os dias de hoje. Faz cinco anos que ela mora lá.

Nunca foi ao CAPS ad, pois acha insuficiente ter acesso a tratamento durante o dia, mas depois “estar na rua de novo”.

Em meio a esses anos de uso teve dois filhos e abortou alguns. O filho mais velho, hoje com 18 anos, passou a maior parte da vida morando com o pai e, atualmente, usa maconha e está envolvido com o tráfico de drogas. A filha mais nova, com 11 anos, hoje vive com ela num espaço cedido na comunidade terapêutica onde trabalha.

A entrevista foi realizada na casa de uma liderança de uma igreja de Vitória, amiga de Mariana que trabalhou por muito tempo na comunidade terapêutica onde a entrevistada mora hoje. Não tem previsão de sair da instituição, pois acha que deve “permanecer na obediência de Deus”. Em seu discurso, choroso, emocionante, se refere muito a Deus e a Jesus como seus maiores salvadores.

Mauro, aprendendo com outros usuários de droga

Mauro tem 33 anos e mora junto com uma companheira, começou a fazer uso de droga a partir dos 18 anos, por curiosidade, com amigos, mas com o tempo isso começou a se tornar uma rotina. Daquela época para cá ele experimentou maconha e crack, mas passou a gostar mesmo de álcool e cocaína.

Estava abstinente há duas semanas no momento da entrevista, após uma internação em uma comunidade terapêutica, onde ficou por dois meses. Fora da instituição, procurou dar continuidade ao seu tratamento em outros locais, como o CAPS ad e o Narcóticos Anônimos. Não se considera religioso e entende que a experiência vivida com outros usuários de drogas o ajudou a se fortalecer.

Miguel e o prazer de aceitar Jesus

46 anos, casado, não possui filhos. Concedeu uma entrevista rápida e objetiva, mas seu apego religioso foi claramente demonstrado por suas palavras.

A história de Miguel é interessante por diversos motivos. Nascido num bairro nobre do município de Vitória, teve todo o suporte e a estrutura familiar. Iniciou o uso de drogas com cerca de 16 anos, em um show, onde foi apresentado ao loló e, em outro dia, a maconha. Ele se achava “gordinho” e era tímido, e, posteriormente, a cocaína o ajudou a conseguir todas as coisas que queria, a ser de uma maneira diferente.

Quando já estava muito envolvido com o uso da droga, começou também a trabalhar com isso. Sabia “quebrar a droga, misturar, embalar e vender”. Depois passou um tempo vendendo carros roubados na Bolívia. Ficou um tempo em situação de rua, quando, por

intermédio de um amigo, foi para uma comunidade terapêutica. Ele queria dar uma única alegria para o pai, pois “meu irmão é formado em medicina, o outro é da polícia federal e eu viciado em droga”.

Ali começou uma mudança em sua vida, pois diz ter sentido a presença de Deus e foi inexplicável. Ficou três meses internado e cinco anos trabalhando como obreiro. Casou-se, teve um filho, que faleceu em função de quadro de fibrose cística. O casamento acabou. Hoje continua abstinente, se casou novamente e afirma que nada o trouxe mais prazer do que estar com Deus.

Pedro, uma vida de internações

42 anos, solteiro, perdeu a mãe quando tinha três anos e veio morar em Vitória com o pai e a madrasta. Começou a beber com treze anos de idade, depois experimentou a maconha e passou a fazer uso intenso de crack associado ao álcool.

O que mais chama a atenção em sua entrevista foi o número de internações em comunidades terapêuticas, cerca de 17 vezes. Contudo, não conseguimos saber quanto tempo ficou internado, pois não se lembra desse percurso com exatidão. Teve recaída após todas as internações e ainda faz uso eventual de álcool. Achou todas as experiências válidas para aprender e refletir sobre a vida. Hoje mora num abrigo e faz tratamento no CAPS ad.

Pedro possui dificuldade de locomoção, usa muletas em função de um atropelamento sofrido na juventude, quando voltava de uma festa. Chegou para a entrevista depois de muita insistência e vários “bolos”.

Rafael, casado e abraçado com Jesus

21 anos, “casado com Jesus”, foi abandonado pela mãe na infância e foi criado por um tio e pela sua avó. Com 16 anos cumpriu medida socioeducativa por formação de quadrilha, depois, quando tinha mais de 18 anos, foi preso por roubos e tráfico de drogas. Também passou a fazer uso de diversas drogas. Já trabalhou como ajudante de pedreiro, vendedor de amendoim, vendedor de bala, mas gosta mesmo é de poesia, música e leitura.

Passou por apenas uma internação em comunidade terapêutica, onde ficou por oito meses, e foi onde conheceu “a palavra”. Vai fazer 11 meses que ele está afastado das drogas, do roubo e do tráfico.

Hoje faz tratamento no CAPS ad, mas o que mais lhe ajuda é ir à igreja Universal e ouvir a palavra de Deus, é onde se sente “abraçado”. Todo dia frequenta as reuniões da Força Jovem Universal, onde canta e toca instrumentos. Atualmente mora com um colega e “Jesus”.

Rafael, ao final da entrevista, pediu permissão à pesquisadora para fazer uma prece e, com o seu consentimento, realizou imposição das mãos e falou algumas palavras para que Deus zelasse por ela.

Reinaldo e todo tipo de internação

42 anos, solteiro, perdeu a sua mãe no parto e foi criado pelos tios. Reinaldo relata se sentir rebaixado pela família desde criança e que, por conta disso, se revoltou e começou a usar drogas desde os treze anos de idade. Começou com cola de sapateiro e depois passou por diversas drogas, maconha, cocaína, crack. Perdeu empregos, gastou todo o dinheiro que tinha com o crack e foi morar um tempo em Brasília para fugir dos traficantes. Lá conheceu uma mulher e teve um filho, com o qual não possui muito contato hoje.

Tem um histórico extenso de internações, de vários tipos: internações em comunidades terapêuticas no Espírito Santo, quatro internações em comunidades terapêuticas em São Paulo, internações compulsórias em clínicas privadas no Espírito Santo e diversas internações em clínicas psiquiátricas no Espírito Santo. Relata várias histórias vividas no interior dessas instituições, de violência e uso de drogas, inclusive.

Ao longo desses anos todos de uso, teve hepatite C, um acidente vascular cerebral (AVC) e dois infartos agudos. Hoje está em situação de rua, mas às vezes dorme na casa de uma tia. Faz tratamento no CAPS ad, entre muitas idas e vindas, ainda está em uso de drogas. Seu discurso é confuso, pois geralmente se perde contando uma história dentro de outra história e não se lembra mais do que foi perguntado. Ri relatando situações trágicas e tristes.

Renato e a comunidade terapêutica “de fachada”

42 anos, solteiro, Renato relata que iniciou o uso de álcool e cocaína de tanto que sua mãe desconfiava e o acusava de usar drogas. Na época, ele trabalhava em um trailer e não fazia uso de nenhuma substância e aquelas acusações o deixavam muito triste. Depois, também conheceu o crack e passou a gastar todo o seu dinheiro com o consumo, chegando a ficar em situação de rua e a se envolver em roubos.

Já passou por diversos tipos de internações: três em comunidades terapêuticas, sendo duas no Espírito Santo e uma na Bahia, uma internação em hospital no Espírito Santo e uma internação em clínica privada no Espírito Santo. Relata vários conflitos vividos dentro das internações, brigas, tentativas de morte, etc. O que mais chamou a atenção da pesquisadora foi uma das internações em comunidade terapêutica onde o pastor, os obreiros e alguns pacientes

faziam uso de cocaína. Havia um esquema interno de uso de drogas. Nele, Reinaldo era o motorista que ia buscar as substâncias.

Hoje faz tratamento no CAPS ad, frequenta o Narcóticos Anônimos e o Alcoólicos Anônimos. Mora com a sua mãe e está “limpo” há um ano.

Ricardo e o crack que tudo levou

31 anos, nascido em Ilhéus, é casado e pai de um filho. Relata que na infância sofreu muito com a separação dos pais. Depois, com 17 anos, veio morar no Espírito Santo e, pela primeira vez, teve a experiência da droga por meio de um amigo que o apresentou à maconha. No ano seguinte, por meio de outro amigo, experimentou o crack. Inicialmente conseguia fazer o uso da substância e ter uma vida normal, mas depois não conseguiu mais administrar a sua vida. Perdeu o emprego, gastou todo o dinheiro que tinha e deixou o seu carro na boca de fumo.

Passou por duas internações em uma mesma comunidade terapêutica no Espírito Santo, na primeira vez ficou três meses e saiu porque estava com saudade de sua família, na segunda vez conseguiu ficar seis meses. Desde que saiu, há dois meses, está abstinente.

Faz tratamento no CAPS ad, mora com a com a esposa e o filho e frequenta a igreja evangélica.

Rita e a guerra às drogas

31 anos, solteira, Rita conheceu o crack quando tinha 17 anos, antes disso só fumava maconha de vez em quando. Depois disso se envolveu muito com o uso, passou a se prostituir e a trabalhar no tráfico de drogas. Em um dos conflitos vividos no tráfico levou 32 tiros e ficou com nove balas alojadas na cabeça, que não podem ser retiradas. Ficou com diversas sequelas por conta desse episódio: olho de vidro, perda de parte da locomoção, confusão mental, dentre outras.

Dos 19 aos 29 anos viveu um relacionamento conturbado, teve uma filha que hoje só pode encontrar quinzenalmente. O ex-companheiro está em processo de tentativa de retirada da sua guarda. Fala da filha em vários momentos da entrevista, que sofre demais com a ausência dela e que, depois desse afastamento, sua vida perdeu o sentido. Refere estar deprimida e em uso de drogas. Faz tratamento no CAPS ad, referindo ser essa uma exigência para que possa ver a sua filha.

Passou por uma internação de um mês e dez dias numa comunidade terapêutica no Espírito Santo. A experiência foi muito ruim para ela, pois era necessário se submeter a muitas ordens “até mesmo para ter acesso à comida”. Os momentos de reza eram frequentes e também

a incomodavam, bem como a sensação de estar sempre sendo vigiada. Sobre a instituição em que ficou internada, há uma situação complexa, pois o local diz ser uma comunidade terapêutica e não receber internações compulsórias, apenas voluntárias (isso é dito quando a pesquisadora liga para a instituição), mas há registro de internações por sentenças judiciais no local que podem ser acessadas por meio do Portal da Transparência do Espírito Santo.

Sandro e a esperança que nunca morre

51 anos, solteiro, Sandro conheceu a maconha com doze anos de idade, e, depois, trilhou um caminho de uso, ainda dentro da sua casa, mas esse uso foi aumentado até ele resolver sair de casa, aos 16 anos. Daí em diante, ficou em situação de rua e passou por várias internações, mas diz que nenhuma delas surtiu efeito.

A sua memória resgatou pelo menos seis internações, uma em uma comunidade terapêutica em Minas Gerais e cinco internações em comunidades terapêuticas no Espírito Santo. Ele relatou as experiências que viveu em cada uma delas, sendo muito diversas, pois algumas regulavam a alimentação e outros direitos básicos, e outras ofertavam um tratamento mais sério e comprometido. A pior experiência vivida foi na sua primeira internação, num local chamado por ele, em tom sarcástico, de “cubículo terapêutico”.

Atualmente mora em um abrigo, faz tratamento no CAPS ad e continua em uso de drogas. Seu relato foi um dos mais interessantes, pois ele é extremamente crítico aos fatos que aconteceram em sua vida, é muito inteligente e esperto. Apesar de ainda não ter conseguido mudar a sua relação com as drogas, acredita que isso um dia pode ser possível e não pretende desistir, pois “a esperança só morre se eu morrer primeiro”.

Silvia, fazendo o trabalho de Deus

Silvia, 55 anos, paulista, solteira, mulher batalhadora e inteligente. Na infância, conviveu com o pai alcoólatra que batia na mãe. Depois da separação, quando achou que os problemas tinham se resolvido, aos 14 anos, foi abusada sexualmente pelo namorado da mãe. Ao revelar a ela, foi expulsa de casa e teve que ir morar com a sua avó. De lá para cá, começou a beber e usar diversos tipos de drogas, passou por um aborto e ficou em situação de rua no centro de São Paulo.

Por lá viveu vários anos, até resolver mudar de ares. No caminho acabou se deparando com uma comunidade terapêutica, ainda em São Paulo, onde ficou internada por três meses e depois trabalhou como obreira por nove meses. Nesse tempo, teve um reencontro com a sua mãe e seus filhos. Tudo ia muito bem até ter um conflito com uma das internas da casa. Depois

disso resolveu ir embora e teve uma recaída enquanto voltava para a casa da sua mãe. Isso resultou em mais alguns anos em situação de rua.

Mais uma vez resolveu mudar de ares, dessa vez não sabia exatamente onde queria parar e veio andando até Vitória. Aqui teve uma nova oportunidade de ficar internada em uma comunidade terapêutica. Dessa vez, cumpriu o tratamento por nove meses e depois também passou a atuar como obreira.

Nunca foi ao CAPS ad, hoje mora na comunidade terapêutica onde trabalha há dez meses. Se sente feliz e diz estar bem, apesar de sentir falta dos familiares. Diz que Deus está trabalhando muito em sua vida. Ter encontrado essa comunidade terapêutica, segundo ela, já estava profetizado há muito tempo por um pastor que conheceu em São Paulo. “Silvia, Deus vai te levar pra um lugar muito longe, onde você não conhece ninguém, ninguém te conhece, só lá ele vai poder trabalhar com você”. Assim ela segue, fazendo o trabalho Dele.

Tales, de usuário a líder espiritual

Tales, 48 anos, casado. Aos 17 anos se envolveu com as drogas, começou com álcool, depois conheceu a maconha e, quando sua família descobriu, foi imediatamente internado numa comunidade terapêutica no Espírito Santo. Ficou três meses nesta instituição e depois que saiu conheceu a cocaína. A nova droga resultou em mais três meses de internação no mesmo local.

Contudo, o seu uso só aumentou. Sua vida só começou a mudar depois de uma terceira internação, em outra comunidade terapêutica no Espírito Santo. Lá ficou nove meses e depois trabalhou como obreiro por três anos. Nesta instituição conheceu a sua esposa, que trabalhava no local. Pela primeira vez se sentiu muito ajudado pela palavra de Deus e acredita ter conhecido a sua libertação. Hoje acredita que a libertação das drogas só pode se dar, verdadeiramente, através de Cristo.

Desde então está abstinente, mora com a esposa e um filho e exerce várias funções dentro da igreja evangélica, sendo uma liderança religiosa.

6.1. “Aonde o Senhor me levar”¹²⁴

Aqui reunimos um grupo de participantes (08) que expressou um discurso no qual a experiência na comunidade terapêutica foi retratada como transformadora (em maior ou menor grau), sendo esta vivência fundamental para que conseguissem se distanciar das drogas e ficar em abstinência. Apesar das histórias de vida serem muito diferentes, os desfechos se convergem

¹²⁴ Este é o título de uma letra religiosa do cantor evangélico Wagner Santos.

quando a abordagem religiosa parece ser o caminho para cessar o uso das drogas. Nesse discurso, termos como “libertação”, “Deus”, “Jesus”, “obediência”, “fé” e “crer na palavra” são recorrentes.

Dentro do grupo encontramos algumas diferenciações no momento anterior à experiência de internação na comunidade terapêutica: os que se identificavam como alguém com fé (mas não praticante) e os que se declaravam sem fé. Além disso, ressaltamos que duas entrevistadas desse grupo, Mariana e Silvia, ainda se encontram em comunidades terapêuticas, realizando trabalhos na instituição.

Um dos aspectos muito presente nas falas dos entrevistados desse grupo é a de que a internação na comunidade terapêutica promoveu uma aproximação deles com Jesus/ Deus, com a religião e com a fé que já possuíam, mas que estava um pouco “esquecida”, “adormecida”. Os indivíduos têm em comum o fato de que não conheceram Jesus/Deus no interior da instituição, por isso, não fizeram menção à um processo de conversão propriamente dito, uma vez que já possuíam uma história religiosa; contudo, mencionaram uma retomada da crença e das práticas relacionadas a essa crença, um aprofundamento na fé e um estreitamento da relação com a entidade divina:

Ah, deixa eu ver. Ó, vou dizer. **Eu tinha muita vergonha de me ajoelhar e agradecer a Deus**, ou me ajoelhar e pedir a Deus. Eu não fazia isso por nada. Por nada eu fazia isso. **Hoje em dia eu não durmo sem me ajoelhar e agradecer a Deus** por mais um dia de vida (André).

Primeiro, eu **aprendi a me aproximar mais de Deus**. A conversar mais com Deus. Que lá eu tava tendo tempo pra isso. Porque na minha casa, eu tenho tempo na minha casa, mas eu não ocupo esse tempo disponível pra conversar com Deus, até porque, quando eu tava... hoje sim, mas quando eu tava bebendo, eu pensava em beber (Cláudio).

Lá foi onde eu retomei a minha fé, foi onde eu **retomei**. Como eu te falei, ninguém obriga, mas eu achei que era importante, que era legal. Então lá que eu **voltei**, vamos falar assim, a praticar, a exercer, a fazer o que eu fazia antes, que eu pregava, eu cantava, louvava; tinha deixado de fazer isso e lá eu voltei a fazer isso (Ricardo).

Nesses relatos, a internação possibilitou se reaproximarem da fé que parecia estar perdida. “Aproximar”, “retomar”, “voltar”, “agradecer” foram verbos utilizados para evidenciarem o processo de recomposição de uma aliança com o divino. Silvia, que já havia

passado por um processo de conversão durante a sua primeira internação em uma comunidade terapêutica acrescenta os verbos “reconciliar” e “libertar”:

Quer dizer que **Deus me libertou**, me tirou da cachaça, me tirou das drogas, eu tô no caminho dele, **voltei** a minha aliança com ele, que tinha quebrado, né. Um tempo depois que você sai, você é batizado e tudo, você faz uma **aliança com Deus**, é que nem um casamento, você se une. Mas têm muitos casamentos que se destroem, então a aliança acabou, quando eu saí da presença do senhor eu quebrei a aliança. Mas aqui eu **reconciliei com Deus**, juntei minha aliança de novo, através dessa aliança que estou firme e forte, hoje eu posso sair (Silvia).

Mais uma vez, fica evidente a atuação das comunidades terapêuticas na reconstituição religiosa dos indivíduos. Isso ocorre porque, dentre outros aspectos, na condição de internos dessas instituições, são constantemente expostos à momentos de oração, leitura bíblica, louvores, conversas de conteúdo religioso, etc. Sobre esses momentos, podemos encontrar diversas falas que mencionam o quanto eram importantes no processo de tratamento:

O que ajudava ali dentro era a **palavra de Deus** né, ajudava muito o conforto da palavra de Deus. Através da palavra que nós conhecemos a nossa libertação, sem Jesus não dá, eu cheguei nesse ponto que não dava (Tales).

Com **a palavra de Deus**...foi me abraçando [...] era legal, adorava, lê Bíblia. Não era obrigado, quem queria ia, quem não quisesse ficava dentro do alojamento [...] na minha mochila tem dois livros que eu leio todo dia, a Bíblia é um. Mente vazia é oficina do diabo. Pra não ficar vazia eu canto rap, música, louvores, falo do amor de Deus (Rafael).

Você não era obrigado a ir ao culto, entendeu? Você ia se você quisesse. Eu não, todo dia eu ia, toda noite tava ali, que me satisfazia. Aí, **ouvindo a palavra** ou ouvindo quem sabe a Bíblia, te explicar ali pra você entender mais, pra tentar entrar ali. Conforta um pouco pelo ambiente onde você tá, onde você veio, então te dá um conforto legal. Pelo menos pra mim me dá um conforto legal. Até hoje eu gosto de, quando eu passo e vejo uns irmãos falo “poxa, irmão, tem como fazer uma oração assim, assim, assim” (André).

Nos relatos acima observamos os momentos de aprendizado em torno do conteúdo bíblico a que foram submetidos os indivíduos nas comunidades terapêuticas para formatar uma transformação moral. As situações de culto se davam, em algumas instituições, diversas vezes ao dia, baseadas num princípio de repetição como forma de fixação dos ensinamentos religiosos. Para os entrevistados, esses eram momentos importantes para adquirirem conhecimento sobre a vida de Jesus/Deus e poderem agir à Sua imagem e semelhança (como

prega a Bíblia). Além disso, a ida aos cultos ou a leitura da palavra ocupavam os indivíduos, uma vez que se a cabeça estivesse vazia, pensamentos ruins poderiam invadi-la. Esse preenchimento, frisamos, se dava por meio da repetição desse conteúdo que tinha, para além da fixação, a missão de também não dar lugar para outros pensamentos quaisquer, a missão do não pensar.

De uma forma geral, para os religiosos, o contato com os dizeres da Bíblia, ou com as explicações sobre estes dizeres feitas por líderes religiosos nos cultos, proporcionam uma aproximação do divino e representam também uma das formas pelas quais Jesus/Deus se comunica com os seres humanos, aconselhando-os e mostrando os caminhos que devem seguir. No caso das religiões protestantes, historicamente, a Bíblia figura como fonte de explicações e aprendizado para seus adeptos, sendo o protestante resultado do estudo da palavra de Deus por meio de reuniões e leituras individuais. Ressaltamos, entretanto, que no caso dos pentecostalismos latino-americanos das últimas décadas, há uma perda de importância da Bíblia, ao colocarem no centro do culto um animador das emoções, um provocador dos êxtases coletivos (RIVERA, 2005).

Em se tratando das falas dos participantes da pesquisa, independente da mediação de líderes religiosos ou de uma leitura mais autônoma da Bíblia, é importante, em uma primeira instância, destacar o caráter religioso das instituições¹²⁵. Apesar disso, como já mencionamos, é comum que os líderes dessas instituições afirmem fazerem uso da espiritualidade no tratamento dos internados e não de religiosidade.

A exemplo disso, podemos encontrar no sítio eletrônico da CONFENACT um texto do Secretário Geral da Cruz Azul no Brasil, que defende a legalidade do uso da espiritualidade nas comunidades terapêuticas, utilizando como embasamento a RDC-029/2011 da ANVISA, a Resolução 01/2015 do CONAD e o Edital 01/2018 da SENAD (que habilitou instituições desse tipo para contratação de vagas pelo Governo Federal) que preveem as atividades de desenvolvimento da espiritualidade nestes locais¹²⁶.

Contudo, a partir dos relatos trazidos pelos entrevistados e da diferenciação que já estabelecemos entre “espiritualidade” e “religiosidade” nesta tese, parece-nos estarmos tratando da segunda opção e não da primeira, uma vez que as crenças utilizadas para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva se encontram ligadas a

¹²⁵ Não foi possível acessar as denominações religiosas às quais estão vinculadas essas instituições, uma vez que não as acessamos diretamente.

¹²⁶ Esse texto pode ser encontrado no seguinte site: <http://www.confenact.org.br/>.

uma religião (VALLA, 2001). O uso da espiritualidade como parte dos métodos de recuperação defendido, por exemplo, na Resolução da CONAD citada acima, se daria por meio de atividades que buscam o autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, objetivando o fortalecimento de valores fundamentais para a vida social e pessoal.

A aposta das comunidades terapêuticas em nomear suas práticas de espiritualidade pode ser entendida como uma estratégia para tentarem se adequar às legislações e de evitarem denúncias associadas às suas instituições, já que a nossa Constituição de 1988 defende a liberdade de consciência e de crença, assegurando o livre exercício dos cultos, não sendo permitido que ninguém seja privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política (art. 5º, incisos VI e VIII). Contudo, conforme estamos demonstrando a partir das falas dos entrevistados deste trabalho, as comunidades terapêuticas realizam diversas práticas religiosas em seus cotidianos institucionais e são capazes de reaproximá-los da religião que já conheciam/frequentavam ou de converter indivíduos que nunca tinham sido religiosos.

A exposição constante a esses conteúdos religiosos possui um impacto na vida dessas pessoas, transformando, em alguma medida, a forma como olham para os acontecimentos do mundo. É importante notar que alguns entrevistados depositam muita confiança no que leem na Bíblia ou no que lhes é falado pelos líderes religiosos em momentos de culto. São ensinados a confiar a Jesus/Deus o destino de suas vidas e passam a direcionar as suas tomadas de decisões a partir do que consideram ser o caminho apontado por Jesus/Deus:

É... através de sonhos, através de oração. **Deus te mostra as coisas.** Através de **alguém te revelando**, né. Então eu vi que haveria a necessidade, tanto é que falei em casa “ó, eu vou pra casa de recuperação, mas porém vou fazer três meses tá?”. E com três meses certinho eu saí. Tô aí. Então, **é no tempo de Deus.** Por que eu fiquei nove meses da primeira vez? Porque não chegou minha hora pra sair. E Deus fala conosco através mesmo do irmão, através de uma visita que vai. Tem uns cultos aos domingos, os cultos pra família, né, onde a família vai visitar no domingo (Cláudio).

Não. Eu tenho minha experiência até hoje com Deus, **que me quer lá. Ele já falou claramente, permaneça em obediência.** Não é o momento ainda. Não é o momento, então eu não vou duvidar. Eu não vou colocar o certo pelo duvidoso. Eu sair de lá. Ano passado eu tentei sair de lá ele só falou bem assim “o seu ministério já está certo. Se você tem tudo lá fora, tudo resolvido, casa, escola trabalho, tudo certo aí é com você. Agora se você não tem nada disso ainda preparado lá fora, permaneça onde está” (Mariana).

Deus trabalhou nisso, eu pretendia ir embora com quinze dias, mas antes de eu ir embora Deus fez esse rebuliço todo. Dona Maria ficou doente, precisou da Valdirene, e nisso aqui eu fiquei, tem um ano e sete meses, eu adoro meu

trabalho. Não tenho renda nenhuma aqui, mas aqui eu como, bebo, durmo, minha casa é aqui. [...] e quando eu saio, **Deus fala assim no meu ouvido** “você tá vendo, você era igual essas pessoas”. Pra você ouvir a voz de Deus tem que está muito ligado lá em cima, toda vez que eu saio eu olho, eu falo “Senhor, vai comigo” (Silvia).

A comunicação estabelecida com Deus é direta e clara – “Deus fala assim [comigo]”, “Ele já falou claramente”, “Ele me mostrou” – e revela que deseja o bom, o melhor em suas vidas. E, para isso, o preço é a obediência dos homens a seus desígnios. No caso de Cláudio, Mariana e Silvia, Deus, por meio de suas estratégias de comunicação, determinou o tempo em que cada um deles deveria passar na comunidade terapêutica. Ainda no caso de Silvia, Deus permitiu, ao colocar usuários de droga em seu caminho, que ela visse como era quando fazia uso de droga e, dessa maneira, ela diz se fortalecer para não ter recaídas e sempre está muito atenta aos recados que ele envia lá de “cima”. A divindade, portanto, assume, no lugar de si próprios, a centralidade de suas vidas e à Sua vontade eles são obedientes e submissos.

Trata-se de um processo de distanciamento do homem de si mesmo como ser social, um movimento de alienação de si, de desumanidade, que é socialmente construído pelos homens no cotidiano de suas vidas em sociedade (LUKÁCS, 2013). É nessa lógica, de um Deus provedor, libertador, à quem nada escapa, que tudo pode se dar, inclusive a “cura” para o uso de drogas.

Em prol dessa comunicação com Deus, os sujeitos aceitam viver uma série de situações que lhes causam incômodos, pois compreendem que isso seria uma prova de fé, uma vez que estes seriam os desígnios de Deus, que somente reserva para os seres humanos o fardo que conseguem suportar. Podemos observar isso quando Silvia mencionou não receber nenhum salário para executar o trabalho na comunidade terapêutica. Sobre essa situação, que é muito semelhante à de Mariana, Silvia referiu o quão complicado era não ter salário, pois não podia comprar as suas coisas, não podia resolver diversos problemas que dependiam de investimento financeiro como, por exemplo, ir até São Paulo para resgatar um documento que lhe podia possibilitar o recebimento do benefício bolsa família.

Apesar disso, ela acredita que trabalhar na comunidade terapêutica é parte de uma missão, uma obra, na qual ela contribui na salvação de outras vidas, sendo chamada de “obreira”. Nas religiões evangélicas ser obreiro consiste em ser aquele que serve ao reino de Deus, geralmente atuando nas igrejas e auxiliando o pastor, ajudando a manter a ordem, cuidando da rotina e das atividades (LEITE, 2008). Na comunidade terapêutica em questão, nos pareceu também ser um trabalho de auxílio ao pastor e a pastora, donos da instituição, em todas

as tarefas que necessitavam ser realizadas. Durante a entrevista, houve três interrupções para que Silvia realizasse tarefas; em uma delas, por exemplo, era preciso que ela decidisse o que as internas deveriam cozinhar para o almoço e passar todas as instruções para o preparo dos alimentos.

Cabe aqui destacar que as comunidades terapêuticas se apresentam como espaços potenciais de absorção da mão de obra de acolhidos e ex-acolhidos, que podem se tornar monitores e até mesmo dirigentes dos espaços que frequentaram (NATALINO, 2018). Segundo Torres Junior e Arenari (2016), para aqueles que se adequam às comunidades terapêuticas fica a promessa de uma ascensão, por meio da qual ex-acolhidos podem chegar a posições de missionários, obreiros ou pastores (posições de prestígio e liderança nas igrejas desta confissão).

Além disso, a incorporação dos ex usuários à equipe de trabalho pode ser compreendida como uma estratégia de propaganda: promove-se a ideia de que a transformação que aconteceu com aquele obreiro ao aceitar Jesus pode acontecer com qualquer um dos usuários acolhidos.

No caso de Silvia, notamos que, apesar dela se compreender como parte de uma “obra” divina que, por sua natureza não prevê pagamento em dinheiro, sentia falta de não receber nenhuma remuneração, pois já havia percebido que, por mais que a instituição lhe desse em troca moradia, alimentação e roupas, não podia construir nenhuma autonomia para além dos muros institucionais. Entretanto, permanecia naquela condição mesmo assim, afinal de contas, não há como cobrar um salário quando o “empregador” é Deus. Além disso, não há como abandonar a “obra” sem que haja nenhuma perspectiva de sobrevivência fora da comunidade terapêutica, ao mesmo tempo em que, enquanto permanece dentro dela, não há contato com outras possibilidades de vida. Diante dessa situação, podemos observar um conformismo em sua fala: “quando o Senhor Jesus desejasse aquela situação poderia mudar”, que pode, inclusive, ser muito vantajoso para a sua manutenção na instituição.

Nesse sentido, o conformismo gerado a partir das religiões pode ser uma estratégia de alienação utilizada a favor da exploração no capitalismo, como era apontado por Marx (2005). A Teologia da Prosperidade, nesse sentido, pode contribuir, uma vez que, para os neopentecostais, em algum momento de suas vidas Deus garantirá, ou melhor, proverá a tão esperada “prosperidade”, não só espiritual, como também material (MARIANO, 1996). São os mais pobres de nossa sociedade, não por acaso, os alvos prioritários dos pentecostais em suas ações proselitistas, e a Teologia se apresenta como um consolo diante dessa espera infelizmente, e aceitação diante do não acesso aos direitos, da exploração e de situações opressivas que muito se assemelham ao trabalho escravo (SOUSA, 2011).

No que compete ao uso problemático de drogas, especificamente, alguns entrevistados não só acreditam que a figura divina poderia ajudá-los a superar a vontade de consumir determinadas substâncias, como também seria o único caminho capaz de proporcionar a interrupção do uso:

Eu creio o seguinte, que **sem Jesus não dá, não** tem como, **não** tem como porque é muito difícil, é uma luta muito grande contra a carne, eu acho que se você **não** tiver Jesus no coração, você **não** entregar sua vida na mão de Deus, você **não** consegue largar as drogas, você pode até passar um tempo, mas quando você passa por algum problema, alguma coisa, você vai lá e busca ela de novo, porque a **droga** faz parte da nossa vida, tudo que você vai fazer: **droga**. Se vai trabalhar: **droga**. Se você vai roubar: **droga**. Se você vai qualquer coisa que for fazer, é **droga**. Então eu acho que a libertação das **drogas**, só através de Cristo, verdadeiramente, entendeu? (Tales).

Mas, na minha opinião, ajuda e muito, a parte religiosa. Porque eu creio que o **homem sozinho**, cara, o homem sem fé, sem...não importa no que ele acredite, mas eu creio que **ele tem que acreditar** em algo que seja maior que ele pra levar ele pra algum lugar (Ricardo).

A única forma que eu tive de poder sobrepor todas essas investidas da minha mente **querendo usar a droga**, eu ia de joelho orar. Era a única coisa que transformava a minha vontade de usar pra uma coisa diferente (Miguel).

Essa força **não** é minha, vem do Senhor. Essa força **não** é minha. Se hoje eu tenho essa capacidade de expressar pra você essa força, porque eu tenho um Deus que é por mim, me sustenta todo dia. Porque **sozinha eu não consigo** (Mariana).

Tais excertos destacam a impossibilidade individual – “não”, “só”, “sozinho” –, a substância – “droga” –, e a necessidade da fé – “acreditar” –, para ilustrarem uma dependência da entidade religiosa para conseguir alcançar a transformação desejada, ou seja, a transformação não seria possível por meio do esforço de cada um deles ou pelo suporte que pode ser adquirido por outras vias, como equipamentos de saúde ou da assistência social, que podem até ser importantes, mas que também são providenciados por Deus. Consequentemente, o mérito também seria do “Senhor”, como demonstra Mariana. Essa dependência aparece em outro excerto dela, que podemos acessar abaixo:

E eu não dependo dele [pai de sua filha]. **Dependo de Deus**. Todo sustento dela, tudo o que ela precisa, Senhor, tá nas tuas mãos. Ela precisa disso, eu preciso disso. Não sou remunerada hoje ainda. **É o céu que vai providenciar tudo**. E tanto que ele que supre, em todas as áreas. Não convém eu contar,

mas o Senhor me supre, não tem deixado faltar nada. Tanto no local onde eu trabalho e de apoio de amigos. Porque o Senhor supre quando você entrega pra ele, fala “Senhor, tá nas tuas mãos. Me ajuda porque minha dependência só tá em ti”. E é, a minha vida hoje é viver pra Cristo. Estar nessa dependência (Mariana).

Aqui, mais uma vez, fica clara a relação de dependência que está “só no Senhor”, mas não só para o afastamento das drogas, como também para todas as necessidades da vida de Mariana e de sua família. Ela ressalta, assim como Silvia que, no momento, trabalha como obreira na comunidade terapêutica, mas não é remunerada. Assim, reforça que todas as suas necessidades precisam ser supridas por meio do divino, mesmo em situações em que as providências tomadas venham de amigos ou outras pessoas da sociedade, tais atitudes teriam uma relação com a vontade do Senhor que é soberana a tudo e todos.

O que não aparece em sua fala é o fato de que, na verdade, ela está numa relação de dependência com os dirigentes da comunidade terapêutica onde trabalha, e não com Deus. A continuidade no local após o término do tratamento se deu diante da constatação de que ela estava desempregada e não conseguia vislumbrar caminhos para a sua reinserção no mercado de trabalho. Diante da dádiva recebida de Deus – a oportunidade de “trabalhar” ali – a entrevistada não questiona a sua situação: ela continua desempregada, com o agravante de que em meio aos muros institucionais não tem possibilidade de se reinserir, de retomar algum grau de autonomia. O que seria a dádiva se caracteriza em forma de exploração da classe trabalhadora, contudo, na situação em que se encontra (obreira), é negada a sua condição de trabalhadora.

Compreendemos, a partir deste relato, que há uma ocultação da relação entre as categorias “trabalho”, “exploração” e “desemprego” quando se compreende que “o céu vai providenciar tudo”. Uma ocultação que aliena o homem da compreensão do que seja ser trabalhador na sociedade capitalista; que o aliena da exploração a qual é submetido quando vende a sua força de trabalho de forma remunerada e não remunerada; que o aliena das correlações de forças existentes na sociedade, na concretude material (e não no mundo espiritual); que o aliena da função social que ocupa ao estar desempregado neste sistema, e que esta não é um condição individual, fruto de sua incapacidade e, muito menos, uma interferência demoníaca em sua trajetória.

Importante registrar que a história de vida de Mariana, como de muitos brasileiros e brasileiras, é atravessada por diversas situações: pobreza, pouco ou nenhum suporte social, relatos de tentativas de assassinato e estupro em meio à prostituição; violações essas que nos

levam a compreender, como ela mesma sugere, que o uso de drogas se inscreveu entre tantas estratégias de sobrevivência frente ao desencanto, a hostilidade e a negação de direitos. Contudo, mesmo sendo capaz de fazer essa análise mais ampla, ela não seguiu no mesmo caminho quando buscou uma saída para enfrentar essas situações e a resposta produzida foi que só Ele [Deus] podia realizar alguma mudança nesse cenário, e a ela cabia ser fiel, obediente e saber ouvir os Seus conselhos.

Sobre depositar nas divindades e nas religiões a solução para os nossos problemas ou a responsabilidade pelo que nos ocorre, Marx (2005) afirmava que se tratavam de estratégias de seres humanos que viviam (e ainda vivem) numa conjuntura que os explorava e oprimia; e que uma vez inseridos em tal realidade, necessitavam de ilusões. Nesse sentido, o que vemos são homens que 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 humanidade (CHAGAS, 2017). Tal movimento de alienação, numa dimensão social e política enquanto expressão de alheamento do homem de seu mundo real e de conformação social com esse mundo, colabora para a perpetuação de uma dada sociedade (MARX; ENGELS, 2007).

Nesse alheamento do mundo material por meio do investimento na relação com a divindade, Mariana também afirmou não haver melhor lugar do que estar na presença do Senhor, demarcando uma divisão de águas que aconteceu em sua trajetória antes e depois da passagem pela comunidade terapêutica. Todas as crenças que ela expôs ao longo da entrevista se deram após um processo de conversão que aconteceu dentro da segunda instituição em que ela ficou internada, onde, de fato, conheceu a Deus em sua “onisciência, onipotência e onipresença”.

A conversão religiosa também se deu com Tales, Miguel, Rafael e Silvia. Sobre essa experiência, destacamos alguns excertos que demonstram as transformações ocorridas nos processos:

E a partir do momento que **eu aceitei Jesus, houve aquela mudança**. Fui buscar, não é fácil. Logo no início é muito difícil. Você sente muita vontade de usar, muita vontade, mas você tenta arrumar outras formas e **a única forma que eu achei foi me agarrar com Jesus**. [...] E a gente orava no monte, numa pedra lá. Então toda vez de madrugada que dava conta, porque eu não dormia a noite, eu ia pra lá. E aí então em três meses eu já comecei a ler muito, a ler a Bíblia, buscar, orar e já fui separado como obreiro lá no centro de recuperação. Aí comecei a dar estudo e **aquilo eu vi que foi entrando, impregnando dentro de mim assim, que foi mudando minha vida** (Miguel).

E aí depois que eu sofri decepções e perdas que me levou a conhecer o mundo lá fora, sair dessa cúpula, onde que eu conheci as drogas. Já conhecia bebida que era um dos focos e cigarro. Fumava escondida da minha mãe e depois que minha mãe faleceu, meti a cara no cigarro, meti a cara na maconha e com 26 anos que eu fui me envolver mesmo com o crack. Aonde me destruí na época. E aí hoje assim, eu tenho outra visão. Pra mim **a base disso tudo, hoje eu tenho um verdadeiro sentido da vida que é o senhor Jesus, pra quem e o porquê estou neste mundo** (Mariana).

É, minha família ia. Eu só acompanhava eles. Aí falou “meu filho, se quiser conhecer Jesus vou te levar numa clínica terapêutica”. Foi aí que conheci Jesus, porque **Jesus salvou**, porque **Jesus libertou** e tal. Aí eu comecei a saber o que **é o amor e o temor de Deus**. Aí depois daquilo ali, eu saí depois de 8 meses na casa de recuperação, voltei pra universal e comecei a Bíblia. E através da Bíblia fiz amizade, conhecer mais gente. Aí eu tô estudando, vendo se vou voltar a estudar (Rafael).

Aceitar Jesus é o mantra repetido que indica o momento da conversão, no qual as mudanças começam a acontecer na vida dessas pessoas. A conversão religiosa pode ser entendida como o ponto máximo no processo de assimilação dos ensinamentos acessados no interior das comunidades terapêuticas. Aqui, estamos compreendendo conversão como um processo de renascimento, a partir de mudanças evidentes que, geralmente, se dão quando as pessoas buscam uma solução para uma situação desestruturante (BITTENCOURT, 2003).

O ato de se converter pressupõe um antes e um depois, descritos como passagem de uma ordem de trevas para uma ordem de luz (BITTENCOURT, 2003). O primeiro passo para a conversão seria arrependimento e a fé, pois, quando alguém se arrepende, há, segundo os evangélicos, um renascimento. Querer mudar a vida seria um ato de fé, isto é, uma demonstração de convicção e confiança plena em Deus. Além disso, esse renascimento “[...] através do Espírito Santo – antes inativo, morto – dá partida para um outro momento importante na religião evangélica, chamado processo de santificação. Este refere-se à adaptação da pessoa à verdade de Deus e sua caminhada em direção a Ele” (BITTENCOURT, 2003, p. 267).

O início deste processo de caminhada em direção à Deus, que pode se dar dentro ou fora das comunidades terapêuticas, são compreendidos neste trabalho como parte de uma ideologia – forma de elaboração ideal da realidade que atua nos conflitos humanos-sociais de forma comprometida com a manutenção do *status quo* (LUKÁCS, 2013). Trata-se, portanto, de agir sobre a consciência dos homens com o objetivo de desencadear novas posições teleológicas numa sociedade em que distintos grupos e interesses antagônicos atuam e almejam impor seus interesses à sociedade como um todo, como seu interesse geral.

Nos chama a atenção quando Miguel usa a expressão “impregnando dentro de mim”, como quem descreve algo que vai entrando materialmente e concretamente dentro de si, como algo que se pode beber ou comer, e que vai se apoderando do seu ser e gerando mudanças. Como qualquer coisa que ingerimos, aquilo que entra em nosso corpo provoca sensações que também são mencionadas por Miguel e Rafael, quando narram a experiência tida na comunidade terapêutica.

Essas sensações indicam que houve uma modificação no corpo desses indivíduos. O corpo, para os evangélicos, é considerado o templo do Espírito Santo, cujos indivíduos são apenas moradores (BITTENCOURT, 2003). Neste sentido, esses indivíduos compreendem que o usuário de droga é alguém que está cuidando mal do corpo que lhe foi concedido pelo Criador e a Ele pertence. No processo de santificação, que mencionamos acima, é que a relação com esse corpo pode mudar, pois, a partir de uma aceitação do sujeito à inscrição no Outro, Cristo passa a habitar o corpo do sujeito por meio do Espírito Santo. É como se o indivíduo se alienasse a ponto de não ser mais o dono do seu corpo, passando a se exercitar numa profunda divisão que passa a constituir-lo: de um lado sem identidade e de outro lado como o grande Outro. O indivíduo experimenta, então, uma sensação diferente, uma empolgação, algo excelente (BITTENCOURT, 2003).

Essas transformações parecem se dar num nível sobrenatural, no plano do que é sentido, portanto, trata-se de algo que não pode ser visto, algo que não se dá num plano concreto, material. Nossos entrevistados, então, manifestam certa dificuldade em explicar o fenômeno:

No próximo culto lá no centro de recuperação **aceitei Jesus** como único e suficiente salvador e falei pra minha vida que eu tinha escolhido aquilo pra minha vida. Que a sensação que eu tive **com Jesus** eu não tive com droga nenhuma. A experiência que **eu tive com Deus**, não tive com droga nenhuma. E o que ela tem trazido pra mim todos os dias, não tem explicação. **A mudança de vida, de comportamento, de personalidade...**é o que eu falei que **senti a presença de Deus** é muito maior do que isso. É **inexplicável** (Miguel)

Tinha os cultos, tinha o Espírito Santo, mas a pessoa se não tiver um **vazio no coração pra Deus entrar**, nunca vai parar de preencher aquele vazio, na Bíblia mesmo fala, Eclesiastes 13, “na sua porta eu bato, porque aquele que vi no mundo eu mandei apóstolos para você vir comigo”. **Deus não quer os interesses das trevas, ele bota você pra melhorar**, treva e luz não se bate (Rafael).

Nestes excertos os entrevistados relatam a sensação física – “entrar”, “sentir” – do processo de “aceitar Jesus”. Para isso, descrevem as percepções corporais tidas no processo: prazer e preenchimento. O prazer é apontado, inclusive, como sendo maior do que aquele obtido com a droga (ou até mesmo com o sexo, em outro excerto da entrevista). Há também uma sensação de um vazio que é preenchido e tem o poder de cessar com a angústia do corpo esvaziado. Ambos sugerem uma substituição, uma troca de prazeres (da droga pela religião) para fazer frente ao uso de drogas. Nesse sentido, é como se o preenchimento que se dá com as sensações que o uso de drogas promove pudesse ser substituído pelo preenchimento que se dá via Jesus/Deus.

O que fica aparente é uma negociação com o próprio corpo, no âmbito das sensações, uma vez que retirar o uso de drogas, sem dar nada em troca, parece não ser uma tarefa muito possível. Para além disso, podemos falar numa troca de vício, uma vez que ao longo das citações que fizemos demonstramos que, após a conversão, os indivíduos passam a estabelecer uma relação muito estreita, frequente e dependente de Jesus/Deus. Os convertidos acompanhados por nós assumem toda uma conduta de “crente”: incorporam em seu discurso o vocabulário evangélico/católico, atribuem a Jesus/Deus todos (ou muitos dos) os acontecimentos de sua vida, oram, são obedientes, comparecem aos cultos, divulgam a palavra de Deus, dentre outras possibilidades.

Ademais, Miguel, mesmo tentando nos explicar as sensações que a conversão religiosa lhe proporcionou por meio de comparações, frisa o quanto considera esse processo inexplicável, uma vez que “sentir a presença de Deus é maior que tudo isso”. Algo que ele não consegue explicar, que não é possível de ser descrito, apenas vivido e experimentado internamente por cada um. Isso porque a religião está fundada numa sensação baseada no imponderável, no mistério, no inalcançável (KONDER, 2009).

Sobre o “preenchimento” que se dá via Deus, Rafael afirma que este vem das luzes e não das trevas. Vemos a expressão de uma constante dualidade presente no universo religioso, entre o bem e o mal, entre a luz e as trevas, entre Deus e o demônio. São argumentos comumente usados pela religião, baseados na moral e numa visão maniqueísta que divide o mundo entre poderes opostos e incompatíveis. Ainda nessa mesma lógica, ele acrescenta:

Se seu coração tiver sujo, Deus não entra. Mas se tiver limpo, com amor, com respeito santo de Deus, mas se você quiser, basta você querer. A Bíblia mesmo fala, não é por força nem por violência, eu não posso chegar assim e, ah, você aceita Jesus agora, mas falar: vou te dar um conforto, se você quiser deixar Jesus entrar, você deixa, se não quiser, tô batendo a sua porta, deixa entrar, deixa preencher esse vazio que está dentro do seu coração. Deixa

quebrar esse coração de pedra e botar um coração de carne. **Jesus detesta o pecado, mas ama o pecador.**

Segundo essa perspectiva cabe também ao homem permitir que Deus possa fazer o Seu trabalho e esse processo não se dá por obrigação, mas sim por vontade, por um querer. Aqui aparece também outra dualidade entre “coração sujo” e “pecador”. Ao que parece, embora Deus não entre num “coração sujo”, pode fazê-lo se você permitir e quiser que ele entre, pois isso já poderia ser parte de um desejo de abandonar essas impurezas. Nesse sentido, Jesus detesta o pecado, por ser expressão do afastamento do homem de seu Deus, entretanto, o homem dito pecador é quem pode decidir se converter. Há, portanto, uma cisão então entre pecado e pecador.

O pecador, na perspectiva da doutrina evangélica, representa aquele que se desvia da lei de Deus. Nessa condição, caso seja parte da comunidade evangélica, também pode ser compreendido como alguém que necessita de um cuidado pastoral. Entretanto, caso não aceite os fatos da moralidade e dos costumes e dê continuidade aos “desvios” e tentações sofridas, esse pode ser motivo de intervenções, orações coletivas, provações e até mesmo medidas de punição mais severas para com o irmão “desviado” (BITTENCOURT, 2003).

Importante destacar que, no caso dos neopentecostais, houve um abrandamento nos costumes puritanos e nas tradicionalidades do pentecostalismo brasileiro, nas regras que ditavam o que atestaria ser um bom “crente” - uso de terno, gravata, vestido comprido e ausência de maquiagem. Além disso, os crentes são incentivados a desejar e cobrar de Deus uma boa vida material, com acesso às mais variadas mercadorias divulgadas nas propagandas da nossa sociedade capitalista (MARIANO, 2003).

Por outro lado, não abrandam em nada a guerra que envolve Deus e o diabo/demônios que fora, na verdade, hipertrofiada. Para que as fronteiras fiquem bem claras, os neopentecostais determinam o bem (que está sob o domínio de Deus) como prosperidade material, saúde física, felicidade pessoal e familiar, sucesso profissional e nos empreendimentos terrenos; e o mal (que está sob o domínio do diabo) como doenças, baixos salários, desemprego, brigas entre cônjuges, desentendimentos, separação amorosa, alcoolismo, uso de drogas, solidão, depressão, entre outros problemas da vida cotidiana (MARIANO, 2003).

Assim sendo, parte do processo de conversão envolve também identificar a intervenção do mal, do demônio em suas vidas, em contraposição à presença de Deus. Incorporar o discurso cristão inclui, portanto, além de uma proximidade de Deus, promover sempre um afastamento

do diabo, saber realizar um discernimento entre o que é “certo” e o que é “errado”, entre o bem e o mal, entre a “cruz” e a “caldeirinha”:

Olha só como **o adversário tumultua a gente**, nessa época eu não era evangélica [...] Você vai achar é daquela porta pra fora, vai ter muita bandeja, as bandejas são os amigos que vão te ver, vão falar “onde você estava fulano?”, “eu tava numa clínica”, aí o que vai te fazer, não vai te dar nada agradável, vão te apresentar a cachaça a droga, “ah, que nada, um golinho só não vai fazer diferença, um trago só não vai fazer a diferença”. É onde você cai [...] aí o rapaz falou assim “vamos sentar ali e vamos utilizar isso?”. Tinha um monte na mão dele, bem assim do meu lado. “Nós temos cachimbo, nós temos cigarro, tem tudo preparado, é só nós quatro sentar ali e nós fuma tudo isso aqui”. Eu falei na minha mente, “**tá repreendido Satanás, em nome de Jesus!**” [...] O satanás só faz as coisas pra nós se ele ouvir. Se nós não falarmos ele não pode trabalhar. Mas se você abrir, **qualquer coisinha que você fala, ele trabalha em cima daquilo que você falou**, então eu repreendi ele naquela hora, mas eu repreendi aqui, **amarrando Satanás em nome de Jesus**, foi isso que me deu forças (Silvia).

Porque no meu caso...teve um caso até interessante que...minha mãe foi revelada, pra quem acredita nisso, né, em revelação, essas coisas assim, de que **foi feito um trabalho de macumba pra mim**. Pra quem acredita, né, que isso influencia na vida espiritual. Então, assim, foi revelado isso pra ela, ela até me ligou e conversou com a minha esposa “Poxa, dá uma força pra ele, não deixa ele porque, infelizmente, ele não tá...não é uma coisa que ele tá lutando sozinho. **Tem algo mais forte do que ele que tá levando ele a fazer isso também**” (Ricardo).

Em ambos os excertos os indivíduos apontam a ação de uma força maléfica que os fazem usar drogas, seja por meio do convite ao uso feito pelo diabo disfarçado de homem, seja por meio de um trabalho de “macumba”. Essa explicação segue uma das explicações propostas por Laplantine - o mal pode ser imposto ao homem por algo ou alguém do qual o sujeito se torna uma vítima.

Há aqui ainda o afastamento da compreensão do fenômeno das drogas em nossa sociedade, um distanciamento da história milenar do uso de drogas e do apoderamento dessas substâncias como mercadorias pelo capitalismo (SOUZA, 2012). Com este processo de alienação, o que resta é repreender e vigiar a força maligna e se afastar dos modos de vida que não se assemelham à palavra de Deus.

Essa repreensão, baseada em questões morais, se dá para os evangélicos, ao nível individual e coletivo, por meio de um exame atento e minucioso voltado para o afastamento das chamadas “coisas do mundo”. Por conta do pecado original, os crentes crêem que o homem deu legalidade ao demônio para que fosse príncipe do mundo. Neste sentido, os valores do mundo

não são os valores de Deus, mas sim daquele que o rege e domina – o demônio. O usuário de drogas, por conseguinte, e a própria droga, são vistos como obras do maligno. O mundo – nesse sentido específico colocado pelos evangélicos – não é um lugar aprazível para o crente e tudo que pertence a ele é constantemente demonizado (BITTENCOURT, 2003).

É preciso, portanto, que os evangélicos se afastem dos locais e das pessoas regidos pelo diabo e pelas forças do mal, se aproximando da religião. Interessante perceber, contudo, que outras crenças não servem necessariamente como proteção, principalmente se forem de raiz afro-brasileira, como o candomblé e a umbanda. Esse tipo de afirmação, inclusive, costuma ser um ataque muito comum dos evangélicos aos indivíduos vinculados a essas e outras religiões. Isso porque, nessa leitura, o Deus do outro é o diabo.

Para os neopentecostais, o combate a essas outras religiões é um propósito importante. Assim, os líderes religiosos empreendem seus esforços em divulgar a necessidade de combater esse mal por meio dos mais diversos meios de comunicação. A exemplo disso, temos os livros de Edir Macedo¹²⁷ e Romildo Ribeiro Soares¹²⁸, líderes da Universal do Reino de Deus e da Igreja Internacional da Graça de Deus, nesta ordem, que deixam evidente a tentativa de promover uma guerra espiritual frente às religiões tradicionais (afro-brasileiras e o espiritismo kardecista) explicitando o perigo do sincretismo, e os malefícios psíquicos, espirituais e físicos provocados pela presença satânica no corpo da pessoa (MEZZOMO, 2008; MARIANO, 2003).

Possuem como objetivo fechar centros espíritas, tendas de umbanda e terreiros de candomblé, principalmente quando se situam próximos de igrejas evangélicas. Essa estratégia mais prática demarca uma característica dos neopentecostais que se propõem, de fato, a travar uma “guerra santa” de forma direta sistemática e física contra as religiões adversárias, enquanto as igrejas pentecostais precedentes ficavam somente no âmbito do discurso (MARIANO, 2003).

Além disso, por meio dessa guerra espiritual para afastar a intervenção do diabo em suas vidas e se proteger do mal que advém dessa proximidade, também tem como objetivo converter os adeptos dessas religiões, ou seja, trata-se de uma meta proselitista. Isso pode ser feito por meio de exorcismos em suas próprias igrejas, práticas muito comuns nos templos neopentecostais, sob uma postura de combate ostensivo. Com isso, acabam incorporando em seus cultos elementos das crenças que tanto combatem, uma vez que legitimam as experiências

¹²⁷ Ver: MACEDO, E. **Orixás, caboclos & guias: Deuses ou demônios?** Rio de Janeiro: Ed. Gráfica Universal, 2002.

¹²⁸ Ver: SOARES, R. R. **Espiritismo: A magia do engano.** Rio de Janeiro: Graça editorial, 1984.

religiosas kardecistas, umbandistas e do candomblé, realizando rituais de “fechamento do corpo”, “corrente de mesa branca”, dentre outros (MARIANO, 2003).

Outra maneira de converter indivíduos consiste em levar a palavra de Deus a outras pessoas, sendo que, no caso das comunidades terapêuticas, objetivam mostrar aos usuários de drogas que pode existir uma possibilidade de salvação diante da relação problemática com as substâncias ou de outras situações de sofrimento. Alguns entrevistados, dedicam-se, dessa maneira, a fazer testemunhos, quando possível:

Aonde o padre ou alguém me der brecha pra falar... por exemplo, se alguém sentou do meu lado e começou a falar de alguma coisa que me der brecha eu entro com isso aí. Quero mostrar pra pessoa que existe solução, sim. “Isso é assim, assim, assado e Jesus transformou minha vida assim. Tem solução, sim” (Miguel).

Mas eu gosto de explicar pra elas o que Deus está fazendo comigo, **quero passar pra elas**. Para que elas possam fazer a diferença lá fora, só que vivemos nessa vida, de dependentes químicos, só Deus pra cuidar da gente, não existe remédio, isso não é uma doença curável, de uma hora pra outra você pode cair (Silvia).

Não uso mais drogas, tô bem. **Tem um ministério na Igreja, nós trabalhamos com família**. Congrego na Igreja lá em Serra Sede, eu junto com minha esposa, trabalhamos com famílias, casados para sempre, estamos nesse ministério já há 11 anos, desde que nos casamos. Minha vida tá tranquila, graça a Deus (Tales).

Miguel e Silvia mencionam, mais enfaticamente, o trabalho que fazem, muitas vezes na informalidade (quando tem uma oportunidade), para tentar levar a outras pessoas que a aceitação de Jesus pode transformar vidas, mudar hábitos. Durante o processo de realização das entrevistas, alguns dos entrevistados fizeram esse tipo de investida por meio de diálogos, depois que o gravador era desligado, como se deu quando Rafael me pediu se podia fazer uma oração por mim e, com a minha autorização impôs as suas mãos sobre a minha cabeça e, com poucas palavras, pediu a Jesus que me protegesse e me acompanhasse em todos os momentos da minha vida.

Já Tales realiza um trabalho mais institucionalizado na igreja, sendo membro de um ministério que promove aconselhamentos para casais. Apesar do seu trabalho não ter como foco o tratamento do uso das drogas, foi a partir da passagem pela segunda comunidade terapêutica, onde se deu a sua conversão, que ele compreendeu que precisava trabalhar ativamente para a igreja.

Levar a palavra de Deus para converter novos fiéis é uma estratégia que une aspectos reflexivos e projetivos - identificação com a história do outro que fala - e estratégias de comunicação empregadas pelas igrejas pentecostais para aumento de seu rebanho. Inicialmente, a conquista de fiéis, sobretudo das periferias urbanas, pelos pentecostais se deu por meio de templos ambulantes - as chamadas “Tendas dos Milagres” - pentecostais da denominação Evangelho Quadrangular. O passo seguinte foi a instalação definitiva desses pentecostais, trocando as barracas por templos de alvenaria. Atualmente, o que vemos é um alto investimento nos meios massivos de comunicação, em particular no rádio e na TV, marcando essa nova etapa em que se encontra a ação proselitista dos pentecostais (ROLIM, 1995; MARQUES, 2000).

No caso dos neopentecostais, ressaltamos que é a vertente pentecostal que atualmente ocupa maior espaço na televisão brasileira, na condição de proprietários de emissoras de TV, bem como produtores e difusores de programas de televangelismo. A exemplo disso, a mais próspera e bem-sucedida igreja neopentecostal, a Igreja Universal do Reino de Deus - IURD, é proprietária de várias empresas de comunicação: TV Mulher, Rede Record, 62 emissoras de rádio no Brasil, Gráfica Universal, Editora Universal Produções, Ediminas S/A (que edita o jornal Hoje em Dia, de Belo Horizonte), Line Records (gravadora), Frame (produtora de vídeos), entre outras empresas de outros setores. Possui também um jornal oficial, a Folha Universal, que é um de seus principais meios de divulgação (MARIANO, 2004).

Seja pela via mais tradicional ou pela via da “igreja eletrônica¹²⁹”, os indivíduos são convidados a se converterem e a passarem a palavra de Deus adiante. Em nossa pesquisa, como já mencionamos, há aqueles que se envolveram com a tarefa de evangelizar, contudo também há aqueles que, apesar de não realizarem nenhum trabalho relacionado à igreja, reconhecem a importância de frequentar esse espaço, afirmando que isso é primordial quando saem da internação na comunidade terapêutica, para dar continuidade ao tratamento:

Então quando você sai da casa de recuperação e não vai pra igreja, não tô dizendo que você vai esconder, muitas pessoas às vezes pensam, né “ah, vai se esconder atrás de Bíblia, atrás de...”. Não. **Você tá se fortalecendo.** Porque estava na casa de recuperação evangélica. Nada contra católica, nada contra outras religiões, né. Mas eu tava na casa evangélica, então lá eu precisei me fortalecer com Deus (Cláudio).

E tava tudo bem de novo, tava caminhando, voltei a estudar, trabalhava normalmente, já voltei a ter uma vida social. Aí depois foi que eu caí...depois desses...fiquei quase 3 anos limpo, tranquilo. Aí fui me afastando da igreja, cada vez mais me afastando, me afastando, até que chegou um momento que

¹²⁹ O conceito de “Igreja Eletrônica” foi construído nos anos de 1980 para analisar a presença dos grupos religiosos nos meios de comunicação social, em especial no contexto da ascensão dos televangelistas norte-americanos (CUNHA, 2002).

eu falei: “Ah, eu vou usar de novo porque agora eu acho que vou controlar”. Dessa segunda vez, **o que me ajudou foi que eu comecei a frequentar uma igreja e não parei** (Ricardo).

Estar vinculado a uma igreja após a saída da comunidade terapêutica é, portanto, necessário, uma vez que se perderem esse elo com a religião podem ter recaídas. Todavia, não podemos, necessariamente, imputar à saída da internação ou à não frequência a templos religiosos o fenômeno da recaída. Segundo Gorski *et al.* (1993), referindo-se aos casos de alcoolismo, podemos prever, de uma forma geral, que um terço dos usuários problemáticos da substância irá alcançar a abstinência, um terço terá episódios breves de recaída, e por fim, o último terço terá recaídas crônicas. Ou seja, a recaída - caracterizada por um retorno ao uso da substância após um período de abstinência - é um processo recorrente na vida de muitos sujeitos.

De qualquer modo, a igreja apareceu para esses entrevistados como uma importante fonte de suporte social, fato que, segundo Valla (2002), decorre de uma frágil presença dos partidos políticos, de associações e do próprio Estado entre os pobres. A partir dessa ausência, os espaços religiosos oferecem grupos de suporte alternativos e criam motivações para que os indivíduos enfrentem a pobreza e solucionem problemas imediatos e cruciais. Estamos tratando, assim, de estratégias de sobrevivência de que as classes populares lançam mão dentro de uma sociedade que lhes nega oportunidade de trabalho e o exercício de seus legítimos direitos (VALLA, 2002).

As igrejas evangélicas, que possuem grande representatividade nas classes populares, vêm desenvolvendo, há muitos anos, trabalhos de assistência, inclusive no que compete aos problemas de saúde da população (VALLA, 2002). Destacamos, sobretudo, que as de ordem pentecostal e neopentecostal apregoam uma perspectiva otimista da vida, na qual os fiéis são encorajados a ter controle sobre as suas vidas e a buscar a solução dos problemas por meio do “empoderamento” pessoal, na condição de todos serem filhos de Deus (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2009).

Este discurso de empoderamento denota uma apreensão dos termos utilizados como diretrizes pelo Banco Mundial, ao buscar um apassivamento dos conflitos, por meio de uma politização conservadora com funcionalidade econômica que fragmenta os sujeitos coletivos. Empoderamento é utilizado, portanto, no seu sentido individual, como se dependesse apenas do indivíduo – sozinho – galgar sua inserção, sobretudo econômica, nesta sociedade (CARVALHO, 2014).

Neste sentido, a pobreza é entendida numa perspectiva reduzida e neoliberal, como falta de dotação e de capacidades, e é esta visão que embasa uma perspectiva hegemônica de política social (MAURIEL, 2010). A ideia de empoderar os pobres, embora também tenha sido apropriado por setores da esquerda, atrela-se aos projetos político-econômicos à serviço dos interesses do grande capital, e tem por objetivo alienar os indivíduos dos fundamentos das relações sociais de produção capitalistas (CARVALHO, 2014). Além do uso do termo nas políticas sociais, também o vemos associado à linguagem empreendedora, sendo a palavra da “moda” no trabalho divulgado por economistas, coachings, empresas de empréstimos financeiros e estratégias de microcrédito.

Os templos religiosos demonstram terem se apropriado do linguajar capitalista neoliberal. No caso das igrejas neopentecostais, a associação pode ser muito pertinente por conta da Teologia da Prosperidade, que prevê o enriquecimento econômico dos seus adeptos por meio das doações de dinheiro ao pastor, também de uma maneira individual, sem questionar e nem considerar o funcionamento da sociedade, uma vez que a providência é divina.

Contudo, no que compete especificamente ao uso de drogas, ressaltamos a providência divina não é o único caminho existente. Há, ainda que em quantidade inferior à demanda, equipamentos formais que poderiam promover atenção aos indivíduos entrevistados desta pesquisa. Esses outros equipamentos do território, como o CAPS ad, não são aqui priorizados. Em muitos trechos das entrevistas esses dispositivos são criticados e sua eficiência é questionada, dentro de uma perspectiva de defesa de controle e abstinência:

Não porque eu acho uma coisa assim muito de qualquer maneira. Vou dizer... **porque não tinha uma coisa que te obrigasse a nada.** Porque na casa de recuperação você tem a obrigação de frequentar os cultos, você tem a obrigação de fazer sua tarefa. Você tem a obrigação de todos os dias frequentar quatro cultos por dia, que é um saco a gente fala. Mas é importante isso. Só que lá, na ilha de Santa Maria, achei que um dos caras, uma das pessoas que ia lá ficava um certo horário, saía, ia pro bar e depois ia pra casa e depois ia voltar de novo... aquela rotina. **Não achei interessante** (Cláudio).

Então assim, **o CAPS eu não conheço**, mas já tive relato de pessoas que vão pra lá, passam o período, entram de manhã, saem cinco da tarde. **Mas eu acho muito vago, só ser medicada, receber alimentação, receber apoio psicológico.** Depois tá na rua de novo. [...] Então, assim, **o CAPS hoje só pra quem não quer mesmo sair de uma dependência** e quer depender de medicação. Pra mim não é vida (Mariana).

Nas falas acima, há algumas contraposições. A primeira é a polarização em torno da abstinência x redução de danos. A Redução de Danos, estratégia utilizada nos CAPS ad, já

mencionada neste trabalho, tem como princípio a não obrigatoriedade de interrupção do uso de drogas pelos indivíduos, havendo, portanto, a possibilidade de continuarem fazendo uso da maneira menos danosa. Essa perspectiva de aceitação de um mundo onde as drogas continuem a existir já traz consigo uma quebra para a ideologia religiosa e moral acerca do debate do tema. Não só os donos e obreiros das comunidades terapêuticas são terminantemente contrários ao uso de qualquer droga, como também parte da nossa sociedade em geral, que se identifica com princípios conservadores e defende uma moral a ser seguida. De braços dados, sociedade brasileira e igrejas vocalizam um discurso que historicamente se faz presente no mundo. Ou seja, esse velho discurso reafirma a necessidade de se proibir.

O incômodo do entrevistado com a não proibição do uso de drogas durante o tratamento no CAPS ad, portanto, é reflexo de diversas vozes que entoam ao seu redor. Discursos que distanciam o sujeito de um debate mais científico, biomédico, biopsicossocial que, apesar de também poderem defender a abstinência, não devem defendê-la por meio de argumentos morais ou espirituais. Discursos que distanciam o indivíduo, sobretudo, do debate realizado pela militância da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial.

O discurso contrário à Redução de Danos é presente nos mais variados grupos, inclusive nas falas governamentais. Como exemplo, temos o atual ministro da cidadania, Osmar Terra, que afirmou, ao divulgar a aprovação da resolução proposta por ele em reunião do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, em março de 2018, que, até então, o Brasil vinha “enxugando gelo” com as ações de Redução de Danos. Para o ministro, a nova orientação se encontra baseada no que a ciência tem mostrado como melhor caminho: a abstinência. Tal posicionamento vem, em sua fala, acompanhado pela defesa das comunidades terapêuticas para o tratamento dos usuários¹³⁰.

Outro aspecto que apareceu em uma das falas acima, foi a importância de ser obrigado a realizar tarefas e seguir regras, algo que, segundo o participante, acontece na comunidade terapêutica, mas não acontece no CAPS ad. Ele menciona que isso “é um saco”, entretanto, julga ser necessário. A ideia aqui é o papel da regra e do controle sobre o tempo e as ações dos sujeitos, como se esses necessitassem de limites, visto não terem capacidade de se controlar. Esse entendimento, não por acaso, também é muito divulgada pela sociedade das mais variadas formas. Segundo Fernandes (2011), os usuários de drogas são, comumente, olhados com

¹³⁰ A matéria que divulga essas informações pode ser encontrada neste link: <https://www.esquerdadiario.com.br/Ministro-de-Temer-propoe-fim-da-reducao-de-danos-para-drogas-e-a-chama-de-enxugar-gelo>.

desconfiança, vistos como indesejáveis, rotulados como perigosos. São também vistos como sujeitos que possuem dificuldade em reconhecer os limites e, a partir dessa visão, são remetidos a uma espécie de nulidade, como se tudo o que pudessem dizer estivesse contaminado por aquilo que fazem – precisamente o “drogarem-se”. Assim, essas compreensões perpassam também o próprio indivíduo e constroem a visão que podem ter acerca de si mesmos.

Decorre também destas visões as terapias punitivas, nas quais o elemento punitivo pode ser parte integrante da atitude considerada terapêutica, numa lógica em que o castigo intervém no recuo da doença, com estratégias de ordem moral que combatem a desordem imoral (termos como “perverso”, “promíscuo”, “manipulador”, “mentiroso”, definiriam o usuário). Esses tratamentos expressam um modo pelo qual os usuários vão deixando de ser sujeitos e se tornando objetos da gestão e do controle da saúde (FERNANDES, 2011).

Ainda na perspectiva do controle ou não controle, a liberdade dada pelos CAPS ad, que permite que os seus usuários se utilizem do equipamento somente durante o dia e “depois tá na rua de novo” indica uma preocupação com o que encontrará na rua, em liberdade, podendo ser a própria droga, a violência, a solidão, a falta de habitação, dentre outros aspectos que ultrapassam a questão do uso em si.

Embora os entrevistados tenham feito referência a um CAPS ad que não funciona durante 24 horas, há um aspecto subsumido nos discursos: a polarização entre a ideia de que apenas um equipamento da rede precisa dar conta de todos os aspectos da vida dos indivíduos *versus* a concepção de uma rede articulada de dispositivos, relacionados ou não ao uso de drogas. Aqui os serviços se colocam em posições opostas e não como possibilidades complementares. Um e outro torna-se um ou outro.

Com relação a essa autossuficiência esperada dos serviços, compreendemos que não é possível, pois o CAPS ad é parte de uma rede articulada e hierarquizada de serviços. Além disso, um indivíduo em uso problemático de drogas pode demandar equipamentos que não pertençam a rede de saúde para demandas referentes, por exemplo, à assistência social, à educação, aos direitos humanos, dentre outros campos. Em suma: a questão das drogas não é apenas uma questão do CAPS ad, nem se restringe a um problema do campo da saúde. Por conseguinte, há uma necessidade de que o trabalho seja feito em rede, embora saibamos que, na prática, isso consiste em um grande desafio.

No caso dos CAPS ad, sabemos que pode haver falhas específicas, como fora apontado por Shiokawa (2010), que referiu haver dificuldades de integração dos CAPS ad com a rede primária de atenção à saúde, com as Unidades Básicas de Saúde - UBSs. Ademais, mencionou outras dificuldades do equipamento, como a sua insuficiência como modelo substitutivo ao

hospital psiquiátrico e uma baixa resolutividade em alcançar a reinserção social dos indivíduos. Contudo, sobre a dificuldade de integração com a rede, especificamente, isso não quer dizer que o CAPS ad precisa resolver as demandas que são de responsabilidade de outros espaços que, por algum motivo, não estão sendo resolvidas, mas quer dizer que essa comunicação precisa ser melhorada.

Além da melhoria do funcionamento da rede, na região a qual se circunscreve esse trabalho, há uma deficiência de equipamentos com a falta, por exemplo, de Unidades de Acolhimento que, numa integração com os CAPS ad e outros pontos da rede, poderiam suprir diversas demandas dos usuários de drogas.

Ocorre que as comunidades terapêuticas, em seus discursos, se propõem a acolher o indivíduo, prover-lhe alimentação, estadia por tempo prolongado, funcionar durante 24 horas, e, de fato, efetuam essas responsabilidades com todas as suas limitações e equívocos. Nesse sentido, a ideologia propagada por essas instituições e seus apoiadores, nas mais variadas instâncias, contrapõe o CAPS, tido como algo novo e ineficaz, às comunidades terapêuticas, tidas como confiáveis, seguras, conhecidas, logo protetivas ao sujeito e à sociedade. Esse discurso reproduz continuamente que as comunidades terapêuticas cobrem **as falhas das políticas governamentais, mas não indicam que suas ações são dependentes do acesso a recursos públicos**. A contraposição entre os argumentos de ordem religiosa/moral e os argumentos biomédicos, escondem aspectos de disputa por fundo público (vide o repasse de recursos anteriormente destacado).

Nos últimos anos (2016-2019) temos acompanhado o progressivo aumento na oferta de leitos em hospitais psiquiátricos; redução de recursos para os CAPS, inclusão das comunidades terapêuticas religiosas na Rede de Atenção Psicossocial, o acirramento das disputas pelo fundo público, ou seja, o avanço da lógica manicomial (GARCIA; OLIVEIRA, 2017). Tanto no governo Temer quanto no governo Bolsonaro temos acompanhado um processo de desmantelamento das históricas conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, tal como apontado por Amarantes e Nunes (2018).

Não podemos também omitir que, para além das comunidades terapêuticas, os líderes religiosos possuem discursos que defendem as suas igrejas como as melhores saídas para solucionar situações diversas que acometem os indivíduos, inclusive doenças. Machado (2011) menciona já ter testemunhado pastores que, ao pedirem retribuições financeiras de seus fiéis, questionam quanto teriam gastado com remédios e médicos durante a vida, enfatizando que os gastos teriam sido à toa e que seria melhor para os fiéis terem dado para a igreja. Isso porque

esse investimento na igreja, segundo a Teologia da Prosperidade, pode reverberar em uma compensação neste mundo concedida aos herdeiros das promessas divinas (MARIANO, 1996).

Para estabelecer uma relação com o fiel, a igreja trabalha de forma muito aproximada aos contextos de vida, acolhe o indivíduo como um “irmão em Deus”, fornece uma sensação de pertencimento, de inclusão, que lhe foi negada por um mundo globalizado, individualista e competitivo (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Todavia, mesmo tendo um lugar muito importante como fonte de suporte para os entrevistados desse grupo, podemos constatar que a maioria deles referem contar com o apoio de outras instituições ou de familiares para fazer frente ao uso das drogas, sendo que três deles, André, Rafael e Ricardo, estão em acompanhamento no CAPS ad. Sobre esse aspecto, André não fez nenhuma referência durante a entrevista; Rafael, diz que o equipamento tem como propósito atender as pessoas durante o dia, mas que não funciona como uma casa de recuperação, na qual você pode passar a noite, bem como também não há possibilidade de ser atendido se você estiver sob o efeito de alguma droga; e Ricardo menciona que utiliza o CAPS ad como uma estratégia para a manutenção da abstinência depois que saiu da comunidade terapêutica.

Além disso, Cláudio frequenta o Alcoólicos Anônimos e Ricardo o Narcóticos Anônimos. Sobre o AA, Cláudio refere que o ajuda muito a se manter longe das drogas, pois ali pode fortalecer o hábito de vigiar sempre a si mesmo e não se permitir dar “o primeiro gole”. Com relação ao NA, Ricardo refere que é mais um instrumento utilizado por ele, assim como o CAPS, para fazer a manutenção do que foi conquistado na comunidade terapêutica.

Sobre os AA, destacamos que embora divirjam das comunidades terapêuticas em vários aspectos, também se utilizam de princípios relacionados a uma religiosidade, tratando, inclusive, de uma entrega a um Poder Superior, como um de seus passos (REIS, 2019)¹³¹. E, mais do que isso, de uma possibilidade de tratamento que defende a abstinência, assim como as comunidades terapêuticas.

Com relação ao suporte familiar, André, Cláudio, Ricardo e Tales, referem poder contar com pessoas da sua família. Dessa maneira, Miguel, Mariana e Silvia são os únicos que não

¹³¹ Os AAs conservaram um forte conteúdo moral-individualizante sobre o fenômeno do alcoolismo, característicos do Movimento de Temperança e da tradição protestante, que marcam as suas origens. Nessa lógica é o próprio indivíduo que se torna o responsável pelo sucesso ou fracasso no seu processo de recuperação, não sendo considerados aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que também são determinantes para a existência do alcoolismo na sociedade (REIS, 2019).

mencionam nenhum outro tipo de suporte frente às drogas, além do religioso (comunidade terapêutica ou igreja).

No que compete a relação atual dos oito entrevistados com as drogas, todos relataram estarem abstinentes, sendo que há uma variação dos tempos em que se encontram nesta situação. Em ordem crescente, temos: Ricardo, que no dia da entrevista estava sem fazer uso de drogas há dois meses; Rafael, que estava sem fazer uso há onze meses; Cláudio, que estava sem ingerir bebida alcoólica há seis meses; André, que estava sem fazer uso há um ano; Silvia, há um ano e sete meses; Mariana, há cinco anos; Tales, há 15 anos; e Miguel, há 18 anos. Tal constatação vai ao encontro do que objetivam as comunidades terapêuticas, uma vez que a abordagem religiosa e moral existente em tais locais acredita que a única alternativa para resolver o uso problemático de drogas é romper totalmente com este uso. Dessa maneira, como esses indivíduos aderiram e, de alguma maneira, se identificaram com a abordagem utilizada, uma vez que, como pode ser demonstrado, incorporaram uma série de práticas e discursos de teor religioso, aderiram também a proposta de abstinência defendida nestas instituições.

Contudo, como cinco dos oito indivíduos que manifestaram discursos religiosos e que se encontravam abstinentes no momento da entrevista, possuem outras fontes de suporte para auxiliar no uso problemático de drogas, não é possível remeter à internação na comunidade terapêutica como unicamente responsável pelo afastamento dos entrevistados do uso de drogas.

Além disso, questionamo-nos: até que ponto os indivíduos conseguem dar continuidade nessa fé após a saída do espaço? Até que ponto necessitam dos estímulos cotidianos que lhes são dados durante a internação? Ou ainda, até que ponto os ensinamentos religiosos serão suficientes para que não voltem ao uso de drogas? Os casos de Cláudio, Ricardo, Silvia, Mariana e Tales nos levantam essas dúvidas, uma vez que já haviam passado por outra internação, onde também tinham tido a oportunidade de fortalecerem as suas crenças, mas ao saírem da comunidade terapêutica, ao longo do tempo, não conseguiram sustentar as práticas religiosas e tiveram recaídas. Recorreram, posteriormente à recaída, a outra internação. Ou seja, a recaída aparece como falha individual.

Ressaltamos também que, das três pessoas que referiram unicamente ter o suporte da comunidade terapêutica, duas entrevistadas, Mariana e Silvia, se encontram ainda dentro dessas instituições, trabalhando após o período da internação, ou seja, ainda não extrapolaram os muros institucionais para que pudéssemos (nós e elas) saber como reagiriam fora desse meio, quando puderem ter liberdade (do ponto de vista contrário à contenção) para circular e tomar decisões a respeito de suas vidas. Acrescentamos ainda que, segundo o relato de ambas as entrevistadas, houve retorno imediato ao uso de drogas assim que saíram da primeira internação em

comunidade terapêutica: Mariana havia ficado durante seis meses em tratamento e Silvia durante três meses em tratamento e nove meses trabalhando.

Todavia, depois da segunda internação, Mariana e Silvia dedicam anos de suas vidas a trabalhar dentro das comunidades terapêuticas. Esse comportamento também esteve presente em Tales, que conta ter trabalhado durante três anos em uma comunidade terapêutica, após a sua segunda internação. Nestes três casos temos outro fator em comum: essas pessoas passaram por internações de nove meses logo antes de decidirem trabalhar nas instituições. Nove meses costuma ser o tempo considerado ideal pela maioria das comunidades terapêuticas para completar todo o tratamento e gerar um novo ser liberto das drogas (e convertido!), sendo, não por acaso, o tempo de uma gestação. Se, no caso da gestação estamos tratando do preparo para um nascimento, aqui deparamo-nos com o preparo para um renascimento espiritual e moral.

Ainda sobre o cumprimento dos nove meses de internação, outro aspecto que consideramos ser relevante é que praticamente todos os entrevistados desse grupo, com exceção de Miguel, que afirmam estar em abstinência há mais de um ano, permaneceram na comunidade terapêutica por, no mínimo, nove meses em sua última internação.

Podemos perceber também que as pessoas que ficaram mais de um ano em abstinência passaram as maiores quantidades de tempo total nas comunidades terapêuticas (contando todas as internações e tempo de trabalho pós internação), são o caso de Silvia, com 31 meses, Mariana, com 63 meses, Tales, com 51 meses e Miguel, com 63 meses. No caso de Silvia e Mariana, que ainda se encontram dentro da instituição, o tempo de abstinência coincide com a soma do tempo de internação com o tempo de trabalho.

As correlações entre o tempo de internação e o tempo de abstinência, apesar de não serem conclusivas em nossa pesquisa por não haver representatividade numérica nem ser foco dessa tese, apontam para uma tendência de que quanto mais tempo o sujeito passar na comunidade terapêutica maior poderá ser seu tempo de abstinência depois que sair da instituição. Apontamos, portanto, que seria importante que estudos fossem feitos para analisar a relação entre essas variáveis.

Em estudos internacionais, há correlação entre tempo de internação e eficácia do tratamento (NIDA, 2015; VANDERPLASSCHEN et al, 2013; MALIVERT, 2012), sendo que, os sujeitos que finalizaram o tratamento, tiveram períodos mais longos de abstinência pós-tratamento do que aqueles que não finalizaram seus tratamentos ou não fizeram nenhum tratamento em comunidades terapêuticas (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014). Assim, podemos observar dois aspectos: o tempo de internação parece estar proporcionalmente associado ao tempo de abstinência; e o tempo prolongado pode

também significar eliminação das resistências aos preceitos e filosofias defendidos por essas instituições.

Contudo, tais achados não podem ser estendidos de forma simplista às comunidades terapêuticas brasileiras, já que as instituições pesquisadas nesses outros locais não são religiosas, possuem equipes de profissionais e realizam um trabalho voltado para a reinserção social, características pouco presentes nestas instituições a nível nacional.

Sobre a eficácia das comunidades terapêuticas brasileiras não encontramos dados muito precisos, pois há uma ausência de dados individualizados e abrangentes sobre o antes e o depois da vida nestas instituições, contudo há algumas informações que contribuem nesta reflexão. De acordo com os dados do IPEA (2017), tem-se que quase a metade dos 138.568 acolhidos em comunidades terapêuticas, durante 2015, havia estado em instituições semelhantes anteriormente. Além disso, naquele mesmo ano, a parcela dos internos reincidentes (67.617 pessoas) se mostrou superior à daqueles que iriam completar o tratamento (46.688 pessoas); e 55% abandonaram o tratamento antes de concluí-lo. Trata-se, em termos gerais, portanto, de uma instituição que propõe um tratamento de difícil adesão e, ao mesmo tempo, que não cumpre com o propósito da abstinência com o qual se compromete (NATALINO, 2018).

Também consideramos importante ressaltar que, apesar de termos achado importante contabilizar o número de discursos religiosos para melhor organizar a exposição dos nossos dados, temos clareza que, para esta pesquisa, os números em si não significam nada, mas sua recorrência expressa um discurso que perseguimos aqui.

Em termos de profundidade, o que percebemos são envolvimento diferentes dos indivíduos com a religião. André demonstra uma aproximação com a sua fé, que já existia anteriormente, por meio da internação, já Ricardo e Cláudio, além dessa aproximação, relatam terem buscado a igreja depois da saída da instituição e fazem menção à necessidade de manter essa proximidade para não ter recaídas, mencionam também tomar decisões por meio da comunicação com Deus. Rafael conheceu Jesus na internação e passou por um processo de conversão religiosa, ao sair da comunidade terapêuticas mantém atividades relacionadas à igreja e sua comunicação com Jesus/Deus.

Já Tales, Mariana, Silvia e Miguel, além de todos terem passado por conversão, referem que acreditam que a libertação das drogas só se dá via Jesus, assim, consideram que este é o único caminho capaz de solucionar as dificuldades advindas do uso problemático de drogas e outras dificuldades de suas vidas, como perda de filho, separação amorosa, problemas financeiros, etc. Todos eles têm em comum o fato de terem dedicado anos de sua vida dentro das comunidades terapêuticas trabalhando como obreiros e de serem evangelizadores da palavra

de Deus. Todos eles também têm em comum o fato de não terem buscado nenhum outro tipo de suporte para o uso de drogas em outras instituições, como já mencionamos.

Miguel, nos chama a atenção, pois é um entrevistado que passou apenas por uma internação, ficou o menor tempo internado (sem contabilizar o tempo de trabalho), comparado a todos os outros do seu grupo, contudo, é o que está há mais tempo em abstinência. Analisando a profundidade de suas falas, poderíamos afirmar que ele é o entrevistado que mais expressa a força da conversão religiosa. Afirmamos isso porque ele não era religioso antes da internação, e relata que desde o primeiro culto do qual participou na comunidade terapêutica a sua vida mudou: daquele dia em diante ele se tornou um homem muito religioso e nunca mais fez uso de nenhuma droga.

Outro aspecto que nos chama atenção na história de Miguel é a condição social de sua família, pois, comparando a sua situação com os dados trazidos nas histórias de vida de todos os entrevistados, ele aparenta ser o único que pertencia, em sua infância e juventude, a uma classe social mais alta, com pais funcionários públicos e irmãos bem-sucedidos economicamente. Ao longo do seu envolvimento com as drogas, todas as relações familiares acabaram se abalando ou chegando a um rompimento e, ele acabou vivendo durante alguns anos em situação de rua. Essa vivência é comum a muitos entrevistados deste grupo (e dos outros também), como Silvia, Rafael, Mariana e Tales. Todavia, no momento da entrevista nenhum deles estava mais em situação de rua

Também é comum aos participantes já terem se envolvido com algum crime ou terem ficado presos por algum tempo. O primeiro caso corresponde a Miguel, que teria se envolvido com o tráfico de drogas e com furtos, porém sem relatar passagem pela prisão; e Silvia, que teria se envolvido com o tráfico, sem também mencionar passagem pela prisão. O segundo caso corresponde a Rafael, que já teria tido várias passagens nas medidas socioeducativas (quando tinha menos de 18 anos) e na prisão por tráfico e roubo.

Como é comum de se ouvir nos testemunhos religiosos de conversão pelo Brasil, todos os entrevistados convertidos deste grupo são “ex-alguma coisa”, “ex-criminosos”, “ex-drogados” e, atualmente, tiveram as suas vidas transformadas por Jesus. Isso, após as passagens pelas comunidades terapêuticas, o que nos faz frequentemente questionar qual seria, de fato, o objetivo principal das comunidades terapêuticas em nosso país: seria a abstinência do uso de drogas ou a conversão religiosa? Questionamo-nos porque, a partir das entrevistas realizadas, nos fica evidente que ambos os aspectos estão intimamente relacionados.

Ao analisar os discursos dos entrevistados deparamo-nos com a abstinência do uso de drogas em todos os casos, mas deparamo-nos também com uma série de outros aspectos, a

começar pela aproximação de Deus, a partir das vivências tidas nas comunidades terapêuticas. Muito para além da interrupção do uso de drogas, o que se apresentou foi a dependência de Deus, que se deu após a conversão religiosa, em muitos âmbitos da vida desses indivíduos. O “nascer de novo” é um discurso bastante presente na fala daqueles que passaram por esse processo, que se materializa por meio de mudanças concretas na vida. Os convertidos passam a se dedicar à Deus, seja trabalhando nas comunidades terapêuticas, seja nos templos religiosos, ou, ainda, apenas os frequentando. Transformam a forma como veem o mundo, mudam hábitos, e isso é tão presente em suas palavras que nos dá a entender que há uma troca de vícios.

Nessa nova elaboração da “realidade”, contudo, parecer não haver nada de real, no sentido material. A nova ótica se encontra sustentada por uma “guerra espiritual” travada entre o bem e mal, cujos protagonistas não são seres humanos, mas sim, de um lado, Deus e do outro, diabo/ demônios. Os neopentecostais defendem, por conseguinte, que o que se passa no “mundo material” resulta da guerra entre as forças divina e demoníaca no “mundo espiritual”. Somos, portanto, um desdobramento desse conflito, sendo, enquanto seres humanos, participantes ativos dessa guerra mesmo que não tenhamos consciência disso (MARIANO, 2003).

Para os usuários de drogas que passam pelas comunidades terapêuticas, resta, portanto, estarem do lado do “bem”, da “luz” ou, ainda, da “cruz”, como preferimos nomear; ou, caso não se convertam, estarem do lado do “mal”, das “trevas” ou da “caldeirinha” do diabo. Reafirmamos que, no lado “maléfico”, estão aqueles que não se converteram, porque abandonar o uso de drogas parece não ser suficiente para ser do “povo de Deus”. Nesse sentido, enquanto o sujeito não se converter, continuará suscetível às mazelas do mundo (provenientes do demônio), como o uso de drogas, e continuará, sobretudo, sendo o “povo do mundo”, o povo pecador.

Todas essas ideias denotam um afastamento do ser social, um processo de alienação que não tem nada de natural, sendo, portanto, puramente social. Quando a compreensão do indivíduo é de que tudo que ocorre na sociedade advém da relação conflituosa existente no mundo espiritual, isso representa uma negação da essência humana socialmente posta, um descolamento da vida social com as suas relações de poder, de classe, sua estrutura econômica, sua história; é uma negação do homem pelo próprio homem que é, por sua vez, construída também pelo homem (LUKÁCS, 2013).

O capital, da mesma maneira, é uma criação humana que escraviza os próprios homens. É uma afirmação humana da não humanidade: uma alienação. Isso porque a criação humana se faz estranha ao próprio homem, que não mais se reconhece no que criou. O capital passa a dominar a vida dos seus criadores, fazendo com que as decisões atendam prioritariamente à

reprodução do capital, e não às necessidades postas pela reprodução do gênero humano (LUKÁCS, 2013).

Contudo, é importante mencionar que o capital é uma alienação peculiar, uma vez que diferente de outras alienações, que podem ser superadas sem uma transformação global do mundo dos homens, a alienação produzida pelo capital apenas pode ser superada com a superação da ordem social burguesa - uma vez superada a exploração do homem pelo homem, fundada no capital (LUKÁCS, 2013).

Nesse sentido, a superação das alienações oriundas da submissão dos homens ao capital não significa o fim de todas as alienações. No que compete à alienação religiosa, temos que as suas concepções da vida e da morte, ou seja, as ideologias que a embasam, são originadas nos confrontos entre os seres humanos para explicar a existência do homem, da vida, o mistério da morte e lidar com as problemáticas que vivem (LESSA, 2015). A alienação religiosa, portanto, em nossa perspectiva, não tem a sua gênese no capital, mas está emaranhada em sua lógica e favorece a manutenção do sistema capitalista por ocultar aos homens que as expressões da questão social são parte do capital, e não desígnios espirituais.

A ideologia religiosa (e a alienação que dela decorre) impede o homem de alcançar uma consciência de que seu destino é socialmente traçado, uma vez que, para os indivíduos que vivem na sociedade capitalista, a consciência de que seus atos têm importância na determinação dos seus “destinos” é parte integrante da essência do seu ser. Por isso, quando o homem crê que os acontecimentos de sua vida são determinados por potências divinas, mágicas, etc., há consequências no desenvolvimento do fenômeno da liberdade. A capacidade de desenvolvimento de alguma liberdade é despotencializada (LUKÁCS, 2013; LESSA, 2015).

Todavia, embora a alienação religiosa provoque esse distanciamento do homem de si mesmo, provoca também uma aproximação dele de explicações que podem proporcionar, como já debatemos, conforto emocional, apoio social, sensação de pertencimento, esperança de uma vida melhor, etc. Assim, não podemos, segundo Vasconcelos e Lima (2019), reduzir a religiosidade à mera alienação, em seu sentido negativado. A religião e a religiosidade, para os autores, carregam consigo um paradoxo, uma vez que são uma expressão das estratégias de apoio social encontradas pela população para viver uma sociedade de opressão; ao mesmo tempo em que são a expressão de uma intolerância que provoca a regressão de conquistas sociais, sobretudo na área dos direitos humanos, dificultando o acesso a valores éticos e políticos mais amplos da sociedade.

6.2. “Deus é mais!”

Neste tópico discutiremos os discursos contrários à religiosidade que foram encontrados nas falas dos entrevistados (9) que compõem o Grupo 2. Este grupo tem em comum o fato de que nenhum de seus participantes expressou discurso de alienação religiosa, para todos eles as experiências nas comunidades terapêuticas vieram acompanhadas de uma série de questionamentos à efetividade das instituições e de uma não incorporação das práticas ensinadas durante as internações, bem como uma não conversão à religião como método de tratamento ao uso de drogas.

Os entrevistados expressam uma série de críticas ao funcionamento das instituições, afirmando não terem se adaptado. Essa sensação de não adaptação acaba por gerar nos mesmos um desejo de sair das comunidades terapêuticas, como nos diz Fátima: “[...] eu me sentia muito mal, aos cinco meses que eu estava lá eu entrei em desespero e queria sair de qualquer maneira, mas acabei completando” ou, ainda, como expressa outro entrevistado:

Igual essa terapêutica que eu falei, que foi lá no Rio...é...eu fiquei 15 dias lá só porque não tinha mais condições de ficar. Porque o ambiente não era compatível, acho que não era compatível, **eu ia ficar pior do que eu era...** (Hélio).

Sobre a não compatibilidade com o funcionamento das comunidades terapêuticas, diversos relatos expressam a dificuldade de convivência entre perfis muito distintos de pessoas dentro das instituições, uma vez que, segundo os entrevistados, as pessoas tinham demandas diferentes. Essa mistura provocava nos entrevistados um sentimento de não adequação ao espaço, de não pertencimento, de estarem no lugar errado:

Porque você se depara com **vários tipos de pessoas que você não conhece**, que tão aí no seu dia a dia, são usuários de drogas pesadas, igual eu era também, só que você não sabe da onde que vem, você, não descriminalizando, mas você se depara com **situações que são difíceis** de lidar. E lá você se depara com vários tipos de pessoas, pessoas que já mataram, roubaram, entendeu? **Foi muito pesado**. Tinham pessoas que queriam estar realmente ali pra se tratar, mas tinham pessoas que não. Isso me pegou também, e o quê que eu fiz? **Eu me excluí**, eu ficava perto das pessoas que queriam melhorar. Porque sempre que ia a psicóloga no CAPS, eu falava pra ela: “O quê que eu preciso pra não voltar mais pra um lugar desse? O quê que eu preciso fazer?” (Mauro).

Mas a **instalação é inadequada**, e outra, a **mistura de usuários de drogas com pacientes com doenças neurais, neurológicas, psíquicas**, que deviam ser tratados por especialistas em esquizofrenia, bipolar...aí junta todo mundo

com o cara que usa droga [...] é isso que precisa ser estabelecido, mais ou menos. Não se mistura o cara que usa droga com gente que nasceu com um problema neurológico. E eles fazem muito isso (Adriano).

Lá tinha pessoas que tinham consumido tanta droga que eram meio desequilibradas, então fazia coisas, a Miriam pegava as roupas dela e jogava tudo no quintal, e a Luana não aceitava isso, ela se dirigia a Miriam como se Miriam fosse perfeita, quer dizer, como se Miriam entendesse aquilo que ela fazia. Mas a Miriam precisava de psiquiatra, e eu não concordava também porque era muito difícil uma pessoa adoecer e chegar a ir ao médico **porque ali tudo Jesus ia curar** (Fátima).

Os entrevistados mencionam a falta de critérios de entrada nessas instituições, uma vez que misturam pessoas com objetivos diferentes, pois há aqueles que querem parar de usar drogas e outras que não e que, provavelmente, estão ali por outros motivos. Além disso, há, para Adriano, uma mistura de usuários de drogas com indivíduos que possuem outros problemas e demandas específicas diferentes.

Fátima, com o mesmo incômodo, problematiza a situação de uma outra interna que, segundo ela, possuía transtornos psiquiátricos. Tais comportamentos não eram entendidos pelos trabalhadores da comunidade terapêutica como parte da sua condição de saúde, mas sim, como infrações disciplinares e, por isso, eram considerados inapropriados à instituição. Dessa maneira, o acesso da interna a um profissional de saúde não era uma saída para a sua condição, pois, na visão do local, muito questionada por Fátima, “Jesus ia curar”.

A fala de Mauro, relativa à mistura de diversas demandas dentro da comunidade terapêutica, nos remete aos manicômios brasileiros que eram um verdadeiro depósito de pessoas indesejadas na sociedade, durante a maior parte do século XX. Para esses espaços, combatidos durante a Reforma Psiquiátrica, eram levados epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, indivíduos que se rebelavam ou que eram incômodos para alguém com mais poder, dentre outros (ARBEX, 2013). Tal qual esses manicômios, sem que entremos nos métodos de “tratamento” ofertado, as comunidades terapêuticas parecem cumprir a função social de esconder e retirar de circulação as pessoas que incomodam a sociedade sem uma perspectiva de reinseri-las à vida em comunidade.

Sobre a presença de indivíduos com demandas de saúde nestas instituições, a Lei nº 13.840, de junho de 2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários de drogas, estabelece que não são elegíveis para o acolhimento em comunidades terapêuticas as pessoas com comprometimentos biológicos e

psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde.

Antes dessa Lei, a Resolução nº 29, de 2011, da ANVISA, em seu Art. 8º, já havia instituído que as comunidades terapêuticas devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes da privação de substâncias psicoativas, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde. Dessa maneira, como as instituições não devem se responsabilizar por essas demandas, o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento dos acolhidos deve ser a convivência entre os pares, não prevendo nenhuma intervenção em saúde. Contudo, caso ofertem serviços de saúde ou procedimentos de natureza clínica deverão observar, além das disposições trazidas por esta Resolução, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde; deixando de serem comunidades terapêuticas.

Outra determinação existente nesse sentido se encontra na Resolução nº 1 de 2015 do CONAD, que pauta que as entidades que ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde. Assim, as comunidades terapêuticas devem possuir mecanismos de encaminhamento e transporte à rede de saúde dos acolhidos que apresentarem intercorrências clínicas, sendo necessária uma articulação junto à unidade de referência de saúde para que sejam prestados os cuidados necessários.

Postas as diretrizes, temos clareza de que, neste aspecto, essas comunidades terapêuticas se encontram em descumprimento com a legislação por receberem indivíduos que possuem demandas de saúde mental que, ao ingressarem nesses espaços, não terão o tratamento adequado. Pela perspectiva de uma das instituições, como afirmou Fátima, a conversão religiosa poderia trazer melhoria nos aspectos da saúde. Isso porque, como já debatemos, para os neopentecostais, os quadros de doença se encontram ligados às forças malignas e, mais precisamente, a possessão dos corpos pelo diabo (MARIANO, 2003). Uma vez que esse aspecto é o causador da “doença”, a remediação somente poderia ser dada pela via espiritual, não sendo necessários medicamentos, nem estratégias de tratamento conduzidas por profissionais da área.

O posicionamento dos participantes contrários à essa lógica demonstra um rechaço à ideologia religiosa divulgada nas comunidades terapêuticas. Demonstra uma oposição ao caminho da salvação religiosa, da ideia de que Deus supre tudo e, portanto, de uma relação de dependência com Ele em todos os âmbitos da vida. Diferente do grupo anterior, há uma defesa pela perspectiva da saúde e suas estratégias de tratamento.

Acerca do não acesso à rede e aos profissionais de saúde, como também a medicamentos que poderiam ser receitados por esses profissionais, também há uma série de incômodos, como podemos observar abaixo:

E depois vinha a outra parte, né, que ainda, tão séria quanto essa, ou até pior. Que é o caso de profissionais, né, pra lidar com nós, as internas, que tavam ali. Porque tinham todos os tipos de drogas, né. Álcool, cocaína, crack, enfim, todos os tipos de drogas e **nós tínhamos uma vez por mês a consulta com uma psicóloga**. Uma vez por mês. No restante do tempo nós não tínhamos sequer uma enfermeira pra nos dar qualquer tipo de suporte. **A ajuda dos profissionais dessa área é muito importante**. É crucial, vamos colocar assim. Nós temos que ter psiquiatras, psicólogos, nós temos que ter psicoterapeuta, né, pra que possam dar... estar nos mostrando, passando coisas, oficinas né, pra nos estar ocupando, ocupando nossa mente, pra poder extravasar, pra sair daquela coisa de ficar só pensando na substância que usamos, né. **E nós não tínhamos nada disso lá** (Débora)

Tá, eu vou botar obreiro. Não, meu irmão, **obreiro não funciona**. Obreiro é pra abrir porteira e fechar porteira. Cadê a equipe técnica pra você tratar os caras aqui dentro? **Sem equipe técnica você não tem que abrir nada não**, bicho. Vai abrir pra quê? Botar um monte de moribundo aqui dentro da casa de recuperação? O cara come nove meses e vai embora pra rua pra quê? Pra cair de novo? Não, uai. (Bruno)

Então quando eu cheguei lá, eu cheguei com toda medicação daqui do CAPS, em questão de segundos sumiu tudo. Quando eu cheguei eu fiquei oito noites em claro, porque eu não tinha meus medicamentos. **Eu tomava medicação para ansiedade, eu tomava medicação para não ter vontade de beber, eu tomava medicação para dormir, e tudo isso foi tirado**. Então, essas coisinhas eu não aceitava (Fátima).

Sobre a existência de profissionais nas comunidades terapêuticas, na Resolução nº 29 da ANVISA, em seu Art. 5º, prevê que as instituições deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação. E, em seu Art. 6º, temos que os locais 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.

Para além disso, a Resolução acima não menciona, assim como a Lei nº 13.840, a presença de uma equipe de profissionais nas comunidades terapêuticas. Contudo, na mesma Resolução encontramos que as instituições preveem atendimento em grupo e individual. Num mesmo caminho, na Resolução nº 1 do CONAD encontramos que as comunidades terapêuticas devem oferecer espaço comunitário e de atendimento individual, com acompanhamento e suporte de equipe da entidade, além de ser necessário manter equipe multidisciplinar com

formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade.

O uso desses termos “atendimento em grupo” e “atendimento individual” denotam, para nós, uma linguagem familiar à área da saúde, correspondendo a métodos de trabalho executados por profissionais com formação no ensino superior (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros). Entretanto, como não há previsão destes nas comunidades terapêuticas, não sabemos dizer no que consistem esses atendimentos e com qual sentido estão sendo empregados nestes locais.

Apesar dessa não previsão de profissionais, dados das pesquisas nacionais apontam que existem profissionais em algumas das comunidades terapêuticas brasileiras. O Conselho Federal de Psicologia aponta uma grande presença de voluntários, presentes em 15, das 28 comunidades inspecionadas como, nos excertos acima, aparece na figura do obreiro. Com relação à profissionais com formação na área de saúde, há em poucos locais: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais se encontraram presentes em apenas cinco das comunidades terapêuticas inspecionadas. Em outras quatro, os relatos foram de completa ausência de equipe técnica (CFP, 2018).

Dessa maneira, ainda que em pequena quantidade, podemos encontrar profissionais em alguns desses locais. Todavia, como essa não é uma condição para a existência dos mesmos, não é pertinente que os internados exijam a presença de profissionais em suas internações. Mas, para além da impertinência, o que essas críticas nos revelam é que, na verdade, esses entrevistados estão procurando outro tipo de instituição ou, talvez, estejam comparando as comunidades terapêuticas com os CAPS ad, uma vez que ambos, mesmo sendo substancialmente diferentes, se propõem a dar respostas à população usuária de droga. Aqui, mais uma vez, evocam o discurso da saúde e rejeitam a perspectiva baseada na religião.

Exigem também que possam tomar seus medicamentos, porém, da mesma maneira que a profissionalização, os procedimentos de medicalização não se encontram previstos nas determinações da ANVISA, em sua Resolução nº 29 de 2011. Entretanto, foram encontrados registros de administração de medicamentos no interior de 55% das entidades acessadas pelo IPEA (2017). Além disso, foram encontradas situações de armazenamento precário de medicamentos, estoque sem prescrição médica, receitas e medicamentos vencidos, o que também se caracteriza como infração de norma sanitária (CFP, 2018).

Sobre a necessidade dos medicamentos no processo de tratamento de Fátima para combater seus sintomas de ansiedade, vontade de beber e dificuldade para dormir, nos compete também trazer uma reflexão acerca do risco de que seja feita uma medicalização da vida. O

fenômeno pode se dar quando problemas e sofrimentos sociais são compreendidos como problemas médicos, a partir de uma expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina e sua redefinição de experiências e comportamentos humanos (TESSER, 2006). Para fazer frente a isso, é preciso que os equipamentos da saúde e do âmbito social trabalhem no cuidado efetivo daqueles que lhes demandam atenção, bem como no desenvolvimento de formas de acolhimento que não se limitem a explicações individualizantes e culpabilizações, como comumente ocorre com o uso problemático de drogas.

Ainda sobre a não existência de profissionais, Bruno nos coloca que os obreiros dessas instituições não compreendem o uso problemático de drogas como doença, e que, portanto, não terão competência para administrar os casos a partir desta perspectiva. Para ele, a forma como os obreiros e os indivíduos pertencentes às denominações religiosas veem os usuários de drogas perpassa por um defeito moral, um problema de caráter:

Caio e levanto, caio e levanto. A igreja não tá me suprindo cara. Vamos supor, eu caio, chego na igreja já vão me olhar diferente, os caras não sabem o que eu tô passando. **Porque eles acham que tenho falta de vergonha na cara. Não tô achando errado o que eles acham não, é uma visão que eles têm.** Eles não conhecem como realmente é a doença, como é desconstrução de um dependente químico. O fato do cara cair, levantar, cair, levantar, não é porque o cara quer, é porque ele não tem informação. Obviamente, não vou generalizar, mas a maioria dos casos, o cara quando está usando, existe um estágio pro dependente químico, que no final do estágio, um dos momentos, é prisão e isolamento. Ele fica aprisionado e ele usa sozinho, com dor, com dor ele usa. Usa porque não consegue sair daquilo sozinho. Não é falta de vergonha na cara, só que a Igreja, algumas denominações, não tem essa visão. Não é porque elas são assim, é que não tem formação também, não sabem lidar com dependente químico. Obviamente não posso generalizar, o fato da informação pro dependente é muito importante, e as sessões acompanhado, observado (Bruno).

Em sua fala, Bruno se refere à uma visão estereotipada e preconceituosa do usuário de droga presente na sociedade, em geral. Vistos em uma perspectiva moral, são considerados ora como fracos – portanto, esvaziados de força de vontade – ora como indesejáveis, perigosos, e sujeitos que não possuem limites, ou seja, capazes de qualquer coisa (FERNANDES, 2011). Chocam-se as visões entre a perspectiva moral e a perspectiva médica do fenômeno das drogas.

Para os religiosos, conforme já vimos, o entendimento sobre o sujeito usuário de drogas perpassa pela sua associação ao diabo, aos espíritos malignos que podem ter se apossado daquele corpo, fazendo-o pecar e utilizando-o para disseminar o mal na Terra. Assim, possuir uma visão mais ampla e social sobre os indivíduos que fazem uso das drogas – algo que já é

difícil de ser alcançado por sujeitos que não possuem essa visão religiosa - torna-se quase impossível neste caso. O olhar, além de ser individualizante, repousa sobre a moralidade, fazendo parecer uma questão de caráter.

Entretanto, para Bruno, essa forma de compreender o usuário de drogas demonstra, na verdade, uma “não compreensão”. Não é desta maneira que ele se vê e, portanto, se recusa a se sujeitar à ideologia religiosa que lhe foi ensinada na comunidade terapêutica. Para ele, o usuário de droga precisa de informação sobre a sua situação como uma doença, sendo necessário autoconhecimento, de uma forma geral, e o entendimento sobre o porquê do uso, quais medicamentos e outras estratégias poderiam ajudá-lo a combater a vontade de usar, dentre outros aspectos. Isso não quer dizer que ele não tenha uma visão individualizante sobre o fenômeno, mas sua argumentação não se dá no âmbito da moralidade.

Há, também, em sua perspectiva, uma defesa pelo tratamento em saúde. Em outro excerto, ele complementa, dizendo que apenas em uma comunidade terapêutica, pertencente ao PROVIV, ele teve a oportunidade de ter acesso à profissionais como psicólogos e assistentes sociais e que, somente dessa maneira, ele começou a conhecer mais sobre o uso de drogas e isso começou a abrir a sua mente.

Para além das críticas relativas à dificuldade de convivência entre os internados e à falta de profissionais nas comunidades terapêuticas, os entrevistados também fizeram menção à dificuldade de adaptação ao cotidiano da instituição por conta da nova dinâmica a ser seguida, com muitas regras a serem cumpridas, muitas vezes, sob ordens autoritárias.

Rita, por exemplo, conta que, dentre outras atividades que ela tinha que dar conta no cotidiano na instituição, precisava copiar repetidamente alguns versículos da Bíblia e responder questões após assistir filmes bíblicos. Tais situações faziam com que ela ficasse muito ansiosa, pois era repreendida caso errasse. Ela não concordava muito com as atividades porque não achava que essas as ajudavam em seu tratamento, pelo contrário, até pioravam a sua situação por fazê-la ficar muito nervosa e não conseguir pensar em outra coisa que não fossem os exercícios religiosos.

Ela também faz uma crítica ao autoritarismo dos obreiros e dos pastores, que não convidavam os internos para as atividades, mas sim, os obrigavam a realizar determinadas tarefas. Este tipo de crítica também apareceu nas palavras de outras entrevistadas, somada à uma questão ainda mais complexa, um autoritarismo que levava às situações de maltrato com alguns internados:

Aí, eu vivia esse **terror**. Obrigada a ter...em dia que você não está com o coração e você tem que fazer aquilo com **depressão**, mas 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! (Rita).

[...] quando eu entrei como aluna certas coisas me incomodavam porque a diretora era uma ex-drogada, e ela era **muito autoritária**, e eu passei a perceber que em alguns momentos ela **maltratava** alguns pacientes. Ela era muito **autoritária** e muito jovem, e eu não aceitava [...] tinha certas coisas que eu não aceitava a maneira que ela tratava (Fátima).

E também o fato de você ir fazer um tratamento e chegando lá você ter que trabalhar, você é cobrado se você faz ou não a sua tarefa e ainda fica no gosto da pessoa que manda fazer e muitas das vezes ele te **recrimina**, te põe pra baixo... como é que eu explico? **Te esnoba**, te põe pra baixo, não te respeita. Aí, aquilo em vez de te fortalecer para que você melhore, né, para que você se restitua e fique melhor, é o contrário, **te põe pra baixo**. Se você deu dois passos para frente, **você volta dez para trás**. Porque eles **te põem para baixo, desvalorizam a gente**. E nesse lugar que eu fiquei eles tinham, assim, a mania de sempre nos colocar pra baixo, não nos valorizar como seres humanos que estávamos ali, precisando de ajuda, pedindo ajuda, né, aceitando a internação por conta própria (Débora).

As falas de Rita, Fátima e Débora expressam termos negativos que indicam imposição e relação assimétrica: “tem que”, “terror”, “depressão”, “autoritarismo”, “recriminação”, “esnobar”, “pôr para baixo”. Isso aparece pela realização de diversas tarefas, uma em seguida da outra, mesmo quando não tinham disposição para estas. As obrigações eram tantas que não havia tempo para refletir sobre nada, é como se até o pensamento estivesse sendo vigiado. Essas falas nos remetem ao provérbio “cabeça vazia, oficina do diabo”, muito utilizado para se referir à falta de ocupação que pode resultar em maus pensamentos. Reflete uma visão de mundo em que o ócio é visto como ameaçador da moral e em que, por sua vez, a ocupação deve ser valorizada. Com o ócio, há de se tomar cuidado, uma vez que ele pode trazer a “delinquência”, a loucura, a transgressão, o uso de drogas (CONSTANTINIDIS, 2012).

O provérbio também estabelece uma ponte com o protestantismo, pois, segundo Lutero, quando o homem ocupa seu corpo com obras, ele o mortifica, isto é, torna-o livre dos prazeres carnis e da ociosidade, permitindo que os seus impulsos sejam controlados (PEREIRA, 2015). Como vivemos em uma sociedade capitalista, onde há supervalorização do trabalho e da produção, em detrimento absoluto ao ócio, a ética protestante, historicamente, foi associada ao espírito capitalista por Max Weber (2004), conforme já mencionamos.

Além disso, o uso terapêutico da ocupação foi sistematizado como campo do saber a partir do século XVIII, quando Pinel teorizou o Tratamento Moral. Por meio da internação e do isolamento, Pinel defendia que o trabalho mecânico rigorosamente executado era capaz de garantir a manutenção da saúde (PINEL, 2004). A laborterapia faria, então, o indivíduo em sofrimento mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento, desempenhando uma função corretiva e disciplinar, se contrapondo ao ócio desorganizador.

Após a Reforma Psiquiátrica, e a suposta superação desse modelo de tratamento baseado na repetição disciplinada, temos o retorno da laborterapia, neste caso, nas comunidades terapêuticas, acompanhadas do fundamento religioso, sendo uma das atividades recorrentes os cultos e outras ocupações religiosas. Essa seria, portanto, a receita da “cura” para o uso de drogas. Entretanto, para Rita, isso além de não ajudar, a deixava nervosa e nada tinha a ver com Deus, pois segundo a sua expressão – que utilizamos para nomear este tópico da tese – “Deus é mais” do que isso. Esta repetição, que não a deixava refletir, não consistia no seu Deus.

Fátima e Débora também não consideravam apropriadas as tarefas que lhes eram dadas, sobretudo porque as ordens se davam com autoritarismo, cobranças e fiscalização. A depender da avaliação dos obreiros/obreiras e pastores/pastoras, poderia haver desrespeito, desvalorização e humilhação, referida por Débora como ser “colocada para baixo” por não ter executado algo da maneira como fora desejado. Esse tipo de situação, ao invés de promover uma melhora em sua situação, provocava um retrocesso.

Os relatos colocados acima, sobre o autoritarismo dos funcionários, sobre a necessidade de seguir muitas regras na rotina da instituição, dizem também sobre o controle da liberdade dos internos. Sobre este aspecto, eles relatam:

Então, era um espaço muito pequeno para muita gente, tinha umas trinta/quarenta pessoas, na época, no caso, e eu, como não sou muito de ficar preso em um lugar, não consegui por conta disso. **Aí eu saí, eu pedi pra sair.** (Eduardo).

Olha, violação é aquela constante de você não poder sair, né. **Eu nunca gostei de ficar preso**, de não ter acesso à rua. Pô, seja como o CAPS é. É um ambulatório que você fica aqui até as quatro, cinco horas da tarde e vai embora pra casa (Adriano).

Ah, **é horrível, Deus me livre!** É um lugar....a gente não podia...tinha gravação em tudo, uma hora eu falei assim: “Nossa, até no banheiro?”. Não podia falar no telefone, não podia ter contato com família. Ali parece que você tá se derrotando, [...] tem muitas coisas que a gente é obrigado a fazer (Rita).

Os entrevistados expressaram diferentes repercussões à restrição de liberdade nas comunidades terapêuticas e com o controle ao qual ficam expostos nestes espaços. Isso porque, quando adentram as instituições, além de não terem mais acesso às drogas, necessitam se enquadrar a uma série de regras que regem o funcionamento dos locais. Comumente possuem horário para acordar, para fazer as refeições, para tomar banho; não podem sair e nem ter acesso ao celular ou outras formas de comunicação com o meio exterior. Para isso, é necessário que o indivíduo abandone o papel que ocupava anteriormente e se renda ao confinamento (MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016).

Ou, parafraseando Neves (1978), é necessário que o indivíduo aceite uma ideologia sem “resistências e sem lutas”. Isso é parte do processo de dominação a que estão expostos esses indivíduos. Nesse sentido, pastores, obreiros e fiéis confrontam suas verdades bíblicas *vis a vis* à liberdade profana dos ditos “drogados”. É essa liberdade perigosa que requer eliminação pelo controle da religião e é essa liberdade que será identificada em outros espaços. Os sujeitos fazem uma comparação com o CAPS ad, que propõe um tratamento em liberdade – portas abertas –, numa interlocução que, ao menos em tese, deve ser realizada com os outros equipamentos da comunidade, por meio de um trabalho em rede e intersetorial, princípios que se alinham à Reforma Psiquiátrica (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Na contramão da Reforma Psiquiátrica – e parte de seu desmantelamento (AMARANTES; NUNES, 2018) –, as comunidades terapêuticas se assemelham às instituições totais, tal como definidas por Goffman¹³² (2005, p.11) como “locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Nesse processo há uma perda da individualidade e da subjetividade dos indivíduos, que passam a ter sob controle alheio as atividades mais pessoais dos seus cotidianos. Nega-se, a partir dessa dinâmica, a história de cada um e a forma como se relacionam com o mundo e consigo mesmos, provocando também uma alienação dos seres do mundo e de si mesmos.

As comunidades terapêuticas podem se assemelhar às instituições totais em diversos aspectos. Aqui, destacaremos a indistinção entre o público e o privado, o isolamento social e o regime disciplinar (NATALINO, 2018).

¹³² A crítica de Goffman (2005) se referia aos manicômios combatidos na Reforma Psiquiátrica já mencionados por nós neste tópico. Aqui, fazemos, portanto, uso de sua análise por considerarmos que as comunidades terapêuticas representam uma reedição desses espaços, tanto por conta de suas características de funcionamento, como também por cumprirem a mesma função social: esconder e retirar de circulação as pessoas que incomodam a sociedade sem uma perspectiva de reinseri-las à vida em comunidade.

A não distinção entre o público e o privado é caracterizado pela prevalência das atividades e espaços coletivos, como por exemplo, de quartos coletivos: 86% dos 18.627 quartos disponíveis nas instituições. Essa coletivização se dá também na esfera da alimentação, já que 99% das instituições possuem refeitório; na esfera do lazer e das atividades corporais, em que a tendência é a existência de salas coletivas de televisão (97%), de convivência (90%) e multiuso (92%); na esfera religiosa, já que 80% contam com templo ou local para orações; dentre outras. Praticamente tudo necessita ser feito no coletivo, havendo uma fusão em um único ambiente social entre o que poderia ser da esfera “da casa” e da esfera “da rua” (NATALINO, 2018; IPEA, 2017). Essa coletivização da vida foi citada pelos nossos entrevistados como uma das questões que mais dificultava a adaptação nas instituições.

No que compete ao isolamento social, apenas 35% das comunidades terapêuticas permitem visitas familiares desde o início do tratamento; as demais estabelecem regras temporais e, por vezes, de participação em atividades preparatórias. Apenas 5% dos locais permitem visitas a qualquer momento. Uma parte impede, ainda, qualquer contato com amigos (17%) e namorados (as) (11%) (IPEA, 2017; CFP, 2018). Em nossas entrevistas, os participantes referiram que as visitas ocorriam em datas específicas e eram monitoradas.

No que se refere aos meios de comunicação, 91% das comunidades terapêuticas não permite que os acolhidos usem celular pessoal ou de visitantes; e 86% não permitem acesso à internet. Algumas proíbem, ainda, o acesso à televisão (7%), livros, revistas e jornais de preferência (39%) (IPEA, 2017). Nossos entrevistados também trouxeram relatos de que a programação que podia ser acessada na televisão era, muitas vezes, apenas religiosa, previamente selecionada pelos dirigentes das instituições. Com relação ao acesso aos livros, restringia-se à Bíblia.

Sobre a comunicação das comunidades terapêuticas com outros equipamentos, mais de 20% delas não mantêm qualquer tipo de cooperação com os CAPS, nem com os principais equipamentos públicos da Assistência Social (IPEA, 2017). Essa não comunicação com outros equipamentos apareceu quando alguns entrevistados mencionaram não terem acesso à profissionais e nem à medicamentos no período em que estavam internados.

Sobre o regime disciplinar, podemos notar que as comunidades terapêuticas possuem atividades obrigatórias, atividades proibidas e sanções. Além das proibições já citadas, não é permitido o uso de tabaco (68%), a escolha da roupa (37%) e a escolha do corte de cabelo (32%). No caso das obrigações, elas envolvem, basicamente, a participação compulsória nas atividades terapêuticas, incluindo os cursos (60%), as cerimônias religiosas (53%) e as tarefas de laborterapia (73%). Entre as sanções, além da proibição de visitas, destacam-se a advertência

oral (89%) e escrita (58%); a realização de leituras e reflexões sobre o ocorrido (48%); a suspensão das atividades de lazer (48%) e da participação em passeios (34%); o aumento das atividades de laborterapia (16%); e o afastamento dos demais acolhidos (7%) (IPEA, 2017). Em diversos momentos, os participantes da pesquisa mencionaram incômodo em terem que realizar, obrigatoriamente, atividades religiosas e de laborterapia.

Todas essas características ferem o que se encontra previsto nos documentos oficiais sobre as comunidades terapêuticas. Segundo a Resolução nº 01/2015 do CONAD, as comunidades terapêuticas devem garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social. O vínculo familiar e social deve ser incentivado desde o início do acolhimento, devendo ser permitidas as visitas de familiares, bem como o acesso aos meios de comunicação que permitam contato com os membros da família. Nesse mesmo sentido, a Resolução nº 29 da ANVISA orienta que haja o atendimento à família do acolhido durante o período em que este estiver na instituição.

Ferem também a Constituição Federal de 1988, que tem como um dos princípios, em seu Artigo 1, a dignidade da pessoa humana; e a Carta de Direitos dos Usuários do SUS, que defende que:

2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada (2011, p. 3 e 4).

Além disso, as duas Resoluções mencionadas acima pautam a necessidade de que exista a preparação dos acolhidos para a reinserção social, devendo haver uma articulação junto à rede intersetorial para esse processo. As comunidades terapêuticas devem ser promotoras de rede de ajuda, resgate de cidadania e reinserção social dos internados, segundo esses documentos.

Ressaltamos ainda que o princípio fundante das comunidades terapêuticas reside na convivência entre os pares, sendo, portanto, bastante incoerente que haja supressão desse convívio durante o período de acolhimento. O isolamento dentro da instituição aponta para uma grave violação de direitos humanos dos indivíduos que já se encontram em situação de isolamento social.

No que compete ao controle sobre o que fazem os internados, como se refere Rita, também há incoerência com os documentos oficiais, uma vez que deve ser garantida a

privacidade dos indivíduos, inclusive no tocante ao uso de vestuário, corte de cabelo e objetos pessoais próprios, observadas as regras sociais de convivência (ANVISA, 2011).

Outro aspecto destacado pelos entrevistados foi a dificuldade de se adaptarem à comida, da qual não gostavam, mesmo pagando mensalidade para a instituição. Realizar tarefas de manutenção do local, como limpeza e preparo dos alimentos, também eram consideradas incoerentes, principalmente diante do pagamento realizado:

[...] porque lá dentro você mesmo que fazia as suas atividades, **você tinha que fazer o serviço** da casa pra você não ficar naquela rotina, né. **Além de pagar, mas você que tinha que fazer**. Então você tinha que limpar o banheiro, e o banheiro era...como é que se diz? Comunitário, comunitário. Então isso aí pegava muito pra mim. Comida...eu tive que me...eu tive que me reprogramar tudo de novo porque eu estava acostumado com minha vida. **Por mais que eu era usuário de droga**, eu tinha minha rotina toda certinha (Mauro).

Aí mais uma vez eu volto pra aquele ponto, **eles me cobraram pra ficar lá**, e eu sei que o governo também contribui, então **porque que não tínhamos as coisas, né, certas?** (Débora).

Há aqui a dimensão do financiamento dessas instituições, com destaque para duas situações – o pagamento direto pelos usuários e suas famílias – “eles me cobraram pra ficar lá” –, e o pagamento por meio de recursos públicos – 25% do total de comunidades existente no país recebem recursos públicos –, segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017). E essa transferência se ampliou no governo Bolsonaro, em março de 2019, por meio de dispensa de licitação, 496 comunidades assinaram contratos com o Ministério da Cidadania (216 eram novos; os demais, renovações)¹³³.

Sobre o financiamento das comunidades terapêuticas, os dados do IPEA (2017) apontam que há uma diversificação de formas pelas quais são angariados recursos: financiamentos oficiais¹³⁴; recebimento de doações de alimentos, roupas e cestas básicas; realização de atividades beneficentes; e vendas de produtos fabricados em seu interior, dentre outras estratégias.

¹³³ A Secretaria Nacional de Política sobre Drogas do Ministério da Justiça – SENAD/MJ em 2019 contratou 6.459 vagas em Comunidades Terapêuticas, superando a meta de contratação prevista no ano, de 6.000 vagas - o valor aplicado chega a R\$ 90.908,343,00 e é oriundo dos ministérios da Justiça, Saúde e Desenvolvimento Social.

¹³⁴ No que compete aos financiamentos oficiais, 8% das instituições que responderam à pesquisa recebem financiamento dos governos federal, estadual e municipal, e que 56% recebem de, pelo menos, duas esferas de governo. Assim, observa-se uma sobreposição de financiamentos públicos, sendo a mais comum, a sobreposição de financiamentos municipais e estaduais (35%) (IPEA, 2017).

Com relação às estratégias de financiamento não oficiais, temos que 75,4% dos locais recebem doações de pessoas que apoiam a causa, 66,6% recebem contribuições voluntárias dos familiares dos internados, 63,5% recebem doações de igrejas e demais instituições religiosas e 6,1% recebem doações de entidades internacionais (IPEA, 2017).

Além de financiamentos diretos, diversas comunidades terapêuticas são portadoras de certificações¹³⁵, que são concedidas pelo poder público às instituições que prestam serviços de interesse do mesmo e que as autorizam a não realizar o pagamento de diversos tributos. Setenta e três por cento (73%) das instituições acessadas pelo IPEA possuem a Declaração de Utilidade Pública Municipal; 53% possuem a Declaração de Utilidade Pública Estadual; e 27,6%, a Declaração de Utilidade Pública Federal. Quase 20% das comunidades terapêuticas possui o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (CEBAS); e 6,7% detêm o CEBAS-Saúde (IPEA, 2017).

No estado do Espírito Santo, segundo pesquisa realizada em 2014, a maioria das instituições que trabalham com a população usuária de drogas relata se manter com receitas provenientes da venda de produtos fabricados pela própria instituição, seguidas pelas doações de pessoas físicas, havendo também doações de pessoas jurídicas. Tais situações correspondem, sobretudo, às comunidades terapêuticas do estado (SANTOS; JESUS, 2014).

Mesmo diante dos diversos tipos de financiamentos, segundo o IPEA (2017), 46% das instituições nacionais cobram mensalidade dos acolhidos, como as citadas pelos nossos entrevistados que, apesar disso, mantêm na responsabilidade dos acolhidos as atividades de manutenção dos locais.

Ainda no tocante à questão do dinheiro, as falas abaixo se detêm mais sobre situações em que os participantes se sentiram explorados, roubados e consideraram haver atividades de corrupção dentro das comunidades terapêuticas:

Eu fui lá pela igreja Metodista. Lá ganhava as coisas e o **pastor recolhia o melhor e levava pra casa dele, e o pior ficava pra nós** (Hélio).

Olha, **eu praticamente fiquei lá obrigado**. Aí quando eu vi que não dava mais eu liguei pra minha mulher e disse: “Manda dinheiro pra mim ir embora”. Porque quando eu cheguei lá, eu cheguei com um pacote de cigarro, cheguei com dinheiro no bolso, eles pegaram meu dinheiro e meu cigarro e não me

¹³⁵ Como possibilidades de certificações, existem: a Declaração de Utilidade Pública Municipal (concedida pelas câmaras municipais); a Declaração de Utilidade Pública Estadual (concedida pelas assembleias legislativas estaduais); a Declaração de Utilidade Pública Federal (concedida pela Câmara dos Deputados); o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (CEBAS) (concedido pelos Conselhos Municipais de Assistência Social); e o CEBAS-Saúde (obtido junto ao SUS) (IPEA, 2017).

devolveram também. Aí eu falei com ela: “Oh, deposita um dinheiro pra mim senão eu vou sair daqui e vou pedir carona pra ir embora porque aqui eu não fico mais” (Hélio).

Como eu me sentia? Pagar pra trabalhar pros outros? Eu tô falando a verdade mesmo, entendeu? É. Até em São Paulo 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** (Reinaldo).

Como é que você trata de uma pessoa colocando dinheiro na mão dela e mandando ela ir pra rua? Então eu entrei lá em agosto, aí em setembro ele chamou pra fazer isso e eu fui, eu fiquei três meses fazendo isso e aí caí. Porque nós fazíamos, eu mais um amigo meu, que saía junto. Nós íamos pra tomar uma cervejinha e fumar maconha. Não podia fumar crack, mas a gente tomava cerveja. Já tava em recaída. Então eu passei uns dois meses assim, vendendo doce dentro do ônibus e tal. E tava gostando, tava bom porque eu chegava lá na casa que é do amigo dele, eu já não tava mais no sítio. Então, quer dizer, eles botam na sua mão pra vender. E o dono da comunidade terapêutica fala assim pra você: “**Oh, não quero saber o que vocês vão fazer com o dinheiro de vocês, pode fumar, contanto que o meu esteja aqui**”, todo mundo que entrou lá me fala isso, que o cara diz na cara de todo mundo (Adriano).

Não, é mais a questão que a gente falou sobre as comunidades religiosas, eu vejo que **tem muita corrupção**. No sentido de liderança, da má gestão. O cara é pastor e quer abrir uma comunidade e dentro dessa questão de abrir uma comunidade não se tem recibo, nota fiscal, não se tem nada, **entra doação, sai doação, é uma corrupção danada** (Bruno).

Assim, o pagamento – seja direto, com recursos públicos ou por meio de doações para que o serviço funcione – é confrontado com a qualidade dos serviços prestados, a ausência tanto de avaliação dos resultados alcançados quanto de fiscalização e controle sobre o que acontece nessas instituições.

Dessa maneira, os exemplos acima listados expressam um conjunto complexo de problemas que vão sendo evidenciados pelos entrevistados. A imagem estereotipada justificaria que qualquer coisa ofertada seria melhor do que o que tinham antes: o antes é considerado negativo e o tempo na instituição deve ser aceito como bom. Assim sendo, há um hiato entre as regras que deviam ser seguidas na instituição e o que efetivamente acontece atrás dos seus muros.

É nesse conjunto de desrespeito que a laborterapia se inscreve nos discursos dos entrevistados. A laborterapia é compreendida como a execução de atividades domésticas e/ou de campo no interior das comunidades terapêuticas ou, ainda, de trabalhos realizados fora da instituição (DE LEON, 2003).

Sobre os trabalhos realizados dentro e fora da instituição, esses não foram compreendidos pelos entrevistados como estratégias que podem auxiliar numa posterior reinserção no mercado de trabalho; mas, sim, como uma maneira de modificar, por si só, as características da personalidade dos indivíduos, levando-os a alcançar a abstinência total (DE LEON, 2003). Deles espera-se, portanto, o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas pela sociedade como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de drogas, mas necessárias para o seu sucesso na vida social (IPEA, 2017).

Os trabalhos relatados, usualmente, consistem tanto em tarefas de manutenção da própria comunidade, como em atividades produtivas e de geração de renda. Apesar da Resolução nº 1 do CONAD estabelecer que é vedado às comunidades terapêuticas submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes, há instituições que, em alguns casos, atribuem os serviços mais pesados como forma de castigo ou punição a determinados acolhidos que estiverem em descumprimento de alguma regra. Existe, portanto, nestes locais, uma classificação hierárquica das tarefas de laborterapia, segundo a qual capinar um terreno, por exemplo, é considerado um trabalho mais pesado que a limpeza da área interna. Além disso, os trabalhos de cozinha são, comumente, entendidos como desgastantes, por tomarem muito tempo daqueles a quem são atribuídos – estes são os primeiros a acordar e os últimos a se recolher à noite (SOUZA; NUNES; SANTOS, 2018).

Além disso, precisamos ressaltar que, nessa lógica, o trabalho é compulsório, uma vez que não há a possibilidade do acolhido negá-lo, pois, caso o faça, estará descumprindo uma regra da instituição e deixando de realizar a sua laborterapia, um dos pilares principais do seu tratamento na instituição. Sobre isso, entrevistados como Reinaldo, expõe o seu incômodo, já que além de não ganhar nenhuma remuneração para o trabalho que realizava na terra do local, ainda pagava uma mensalidade e cesta básica para estar ali. Aqui o que percebemos é uma não aceitação dos termos da comunidade terapêutica, muito semelhante ao incômodo expressado por Mauro ao ter que lavar os banheiros da instituição. Mais uma vez, o que vem à tona é um discurso do tratamento em saúde, possivelmente a referência tida no CAPS ad, onde não executam esse tipo de tarefa e nem fazem pagamento de mensalidade.

Podemos observar pelos relatos dos entrevistados que há menção às tarefas que não são remuneradas e às tarefas que são remuneradas. Em nossa percepção, as atividades de manutenção da instituição, como limpeza, jardinagem, cuidados de animais, construção civil e preparo de alimentos, por não envolverem necessariamente um processo de produção de mercadorias e as suas vendas, são mais facilmente compreendidas como não passíveis de remuneração, pois são justificadas como um bem coletivo para todos os usuários. Contudo,

podem, ainda assim, serem muito vantajosas para os coordenadores das comunidades terapêuticas, principalmente aquelas que envolvam reformas estruturais ou, até mesmo, a construção de novas instalações no terreno.

Já as atividades que envolvem a produção e a venda de mercadorias, como doces, pães ou kits de papelaria, tão comumente vendidos nos transportes públicos urbanos, preveem necessariamente que o acolhido tenha contato com o dinheiro que, posteriormente, será repassado para a coordenação, sendo previsto que o acolhido fique com uma parcela do lucro ou não. É este o caso de Adriano que nos levanta uma questão importante: ele, naquele momento, ainda não estava preparado para fazer o gerenciamento do seu próprio dinheiro. Este é um aspecto importante que, inclusive, necessita, muitas vezes, ser debatido junto aos usuários que fazem tratamento nos serviços de saúde. Entretanto, a partir do seu relato, a preocupação da instituição parecia não ser com o seu processo, mas, sim, com o lucro gerado a partir das vendas.

Interessante também perceber que as comunidades terapêuticas geralmente trabalham num esquema de restrição ou impedimento de liberdade, sendo instituições fechadas para a saída dos acolhidos, entretanto, quando a liberdade de circulação se coloca como necessária para a vendas das mercadorias, parece haver uma fácil concessão e uma mudança em seu funcionamento.

Por fim, a questão da corrupção presente nas comunidades terapêuticas se sustenta pela ausência de prestação de contas. No excerto abaixo, um entrevistado¹³⁶ nos disse:

Na minha quarta internação **eu fiz parte de uma gestão lá de Minas, em Varginha eu fiquei internado**. E ô, **pastor**, pelo amor de Deus, **o cara roubava**. Você vê isso muito, infelizmente. Porque **falta fiscalização**, falta fiscalizar. **Obviamente que a Igreja faz um trabalho social em alguns pontos legais, mas na área de dependência química não é simples assim igual eles estavam fazendo há dez anos atrás**, hoje mudou muito. Hoje a dependência química é saúde pública. Não é simplesmente eu vou abrir uma casa. Tá, e aí? Qual estrutura que você vai dar pra essa casa?.

A fiscalização aqui é uma das dimensões do problema evidenciado. Tal medida, a nosso ver, poderia trazer à tona situações complexas descritas acima: as inadequações do espaço e da alimentação, a mistura de indivíduos com vários tipos de necessidades sem a devida assistência, as situações de violência, de autoritarismo, de exploração do trabalho e de corrupção, dentre

¹³⁶ Excluímos o nome fictício do entrevistado visando não correr qualquer risco, considerando o conteúdo de sua fala.

outras. Poderia também interromper uma série de violações que já foram publicizadas no país, como por exemplo aquelas que foram divulgadas pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011 e em 2018 e outras muitas que se encontram disponíveis na mídia. Contudo, os documentos oficiais, como a Resolução nº 29 da ANVISA, ou a Resolução nº 1 do CONAD, ou, ainda, a nova lei de drogas, a 13.840, nada pautam sobre a fiscalização dessas instituições. Não atribuem a nenhum órgão público a competência para essa tarefa (IPEA, 2018).

Mais recentemente, no ano de 2019, houve a publicação da Portaria nº 562, pelo Ministério da Cidadania, que criou o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Esse Plano de Fiscalização tem como objetivo estabelecer critérios e regulamentos quanto aos procedimentos para a fiscalização *in loco* dos contratos celebrados entre a SENAPRED e comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019b).

Consta no texto do documento que a fiscalização deve ser realizada por servidores lotados na SENAPRED, porém, a Secretaria pode solicitar formalmente apoio aos órgãos estaduais e municipais de políticas sobre drogas, saúde e de assistência social, com os quais o Ministério da Cidadania tenha celebrado convênio ou acordo de cooperação, auxílio nesta tarefa, já sinalizando a possibilidade de que a responsabilidade seja repassada para outros órgãos. Além disso, a SENAPRED também poderá contratar empresa especializada ou instituição para realizar serviços técnicos, especialmente voltados à realização de Auditoria Independente (BRASIL, 2019b).

Consideramos ser indispensável que os serviços prestados à população – sejam eles providos diretamente pelo poder público ou por organizações da sociedade civil – submetam-se à fiscalização regular e frequente pelos diversos órgãos do Estado competentes para tanto: o Ministério Público, os conselhos profissionais, os conselhos participativos de políticas públicas, entre outros (SANTOS, 2018). Ainda que as comunidades terapêuticas pudessem representar um “desvio” de um modelo de tratamento oficial, sistemas de regulação e fiscalização, capazes de impedir abusos, não poderiam ser dispensados (NATALINO, 2018). Mais recentemente, com o crescente financiamento do poder público a esses espaços, há, portanto, uma necessidade ainda maior de que hajam processos fiscalizatórios.

Mas, a fiscalização sobre essas instituições não supera uma questão que é anterior: devem essas instituições existir (considerando sua filosofia e ideologia que propagam, todas as discordâncias apontadas até agora pelos entrevistados)?

Os sujeitos entrevistados demonstraram capacidade de refletir sobre as práticas ocorridas nos locais e sobre como estas impactam em suas vidas. Cada qual a sua maneira, esses

indivíduos não foram convencidos de que as estratégias utilizadas nas comunidades terapêuticas poderiam ser eficazes para seus casos e acharam que nada adiantou a passagem deles por estes locais:

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).

Oh, pra mim **não adiantou em nada**, não resolveu em nada pra mim. Então, pra mim, eu só passei uma temporada sem álcool, só isso. Porque não resolveu nada (Hélio).

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

Nada, **não aprendi nada** (Rita).

No meu caso, particularmente, **não me ajudou em nada**. Essa coisa da internação em clínica evangélica, na minha concepção mesmo, não tem muito no que ajudar, porque a droga age em seu organismo, ela age no seu cérebro. Com relação à só oração, como tinha lá, na minha concepção, comigo, não me ajudou em nada. Sai de lá e continuei usando droga. Aqui que eu estou fazendo mesmo, que estou tomando minha medicação, e por aqui mesmo que eu tô querendo ficar, aqui que está me ajudando a não usar mais (Eduardo).

O “não ajudou em nada” reafirma, mais uma vez, o desrespeito a um direito assegurado pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS, na qual “Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema” (BRASIL, 2011). Todas as falas demonstram a não eficácia das comunidades terapêuticas no que compete à relação problemática dos entrevistados com as drogas.

Ademais, a partir das falas abaixo, podemos perceber que não houve eficácia das instituições no que compete à conversão religiosa dos indivíduos. A não concordância com princípios apresentados nas comunidades terapêuticas, muitas vezes, estava relacionada a um conjunto de atividades religiosas no interior das instituições (presença nos cultos, orações, rezas), que foram cumpridas mesmo a contragosto:

Olha eu vou ser muito verdadeira, **eu participava de todos os cultos, mas o catolicismo nunca saiu de dentro de mim**, tanto que na hora de eu dormir, eu não orava, eu rezava. **Eu seguia a regra porque a gente tinha que seguir, nosso pastor, ele era muito rigoroso nisso aí** (Fátima).

A gente sente falta, sim, entendeu? **Mas quando eu vou dormir, toda noite, eu faço as minhas orações da maneira que eu sei** [e não do jeito que a instituição me quer impor], do jeito que eu sei, eu faço. Eu agradeço por ter passado mais um dia (Hélio).

[...] algumas internas que estavam lá gostavam. Pra mim não foi bom. Porque eu conheço a Deus, né, **eu tinha muito tempo de igreja**. Eu não só frequentava a igreja evangélica, **eu era realmente da igreja evangélica**. Eu era uma pessoa que me envolvia em tudo que tinha no templo, na minha igreja. Então, quer dizer, eu tenho um certo conhecimento da palavra. Então, muito vezes, havia uma distorção muito grande, entendeu, no que era dito, lido na Bíblia. Eles liam e depois eles interpretavam do jeito deles. Interpretavam do jeito deles, e se, como aconteceu, aconteceu comigo, de eu questionar, né, eu questionar e infelizmente ser dito que não, que eu não podia fazer aquilo e não aceitavam a minha opinião. Ou seja, nós tínhamos que ouvir, orarmos, ou seja, fazer o que eles achavam que estava certo. Pra mim, para mim, no caso, não me acrescentou nada. Eu sim fazia minhas orações, mas sempre com respaldo, no conhecimento que eu tinha de antes, não do que tava sendo feito lá. Pra mim não (Débora).

Há aqui outra dimensão – o confronto entre as crenças que tinha x as práticas que a comunidade terapêutica propõe. Isso ocorre porque os indivíduos têm uma história anterior à chegada nas comunidades terapêuticas e estes, em especial, já possuíam uma história com outra religião, ou com a mesma religião, porém faziam uma interpretação diferente dos preceitos religiosos, enxergavam por outra perspectiva um mesmo conteúdo.

O que podemos perceber, portanto, é que para alguns sujeitos a passagem na comunidade terapêutica não alterou o seu sistema de crenças religiosas. Ou seja, são sujeitos que não se enquadram em um processo de conversão.

Essa resistência era explicitada por várias razões, entre elas, a desconfiança que sentiam. Tal desconfiança pautava-se na incoerência percebida entre o que era dito e o que era feito pelos funcionários e donos das comunidades terapêuticas:

Porque **eles viviam uma coisa e falavam outra**. Então não, não bate, não tem como. Eles se comportavam de uma forma, às vezes eram agressivos com certas pessoas, agrediam as pessoas com palavras, **menosprezavam e tal e depois vinham falar de amor, amor ao próximo**, disso, daquilo, né. Então aquela coisa, era... é isso, viviam uma coisa e falavam outra, queriam pregar outra. Pra mim, esse papo não.... infelizmente, não. Por isso né, acho que não me acrescentou em nada essa parte (Débora).

Porque **ele não torcia...ele não acreditava...**o modo que ele tratava, **ele não acreditava em Deus**. Não, só não podia falar essa palavra, não podia isso, não podia aquilo; tem certas coisas da Bíblia que falam sobre o capeta, que um dia nós conversamos, não podia ler, só daqui pra cá. **A Bíblia ela é toda...você**

tem que ler tudo, não é ele saber o que a gente tem que ler na Bíblia, pedaços, entendeu? Apocalipse...dali pra lá não pode ler porque fala sobre, né, o dia que o mundo acaba, que bota esses nomes ruim, não pode ler (Rita).

Poderíamos aqui sintetizar a discrepância entre “palavras e atos”. Entre palavras e atos atravessam aspectos da religiosidade e da religião. A Bíblia é composta por 66 livros (distribuídos entre o Velho e o Novo Testamento)¹³⁷. O que ler e como interpretar é parte das questões que atravessam o livro sagrado. Ou, nos dizeres de Rita “[...] não podia ler, só daqui pra cá”.

O distanciamento entre o que se prega e o que se faz pode ter uma relação com o fato dos neopentecostais terem hipertrofiado a guerra espiritual entre Deus, de um lado, e diabo/demônios, do outro. Conforme já mencionamos, essa guerra se dá por compreenderem que os males do mundo são todos provenientes da ação do diabo/demônios que, ao se apossarem dos corpos, provocam desvios de condutas e comportamentos considerados inapropriados. Assim sendo, a única maneira de libertar as pessoas desse mal é realizando o exorcismo do demônio. O ritual exorcista significa a libertação dos malefícios que afligem o posseso (MARIANO, 2003).

Nesta leitura há uma culpabilização do demônio e, ao mesmo tempo, em alguma medida, o inocentamento dos indivíduos que são possuídos: não são eles que fazem as “maldades”, mas, sim, os demônios que deles se apossam, tal como indicado por Mariano (2003). Como resultado desse entendimento, se atrofiam as concepções de pecado e de livre arbítrio. Isso porque os indivíduos se compreendem em uma condição de vítima, fato que lhes poupa da culpa, do “peso” na consciência ou da responsabilização pelos seus atos que, nessa lógica, não seriam seus. Isso é reforçado na medida em que a expulsão do demônio depende do pastor e independe da vontade das pessoas, ou seja, não há autonomia para livrar-se do mal e não há, também, por conseguinte, uma implicação ética pelos seus atos, uma vez que uma orientação ética implicaria em possuírem responsabilidades pelos atos praticados (MARIANO, 2003). Aqui, vemos, mais uma vez, o distanciamento dos seres deles mesmos e da sociedade como todo – a alienação.

Outra questão importante é a constatação deles de que tais práticas expressavam fanatismo religioso e de que essa estratégia não era suficiente para a resolução dos seus

¹³⁷ Existem também sete outros livros (conhecidos como apócrifos) que não constam na Bíblia dos evangélicos, mas estão na dos católicos.

problemas advindos do uso de drogas, uma vez que não se identificavam com os ensinamentos ou precisavam de outras estratégias para alcançar as metas desejadas para suas vidas:

Houve oração, **oração pra gente que usa droga não adianta muita coisa**. Adianta? (Eduardo).

Eu fiquei um mês lá, um mês e alguma coisa...sabe por que também? Porque eu já não aguentava mais **comer Bíblia**, sabe? Eu sempre questioneei muito a Bíblia, eu sempre...tudo que eu leio, eu leio muito com senso crítico, **eu não gosto de aceitar coisa mastigada**, é muito fácil você aceitar coisa mastigada (Adriano).

Foi me passado o evangelho naquela época, me mostraram o evangelho. Eu me apeguei a isso, me apeguei ao evangelho, a palavra, fiquei até meio que religioso na época. Novão na fé, não conhecia nada, fiquei um pouco religioso. Aí eu tive uma recaída assim... tipo assim, eu achei que o fato de estar envolvido na Igreja, envolvido com as pessoas, simplesmente isso ia me ajudar, eu ia ficar limpo. Não ia... chegava um momento da minha vida que eu, perai bicho, vou na Igreja e **não sinto o que essas pessoas tão sentindo**. “Ah não, tenho que buscar mais, tento buscar mais”, busco e busco, mas não tá rolando comigo cara, não tá rolando. “Ah não, mas o espírito santo te ajuda”. **Eu não sou esse cara que espera em Deus dessa forma**. O meu procedimento, minha forma de lidar com a doença não é simplesmente baseada dentro da espiritualidade, é muito além da espiritualidade. A espiritualidade ajuda muito qualquer ser humano, principalmente um dependente, que é meu caso. Mas o comportamental, a forma de lidar com os meus sentimentos e emoções é muito importante ter essa habilidade (Bruno).

A fala metafórica de Adriano “[...] já não aguentava mais comer Bíblia” é a representação de um local onde para tudo se usa a Bíblia, onde tudo é mediado pela religião. Segundo Lauand (2003), o fanatismo religioso consiste em uma pretensão totalizante, segundo a qual tudo passa a ser regulado pela onipotência de Deus, pela mediação infalível de um líder. Há uma transferência do caráter absoluto, que deveria ser uma qualidade apenas de Deus, para as instâncias temporais, políticas, culturais, etc. Além disso, o fanatismo floresce, sobretudo, no âmbito do ressentimento, da revanche, da superação de uma humilhação que contrasta com um período de esplendor perdido e que deve ser recuperado a todo custo (LAUAND, 2003).

O fanatismo religioso, portanto, consiste numa ideologia que, como qualquer outra, possui função prática: defender, em todas as instâncias, uma única “verdade”; formatar uma única maneira de ver o mundo e, com isso, conquistar o apogeu, o poder. É a devoção a uma causa ao extremo, com base na certeza absoluta e incontestável que o devoto tem a respeito de suas verdades. Para isso, o fanático, comumente, não age com a razão quando defrontado com posições diferentes ou questionamentos daquilo que defende. Fanatismo é marcado por autoritarismo e ação passional, frequentemente agressiva.

Ademais, os participantes fazem críticas ao autoritarismo nos ensinamentos religiosos dos dirigentes e à ideia de que Deus possa ser a única maneira de interromperem o uso de drogas, perspectiva defendida por alguns participantes do grupo anterior, que não acreditam ou não aceitam que possam ter contribuições de outros âmbitos para isso. Para Adriano, havia um incômodo na forma como era feito o uso da Bíblia na instituição: de uma maneira “mastigada”, ou seja, de uma forma que vem pronta, interpretada, concluída e que não permite aos sujeitos serem ativos, reflexivos, muito menos críticos, nesse processo. Para um ser, que como ele, era tão reflexivo e crítico, isso não era possível.

Além das estratégias religiosas não serem para esses sujeitos efetivas e suficientes, a conversão religiosa como forma de tratamento para o uso problemático de drogas revela um processo de distanciamento dos indivíduos de suas condições concretas de vida, o que aqui estamos chamando de processo de alienação:

E eu vou dizer uma coisa: **o cara que mais ora, o cara que vai pra frente lá, que se torna um pastor, é o que mais cai.** Porque parece que quando eles estão em tratamento na terapia religiosa eles se aplicam muito àquele negócio, o cara vira um santo lá dentro! Os caras viram uns santos! Olha, “há seis meses que eu tô limpo”, e fala muito em Deus, cara, isso virou um chavão, **Deus deve tá se revirando lá e o diabo também, porque tudo nêgo culpa o diabo, o cara faz e põe no do diabo, coitado do diabo. Eu falo coitado do diabo mesmo porque ele não fez nada, quem faz é a gente** (Adriano).

Não tem nada de capeta, demônio e diabo, não espiritualize tudo, não. Muitas vezes as religiões vão orar que o demônio vai sair, e a pessoa vai parar. Tá usando porque é o demônio, você tá possuído, é o demônio que botou uma seta em você. Enviado do cão, a menina passou de sainha por você, olhou pra você, isso é do inimigo, aí você vai e cai. Não tem nada a ver isso, tá entendendo. **Eu que quero fazer isso, é o meu desejo que quer 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. “Ah não, foi culpa do demônio”, é fácil colocar em terceiro, mas eu admitir que eu sou e admitir as minhas vontades, culpabilizar os outros é muito fácil (Bruno).

Os relatos acima trazem uma série de elementos relevantes para o debate. Primeiramente, “virar um santo” se refere àqueles que, de fato, incorporam todos os preceitos religiosos e parecem se converter dentro da instituição, como são os casos dos entrevistados que apresentamos no Grupo 1 deste trabalho. Esse movimento não repercute no indivíduo em liberdade, pois seriam os primeiros “a cair”, como se aquela vivência fosse específica ao período de internação e não pudesse se sustentar fora dos muros institucionais. De fato, essa não sustentação, pôde ser observada em vários casos do Grupo 1 e em outros que ainda serão demonstrados no Grupo 3.

Sobre isso reside o nosso debate acerca da dificuldade dos nossos entrevistados em darem prosseguimento aos ensinamentos que tiveram acesso em suas passagens pelas comunidades terapêuticas. Ali são submetidos a um sistema de mortificação de si mesmos, como seres a - históricos, sem personalidade, algo que promove um choque quando retornam ao convívio social, sobretudo se essa reinserção não for acompanhada de suporte social e técnico (NATALINO, 2018).

Outro aspecto apontado diz respeito a atribuir à Jesus/Deus ou ao diabo os acontecimentos da vida, como se fossem todos coordenados pelas entidades no já mencionado maniqueísmo do bem e do mal. Os entrevistados, portanto, se referem à necessidade de sair do âmbito do “porque Deus quis” ou “porque o diabo quis”, do teocentrismo dos tempos mais longínquos, mas também não demonstram que possuem uma visão mais ampla, de que as ações individuais estão, a todo momento, articuladas a um coletivo, à sociedade de forma mais ampliada. Ao afirmarem “eu que quero fazer isso”, mencionam uma única dimensão do problema. Mas estão deixando de lado a dimensão social e econômica do consumo das drogas. Ou seja, a polarização mascara as múltiplas dimensões presentes na relação homem-droga.

Na visão dos neopentecostais tudo o que se passa no plano terreno é uma derivação do que se passa no plano espiritual. Essa crença ameniza a nossa culpa, a nossa responsabilidade e a nossa autonomia frente o mundo (MARIANO, 2003). Além de mascarar as determinações presentes na dinâmica capitalista.

Esses entrevistados não só negaram essa perspectiva de ver o mundo, como também indicam que isso pode os alienar:

[...] quando eu chego na comunidade terapêutica, eles me direcionam, **tá aqui a Bíblia, vamos orar, vamos ler, vamos jejuar**, tudo bem. [...] **É um risco muito grande** essa pessoa montar uma capa sobre ela, se esconder em cima de uma suposta religião, que foi o que aconteceu comigo na primeira internação, eu não conhecia outra coisa se não for... “isso aqui tá me dando o evangelho, isso aqui tá me ajudando, isso aqui tá legal”. Só que dentro de mim não era eu. **Injetar a religião numa pessoa, injetar a palavra, a Bíblia**, não trabalha o interior da pessoa. Não trabalha o comportamental da pessoa, do dependente químico. Só consegue avanço se trabalhar com informação do que é a doença, o que é a dependência química, o que faz com a pessoa, o que ela gera dentro de você, como ela modificou seu comportamento, como ela modificou sua família, as sequelas que sua família sofreu, sua mãe, enfim, passar essas informações pras outras pessoas. As comunidades religiosas não fazem esse trabalho. **Pode ser que existe uma margem de pessoas que ficam em recuperação com a religião, pode.** Comigo não aconteceu isso (Bruno).

Bruno reforça a importância de compreender o uso problemático de drogas como uma doença. Para isso, é preciso, segundo ele, que os usuários tenham acesso à informação, ou seja, é preciso que alguém os situe neste âmbito, os explique como ela evolui, quais as consequências para o usuário, dentre outros aspectos. Contudo, a sua compreensão ainda é muito centrada no indivíduo e seu núcleo familiar, como se o uso fosse uma questão individual e não uma expressão da questão social.

Recorrendo à metáfora da injeção (comportamento do uso da droga), Bruno sintetiza uma história na qual retrata seu desencontro com as comunidades terapêuticas, recheado por recaídas após as oito saídas das instituições. Para Adriano não foi diferente, cerca de nove internações nessas instituições, todas também com recaída após a saída. O “insucesso” do tratamento se revela quando perguntamos o porquê não deu para seguir os ensinamentos obtidos na internação em sua vida cotidiana:

Não deu porque eu teria que me tornar evangélico. Não, não. Eu tinha que fingir. Eu tava de calça, camisa de manga comprida, com cinto social, com sapato social, pra frequentar a igreja como eles fazem, essas pentecostais que gritam pra caramba. Não dá pra mim, realmente não dá. Olha, nunca gostei de seguir doutrina, eu não gosto de seguir uma religião pré-estabelecida e tal (Adriano).

O discurso central tanto no caso daqueles que se converteram, como daqueles que não se converteram é de que: se o tratamento ofertado nas comunidades terapêuticas religiosas se baseia na abstinência do uso de drogas e usa para isso recursos religiosos (cultos, rezas, orações, penitências, promessas, etc.), a abstinência após a saída parece ser possível apenas para uma parcela daqueles que se converterem. Neste trabalho, nem todos aqueles que aderiram aos rituais religiosos ou se converteram no interior dessas instituições seguiram abstinentes após a saída, mas aqueles que se mantiveram em abstinência, sem nenhuma outra rede de suporte, aparentam ter se convertido, pois são os que conseguem aplicar no dia a dia os ensinamentos obtidos. Contudo, não podemos generalizar nossos dados e nem este foi o foco desta pesquisa.

Dentre os sujeitos do Grupo 2, no momento da entrevista, Reinaldo, Hélio e Rita se encontravam em uso de drogas, os demais se encontravam em abstinência: Mauro, há 15 dias; Adriano, há três meses; Eduardo, há 4 meses; Débora, há 8 meses; Fátima, há 9 meses; e Bruno, que não sabe ao certo há quanto tempo. Importante ressaltar que, com exceção de Fátima e Mauro, todos os outros participantes deste grupo tiveram recaída após a saída da última internação em comunidade terapêutica, embora vários deles estivessem sem fazer uso há algum tempo no momento da entrevista. Fátima, apesar de não ter usado mais drogas depois de sua

última internação, já havia passado por outra internação com recaída posterior à experiência vivida.

O tempo em que cada um deles permaneceu na última internação varia muito, bem como a quantidade de vezes em que cada um ficou internado. Os dados não são passíveis de correlações ou de generalizações, apenas cumprem o papel de levantar tendências e apontar para a importância de que estudos nesse sentido sejam realizados. Chamamos atenção para o fato de que Hélio e Rita, que manifestaram ainda estar em uso de drogas, passaram curtos períodos na última internação em comunidade terapêutica, 15 dias e um mês e dez dias, respectivamente. Já Reinaldo passou por diversas internações e não se lembra do tempo que cada uma levou.

Com relação aos que manifestaram estar em abstinência, alguns passaram mais tempo na última internação: Bruno, nove meses; Fátima, seis meses; Débora, seis meses; Mauro, três meses. Já Eduardo passou apenas 20 dias na instituição e Adriano não se lembra.

Chamamos também atenção para o fato de que Adriano e Bruno, os entrevistados desse grupo que apresentaram mais discursos de não alienação religiosa, foram os que mais passaram por internações em comunidades terapêuticas, o primeiro se lembra de oito internações e o segundo de sete. Tal informação nos leva a ter como hipótese que esses participantes tiveram diversas oportunidades para conhecer o trabalho realizado por essas instituições e, possivelmente, tenham passado por locais diferentes, o que pode ter permitido um olhar mais ampliado e aprofundado sobre esse tipo de tratamento.

Todos esses sujeitos relataram suporte institucional ou pessoal que os auxiliam em relação ao uso problemático de drogas. Fátima, Eduardo, Reinaldo, Hélio, Débora, Rita, Mauro e Adriano, ou seja, oito dos nove participantes desse grupo fazem tratamento no CAPS ad e referem a importância do equipamento. Fátima, por exemplo, que se encontrava em abstinência após a saída da última comunidade terapêutica, tinha acabado de viver a perda do seu companheiro em um acidente e relatou ter procurado imediatamente o CAPS ad por sentir que poderia ter uma recaída. Eduardo e Débora frisam a importância dos profissionais do CAPS ad em seus processos de recuperação, bem como a importância do acesso à medicamentos. Hélio frisa que é o CAPS ad que tem lhe ajudado a reduzir o uso de álcool para uma quantidade menos danosa para ele e Rita diz preferir muito mais o CAPS ad à comunidade terapêutica porque lá é mais respeitada. Adriano demarca a importância de fazer um tratamento em liberdade.

O único participante deste grupo que não refere participação no CAPS ad é Bruno, que diz ter encontrado maior suporte nos grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

Para ele, era difícil frequentar o CAPS ad por conta da convivência com pessoas que não estavam em abstinência. A frequência ao NA também é feito por Mauro.

A presença massiva destes participantes no CAPS ad podem explicar, em parte, o discurso da saúde apresentado por eles, conforme demonstramos ao longo deste tópico. É possível que seus discursos tenham se formulado a partir daqueles difundidos no equipamento e que, por isso, tenham refutado o discurso apresentado no interior das comunidades terapêuticas. Mas, como pudemos apreender no caso de Bruno, possuir críticas às comunidades terapêuticas e os seus discursos, não significa adesão ao CAPS ad; ao mesmo tempo em que possuir um alinhamento com os discursos das comunidades terapêuticas, não significa uma não adesão ao CAPS ad, vide os participantes do Grupo 1.

Tal como estudo que apontou o CAPS ad como a principal rede operante dentre os vínculos de usuários de drogas, por meio do qual obtinham apoio, ajuda material, acesso a serviços, criação de novos vínculos sociais e contato com outras redes sociais dentro da comunidade (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006), isso também apareceu entre os sujeitos desse grupo. Isso porque, por mais que ainda possuíssem suporte de amigos ou de membros da família, as relações se apresentavam fragilizadas, permeadas pelo descrédito frente às sucessivas recaídas (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Ou seja, as práticas de atenção produzidas a partir dos CAPS ad caracterizam-se pela humanização do cuidado e compromisso com o resgate de cidadania dos usuários, evidenciando a potencialidade de um modelo de atenção orientado pela lógica da Redução de Danos (ALVES, 2009).

Além desses equipamentos, Reinaldo refere participação no Centro de Referência da Assistência Social para a população em situação de rua, além de frequentar o Albergue Noturno, assim como Adriano e Eduardo. Segundo eles, ambos os equipamentos, embora não sejam direcionados especificamente para a questão do uso de drogas, os ajudam a se manter ocupados e mais distantes do uso.

Por fim, os participantes também referem apoio de familiares em seus processos de tratamento: Fátima, o suporte de suas filhas e de uma irmã; Eduardo, o suporte de uma irmã; Reinaldo, o suporte de uma tia; Hélio, o suporte de sua ex mulher e de suas filhas; Débora, o suporte de suas filhas, um sobrinho e uma cunhada; Rita, o suporte de sua mãe; Adriano, o suporte de uma irmã; Mauro, o suporte dos seus pais; e Bruno, o suporte de sua namorada e dos seus pais.

Nesse grupo também há relatos de terem vivido em situação de rua por algum tempo de suas vidas, comum à três pessoas: Adriano, Reinaldo e Eduardo. No momento da entrevista, eles ainda se encontravam em situação de rua, à noite se dirigiam ao abrigo pertencente à

assistência social. Com relação a já terem tido algum envolvimento com o crime sem passagem pela prisão, temos Rita, que mencionou já ter tido uma relação com o tráfico de drogas, e Eduardo, que mencionou já ter roubado. Adriano já foi retido por furto e porte de drogas.

Sintetizando, esse grupo apresentou um discurso de oposição à alienação religiosa, pois seus participantes referem não terem se identificado com as ideologias religiosas (im) postas. Assim, compreendemos que eles não se encontram no lugar que aqui denominamos “cruz”, mas, nem tampouco estão na “caldeirinha” – lugar também imposto a eles pelo viés religioso. Contudo, se ampliarmos o sentido de “caldeirinha” para além do religioso, compreendemos que nela estão, de uma forma geral, todos os usuários de drogas de nossa sociedade, sobretudo aqueles pobres e negros, como o são a maior parte dos nossos entrevistados. Na sociedade capitalista em que vivemos, em que as expressões da questão social (como o uso problemático das drogas) são ocultadas diariamente, onde tantos afastamentos e alienações, propositalmente, são construídas, impera uma forte demonização às drogas, principalmente nos tempos mais atuais em que regredimos passas largos no que compete às políticas de drogas.

Isso não quer dizer que não acreditem em Deus, que não achem que sejam pecadores, ou que não rezem, pelo contrário, alguns, conforme vimos, até afirmaram a sua fé. Entretanto, não reconhecem na religiosidade uma estratégia para o tratamento do uso de drogas, pelo menos não na forma como se encontra apresentada: nas comunidades terapêuticas. Não avaliam que esse possa ser o caminho para os seus processos de melhoria, mas também não negam que essa estratégia possa funcionar para outras pessoas.

6.3. Entre a salvação na comunidade terapêutica e o sofrimento no “cubículo” terapêutico

Neste tópico reunimos um grupo de participantes (11) com discursos híbridos ou mistos que exprimiram tanto relatos de alienação religiosa quanto de não alienação religiosa. Os entrevistados, ora demonstram não terem se enquadrado às regras e aos ensinamentos das comunidades terapêuticas e não terem passado por uma conversão religiosa, ora defendem um Jesus que salva e cura, bem como reforçam o poder e o temor a Jesus/Deus; ora tecem inúmeras críticas às instituições onde ficaram internados, ora ressaltam que aprenderam e se transformaram muito durante a internação; ora defendem um modelo de tratamento psicossocial, ora defendem o tratamento religioso e moral.

Em alguns momentos, os entrevistados fazem críticas às instituições onde ficaram internados, demonstrando, por diversas vezes, uma não adaptação aos locais ou um não

enquadramento às regras existentes no cotidiano, assim como no Grupo 2. As falas demonstram discordância com a comida e com a infraestrutura, mais uma vez tida como muito ruins, principalmente diante dos recursos que eram detidos pelas instituições:

Porque é um lugar onde que assim...ele não tem condições de você...não tem **condições sub-humanas de você ser recuperado**. Porque **você vem do lixo**, você vem do crack, você vem de um quadro de derrota, você vem do fundo do poço, e **você vai pra um lugar sujo, imundo**...como que você vai ser tratado em um lugar desses? [...] Essa clínica foi a pior que eu...eu falo mesmo, **é o pior lugar do mundo!** Infraestrutura péssima, não tem condição de recuperar ninguém. E ganha muito dinheiro, muito dinheiro, e não investe dentro da casa (Davi).

Era, **um cubículo terapêutico**. Cubículo terapêutico (Sandro).

[...] umas **panelas tudo suja, mal lavada** (Davi).

Fiquei internada lá 45 dias, não quis ficar. **Lá eles comem do bom e a gente tinha que comer o resto**. Não quis ficar (Marcela).

Pô, cheguei lá e **comecei a passar fome**, mano. É...nós chegamos ao ponto de **comer feijão com bicho**, entendendo? Porque o pastor simplesmente travava. **Minha irmã pagava um salário mínimo e ainda mandava cesta básica. Duas cestas básicas por mês ela mandava**. Dinheiro, né, pra comprar lá. E a gente passando fome, cara (Sandro).

Retoma-se aqui a relação entre a condição que se encontravam – muito ruim – com o que era ofertado – não precisa ser bom. Se por um lado há toda uma determinação para que as comunidades terapêuticas estejam estruturalmente adequadas, por outro a ausência de condições de funcionamento é recorrente, tal como descrito no relatório do Conselho Federal de Psicologia (2018), das 28 comunidades terapêuticas visitadas, apenas dez apresentaram alvará sanitário válido para o ano corrente.

A crítica à comida feita acima também é comum ao universo das comunidades terapêuticas, tendo sido exposta anteriormente por outros participantes. Consideramos importante aqui mencionar que, desta vez, a situação relativa à comida foi melhor detalhada pelos entrevistados, uma vez há menção a passar fome na instituição ou, ainda, a comer alimento impróprio. Neste caso, extrapolamos o debate acerca da não adaptação à comida por não haver, por exemplo, possibilidade de escolha, ou por não ser do gosto pessoal dos acolhidos, e adentramos o que consideramos ser uma grave violação dos direitos humanos.

Segundo a Organização das Nações Unidas (1948), toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, sendo um dos pilares para

isso, uma alimentação adequada. O acesso físico e econômico à alimentação saudável e diversificada deve ser uma das obrigações do Estado e da sociedade. A garantia desse direito também pode ser encontrada em uma série de dispositivos constitucionais e da legislação nacional. Um exemplo disso é o reconhecimento da alimentação e da nutrição como pré-requisitos fundamentais à realização do direito à saúde nos artigos sexto e vigésimo terceiro da Constituição Federal (BRASIL, 1988; VALENTE, 2003).

O debate sobre o tema é complexo e não nos atreveremos a dar conta de todas as ponderações sobre o que significa passar fome em nosso país. Aqui, entretanto, nos compete demarcar que estamos alinhadas ao Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (1999), quando esse defende que a realização do direito humano à alimentação adequada não pode ser reduzida ao mero fornecimento de uma ração básica nutricionalmente balanceada. Embora possa ser difícil estabelecer o que seria alimentação adequada, já que o ato de se alimentar reflete subjetividade e identidade cultural de cada grupo social, temos clareza de que não se trata de comida “suja”, ou comida com “bicho”. Submeter indivíduos a essas condições alimentares, portanto, é muito grave, sobretudo porque, como se encontram em privação de liberdade, não há maneiras para que haja qualquer outra tentativa de se alimentarem.

Como no grupo anterior, a necessidade de fiscalização a essas instituições comparece:

Não, eu só acho que essas clínicas aí terapêuticas que, assim...como essa mesmo, eu acho que **deveria ter uma fiscalização**, deveria ser mais rigoroso, entendeu? Igual essa última lá que eu tava, tem condições de ter uma coisa melhor, pode se tornar uma coisa melhor, mas não quer porque só pensa nele. Então, nesses casos tinha que ter uma fiscalização...é ser humano! **Não é porque é drogado, porque é crackudo, porque mora na rua, faz e acontece, é ser humano!** Tá lá dentro à mercê. Se uma casa dessa daí pega fogo por causa de má infraestrutura, uma fagulha lá num fogão a lenha daquele lá cai no meio de um monte de madeira, causa um curto circuito, acho que aquilo lá é até gato, dá um curto circuito naquilo lá, **quantas pessoas que estão lá dentro e que podem vir a óbito?** (Davi).

O debate sobre a fiscalização das comunidades terapêuticas é presente no Brasil, pois o processo, cada vez maior, de alcance ao repasse público financeiro não acompanhou uma organização no que compete à fiscalização dessas instituições. Como no grupo anterior, os depoimentos indicam a sua necessidade e o risco a que estão expostos aqueles que lá se encontram.

Outro aspecto presente no discurso dos entrevistados é o não enquadramento às regras das comunidades terapêuticas que, geralmente, são muitas. No grupo anterior, o incômodo com a necessidade de precisar seguir tantas obrigações no cotidiano institucional, com pouca ou

nenhuma liberdade ou flexibilidade para realização das tarefas, foi colocado por Mauro, Rita, Fátima e Débora. Da mesma maneira, Ana, Marcela, Sandro e Eva também fazem menção a tal aspecto:

Aí eu fui pra essa casa de recuperação que eu passei cinco meses lá, só que eu batia de frente com os colaboradores, **eu não aceitava ser mandada da forma que eles queriam**, eu não queria ser mandada, eu não queria obedecer a ordem; porque na casa de recuperação você tem ordem pra tudo, até mesmo pra acordar, pra comer, pra tomar o banho, hora de tv, é as regras dele (Ana).

Lá não podia nem ver televisão, eles não deixavam. Só pode assistir coisas que eles... **tinha muita doutrina católica, tinha que rezar o terço**. Dá uma **raiva o tal do terço**. Aquilo era um tal de... e aquela abstinência do cigarro, sabe o que eu fazia? Ia lá pro meio do mato, pegava chuchu, enrolava folha de chuchu e fumava (Marcela).

Você acordava lá às 6 horas da manhã e ia pra oração. **Tinha que ficar uma hora de joelho orando. Era obrigado. Obrigado mesmo**. “Ó, é obrigado!”. Tudo que é obrigado, não é bom. Você viver debaixo de ditadura você sempre foge à regra (Sandro).

Porque eu sou o tipo da pessoa que se eu quero ir à igreja, eu vou; eu não quero que ninguém me force a nada, **eu não suporto isso de ser forçada a fazer alguma coisa**. Se eu quiser ir pra praia, eu vou; se eu quiser ir pra igreja, eu vou; se eu quiser ir andar em um shopping, eu vou; eu não quero que ninguém: “**Não, tu é obrigada**”. **E nas comunidades eles obrigam** (Eva).

Todas as falas acima mencionam a não concordância dos participantes em terem que seguir muitas regras no cotidiano institucional. O apelo dos entrevistados é por ter algum grau de liberdade, algum poder de escolha frente à própria vida e à aspectos tão subjetivos, como escolher o momento em que se vai dormir a partir da demanda do sono, ou a hora que se quer comer a partir da fome. A crítica à falta de liberdade também foi enfaticamente colocada no tópico acima por Adriano, Rita e Eduardo.

Além disso, algumas obrigações não são de ordem organizacional, como também fazem parte do suposto tratamento existente no local, como ser obrigado a participar dos cultos e dos terços, não importando a vinculação religiosa dos indivíduos. Sobre este aspecto religioso, Marcela relata que até mesmo os filmes que podiam ser assistidos eram selecionados, sendo priorizados aqueles que possuíam uma mensagem religiosa, ou seja, fora os momentos de reza, as mensagens religiosas ainda eram inseridas em toda e qualquer oportunidade. Sobre isso, Eva menciona:

É...essas comunidades, elas são todas evangélicas. E, geralmente, a maioria desses evangélicos é muito fanático. **É fanático, fanático, fanático, fanático.** Então, **isso aí foi um sofrimento pra mim.** [...] Então o negócio da droga que eles querem impor nas instituições evangélicas...querem **porque só Deus, só Deus, só Deus, culto de manhã, de tarde e de noite,** não...então eu digo não, não é isso. [...] Ah, pelo amor...sufocante! Pelo amor de Deus...pelo amor de Deus! Eu dizia: “Senhor, o Senhor não é isso, eu sei que não é isso, isso é fanatismo, a Bíblia prega que o fanatismo é pecado, mas eles não entendem isso” (Eva).

As instituições, embora fossem de diferentes denominações (uma católica e a outra evangélica), possuíam uma conduta parecida: os momentos de reza ou de culto se davam todos os dias, mais de uma vez por dia. Para Eva isso era sufocante e provocava muito sofrimento. Por outro lado, a repetição consistia no método utilizado para o aprendizado, para que, de alguma maneira, aquelas práticas e crenças pudessem ser incorporadas pelos indivíduos e passar a fazer parte deles.

Eva chama de fanatismo essa prática repetitiva de “só Deus, só Deus” como explicação para todas as coisas. Sobre este aspecto, outros entrevistados do Grupo 2 também apontaram a presença de fanatismo no interior dessas instituições. Ela ainda acrescenta que esse tipo de prática seria um contrassenso, uma vez que ela tinha aprendido com pessoas religiosas que o fanatismo seria um pecado.

Todavia, mesmo com tanta ênfase nos ensinamentos religiosos, como podemos observar abaixo, o processo de conversão também não se deu para alguns dos entrevistados deste grupo. Eles demonstraram um não enquadramento à ideologia religiosa acessada dentro das instituições, uma não concordância aos ensinamentos acessados e uma não associação entre parar de usar de drogas e a conversão:

Não, não me converti. Minha religião é católica (Gilberto).

[...] **nunca foi o meu objetivo, nunca foi meu objetivo me converter.** Eu nunca entrei nessas comunidades terapêuticas pra me converter, para eu me converter eu vou pra uma igreja, e igreja tem em tudo quanto é esquina. Eu entrei na comunidade terapêutica para me curar do vício do crack. Então eu não sou convertida, não me converteu (Eva).

Gilberto, assim como alguns entrevistados do grupo anterior (Fátima, Hélio e Débora), já possuía uma crença religiosa antes de passar pela internação na comunidade terapêutica que não foi alterada, mesmo após exposição a outra religião. Já Eva nos remete a uma questão anteriormente levantada por nós neste trabalho: qual seria, de fato, o objetivo das comunidades

terapêuticas no Brasil? Lidar com a situação do uso de drogas ou promover a conversão religiosa dos internados? Ou, colocando em outras palavras, se a explicação da problemática relação homem-droga é resultado da ação de um espírito maligno, como os líderes das comunidades terapêuticas consideram que concluíram com êxito a sua obra se o internado interrompeu o uso de drogas, mas não se converteu à religião?

Não temos essas respostas, mas, em se tratando de Eva, compreendemos que não havia essa associação entre interromper o uso e estar convertida, pois ela não considerava a conversão um caminho para atingir o seu principal objetivo. Inclusive, quando era exposta aos momentos religiosos na instituição, apresentava diversos questionamentos como, por exemplo, nos momentos em que se falava “em línguas”, o que para a entrevistada parecia não fazer sentido. Em outra fala, ela reafirma o posicionamento de que não são as entidades divinas que irão fazer algo pela sua situação, de que não adianta “esperar em Deus”. Ocorre que, mesmo não achando que Deus poderia ajudá-la, dentro das instituições por onde passou, grande parte do tempo era dedicado às tarefas religiosas, das quais ela tinha que participar, acreditando ou não acreditando na efetividade delas.

O engajamento em atividades chamadas de “laborterapia” também são, comumente, esperadas dos internados nas comunidades terapêuticas. Como no tópico anterior, neste também encontramos um não enquadramento a essas regras:

Eles só sabiam botar pra capinar. “É uma terapia”. Falei “não é terapia, gente”. Deixa a pessoa livre. Esse livre arbítrio é que faz a pessoa desenvolver um lado melhor. Ela se vê com ela mesma, ela tá em uma situação que ela vai lembrar quem ela é, o que ela era, né, e o que ela quer ser. Eu falei com eles “Eu sou igual essa terra. Eu quero dar bons frutos”. Era meu desejo. **Só que era muita pressão de pastor, de horário pra isso, horário pra aquilo, sabe? E aquilo limitava as pessoas em pensar muitas das vezes.** [...] E aí o que mais que acontece, **o panfletar deles, eles colocam cinco homens dentro de um carro com um bolo de cartão, uma sacolinha e cada um é largado num sinal e recolhe todo o dinheiro que é detido ali naquele sinal com aquela sacolinha pra ajudar a obra.** Só que a obra já é sustentada. E aí eu comecei a entender o que era e o **sítio não era um sítio.** Eles tavam reformando, no momento não era, vamos colocar assim, uma infraestrutura adequada. Aí cheguei no sítio e falei “eu hein, a época da **escravidão acabou**”. Eu vi que eles não iam trabalhar com recuperação, eles queriam **explorar o usuário**, falando que tá trabalhando nele. Mas como tá trabalhando nele se tá na rua pedindo dinheiro pra eles? E o site... sabe? E a igreja... E eu não consigo entender. Eles não tão pra trabalhar com a recuperação do acolhido, eles estão pra **explorar**, na verdade, o ser humano (Caio).

Aí tentaram me segurar lá dessa forma, pra mim pegar quatro pessoas pra discipular, aquele negócio todo e tal, e tal. Mas mesmo assim eu não...**mas não era pra discipular, era pra eu continuar trabalhando pra eles,**

fabricando desinfetante pra eles, continuar dando lucro pra eles, entendeu? (Davi).

Hoje as clínicas evangélicas, algumas nem todas, usam um meio, um benefício, **eles pegam pessoas que estão no sofrimento e botam para trabalhar no ônibus, para vender coisa no ônibus. Sendo que é para outras coisas, outros benefícios, infelizmente**. Eu não vou citar o nome por questão de respeito, mas eu já ouvi falar muitas coisas que me magoaram muito (Antônio).

Caio refere que não entendia as atividades que realizava na comunidade terapêutica como um tratamento, uma vez que não traziam benefício nenhum para ele. Pelo contrário, atrapalhavam o seu processo de reflexão, de autoconhecimento, porque não havia tempo para pensar em meio às atividades frequentes e exaustivas. Era a ocupação pela ocupação, a ocupação para a alienação. Para ele, o livre arbítrio seria a melhor maneira de desenvolver uma reflexão, pois é preciso tempo para reflexão, para que uma pessoa se veja “com ela mesma”, para que lembre “quem ela é” e o que “ela quer ser”.

O impedimento de reflexão em função da quantidade de atividades a serem cumpridas também já tinha sido apontado neste trabalho, sobretudo, por Rita, quando se referiu às obrigações religiosas na comunidade terapêutica. Essa dinâmica promove o afastamento dos entrevistados de suas histórias, do entendimento dos seus processos com e sem as drogas, e, mais amplamente, dos processos com a sociedade onde se encontram inseridos. São distanciamentos e mais distanciamentos. Doses diárias de alienação que não permitem enxergar – ausência de tratamento e exploração de si e de outros.

Enquanto isso, os dirigentes seguem defendendo o trabalho como um dos principais pilares das comunidades terapêuticas, pois, segundo eles, esse tipo de atividade traz o benefício da autodisciplina e autocontrole (IPEA, 2017). Além de discordarmos dessa maneira de ver o usuário de droga, e não considerarmos que essa seria a melhor forma de trabalhar aspectos relativos a autodisciplina e autocontrole (caso esses se apresentassem, de fato, como demandas dos sujeitos), compreendemos que há outros interesses em jogo.

Para os entrevistados acima, fica explícito que o dinheiro obtido com o trabalho realizado por eles não é utilizado para realizar melhorias nas instituições: algo que reverberaria para os seus tratamentos, mas é utilizado para o enriquecimento pessoal dos dirigentes. Assim, concluem que, por meio deste trabalho – relembramos: compulsório – eles estão sendo explorados, sendo utilizados para gerar lucros para outras pessoas.

Os ganhos para as comunidades terapêuticas, além da maior parte do lucro das vendas, também se dão por meio dos panfletos que os acolhidos distribuem quando estão trabalhando, ou simplesmente pela divulgação do nome das instituições. Essa visibilidade gerada na sociedade, com a disponibilização dos contatos e dados bancários, potencializa a arrecadação geral dos locais, por meio de doações particulares. Para alcançar essas metas, é preciso que os vendedores sejam convincentes e façam todo um apelo aos clientes com relação às suas trágicas histórias com as drogas. Desse modo, são estimulados pelos dirigentes a realizarem um discurso emotivo, expondo suas histórias de vida para estranhos.

Esse processo de captação de recursos pode possibilitar a expansão das comunidades terapêuticas e a absorção de novos obreiros. Mas, para além disso, demonstra-se o empreendimento lucrativo e empresarial que podem ser as instituições, o projeto de crescimento e de poder que as envolve e deflagra a ideologia religiosa como um método de grande eficiência para a exploração.

Contudo, não é para todos os acolhidos que esse processo passa despercebido. Podemos, ainda, encontrar outras críticas dos entrevistados no que compete a se sentirem roubados pela instituição, como também duvidarem das reais intenções das comunidades terapêuticas por onde passaram:

Aí eu fiquei lá, e eu não gostei de lá por causa que o pastor...o pastor tava...não queria que eu saísse, né, aí eu peguei...**ele tava comendo meu dinheiro**. Do meu benefício eu só tirava 200 reais pra mim. E não me dava dinheiro não, ele comprava era iogurte, comprava perfume (Gilberto).

Aí **minha irmã mandou o dinheiro pra mim comprar uma sandália**. E o cara travava. Ele gastava o dinheiro lá com eles, sei lá o que ele fazia. Pô, quantas vezes. **Ali passei muita raiva na minha vida**. Sabe por que? Por causa da mesquinharia dele. Mesquinharia (Sandro).

Tive que **pagar pra ficar** e pra mim foi meio estranho, porque da mesma forma que eu paguei, eram as mesmas coisas. Então eu sabia como funcionava e a decepção cada vez era maior, porque **eu sabia como funcionavam as mutretas**. Então falei “Não, vou pagar ainda sabendo da canalhice?”. Porque na verdade **algumas pessoas chegaram ao ponto de abrir casa de recuperação só porque existe muito dependente** (Caio).

Tanto Gilberto quanto Sandro relatam uma situação grave: a apropriação do dinheiro deles pelos coordenadores das comunidades terapêuticas para outras finalidades que eram desconhecidas. Mas, além disso, na dinâmica capitalista, a condição de sofrimento e necessidade de tratamento era transformado em um negócio:

Sabe o que acontece? Eles **não querem perder a galinha dos ovos de ouro** da casa de recuperação, são os internos, tá entendendo? **Se o cara começar a perder interno, ele perde dinheiro.** O que adianta, vai levar duas pessoas, três pessoas? Ele quer a casa cheia. Por que? Porque o golpe é alto. Aí peguei e fui embora de lá. Aí o pastor não deixava eu ir embora porque minha irmã pagava, tá entendendo? E certas casas de recuperação elas precisam dessas pessoas que pagam, mas também precisam das que não pagam. Por que? Porque quem não paga é propaganda. Propaganda pra mostrar pras pessoas. E quem paga é necessidade porque tá ajudando a financiar o projeto. Quer dizer, o dinheiro já entrou, aquilo vai pro bolso do pastor. E o cara que não paga nada vai ser apresentado numa igreja “olha aqui o que Jesus faz”. Deus que me perdoe. “Aqui, tá vendo? Tira o homem do lixo pra botar no luxo. Tá aqui arrumadinho”. Eles andavam sempre arrumadinho. Aí o cara já fazia uma propaganda com ele (Sandro).

A comunidade terapêutica nessa perspectiva assume, sob o manto de instituição assistencial sem fins lucrativos, fins lucrativos. São os internos que trazem dinheiro para os administradores, seja executando trabalhos dentro ou fora das instituições, seja como meio de propaganda para doações de empresas ou de familiares, seja pagando de forma direta.

Ainda assim, uma parte das comunidades terapêuticas brasileiras recebem isenções como instituições filantrópicas¹³⁸. Conforme já mencionamos, a maioria delas possuem a Declaração de Utilidade Pública Municipal; cerca da metade possuem a Declaração de Utilidade Pública Estadual; e 27,6%, a Declaração de Utilidade Pública Federal. Quase 20% das comunidades terapêuticas possui o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (CEBAS); e 6,7% detêm o CEBAS-Saúde (IPEA, 2017).

Por meio do CEBAS, por exemplo, as entidades usufruem da isenção das contribuições sociais, tais como a parte patronal da contribuição previdenciária sobre a folha de pagamento, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Contribuição para o Programa de Integração Social e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público. Além disso, o Certificado permite ainda a priorização na celebração de contratualização/convênios com o poder público, entre outros benefícios¹³⁹. Dessa maneira, é lucrativo para as comunidades terapêuticas manterem o rótulo da filantropia, mesmo quando, porventura, obtenham lucro com o trabalho prestado.

¹³⁸ Vale mencionar que a proposta de reforma tributária que está sendo elaborada pela equipe de Paulo Guedes, Ministro da Economia, prevê a cobrança da contribuição previdenciária patronal de entidades filantrópicas, com exceção das de assistência social e Santas Casas. Maiores informações podem ser encontradas na matéria: <https://www.jornaldocomercio.com/ conteudo/economia/2019/09/703588-entidades-filantropicas-podemperder-isencao.html>.

¹³⁹ Tais informações foram retiradas do seguinte site: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/entidade-de-assistencia-social/certificacao-de-entidades-beneficentes-de-assistencia-social-cebas>.

Para isso, o lucro precisa ser ocultado, bem como uma série de outras situações que se passam nos bastidores das instituições e que não correspondem ao que está exposto no nível da aparência. Para além de todas as situações que já foram trazidas, trazemos o relato de um dos entrevistados desse grupo:

Eu trabalhei pra esse cara...**eu entrei na clínica pra fazer o transporte das pessoas pra ir ao médico, pra levar pra passear.** [...] Aí na terceira ida, eu não sou bobo, você é acostumado nessa vida, você tem a malandragem, você tá nessa vida...só que nessa época eu não conhecia o crack, eu usava cocaína só, aí eu fiz um comentário dentro do carro, eu falei: “Rapaz, nós estamos vindo aqui comprar droga”, ele falou: “**Não, não é droga. Eu tô vindo pagar um cara, pro pastor**”. Aí eu cheguei na clínica, prenei o pastor e o **pastor confessou que ele estava indo lá comprar droga.** O pastor sabia, **usava junto com os internos.** Só que eu não curtia o crack, curtia a cocaína; **na próxima ida que eu fui com o carro, o pastor comprou 10g de cocaína pra mim.** Aí eu comecei, gostei, comecei a ir mais ainda, **com o dinheiro dos pacientes a gente comprava as drogas.** E a **clínica era tão abençoada que uma empresa financiava dez mil reais pra clínica,** dava de colaboração.

A denúncia feita pelo participante durante a entrevista deflagra uma situação muito complexa, pois trata do acesso que ele e outros internos da comunidade terapêutica tinham às drogas. O que está em xeque aqui é o real objetivo da instituição – não deveria ser a abstinência dos acolhidos? Com os métodos empregados, a conversão se coloca como um objetivo fim, passando pela abstinência como condição *sine qua non* para esse objetivo.

As comunidades terapêuticas, em tese, articulam seus principais saberes para justificarem as suas existências e alcançarem a cura da situação da drogadição. Um dos saberes por elas articulado, na maioria dos casos, é do tipo religioso: expiação dos pecados e busca da ascese espiritual (NATALINO, 2018). A outra matriz é mais comum no discurso público: a ressocialização dos sujeitos. Ambos carregam, como demonstramos ao longo do trabalho, questionamentos, limites e problemáticas, mas o que estamos aqui chamando a atenção é que, no caso relatado acima, a comunidade terapêutica trabalhou **contra** o objetivo que divulgava e se comprometia publicamente. Não só deixou de lado o principal objetivo, como trabalhou para a sua não resolução.

Outras situações também foram colocadas ao nível de denúncia durante as entrevistas, como situações de agressões físicas:

E até o **pastor chegou a chutar o paciente lá.** Por isso que eu saí antes [...] **eu saí 3 dias antes porque eu xinguei um cara lá de covarde.** Eu não aguentei, fiquei chateado por ver aquela situação; e tem um cara lá [...] ele cuspiu na cara do pastor. Aí o pastor foi dar um chute nele e eu não deixei, entrei no meio, eu falei: “Isso aí é covardia, rapaz. Mesmo que o cara te cuspiu,

isso aqui é uma clínica pra reabilitação, como é que você vai bater no cara? Você, como pastor, tem que dar o exemplo”, aí não gostaram e me mandaram embora.

Só que tem **certos lugares que eles maltratam demais o dependente**, essa clínica...as meninas apanhavam de mão aberta na cara, enforcada dentro da clínica. A gente paga a clínica, **as duas comunidades terapêuticas que eu fiquei eram pagas e eles tratam a gente como se fosse um bicho**, normalmente a gente sai mais revoltado de lá, eles prendem o dependente, não podem falar com a família, não pode fazer isso, aquilo. O dependente tem que entender que a droga está acabando com a vida dele, não é ficar sem falar com minha mãe, minha filha, “ah, que dependente tem que sofrer”, não concordo que dependente tem que sofrer, sofrer a gente tá sofrendo na rua.

Proliferam relatos de graves violações ao direito desses indivíduos. A sustentação para esse tipo de “tratamento” é moral, apoia-se na compreensão de que o usuário de drogas é um infrator, um violador de limites, um desviante e que, portanto, precisa de uma correção dura e impiedosa. Ou ainda, um pecador, dotado de uma falha moral (LOECK, 2018).

Situações em que os acolhidos se incomodaram com o tratamento autoritário, repressivo ou de caráter humilhante já foram apontados no tópico anterior por Rita, Fátima e Débora, mas, desta vez, destacamos uma maior gravidade nas falas.

Todas as determinações legais já indicadas anteriormente, que talvez nem fossem necessárias caso não ocorressem violações nas comunidades terapêuticas, foram descumpridas nestes relatos. Ressaltamos, entretanto, que elas não foram vistas como algo natural, ou dignas de merecimento por parte dos acolhidos. Eles exigiram respeito e se opuseram ao sofrimento no interior das instituições. Não aceitaram ser punidos e, por vezes, se indispuseram com os dirigentes para defenderem a si mesmos ou a outros acolhidos.

Essas críticas todas colocadas pelos entrevistados, principalmente, aquelas que se referem a situações de exploração do trabalho, apropriação do dinheiro dos internados para outros fins, maus tratos e dúvidas com relação ao objetivo real das comunidades terapêuticas, fazem com que eles passem a notar incoerências entre o que é defendido pelos líderes religiosos durante os cultos, rezas e pregações e as suas ações. Esse distanciamento entre o que se diz e o que se faz, que já havia sido apontado no grupo anterior, também é percebido neste grupo:

“Vocês não praticam o que vocês pregam, é isso, missionária?”, nossa senhora! Então é desse jeito.

[...] “Ué, ou **vocês crucificam ou vocês glorificam, meu amigo**. Não tem essa não. Você é pastor? É pastor é nada. Pastor de verdade não faz isso que você faz, não”. Deixava os moleques passando fome. Assim, pô, é uma coisa meio que vergonhosa, tipo, o pastor era negligente, falava muito de Deus, mas

eu sou uma pessoa assim que eu analiso muito, não o falar, mas o agir, a atitude. Toda vez eu tive essa percepção. Você fala, fala, fala comigo, mas eu sou só vou entender quando as palavras que jorram da sua boca interagem com as suas atitudes. Eu me deixo levar pelas atitudes das pessoas. Então esse pastor era muito bom de lábia mesmo. Quase chegando ao ponto de ser um tipo, um estelionatário, né. **Estelionatário de palavra**, tá entendendo?

“Você é obreiro, obreiro tem que dar exemplo, e, para mim, **você não me deu exemplo**, rapaz”. Aí, eu fui e falei: “Eu tô desligado, né? Amém, glória a Deus...”, eu falei na cara dele, “Mas é o seguinte: você tá **escondido debaixo dessa Bíblia** aí, você tá escondendo aí debaixo dela, porque do jeito que você tava falando ontem, meu irmão, você não tá sendo homem de Deus não, véi”.

Todos os excertos acima demonstram o processo reflexivo dos entrevistados sobre a empregabilidade prática (ou a falta dela) dos discursos que ouviam nas comunidades terapêuticas. Um dos entrevistados, que se considera muito observador, percebe rapidamente que há incoerência entre o que é dito pelo pastor e as suas atitudes. Ele considera o líder religioso um “estelionatário da palavra”, sendo um indivíduo que engana outras pessoas, que faz uso de mecanismo fraudulentos para levar vantagens sobre alguém. Ressaltamos que o termo estelionato vem do latim *stellio*, cujo significado seria um lagarto ou um camaleão que muda de cores, iludindo os insetos de que se alimenta. Outro entrevistado também faz menção a um líder religioso que estaria “escondido debaixo da Bíblia”, mas que, ao sair do esconderijo, se revela como um homem que “não é de Deus”.

Tais excertos nos remetem à análise feita no tópico anterior, na qual os evangélicos neopentecostais terceirizam a responsabilidade dos seus atos para Deus ou para o diabo, uma vez que as entidades seriam as detentoras do poder que governa tudo e todos. Nesse sentido, o homem pode “se esconder debaixo da Bíblia”, levando à falta de implicação ética pelos seus atos e à falta de autonomia para consertar possíveis situações tidas como imorais, uma vez que não consegue, necessariamente, expulsar um demônio do seu corpo sozinho (MARIANO, 2003).

Mesmo diante de tantas críticas ao modelo utilizado pelas comunidades terapêuticas, estes indivíduos foram considerados por nós como aqueles que tiveram discursos de alienação religiosa. Isso porque, em outros momentos das entrevistas, trouxeram eles, também, discursos que demonstram: a incorporação da religião enquanto salvadora no trajeto de tratamento dos usuários; a conversão religiosa; a associação direta entre as melhorias alcançadas no “tratamento” e a vontade divina; a defesa de que a abordagem religiosa ajuda no tratamento das drogas; a atribuição do uso de droga à fatores espirituais ou atuação de entidades depois da internação; dentre outros.

Podemos perceber que aqueles entrevistados que relataram situações de violência, roubo, fanatismo religioso, autoritarismo e uso de drogas dentro das instituições não carregam consigo uma defesa das comunidades terapêuticas propriamente ditas, mas demonstram que possuem crença em entidades religiosas e que acreditam que se apegar a elas pode ser um caminho importante para se distanciar das drogas. Marcela, Eva e Ana referem ter estabelecido comunicação com Deus para pedir ajuda durante o processo de internação:

Ah, muito bom. **Eu pedia muito a Deus pra me tirar da vida louca.** Naquele momento eu queria muito, pedia muito a Deus a minha casa, meu marido, minha filha, eu sempre quis isso (Marcela).

E eu sempre...é a tal coisa, eu só pedia...**eu só conhecia um ser, na época, que podia me ajudar, que era Deus,** mas ele nunca me ajudou. Essa parte religiosa aí é uma coisa que eu tenho que me entender com Ele, e um dia eu me entendo E outro dia eu tava pensando nisso, né...eu digo: quantas chicotadas eu levei na vida...e eu sempre pedindo ajuda de um único ser, de Deus, que também eu não vi, não vi fazer nada, mas eu sempre tive na minha cabeça (Eva).

Então, eu acredito, sim, em Deus, porque Deus ele fala todo tempo, se você der lugar e pedir ajuda. Deus te dá o livre arbítrio. Você quer ir pro caminho errado? Você pode ir. Se você não quiser...entendeu? E eu escolhi bastante o caminho errado, e eu tô querendo voltar atrás, né (Ana).

Interessante observar que mesmo tendo feito diversas críticas às comunidades terapêuticas, no que se refere ao fanatismo dos líderes das instituições, por exemplo, e outros aspectos como os maus tratos vivenciados nas internações ou não adaptação às regras da instituição, as entrevistadas acima permaneceram com uma crença em Deus e recorreram à Ele, em seus pedidos mais íntimos, para que pudessem mudar de vida. Eva, contudo, apesar de pedir ajuda à Deus, menciona que Ele nunca a ajudou, reagindo a esse abandono sofrido. Há aqui uma dissociação entre a instituição – comunidade terapêutica – e a fé.

Outros relatos trazem a importância do contato com a palavra de Deus que era promovido durante a internação na comunidade terapêutica. Entrevistados como Caio e Sandro, que teceram críticas incisivas à laborterapia como forma de tratamento e trouxeram reclamações acerca da exploração do trabalho e da apropriação do dinheiro dos internos pelos coordenadores dos locais para finalidades pessoais, demonstraram terem sido impactados pelo contato com a palavra de Deus durante a internação, esta servia de exemplo, apontava os caminhos e promovia experiências espirituais:

No momento que eu tirava sim, porque eu me dediquei a isso, porque **eu acredito em Deus**. Então eu lia, eu conseguia manter na minha mente algumas coisas e **isso me fez bem**, sim. [...] Eu consegui ter uma certa intimidade mais com a palavra. **Me ajudou e me ajuda**. Porque Deus é único. Independente do que somos. Só existe uma pessoa que foi certa, foi Jesus Cristo (Caio).

Porque você começa a ler a Bíblia, **você vai começando a entender e você tem experiências**, isso eu falo por ter vivido. Você começa a ter experiências espirituais tremendas. Tremendas, tremendas. [...] Se eu crer, eu fui criado num lar cristão. Me ajudou muito porque me aprofundei mais assim na Bíblia (Sandro).

As falas dos participantes demonstram também que, assim como foi observado com Marcela, Eva e Ana, havia uma crença numa divindade na qual os entrevistados depositavam expectativas. No caso de Sandro, fica evidente que a crença é anterior à passagem na comunidade terapêutica, e que não é abandonada mesmo após ter sofrido decepções com as internações por onde passou, uma vez que ele se aprofundou mais na Bíblia. No caso de Caio, não temos clareza se já existia uma crença anterior, mas ele ressalta que os momentos de contato com a Bíblia o ajudavam e que era possível ter uma intimidade maior com a palavra de Deus.

Compreendemos o apego religioso dos participantes não necessariamente como uma expressão de concordância aos métodos de trabalho das comunidades terapêuticas, mas sim, uma conexão com as divindades, com suas crenças que os acompanharam durante a passagem pelas instituições. Nesse sentido, ocorre uma separação para estes acolhidos: as regras dos locais e as posturas dos seus dirigentes eram uma coisa; e as suas crenças e, principalmente, a ideia de que as divindades poderiam ajudá-los em seus processos de recuperação, eram outra coisa. A credibilidade, portanto, não se encontrava depositada nos muros institucionais, mas, sim, no âmbito espiritual. E esta relação com as divindades poderia, inclusive, se dar fora das comunidades terapêuticas.

Sobre a relação que os seres humanos estabelecem com as crenças espirituais e religiosas em momentos de dificuldades de suas vidas, já mencionamos diversos aspectos ao longo do trabalho. No que compete a tratamentos de saúde, por exemplo, diversos estudos apontam que as práticas religiosas podem contribuir promovendo uma mobilização de energias e iniciativas positivas, que fortalecem os indivíduos, fazendo com que eles tenham condições de lidar mais eficazmente com o processo de doença (SAAD; BATTISTELLA, 2001; ALVES *et al.*, 2010).

Além disso, as pessoas que têm fé sentem-se mais fortes para enfrentar dificuldades e continuar a lutar pela sua sobrevivência, acreditando que serão curadas dos seus males. A fé faz

o indivíduo acreditar numa provisão sobrenatural, capaz de intervir favoravelmente em sua situação concreta de vida, no curso da doença e nos seus efeitos na vida cotidiana (BALTAZAR, 2003; CERQUEIRA, 2003).

Podemos perceber nestas falas um esperar em Deus, uma dependência do mundo espiritual para a resolução de problemas terrenos e concretos dos seres humanos. Mais uma vez, assim como no Grupo 1, estamos tratando de um processo de distanciamento do homem de si mesmo como ser social, um movimento de alienação de si, de desumanidade, que é socialmente construído pelos homens no cotidiano de suas vidas em sociedade (LUKÁCS, 2013).

Esse processo de caminhada em direção à Deus, no entanto, pode se dar dentro ou fora das comunidades terapêuticas. Apesar desses entrevistados terem uma identificação com a religiosidade, não podemos verificar um processo de conversão aos discursos e práticas das comunidades terapêuticas. Isso porque consideramos, a partir de Loeck (2018) que, nestes espaços, pode haver uma conversão - no sentido de uma transformação moral-subjetiva - não necessariamente religiosa. Aceitar as regras das instituições, a execução dos trabalhos, a falta de privacidade, a privação de liberdade, o tratamento recebido, muitas vezes, autoritário, implica também em uma conversão.

Já nos entrevistados do Grupo 1, podemos perceber que há uma conversão tanto religiosa quanto às regras e ao funcionamento das comunidades terapêuticas. Não pudemos, no caso daqueles participantes, apreender nenhum discurso que questionasse as práticas das instituições, o que não quer dizer que não se incomodassem com nada, mas quer dizer que, aparentemente, entendiam que passar por aquilo era necessário – havia uma aceitação.

No Grupo 3, há ainda outras falas que mencionam que a religião e a crença em Jesus/Deus podem ser uma importante estratégia para se distanciarem das drogas. Pedro, por exemplo, menciona que, aos poucos, Jesus vai trabalhando na vida das pessoas, por isso é preciso ter paciência, pois não é de uma hora para outra que a cura é obtida. Davi, relata as mudanças que um retiro religioso provocou em sua vida. Além disso, apesar de todas as críticas que ele teceu sobre uma das comunidades terapêuticas onde ficou internado, com relação à falta de estrutura da instituição, exploração do trabalho, desvio de dinheiro, dentre outros aspectos, ele já havia passado por uma experiência positiva em outra comunidade terapêutica, mas havia tido diversas recaídas após essa experiência. Ele considera que, na ocasião, não teria tido maturidade suficiente para aproveitar a oportunidade, mesmo gostando muito da instituição:

[...] por falta de maturidade da minha parte, porque se eu tivesse ido com tratamento lá, seguido à risca, né, até o final, eu não teria piorado meu quadro,

porque **foi um lugar muito bom**, um lugar onde que eu aprendi muita coisa, foi muito bom pra mim. [...] 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 muito bom pra mim ter ficado lá** (Davi).

Assim como Davi, outros participantes da pesquisa pertencentes a este grupo, apostam na comunidade terapêutica como um lugar possível para a recuperação do uso de drogas. Estes se encontram mais próximos do eixo de alienação por terem apresentado menos discursos de não alienação religiosa e mais discursos de alienação religiosa. Além disso, suas críticas às comunidades terapêuticas são mais referentes à estrutura e à exploração do trabalho.

Eles apontam terem gostado de algumas das internações pelas quais passaram, mas não de todas. Isso pode se dar porque há um caráter híbrido das comunidades terapêuticas, que já fora relatado por nós, assim é possível que gostem de algumas por suas características e não gostem de outras.

Podemos observar abaixo outros excertos que fazem menção às passagens nas comunidades terapêuticas de uma maneira positiva:

O que eu aprendi? A gente tem que ser humilde e ter mais amor ao próximo. Esse mundo tá brabo. O pastor falou, **o mundo lá fora é o dilúvio, aqui vocês estão na Arca de Noé**, aqui vocês tão protegidos, eu gravei isso. O mundo é o dilúvio, aqui fora morre, quem tá lá dentro tem chance de viver. [...] E a pessoa mudava o caráter. Como eu te falei, remédio não cura. O que muda a pessoa é a mudança de caráter. [...] **Eu gostava de lá, gostava da pregação**. Não vou falar que conheço a Bíblia todinha, conheço de palavra. **Eu gostava dos louvores, de louvar** (Pedro).

A gente melhora depois que a gente entra em uma clínica, entendeu? Porque em uma clínica vai ter o quê? 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).

Eu era feliz nas clínicas evangélicas, e é muito bom **porque elas te ajudam**, porque ali não há tortura como eu sofri nos manicômios, é muito ruim, você sofre demais. [...] Mas lá na clínica que eu passei em Vila Velha, nós comíamos a sobra, coisas vencidas, restos de sobras, a sobra da carcaça de pescoço, de asa da galinha, e nós sobrevivemos daquilo ali, mas nós éramos felizes. **Excelente, era restos, mas melhor você comer restos do que estar morto** (Antônio).

As falas de Pedro e Alexandre abordam uma mudança de vida que pode se dar com a entrada na comunidade terapêutica. Pelo seu potencial de transformação, a comunidade

terapêutica aparece como um lugar que protege as pessoas do “mundo lá fora”, que apresenta perigos e pecados. Essa proteção se deve à presença de Deus na instituição, que salva a todos dos males, assim como na Arca de Noé todos foram salvos da tempestade. O discurso bíblico, então, é utilizado para fazer uma separação entre ser do povo de Deus ou ser do *mundo*, demarcação tão enfatizada pelos evangélicos, sobretudo pentecostais, em suas pregações (BIRMAN, 2009).

Já Antônio atesta a sua felicidade no interior das comunidades terapêuticas evangélicas fazendo uma comparação com os manicômios por onde já passou. Segundo ele, as experiências na comunidade terapêuticas eram muito melhores, mas precisamos chamar a atenção para o comparativo estabelecido, uma vez que, durante a entrevista, ele relatou situações de grande violência nas instituições psiquiátricas por onde passou em função de um quadro de sofrimento mental que apresentava desde a adolescência. Contudo, para quem já teve medo de morrer em uma internação, comer restos de comida, mas não sofrer outros tipos de violência, parece ser sinônimo de felicidade.

A comparação com a vida que se tinha antes da internação na comunidade terapêutica pode favorecer, em vários casos, a avaliação que os internados venham a fazer dessas instituições, já que entre os entrevistados da pesquisa, temos vários que viveram em situação de rua, por exemplo, ou já foram presos. Também é relevante acrescentar que aceitar diversas práticas que ocorrem nestes locais pode ser parte da compreensão que o usuário de drogas tem de si mesmo, sobretudo quando essa visão é formatada por um viés conservador, religioso ou preconceituoso:

E eu achava que minha irmã era grossa quando ela falava isso, mas ela tá certa, **casa de recuperação tem que tratar a gente assim, severo, faltando as coisas**, pra quando a gente tá na nossa casa, a gente dar valor as mínimas coisas. Porque a gente não dá valor as coisas e quando a gente chega lá que a gente debate “Olha, não tem isso, e agora?”, vai ficar sem, “Usa as armas que tem” (Ana).

A fala de Ana representa a ideia de que o usuário de drogas tem que sofrer, só assim aprenderá a ter uma vida regrada em termos sociais. Dessa maneira, naturaliza-se o sofrimento vivenciado nas internações ou em outros espaços de tratamento para usuários de drogas, ultrapassando, muitas vezes, os limites do respeito e da dignidade humana, o que, por vezes, parece aceitável a indivíduos que, segundo essa interpretação, romperam eles mesmos, porque quiseram, com esses limites. Essa visão, entretanto, foi muito combatida pelos participantes do Grupo 2 e não é comum a todos os participantes do Grupo 3.

Uma visão, deturpada e negativa, construída sobre a imagem do usuário de droga pelos mais variados sujeitos sociais (mídia, pesquisadores do tema, profissionais que trabalham na área, etc.), é alimentada constantemente por padres e pastores que coordenam as comunidades terapêuticas religiosas e outros espaços de religiosidade no país. Isso porque a chave de leitura para compreender o fenômeno do uso das drogas em grande parte destas instituições, como já vimos, é espiritual/moral e individual, então, todas as explicações passarão por essa lógica, permeadas pela já mencionada dualidade entre o bem e o mal, Deus e o diabo (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

No que compete a associação com o mal/diabo, podemos observar, em diversas falas deste trabalho, uma atribuição dessa ideologia nos discursos dos entrevistados:

Mas pra mim permanecer limpo hoje eu faço isso, **tem que fugir da aparência do mal**, fugir da bebida, das drogas. Porque todo lugar hoje tem, toda esquina, toda praça tem (Renato).

É porque quando a gente fica em uma clínica dessa, vai chegar uma hora que a abstinência bate não só em você, mas nos que estão à sua volta...no grupo todo. É o chamado “levantado”, **levantado do diabo** na sua vida espiritual, você tá entendendo? Então às vezes você não aguenta (Davi).

“**Eu te vejo no inferno**. Sabe por quê?”, ela disse: “Por que?”, eu digo: “Porque gente do meu tipo vai pra lá, sabia? Mas do teu também vai, do teu também vai. Então nós nos vemos lá, tá bom?” (Eva).

Eu fico pensando, eu vou pro inferno, velho. O inferno tá preparado lá pra todos: mentirosos, bebereão, chapador. Quer dizer...você é templo do Espírito Santo, o que você tá fazendo com seu templo? Deus deu uma missão: cuidar desse corpo pra que a gente possa ter uma vida diferente, uma nova vida, em Cristo e Jesus. Então, o que eu tô fazendo com o templo? Eu só sou incumbido de tomar conta disso aqui. E pra onde tá indo minha alma? **Tá indo pro mármore do inferno**. [...] Porque, realmente, com todas as dificuldades que as casas terapêuticas têm, aquilo gera mais um temor. Pelo menos em mim, me gerou isso, tá entendendo? Mas não consegue me conter no uso das drogas (Sandro).

Fristo é a pedra misturada com a maconha. Comecei a usar isso, eu tinha televisão, eu tinha dvd, eu tinha tudo, acabou que o inimigo me tomou tudo. E o crack, ele veio pra determinar as famílias, veio pra destruir, o crack. [...] Pra você ver que nem o diabo experimentou o crack, por que ele não experimentou o crack? **Porque ele mesmo que fez essa porcaria que é o crack**, que faz todo mundo vender tudo de dentro de casa, você não vê mais nada. E ele não experimentou, porque se ele experimentasse o crack, o inferno ia desandar, um ia dar garfada no rabo do outro querendo dinheiro (Alexandre).

Os entrevistados nos colocam sobre a influência do diabo no uso das drogas. A entidade do mal pode provocar o “levantado do diabo”, que se dá quando uma força diabólica toma conta dos indivíduos. Esse “levantado” – ele explica – pode ser constatado por meio da irritabilidade presente nos internados, manifestação que não é compreendida pelo viés biopsicossocial, uma vez que se fosse, seria levado em consideração que a supressão do uso das substâncias de forma repentina, sobretudo sem uso de medicamentos ou acompanhamento profissional, costuma causar instabilidade e irritabilidade, dentre outros sintomas.

As falas de Eva e Sandro nos mostram a constatação dos indivíduos de que irão para o inferno após a morte. Algo foi internalizado e exerce influência sobre eles. Sandro afirma que a passagem na comunidade terapêutica deixou nele “mais um temor”, se referindo ao medo de ir para o “mármore do inferno” e, ainda assim, esse temor não foi suficiente para que ele cessasse o uso de drogas, ou seja, o tratamento pelo medo não foi efetivo.

Assim, o contato com a ideologia religiosa pode não promover aspectos considerados positivos para os indivíduos com uso problemático de drogas, ou outras dificuldades. Nesse sentido, as práticas e afiliações religiosas podem provocar o sentimento de culpa nos indivíduos em uso de álcool e um pior resultado nos seus tratamentos (BRAUN *et al.*, 2018). Dalgalarondo (2007) e Alves (2010) identificaram que, em algumas situações, a busca religiosa pode piorar o quadro clínico, em meio ao fanatismo religioso e a um tradicionalismo opressivo advindo da crença religiosa.

Pargament e Mahoney (2002) argumentam que a religião pode ser prejudicial quando as pessoas se recusam a aceitar novas informações importantes porque estas entram em conflito com suas crenças, e Beers e Berkow (2000) apontam que certas crenças e práticas associadas a alguns grupos religiosos podem reforçar, e até mesmo promover, distúrbios de saúde.

Além disso, ressaltamos também a fala de Davi, que defende a ideia de que o diabo teria feito o crack. Entretanto, o próprio criador não teria utilizado a droga, justamente por saber do seu “potencial” danoso. Essa análise retira da dimensão humana, concreta, a criação da mercadoria “crack”, uma lucrativa droga para os traficantes em função da forte dependência que pode provocar, e coloca, mais uma vez, na dimensão espiritual. Como uma mercadoria, as drogas ascendem à condição de bode expiatório de várias mazelas, a exemplo disso, a cocaína e o crack, no presente, assumem a centralidade dessa histórica caça ao dito mal. Por isso, a ideia de que o crack tenha sido criado pelo diabo nos parece uma exacerbação da ideologia neopentecostal, uma vez que o diabo não conta nem com a mediação humana para agir, age por ele mesmo e interfere diretamente na Terra.

Dessa luta se esconde o processo de alienação em torno da droga como expressão da questão social, um distanciamento da apreensão do fenômeno: do processo de proibicionismo, da guerra às drogas, dentre outros aspectos relativos ao tema.

Por meio desse entendimento, a única coisa que pode auxiliar no distanciamento do diabo (e das drogas) é a aproximação de Deus, sendo essa a estratégia utilizada por alguns dos nossos entrevistados após a saída da comunidade terapêutica. Cinco dos onze participantes desse grupo, Renato, Marcela, Davi, Alexandre e Antônio, procuram dar continuidade ao tratamento frequentando templos religiosos.

É igual agora, **eu voltei pra igreja de novo**, eu voltei a caminhar de novo, desde quinta-feira passada eu não uso droga, crack, desde sexta-feira que eu não fumo nem um cigarro, graças à Deus. Como eu falei, eu fui pra um retiro nesse final de semana maravilhoso. Aí daqui uns dias ele começa as dele, **mas em nome de Jesus eu não vou dar lugar**, eu não vou deixar acontecer de novo o que aconteceu (Davi).

Então tudo agora, hoje eu tenho calma pra fazer as coisas, hoje é quarta-feira, **qual a minha prioridade? É ir pra Igreja**. O que é duas horas na semana pra você dedicar pra Deus? Não é nada. E quantas pessoas que ouvem minha história e serve de incentivo pra poder largar? (Marcela).

Eu tenho minhas congregações ali em Vila Batista, eu saio de Terra Vermelha pra ir pra lá. **De segunda é oração às sete, de quarta é sete e meia o culto, à noite, e domingo, às sete horas, o culto**. Eu saio de Grande Terra Vermelha pra congregar lá, porque é aonde que Deus ... **deixei penetrar no meu coração e vi a humildade dessa igreja**, e tô lá. Eu não vou falar que placa de igreja vai me salvar, não vai, não, **o que vai me salvar vai ser Jesus Cristo**, mas se eu determinar ele dentro do meu coração (Alexandre).

A aproximação com a igreja aqui é uma estratégia de fortalecimento diante da possibilidade de terem uma recaída. Assim como para diversos participantes do Grupo 1, estes entrevistados reconhecem nos espaços religiosos uma fonte de suporte social. Tal estratégia, muitas vezes, se dá porque os locais oferecem grupos de suporte alternativos e criam motivações para que os indivíduos, sobretudo em situação de pobreza, enfrentem seus problemas numa sociedade que cotidianamente lhes nega oportunidades (VALLA, 2002).

As igrejas evangélicas se destacam nesse tipo de suporte por possuírem grande representatividade nas classes populares, por promoverem uma sensação de pertencimento grupal (ao rebanho) e por divulgarem uma visão otimista da vida, em especial, aquelas de cunho

neopentecostal, que tem como base a já discutida Teologia da Prosperidade (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2009).

Apesar dos espaços institucionalizados terem uma importância, Alexandre refere que não é a ida à igreja em si que poderá salvá-lo, mas sim, a relação que ele conseguir estabelecer com Jesus Cristo. Pedro também caminha nesta mesma lógica, prefere ter contato com as pregações fora do espaço da igreja, numa praça onde pode ter acesso ao “alimento espiritual”.

A igreja eu não ia, não, mas naquela praça ali, eu fico lá de vez em quando, tem culto todo dia, eu sento lá, tem o pastor [nome do pastor]. Tem outro pastor que dá culto lá dia de sábado. De longe você já curte aquele louvor, já é o alimento espiritual. **De manhã cedo eu oro, agradeço a Deus por acordar vivo, agradeço por mais um dia, Deus tá me protegendo.** Oro pelas pessoas ao meu redor, quando vou dormir também, quando vou almoçar faço uma oração silenciosa pra mim mesmo e agradecendo, essas coisas (Pedro).

Mas há, também, entrevistados deste grupo que encontra suporte em outros locais, como, por exemplo, nos CAPS ad. Estes mencionaram a importância deste equipamento para suas vidas, diferente de alguns participantes do Grupo 1, que também frequentavam o local no momento da entrevista, mas não fizeram menção a este aspecto. Dos onze indivíduos pertencentes a este grupo, dez (com exceção de Marcela) faziam acompanhamento nesta instituição durante o momento da entrevista. Dentre esses dez participantes, apenas um não fez nenhuma menção ao CAPS ad (Gilberto). Todos os outros nove relataram a importância do equipamento em seus processos de tratamento, a exemplo dessas falas:

E o CAPS, foi o posto de saúde que me encaminhou pra cá, e eu gostei porque a gente vem, fala...a medicação em si me ajuda muito porque eu sou uma mulher muito estressada, muito chorona, muito nervosa, então ela me acalma, ela me relaxa. [...] **Então o CAPS me ajuda**, tipo assim “Olha, você vai conseguir. A gente tá aqui, a gente vai ajudar”. Em relação a medicação..., as consultas, eu nunca fui maltratada aqui, e também nunca maltratei eles, como eles sempre me trataram super bem (Ana).

Hoje eu posso falar que eu tô há três meses e alguns dias limpo, sabe, **depois de ter passado por aqui** [CAPS] e de ter levado os remédios a sério, os horários (Caio).

Porque hoje **eu tô apostando aqui no CAPS** (Sandro).

Podemos observar que o tratamento no CAPS e a religião não são concorrentes nesses depoimentos: se sobrepõe ao discurso religioso, o entendimento do uso problemático das drogas como uma questão da saúde, que demanda um corpo técnico com avaliações, atendimentos,

acompanhamento, etc. A resolução da problemática não se dá pela via religiosa, pelo menos não apenas.

Ana e Caio, além de trazerem a importância do CAPS ad, também fazem críticas às comunidades terapêuticas por se utilizarem somente de “métodos espirituais” no tratamento de usuários de drogas e não considerarem o tratamento em saúde, a abordagem de profissionais, o uso de medicamentos, dentre outras facetas:

E nessas casas ela não trabalha esse lado, **ela trabalha só o lado que tem que aprender quem é Jesus Cristo**. Mas quem é você? Pra entender tudo tenho que achar quem sou eu e eles não fazem isso. Então, **eles trabalham o lado espiritual, mas eu aprendi que a gente é corpo, alma e espírito**. Não adianta você tratar o espiritual e deixar o corpo, o físico. Mas pra isso tem que ter equilíbrio. [...] Não, lá não é sugerido, porque acredita que Deus faz tudo. **Deus, ele faz, mas no tempo dele, então...** Se deixasse os médicos conseguir indicações e tirasse essa ansiedade e esse desejo, eu acho que ali haveria muito mais meio de recuperação (Caio).

Ou seja, o discurso coloca que os recursos - cada um com suas possibilidades - se somam no processo de recuperação. Mesmo Ana que, no momento da entrevista, estava internada em uma comunidade terapêutica, defendeu a importância do CAPS ad, onde lhe era permitido fazer acompanhamento mesmo em processo de internação. Ressaltamos que estes entrevistados se encontram mais próximos do eixo de não alienação classificado por nós.

Contudo, também tivemos participantes que fizeram menção à importância das internações nas comunidades terapêuticas em seus processos de tratamento (Davi, Pedro, Antônio e Alexandre) e também pontuaram o CAPS ad como fonte de suporte no enfretamento ao uso de drogas:

Nossa, vou te falar uma coisa: muito bom! Maravilhoso! Um lugar...pra mim tem sido assim, **um refúgio**. O tempo que eu tô aqui eu não tô usando droga, entendeu? As pessoas daqui eu não tenho isso aqui pra falar, pra reclamar de nenhum profissional que me atende, todos muito educados, pessoas...sabe? Diferente do que eu já passei, diferente. [...] Então é um projeto assim que eu tô gostando. Muito! Muito, muito, muito, tá me ajudando muito. Porque é igual eles falam, né, **é redução de danos**, né. E realmente é redução de danos. Nesses três meses, dois meses, mais ou menos, que eu tô aqui, eu só virei a noite acho que umas duas vezes, duas, três vezes só. Antes de eu vir pra cá era todo dia, todo dia. Até velório de cachorro a gente faz pra conseguir um dinheiro pra usar droga, até enterro de cachorro já apareceu pra fazer de madrugada (Davi).

Agora, desde o ano passado, **que tô frequentando**. E frequentando também o **Centro Pop, lá no Tancredão**, venho aqui segunda, quarta e sexta. Lá eu vou

terça, quinta, sábado e domingo. Pra não ficar na rua, ficar afastado daquela galera lá, senão... cachaça ali é mato. [...] Venho pra cá, aqui eu ocupo minha mente. Eu gosto de ler. Ou estou lendo ou vendo televisão, notícia pra me manter informado. Agora de tarde tem aquela oficina cotidiana, de aprender a fazer bolo, doce, essas parada aí. De tarde assisto jornal, depois literatura. Na sexta feira bota a gente pra passear, pra conhecer Vitória, de tarde duas horas já é reunião em grupo, grupo de acompanhamento (Pedro).

E foi aqui, com **ajuda da doutora** [Nome da profissional] nesse CAPS, que um pouquinho, um pouquinho eu encontrei **um pouco mais de refúgio, um pouco de paz**, um pouco “seja feliz se você quiser”. Aqui no CAPS ad foi onde eu encontrei um maior apoio, foi o maior apoio que eu encontrei (Antônio).

Eu decidi porque o CAPS já tinha abrido as portas para mim, porque eu conheci em 2014, que eu vim do Rio de Janeiro. E...e eu decidi por mim mesmo, depois de uns tempos, eu não vou falar que eu fui o Super Homem, Batman, Robin, não, entendeu? **Eu tive umas recaídas? Tive, aqui no CAPS.** E eu peguei e determinei eu mesmo. De uns tempos pra cá, não...eu me coloquei mesmo que pra mim **chega de casa de recuperações** (Alexandre).

Destacamos a fala de Davi, porque além dele mencionar a importância do suporte fornecido pelos profissionais do CAPS ad, por meio das relações construídas com eles de forma respeitosa, ele é o único entrevistado desta pesquisa que menciona a Redução de Danos. Em nenhum outro momento a estratégia foi mencionada, nem à título de crítica, nem de elogio. No caso de Davi, o resultado parece ter sido constatado: ele percebe uma diminuição considerável na frequência do uso. No grupo anterior, outros entrevistados também fizeram menção à diminuição do uso de substâncias, fazendo uma associação ao CAPS ad, contudo, não mencionaram a Redução de Danos.

Os três entrevistados explicitam o apoio obtido por meio do equipamento. Ressaltamos, contudo, que eles apresentaram um discurso religioso ao longo das entrevistas. Mencionaram que acreditam em Jesus/Deus, que Jesus cura o “vício” das drogas, que Deus trabalha na vida das pessoas para auxiliar na interrupção do uso de drogas, que a palavra de Deus é importante no processo de tratamento, que é preciso colocar Jesus/Deus em primeiro lugar, dentre outros dizeres. Também mencionaram que a comunidade terapêutica transforma, que gostaram da experiência vivida no interior dessas instituições e que com ela aprenderam muito. Por outro lado, não limitaram ao viés espiritual os seus caminhos de busca por suporte e optaram por recorrer também ao percurso do tratamento em saúde, no território, sem necessariamente estarem abstinentes.

Com relação a outras fontes de suporte social, para além das comunidades terapêuticas, igrejas e CAPS ad, cinco entrevistados referem possuir o suporte de familiares: Renato, o

suporte de sua mãe; Ana, o suporte de sua irmã; Marcela, o suporte dos seus pais; Caio, o suporte de sua esposa e dos filhos; e Antônio, o suporte dos seus pais.

Além disso, Renato refere participar semanalmente dos grupos do Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos e Marcela menciona que acabou de passar por uma internação em uma clínica privada no estado de São Paulo onde fez uso da substância ibogaína. Segundo ela, depois de ter ficado alguns dias, acompanhada por uma equipe de profissionais, sob o uso da substância, os sintomas da abstinência haviam sumido e, conseqüentemente, ela não sentia mais vontade de usar drogas. Ademais, o procedimento havia proporcionado uma reflexão sobre ela mesma e a sua relação com as drogas, tendo contribuído para o seu autoconhecimento.

De todos os onze entrevistados desse grupo, o único que não refere nenhum suporte social, apesar de ter frequência semanal no CAPS ad no momento da entrevista, é Gilberto. Ainda assim, relata estar há cerca de três anos sem usar drogas.

Em relação ao consumo de drogas no momento da entrevista, dos onze entrevistados, três estavam em uso de drogas (Eva, Sandro e Pedro). Os demais relataram estar sem fazer uso, sendo os tempos de abstinência diferentes: Davi, há dois dias; Marcela, há dois meses; Caio, há três meses e alguns dias; Ana, há 5 meses; Renato e Alexandre, há um ano; Gilberto, como já mencionamos, há três anos; e Antônio, que não mencionou desde quando não faz uso. Destacamos que todos os participantes têm em comum o fato de já terem passado por recaídas depois de terem saído de alguma internação em comunidade terapêutica.

Além disso, apontamos que, com exceção de Gilberto, todos os indivíduos que se encontram em abstinência referem possuir outras fontes de suporte social para fazer frente às drogas (igrejas, familiares e CAPS ad), portanto, não podemos concluir que as comunidades terapêuticas sejam unicamente responsáveis por este distanciamento das drogas. Há outras variáveis no processo, sobretudo, o CAPS ad, onde estão em tratamento sete, destes oito indivíduos em abstinência.

Ao fazermos uma relação entre o tempo de abstinência dos entrevistados deste grupo e o tempo que passaram na última internação na comunidade terapêutica, percebemos que os participantes que estão sem fazer uso de drogas há mais de um ano são aqueles que passaram nove meses ou mais na internação. É o caso de apenas dois entrevistados (Renato e Alexandre), não sendo este dado conclusivo, mas como essa evidência também apareceu no Grupo 1, consideramos importante apontar a necessidade de estudos que levem em considerações essas variáveis (tempo na instituição x tempo de abstinência pós saída).

Com relação ao número de internações pelas quais os entrevistados passaram, destacamos a situação de Pedro e Sandro, que não estão em abstinência, e que passaram por

uma quantidade expressiva de internações, sendo 17 internações no caso do primeiro e seis internações no caso do segundo. Antônio, que não mencionou há quanto tempo está sem fazer uso de drogas, se lembra de ter passado por, no mínimo, sete internações.

Outro aspecto que analisamos é se há alguma relação entre a quantidade de internações, ou o tempo que se passou nelas e a quantidade de discursos de alienação religiosa. Os entrevistados que se encontram mais próximos do eixo de alienação, Pedro, Antônio e Alexandre, são os que passaram por uma quantidade expressiva de internações, respectivamente 17, sete e seis. Já os entrevistados que ficam mais distantes do eixo de alienação, Eva, Caio e Sandro tiveram um número inferior de internações, sendo, respectivamente, três, três e seis. Já no Grupo 2, observamos o contrário: os entrevistados que apresentaram mais discursos de não alienação religiosa, foram os que mais passaram por internações em comunidades terapêuticas

Para além dessas associações, também consideramos ser importante demarcar que, dos onze participantes deste grupo, nove (a maior quantidade comparando os três grupos), com exceção de Eva e Antônio (que podem ter vivido essa experiência, mas não mencionaram), viveram um tempo de suas vidas em situação de rua. No momento da entrevista, inclusive, Pedro e Sandro ainda se encontravam nessa situação.

Ademais, seis entrevistados deste grupo relataram terem cometido atos criminais e/ou terem tido passagem pela prisão: Renato, relata ter cometido furtos, mas não menciona passagem pela prisão; Davi, refere envolvimento com o tráfico, também sem passagem pela prisão; Ana, Eva e Alexandre, mencionam prisão por furto; e Caio, menciona prisão por assaltos e tráfico de drogas. Com relação à Gilberto, Pedro, Antônio, Marcela e Sandro, não podemos afirmar que situações semelhantes não tenham ocorrido, mas eles não mencionaram nada sobre este aspecto ao longo da entrevista.

Todas essas situações (estar em situação de rua, ser criminalizado, em algum momento da vida, por uma justiça que é seletiva, ou, ainda, ser internado em uma comunidade terapêutica religiosa em função do uso de drogas) nos remetem à um recorte de classe, são expressão de uma questão social. Tratamos nestes três tópicos, portanto, de sujeitos que são pobres e são alvo da polícia, dos políticos conservadores, do Estado, dos empresários donos das comunidades terapêuticas, interessados em enclausurar, corrigir, penalizar e conter.

Dentre as situações de envolvimento com o crime, destacamos duas: as de Ana e de Eva, duas mulheres, ambas empregadas domésticas desde crianças, que fogem às estatísticas da predominância masculina nos presídios brasileiros. Ana, deprimida por conta do sobrepeso, refém da cobrança social de um corpo padrão, passa a usar crack para emagrecer e, não satisfeita com o resultado, passa a usar mais e mais. Começa a dever na boca do tráfico e passa a fazer

pequenos furtos nos supermercados. Com o tempo, organiza um grande “esquema”: se especializa no roubo de carne nobre para ser revendida na “comunidade”. Com isso começa a conseguir o dinheiro necessário para fumar mais crack e, assim, chegar ao peso desejado. O desfecho desses episódios são sete prisões, desemprego, perda da guarda dos filhos, um ganho de peso para além daquele que já a incomodava e a internação na comunidade terapêutica.

Eva, abandonada pelos pais naturais, abusada pelo filho dos pais adotivos e, mais uma vez, abandonada, dessa vez pelos pais adotivos que a infância toda a trataram como empregada doméstica, viveu sempre numa situação de pobreza, solidão e tristeza, até encontrar no crack uma possível saída para aquele sofrimento. Assim se sentia mais leve, encontrava algum prazer. Com as dívidas do uso, passa a não conseguir mais comprar itens básicos de sobrevivência, e, um dia é presa pelo furto de chocolate, desodorante e shampoo de cabelo. O antes e o depois da prisão, foram nas internações em comunidades terapêuticas, onde sofreu inúmeros preconceitos por ser homossexual.

Estes são apenas dois casos, mas todas as histórias que carregam os participantes desta pesquisa são repletas de episódios limites. Limites no sentido de não poderem ser “solucionados” com intervenções pontuais. E, por isso, vemos os indivíduos passando por diversos equipamentos, formais e não formais, buscando suporte:

Hoje, sem Deus nós não somos nada. Hoje...cada qual tem sua religião, seja católica, seja espírita, seja budista, seja evangélico, cada um tem que ter sua religião. **Eu, hoje, vou no AA, pra me manter de pé eu frequento aqui o CAPS, psicólogo, meus remédios, psiquiatra, AA e igreja, isso que me mantém de pé** (Renato).

Eu mudei completamente o meu comportamento, meu conceito, hoje eu ajoelhei e falei **“meu Deus, me ensina a servir a Igreja”, porque o tratamento do dependente ele é tripé: mental, espiritual e físico** (Marcela).

O melhor pra mim é **colocar Deus no meu coração primeiramente, e botar a igreja e botar o CAPS em terceiro lugar**, é aonde que eu tô aí. Já vou pra um ano de liberto. Porque eu decidi a mudança, entendeu? [...] E se você pedir, Deus vai mudar a sua história, Deus tá mudando a minha história (Alexandre).

Estes participantes, como também outros deste grupo, recorrem à uma gama de possibilidades, com abordagens diferentes, para fazer frente ao uso problemático de drogas. Vão ao CAPS ad, à comunidade terapêutica, às igrejas ou templos religiosos, recorrem à diversos profissionais, tomam medicamentos, vão ao AA e NA, clínicas particulares, acompanham reza na praça, dentre outras possibilidades. Para alguns, “é uma vida” nas instituições, sendo que, comumente, após uma série de episódios complexos, como os citados

acima, referentes a viver em situação de rua, ou na prisão, a aposta (da pessoa, da família, de profissionais, de uma parcela significativa da sociedade) acaba sendo a comunidade terapêutica porque ela “dá casa” para quem está na rua e aprisiona quem já cometeu, ou quem se acredita que vá cometer, algum crime.

Os indivíduos deste grupo são, portanto, híbridos, como apontamos desde o começo do tópico, no que se refere à discursos de alienação e não alienação religiosas. Dessa maneira, não por acaso, são também híbridos os caminhos que eles procuram para solucionarem seus problemas relativos ao uso de drogas. Transitam entre o CAPS ad e a comunidade terapêutica, que possuem abordagens muito diferentes. Percorrem caminhos entre a salvação pela fé e a salvação pelo cuidado em saúde. Concordam com as comunidades terapêuticas, mas também discordam e, por mais que discordem, já estiveram (alguns, muitas vezes), ou ainda estarão novamente por lá.

São colocados num limbo entre a “cruz” e a “caldeirinha”. Recorrem à cruz em alguns momentos, mas, com isso, se veem como pecadores próximos da “caldeirinha”, na iminência do inferno. Ao mesmo tempo em que procuram opções fora do recorte religioso, deixando as divindades um pouco de lado, e se deparam novamente com a “caldeirinha” onde ardem todos os usuários de drogas pobres e marginalizados da nossa sociedade.

6.4. A “cruz” e a “caldeirinha” - fazendo uma síntese: comunidade terapêutica sim, CAPS não; comunidade terapêutica não, CAPS sim; comunidade terapêutica sim, CAPS sim.

Com o título deste tópico, apresentamos o percurso entre discursos sociais presentes no Brasil hoje, que polarizam compreensões da relação homem-droga. Entre a perspectiva de defesa das comunidades terapêuticas como espaços centrais numa busca por conversão religiosa e o extremo da negação dessas instituições como espaços de tratamento, há aqueles que vislumbraram um processo combinado – comunidade terapêutica e CAPS ad - como o caminho para os sujeitos com problemática de consumo de drogas. Os discursos, expressos pelos grupos 1, 2 e 3 falam da relação - mediada pelos representantes terrenos do poder divino - do homem com a fé.

No Grupo 1, os participantes entrevistados demonstraram terem vivido boas experiências no interior das comunidades terapêuticas, vivências que teriam auxiliado no processo de interrupção do uso de drogas. Em seus discursos pudemos observar uma aproximação com Deus ou a retomada de uma relação com o divino que estava um pouco “adormecida”, a importância do contato com a palavra de Deus e dos momentos de culto que ocorriam dentro das instituições.

Recorrer à 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 da vida desses indivíduos. O “nascido de novo” foi um discurso bastante presente na fala daqueles que passaram por esse processo, que se materializou por meio de mudanças concretas na vida. Os convertidos passaram a se dedicar à Deus e à religião, quer fosse trabalhando nas comunidades terapêuticas, quer fosse nos templos religiosos, ou, ainda, apenas os frequentando. Transformaram a forma como viam o mundo, mudaram hábitos, e isso foi tão presente em suas palavras, que nos pareceu se tratar de uma troca de vícios – da droga pela religião; ou, da droga pela fé; ou, da droga por Deus/Jesus.

Já no caso do Grupo 2, pudemos perceber que a passagem dos entrevistados pela comunidade terapêutica resultou em muitos questionamentos e críticas. Tais posicionamentos confluíram para um mesmo discurso: o entendimento das drogas como uma questão da saúde, que necessitava ser acompanhada e cuidada de maneira profissionalizada, instituída formalmente, com respeito e sem que para isso fosse necessária a privação da liberdade. Eles demandaram, portanto, critérios para entrada institucional, profissionais para lidar com a temática, medicamentos, fiscalização; sendo todos esses aspectos concernentes aos equipamentos da saúde, como por exemplo o CAPS ad.

Além disso, rejeitaram controle, autoritarismo, laborterapia e métodos religiosos, como rezas, cultos, orações e exercícios bíblicos. Demarcaram que não se enxergavam como “sem vergonha”, mas consideraram que fazer uso de drogas dizia mais sobre eles mesmos do que sobre demônios.

Com relação ao Grupo 3, pudemos observar tanto aspectos presentes no Grupo 1 quanto no Grupo 3. Primeiramente, foi possível apreender críticas dos participantes referentes à estrutura e às condições de alimentação das comunidades terapêuticas, seguidas de incômodos com a privação de liberdade e o controle excessivo presente nas instituições, com muitas regras e obrigações. A laborterapia foi enfatizada pela discordância dos entrevistados em terem que se submeter a trabalhos dentro e fora dos locais para gerar lucros para os dirigentes que não eram investidos em seus tratamentos, situação que provocou em alguns deles a sensação de estarem sendo explorados. Houve também relatos sobre apropriação de dinheiro e de pertences dos acolhidos pelos dirigentes, bem como menção à uso de drogas dentro da comunidade terapêutica pelos funcionários, coordenadores e internados, e uso de violência física para com acolhidos dos locais por onde passaram.

Apesar de todas essas situações deflagrarem violações aos direitos humanos, os entrevistados deste grupo manifestaram discursos de alienação religiosa. Contudo, percebemos

que aqueles que fizeram críticas relativas à roubo, violência, ao fanatismo religioso, ao autoritarismo e uso de drogas dentro dos locais, não defenderam o modelo de funcionamento das comunidades terapêuticas e não afirmaram terem se beneficiado do tempo em que por lá passaram. Referiram, ainda assim, terem crença em entidades religiosas, pediram ajuda à Deus e acreditaram que fossem possíveis experiências com Deus a partir do contato com a Sua palavra. Já aqueles que fizeram menos críticas às comunidades terapêuticas, com um conteúdo mais relativo à estrutura e à exploração do trabalho, carregaram consigo boas experiências tidas nas instituições e as apontaram como uma possibilidade de tratamento para usuários de drogas.

Pudemos perceber também que diversos participantes deste grupo incorporaram discursos relacionados ao diabo/demônios, e passaram a sentir culpa e temor a partir dessas convicções. Em muitos momentos das entrevistas, relataram que iam para o inferno, demonstrando uma leitura moral sobre o uso de drogas, a partir da qual eram pecadores, desviantes do caminho do bem. Também foi comum a diversos participantes do grupo, a busca por templos religiosos após a saída da internação.

Além disso, nossos dados apontaram para uma tendência de que quanto mais tempo o sujeito passar na comunidade terapêutica maior poderá ser seu tempo de abstinência depois que sair da instituição. Enfatizamos, contudo, que essas correlações não são conclusivas em nossa pesquisa e nem passíveis de generalizações por não haver representatividade numérica suficiente, uma vez que esse também não foi o nosso objetivo central. Assim sendo, apontamos a necessidade de estudos que analisem a relação entre essas variáveis.

Chamamos atenção para o fato de que, no Grupo 2, os dois entrevistados que apresentaram mais discursos de não alienação religiosa, foram os que mais vezes passaram por internações em comunidades terapêuticas: oito e sete internações, em média. Tal informação nos leva a ter como hipótese que esses participantes tiveram diversas oportunidades para conhecer o trabalho realizado por essas instituições e, possivelmente, tenham passado por locais diferentes, o que pode ter permitido um olhar mais ampliado e aprofundado sobre esse tipo de tratamento.

No caso do Grupo 3, todavia, vimos o contrário: os três entrevistados que ficaram mais distantes do eixo de alienação tiveram um número inferior de internações: três, três e seis. Já os três entrevistados que ficaram mais próximos do eixo de alienação foram os que passaram por uma quantidade maior de internações: 17, sete e seis.

No Grupo 1, não pudemos fazer associações entre a quantidade de discursos de alienação religiosa e a quantidade de internações nas comunidades terapêuticas, pois quase todos

os entrevistados passaram por apenas uma ou duas internações (com exceção de um participante que passou por três internações).

Destacamos também que, no Grupo 1, dos oito entrevistados, cinco já haviam passado por internação em comunidade terapêutica, mas, ao saírem, ao longo do tempo, não conseguiram sustentar as práticas religiosas e tiveram recaídas. No Grupo 2 e no Grupo 3, todos os participantes (com exceção de um entrevistado do Grupo 2) tiveram em comum o fato de já terem passado por recaídas depois de terem saído de alguma internação em comunidade terapêutica. Esses dados nos fizeram questionar a efetividade das comunidades terapêuticas no que se propõe a realizar: a abstinência dos sujeitos em uso de drogas.

Além disso, de uma forma geral, os entrevistados da pesquisa apresentaram diversas fontes de suporte (religiosas e não religiosas) para auxiliar no uso problemático de drogas. Dessa maneira, não foi possível considerar a internação na comunidade terapêutica como unicamente responsável pelo afastamento dos entrevistados do uso de drogas. No caso do Grupo 1, apenas três pessoas referiram contar apenas com o suporte religioso (comunidade terapêutica, igreja, fé). Duas delas, ainda se encontravam dentro das comunidades terapêuticas, trabalhando após o período da internação, ou seja, ainda não tinham voltado ao convívio social para que pudéssemos saber como reagiriam fora desse meio. No Grupo 2, nenhum dos indivíduos mencionou se utilizar de suporte religioso para fazer frente ao uso de drogas. No Grupo 3, sete, dos oito indivíduos que se encontravam em abstinência, referiram possuir outras fontes de suporte social para fazer frente às drogas.

Com relação à rede de suporte dos nossos entrevistados, pudemos constatar que, no Grupo 1, três entrevistados mencionaram fazer acompanhamento no CAPS ad, mas não enfatizaram a importância do equipamento em seus processos de tratamento. Dos cinco participantes que não referiram frequentar o CAPS ad, três contavam apenas com suporte religioso (comunidade terapêutica, igreja e fé), e os outros dois contavam com diversos tipos de suporte (familiares e AA). No Grupo 2, oito, dos nove participantes, mencionaram fazer tratamento no CAPS ad e referiram a importância do equipamento em seus tratamentos, destacando a importância do acesso a profissionais, medicamentos e do tratamento em liberdade. No Grupo 3, dez, dos onze entrevistados, mencionaram fazer acompanhamento no CAPS ad, sendo que diversos deles mencionaram a importância do equipamento. Os participantes do Grupo 2 e 3 que não referiram participação no CAPS ad, mencionaram possuir outras fontes de suporte social, como o NA (um deles), clínica privada (um deles) e familiares (os dois).

Dessa maneira, a maior parte dos nossos entrevistados mencionou vínculo com os CAPS ad: 21 dos 28 participantes da pesquisa. A presença massiva dos participantes no CAPS ad pôde explicar, em parte, o discurso da saúde apresentado por eles, conforme demonstramos nos tópicos acima. É possível que seus discursos tenham se formulado a partir dos discursos difundidos no equipamento e que, por isso, tenham refutado o discurso apresentado no interior das comunidades terapêuticas. Entretanto, pudemos perceber que possuir críticas às comunidades terapêuticas e os seus discursos, não significou adesão ao CAPS ad; ao mesmo tempo em que possuir um alinhamento com os discursos das comunidades terapêuticas, não significou uma não adesão ao CAPS ad.

Consideramos a importância do suporte fornecido pelos familiares para os indivíduos em uso de drogas, uma vez que, quando essas relações se rompem, podem culminar na saída (por vontade própria ou por decisão familiar) dos usuários de seus domicílios. Estar em situação de rua foi uma situação já vivenciada no passado por quatro entrevistados do Grupo 1. Com relação ao Grupo 2, três pessoas relataram ter tido esse tipo de vivência, sendo que, no momento da entrevista, todos eles ainda se encontravam em situação de rua. Já no Grupo 3, ter vivido em situação de rua foi comum a nove entrevistados, sendo que, no momento da entrevista, dois deles ainda se encontravam nessa situação. Chamamos atenção para a maior quantidade de vivências em situação de rua encontrada no terceiro grupo, que foi também o único grupo em que menos da metade dos participantes mencionou poder contar com o apoio de familiares.

Outra situação que foi comum a diversos participantes é terem tido problemas legais em algum momento de suas vidas. Essas situações foram comuns a três participantes do Grupo 1, a também três participantes do Grupo 2, e a seis participantes do Grupo 3.

Essas situações que atravessaram os indivíduos pertencentes aos três grupos – estar em situação de rua, ser criminalizado por uma justiça que é seletiva, ou, ainda, ser internado em uma comunidade terapêutica religiosa em função do uso de drogas – nos remeteram à um recorte de classe e de cor e são, a nosso ver, expressões de uma questão social. Contudo, por meio de um processo de alienação social, foram vistos como problemas individuais, receberam rótulos preconceituosos e foram culpabilizados por suas condições. E, como usuários de drogas, foram expostos a doses excedentes de controle, contenção, correção e penalização. Foram alvo e estão sempre na mira da polícia, dos políticos conservadores, do Estado, do setor privado, dos donos das comunidades terapêuticas, etc.

Foram alvo também das comunidades terapêuticas, que promoveram uma ação conformadora do discurso religioso com a finalidade de realizar uma transformação moral dos seus acolhidos. As experiências vividas nestas instituições provocaram diferentes percepções

nos indivíduos e a alienação religiosa promovida por elas refletiu também de diversas maneiras em cada um deles.

Em nossa pesquisa pudemos perceber que parte dos sujeitos (Grupo 1) passou por uma nova elaboração da “realidade”. Esses entrevistados apreenderam os ensinamentos acessados no interior das comunidades terapêuticas, viveram processos de conversão religiosa e passaram a crer que Jesus/Deus era o caminho para a libertação das drogas, conseqüentemente também passaram a associar o uso de drogas ao pecado e ao demônio. Nesse sentido, foram colocados na “cruz”, no que se referiu à salvação religiosa, mas também na “caldeirinha”, uma vez que já ter feito uso de drogas denota a influência de forças malignas em suas vidas. Qualquer sinal de recaída os fará ver a iminência do mal.

Outra parte dos entrevistados (Grupo 2) não se identificaram com as ideologias religiosas postas, rejeitaram os métodos utilizados pelas comunidades terapêuticas (cultos, estudos da Bíblia, laborterapia, disciplina, dentre outros) e apresentaram críticas a esse modelo moral. Dessa maneira, por não terem assimilado o conteúdo religioso, não foram colocados na “cruz”, e nem na “caldeirinha”, porque tampouco se compreenderam como pecadores, ou se perceberam como seres comandados por forças malignas. Todavia, compreendemos que a sociedade capitalista, por meio de suas ideologias, promoveu historicamente a demonização das drogas, sendo assim, estes entrevistados também foram colocados nesta “caldeirinha”. Nela se encontram, de uma forma geral, todos os usuários de drogas de nossa sociedade, sobretudo aqueles pobres e negros, como o são a maior parte dos nossos entrevistados.

Por fim, uma terceira parte dos entrevistados (Grupo 3) demonstrou discordância das comunidades terapêuticas, mas também assimilação de diferentes aspectos de alienação religiosa. Esses indivíduos apresentaram, conseqüentemente, híbridos caminhos para solucionarem seus problemas relativos ao uso de drogas: entre a perspectiva da saúde e o modelo moral. Percorreram, portanto, caminhos entre a salvação pelo cuidado em saúde e a salvação pela fé. Foram colocados num limbo entre a “cruz” e a “caldeirinha”. Recorreram à “cruz” (a fé, às divindades, à religião, à comunidade terapêutica) em alguns momentos, mas, com isso, se viram como pecadores próximos da “caldeirinha”, na iminência do inferno. Ao mesmo tempo, fora do campo da religião, se depararam novamente com a “caldeirinha” onde ardem todos os usuários de drogas pobres e marginalizados da nossa sociedade.

Assim, chegamos ao fim desta seção com nosso começo: a metáfora presente no título da tese – entre a “cruz” e a “caldeirinha” – que, não por acaso, sintetiza um caminho que nega a complexidade do fenômeno do uso das drogas. Compreendemos que o sujeito não está entre, mas é colocado como se estivesse entre coisas ou processos. O que está mediando a “cruz” e a

“caldeirinha” é uma ideologia que propaga um mundo dividido entre bem e mal, bom e ruim. E nesse mundo cindido, as ofertas de tratamento se vinculam à uma determinada concepção de qual é o problema.

CONCLUSÃO

Ao construir nossa tese em torno das comunidades terapêuticas na realidade brasileira, focalizando os discursos dos sujeitos que nesses locais são internados por problemática relacionada ao consumo de drogas, iniciamos há quatro anos um caminho cheio de descobertas e percalços. A primeira dúvida colocada era se (e como) conseguiríamos fazer as entrevistas, questão colocada durante o Exame de Qualificação. Assim, um dado fundamental aqui alcançado foi a construção de um percurso metodológico que foi recheado por diferentes sujeitos e vozes – egressos de comunidades terapêuticas, profissionais dos CAPS, pastores, obreiros, familiares e amigos. Esse dialogismo é uma marca dessa tese – o diálogo travado entre múltiplas e desafiadoras vozes. Colocar aqui um ponto é desafiador pois, em verdade estamos apenas começando um longo percurso.

As comunidades terapêuticas – como instituições que se fazem presentes no contexto brasileiro desde a década de 1960 –, focadas na perspectiva da abstinência e na restrição (ou privação) de liberdade de seus acolhidos, ora se apresentam como uma alternativa possível para atender a demandas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ora ferem princípios norteadores firmados pelo processo de desinstitucionalização brasileira, que preconizam o tratamento no território e a orientação ética da Redução de Danos.

Nesse processo polarizado – ou isso ou aquilo –, a defesa pelas comunidades terapêuticas se constrói afirmando que há um vazio de possibilidades para o tratamento de pessoas em uso problemático de drogas no país que se coloca, sobretudo, nos casos em que a internação prolongada é indicada como necessária. As comunidades terapêuticas, ao se apresentarem sob o manto da filantropia e revestidas de princípios religiosos – fazerem o bem a quem necessita –, não evidenciam o processo de disputa por financiamentos e isenções de impostos.

Outro aspecto importante que pontuamos ao longo de todo o trabalho – e que compareceram em nossos resultados –, é uma série de denúncias referentes à violação dos direitos humanos praticados por essas instituições. Chamamos atenção para o fato de que as comunidades terapêuticas retratadas na tese se ancoram em doutrinas religiosas. O cultivo da religiosidade – só Jesus salva – e a laborterapia – “cabeça vazia, oficina do diabo” – foram descritas com riqueza de detalhes, reproduzindo dados já exploradas pela literatura e aqui citados. Também ressaltamos que o encontro com os indivíduos permitiu um rico processo de vocalização de muitas histórias na qual se inter cruzavam sujeito-droga-serviços.

As comunidades terapêuticas, ao estabelecerem como meta promover uma transformação moral nos sujeitos que por elas passam, focam na conversão destas pessoas, realizando um investimento cotidiano para que adotem os preceitos e hábitos religiosos ensinados. 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.

Entretanto, a tese buscou desvelar o que esse processo não deixa ver quando pensamos o discurso moral por si mesmo. Ao articulamos a relação orgânica entre o capital e a política proibicionista, evidenciamos expressões da questão social. Destacamos que recai sobre a população que mais sofre em meio as expressões da questão social a culpabilização pelo uso de drogas. Rotular essa população que se encontra à margem do trabalho e, muitas vezes, com redes de suporte social fragilizadas, como alvo principal da guerra às drogas – cuja centralidade se coloca sobre a droga e não sobre o homem – dá o aval para que o Estado recorra a mecanismos sofisticados de controle. Nessa lógica, o uso de drogas é colocado, de maneira individualizada, como foco ou causa da situação em que os sujeitos se encontram, quando, na verdade, é resultado de múltiplos fatores. Essa estratégia, portanto, oculta o verdadeiro mal-estar da civilização: a dinâmica do capital que produz a questão social e as suas expressões como partes necessárias à sua existência.

O proibicionismo, como uma ideologia funcional ao desenvolvimento do capitalismo, tem possibilitado aos donos dos meios de produção exercer controle sobre a vida dos trabalhadores, utilizando das mais diversas estratégias para isso – entre elas, “comer a Bíblia”. Comer a Bíblia, ao longo do trabalho trazia três aspectos em si: o sujeito, suas condições objetivas de vida (e aí contidas sua relação com drogas) e as possibilidades apresentadas pela religião para se conformar à realidade (e seu afastamento da condição de classe).

A separação entre quais substâncias seriam colocadas na legalidade – isso pode – e quais teriam caráter ilegal – isso não pode –, levou à apropriação dos lucros obtidos nos processos de comercialização legais e ilegais – assim, por uma via ou por outra, um amplo sistema – do produtor ao consumidor - se estrutura para garantir que a mercadoria droga chegue ao mercado. Os mercados, lícitos e ilícitos, e a construção da economia das drogas como uma das mais pujantes da história se inscrevem num processo de mercadorização da vida social.

O proibicionismo, como uma ideologia da classe dominante, promoveu, historicamente, a criminalização de sujeitos usuários de drogas de determinados grupos sociais. Essa estratégia possibilitou ao Estado agir, por meio de suas forças coercitivas, ocultando o fato de que é o

capitalismo (e não a droga) quem produz condições subumanas de vida ao produzir um exército industrial de reserva. O proibicionismo ocultou também que o uso de drogas, em meio a contextos de sofrimento social e privação de direitos, foi aqui entendido como uma expressão da questão social. Assim, o tratamento dado a essa população é individualizante, imediatista e fragmentador, deixando escapar as fortes marcas que a contradição capital/trabalho imprimem ao fenômeno.

Tais desdobramentos foram possíveis porque o proibicionismo, como uma ideologia atrelada a sua função social prática, foi propagado pelos mais diversos sujeitos em prol dos seus interesses. As ideologias, ao universalizarem para o conjunto da sociedade os valores, princípios e conhecimentos que servem à classe dominante, eliminam as condições sociais determinadas de um contexto histórico e modelam a vida social. Entretanto, podem também ser uma forma para que os homens tomem consciência das contradições que vivem. É pela construção de uma maior “coesão” das informações, conhecimentos, valores e crenças, resultando na composição de um “sistema totalitário de ideologias”, que se pode compreender a “contradição da estrutura” e criar “condições objetivas para a subversão da práxis” (GRAMSCI, 2004, p. 251).

Dessa maneira, no processo de elaboração da realidade, a ideologia, de acordo com o prisma ontológico, tanto pode contribuir para reproduzir a sociedade de classes, quanto revolucioná-la em direção a um novo modo de produção, verdadeiramente socializado e consciente, por meio do qual os homens regulem a sua produção de acordo com as suas necessidades autênticas (LUKÁCS, 2013).

Quando a propagação de determinadas ideologias trabalha a favor da classe dominante – só Jesus salva –, o que vemos é um processo de alienação que oculta a compreensão dos fenômenos em sua totalidade, imputando ao sujeito uma culpa que não lhe pertence. Ela representa uma negação da essência humana socialmente posta, um afastamento da vida social com as suas complexas relações de poder, de classe, sua história; é uma negação do homem pelo próprio homem que é, por sua vez, construída também pelo homem (LUKÁCS, 2013).

A religião e a religiosidade – quando propagam determinadas ideologias vinculadas à classe dominante – são ideologias para a alienação humana. A religião marca, na história do desenvolvimento do ser humano, a sua necessidade de tentar recompor a unidade perdida, recorrendo a uma unificação simbólica, no plano da transcendência religiosa. Além disso, ao estabelecer suas bases em um trabalho de justificação teórica, oferta explicações para os acontecimentos do cotidiano embasadas em argumentos totalizantes. Oculta, assim, sua dimensão como produto da atividade material dos homens. Ou seja, o transcendente não tem

uma substância própria: é puro resultado das condições sociais fabricadas pelos homens, tal como indicado por Marx e Engels.

A religião, portanto, não é autônoma, não é espiritual no seu princípio de criação, mas reflexo das potências exteriores, terrestres, que adquirem formas “supraterrestres” e passam a dominar o homem. Somos levados a pensar que Deus fez o homem, e não que o homem que fez Deus. Nesse sentido, o homem que sonha com um mundo fantasioso, projeta sua essência em um ser superior, externo e distante de si, a quem depositamos esperanças, expectativas e potência para resolver nossos problemas. A externalidade da solução – um poder superior supremo e perfeito – opõe-se à imperfeição humana – demandante da intervenção desse poder que é e está no Outro que Ihe é superior.

A religião ocupa uma posição especial na superestrutura, não na sua dimensão privada (exercida por um indivíduo particular), mas na sua dimensão social e política como expressão de alheamento do homem de seu mundo real e de conformação social com esse mundo. Nessa dimensão social, ela colabora para a perpetuação de uma dada sociedade como um anestésico que mantém os indivíduos paralisados, a serviço do capitalismo (MARX; ENGELS, 2007).

Contudo, nem toda religião é, ou foi, ocultamento das contradições do real e a serviço da exploração e da dominação, pois cada religião ocupa um lugar e uma função específica dentro de seu contexto sociopolítico-econômico. Ou seja, há uma dualidade no fenômeno religioso: se por um lado há seu papel na legitimação da ordem existente, por outro há também, de acordo com as circunstâncias sociais, seu papel crítico, de protesto e até revolucionário. A religião pode, dialeticamente, conformar e reagir. Mas também é mister aqui apontar que a realidade é dinâmica e que os sujeitos não só sucumbem, mas também resistem às pressões a eles impostas pelas religiões. Ou seja, há várias facetas dessa alienação, que podem ser mais circunscritas à vida privada ou mais abrangentes, extrapolando as escolhas pessoais e interferindo na vida de todos os cidadãos. Além disso, mesmo quando os preceitos religiosos são utilizados a favor da conquista de direitos sociais, continuarão, em alguma medida, sendo alienantes porque o são em sua essência.

A estreita relação com o capitalismo e a vertente neopentecostal foi aqui explorada. Como sócios de Deus ou financiadores da obra divina, os seres humanos estariam destinados a serem prósperos, saudáveis, felizes e vitoriosos em todos os âmbitos de suas vidas. Nesse sentido, possibilita aos seus fiéis o desejo de participarem das riquezas materiais deste mundo (as mercadorias do sistema capitalista) sem se desvincularem da religião ou serem censurados por ela.

Em momentos de crise econômica, essa Teologia se tornou um meio para acreditar que a prosperidade pode ser alcançada neste mundo, e não após a morte. A prosperidade se coloca como uma promessa para um amplo segmento da população que vive na pobreza. A pobreza e a miséria não são entendidas pelos neopentecostais como enraizadas em um contexto social historicamente marcado pela exploração e opressão, mas sim, relacionadas à influência de forças malignas em suas vidas. Vemos, portanto, a funcionalidade prática da religião ao negar a dimensão de classe.

Em meio a esse vazio de possibilidades e sentimento de impotência que acometem esses sujeitos, lhes resta acreditarem que seus desejos podem ser alcançados por intermédio da Igreja ou, no que compete aos indivíduos que fazem uso de drogas – nosso foco neste trabalho – recorrendo às comunidades terapêuticas religiosas.

Com relação ao caráter religioso de grande parte das comunidades terapêuticas no Brasil, apontamos que essas assumem uma configuração que as distanciam das comunidades terapêuticas na Europa e nos Estados Unidos (em suas conformações mais atuais). Essa configuração no contexto nacional se dá por várias razões, dentre elas:

1. A identificação do povo brasileiro – derivada tanto da tradição católica imposta pelos colonizadores portugueses (como retratado por Baeta Neves) quanto das práticas dos povos indígenas – com as práticas religiosas relacionadas à saúde (com destaque ao xamanismo e a possibilidade de intervenção em práticas de cura);

2. O processo de modernização que ocorreu na América Latina se deu de maneira muito diferente daquele ocorrido nos países de primeiro mundo, uma vez que provocou o aumento da desigualdade e não contrapôs da mesma maneira a mentalidade religiosa frente à uma visão mais centrada na razão e na lógica científica (VALLA, 2001).

Entretanto, a alienação não é exclusiva aos sujeitos em uso de drogas que passam pelas comunidades terapêuticas, uma vez que a religião pode ser um aspecto alienante na vida de todo e qualquer cidadão, havendo aqui uma distinção: a alienação que aqui defendemos se impõe a estes indivíduos por meio de internações em instituições totais nas quais são submetidos a rituais religiosos, sintetizados em práticas repetitivas – orar, orar, orar.

Os sujeitos, ao retratarem seus percursos nessas instituições, recorreram, no tempo presente, ao que se passava às suas costas e à sua frente – articulando passado, presente e futuro. O relato dos 28 participantes da pesquisa evidenciou uma polarização discursiva entre três possibilidades: uma parte dos entrevistados (oito) demonstrou aceitação dos ensinamentos religiosos acessados no interior das comunidades terapêuticas; outra parte (nove) demonstrou uma recusa a esses ensinamentos, com a elaboração de críticas aos métodos utilizados nas

instituições e a defesa por um tratamento em liberdade; e, outra parte (onze) apresentou tanto discordância aos ensinamentos religiosos, como também assimilação de diferentes aspectos de alienação religiosa.

Aqueles que incorporaram a ideologia religiosa passaram a atribuir ao plano espiritual os acontecimentos de suas vidas, à uma “guerra espiritual” travada entre o bem e mal, cujos protagonistas não são seres humanos, mas sim, Deus e diabo/ demônios. Todas essas ideias denotaram 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, sua estrutura econômica, dentre outros aspectos.

Assim, pudemos, enfim, confirmar a nossa hipótese inicial, uma vez que ao sofrerem um processo de alienação no interior das comunidades terapêuticas, os nossos entrevistados oscilaram entre a “cruz” – a incorporação da religião enquanto salvadora no trajeto de tratamento – e a “caldeirinha” – a incorporação da droga como sendo fruto da interferência do demônio em suas vidas.

Ressaltamos que, no caso daqueles que recusaram os ensinamentos religiosos, foram também colocados na “caldeirinha”, pois nela não se encontram somente aqueles que creem no diabo como responsável pelo uso das drogas, mas, de uma forma geral, todos os usuários de drogas de nossa sociedade, sobretudo aqueles pobres e negros, como o são a maior parte dos nossos entrevistados. Como vimos, a sociedade capitalista promoveu historicamente a demonização das drogas. Ao demonizar a substância – droga –, essa se torna síntese daquilo que oprime e imputa sofrimento ao ser humano. Essa inversão mascara aquilo que não se quer revelar: o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche.

Há, no interior dessa demonização, uma polarização: o correto – a salvação garantida pela via religiosa –, e a vida mundana – recheada de falhas, erros e destruição de si. A guerra contra o diabo – presente no comportamento daquele que consome drogas –, travada em nome de Deus, expressa um discurso que essa tese desnudou: a arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais.

As comunidades terapêuticas, assim, não podem ser entendidas em si, mas inscritas nesse processo de polarizações. Nesse sentido, é preciso negá-las como espaço de tratamento, à medida que não ofertam, no sentido tradicional, aquilo que prometem – um tratamento. Mas, além de não tratarem, difundem um discurso – que se apresenta como polarizado – baseado no

efeito protetivo da religião contra o dito mal que, na verdade, tem a finalidade de mascarar a dinâmica do capital.

Defendemos, portanto, a tese de que o discurso difundido pelas instituições religiosas no campo das drogas legitima o proibicionismo e oculta, por meio de um discurso individual presente no sistema capitalista (com as particularidades da religião), a dinâmica do capital que necessita de suas ideologias (religiosas e não religiosas) para alienar os seres humanos de ontem, de hoje e de amanhã.

Todavia, embora esse processo de alienação observado nas comunidades terapêuticas religiosas (representado aqui pelos relatos daqueles que vivenciaram esses espaços na condição de residentes) tenha provocado o distanciamento dos entrevistados deles mesmos, provocou também uma aproximação de explicações que puderam proporcionar, para alguns, conforto emocional, apoio social, sensação de pertencimento, esperança de uma vida melhor, etc. Assim, concordamos aqui com Vasconcelos e Lima (2019), que não podemos reduzir a religiosidade à mera alienação, em seu sentido negativado.

Aliás, em alguma medida, seja por meio de ideologias religiosas ou não, somos todos alienados, tendo em vista a alienação primeira posta pelo sistema capitalista, na qual a criação humana se faz estranha ao próprio homem, que não mais se reconhece no que criou. O capital, dessa maneira, passa a dominar a vida dos seus criadores, fazendo com que as decisões atendam prioritariamente à reprodução do capital, e não às necessidades postas pela reprodução do gênero humano.

Ao transportar aqui os depoimentos dos entrevistados – historicamente vozes silenciadas – revelamos uma série de vivências nessas instituições: salvação, conversão, transformação, autoritarismos, fanatismos, violências, maus tratos, exploração do trabalho, dentre outros aspectos. Nossos entrevistados evidenciaram o caráter coletivo e social na produção dos discursos. Dessa maneira, esperamos que essa tese contribua para fortalecer uma perspectiva que faça frente à criminalização dos usuários, que posicione o tema num debate amplo e complexo, que revele para além das drogas.

Portanto, entre a “cruz” e a “caldeirinha” cruzou páginas e páginas para apresentar que o discurso que foi urdido aqui não nasce no presente e não se encerra no presente; que é coletivo e social.

Como um processo dialético, e parafraseando Guimarães Rosa, “Tudo que já foi, é o começo do que vai vir”, a conclusão não é um fim, mas o início de novas dúvidas. Apontamos a importância de pesquisas que possam avaliar a efetividade das comunidades terapêuticas no que compete a levar o sujeito usuário de drogas à abstinência (o objetivo que por elas é

propagado), uma vez que os dados desta pesquisa nos permitiram ver que quando os sujeitos saíam da instituição, na maior parte das vezes, a abstinência não se mantinha. Também seriam importantes pesquisas que pudessem compreender a relação entre o tempo em que se passa na comunidade terapêutica e o tempo de abstinência alcançada após a saída da instituição.

Por fim, consideramos que este material pode ser importante para a formulação e avaliação de políticas sociais que sejam mais condizentes com as necessidades dos sujeitos que fazem uso de drogas. Pode também contribuir nas reflexões dos trabalhadores que operam na ponta dessas políticas, bem como dos usuários dessas instituições, a fim de que ambos não se deixem naturalizar em meio às práticas e teorias moralistas, conservadoras, padronizantes e autoritárias predominantemente presentes em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A.; RODRIGUES, W. G.; BRASIL, M. de S.; TORRES, A. A. religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. **Revista das Faculdades Adventistas da Bahia**, v. 2, n. 3, p. 448-460, 2009.
- AGUIAR, S. M. B.; NUNES, E. A.; MAGALHÃES, R. V. B. M.; GALVÃO, R. V. A. **Marx e a religião**: a construção do conhecimento histórico. Anais do III Colóquio de História – Brasil: 120 anos de República, Unicap, Recife, 2009.
- ALBUQUERQUE, C. S. **Drogas, questão social e Serviço Social**: respostas teórico-políticas da profissão. 2018. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- ALMEIDA, C. O marco discursivo da “participação solidária” e a nova agenda de formulação e implementação de ações sociais no Brasil. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006. p. 95-136.
- ALMEIDA, R. Os pentecostais serão maioria no Brasil? **REVER** (PUCSP. Online), v. 4, p. 48-58, 2008.
- ALMEIDA, R. A onda quebrada – evangélicos e conservadorismo. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 50, 2017.
- ALMEIDA, A. M. Espiritualidade e Saúde Mental: o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, 2010.
- ALVES, R. A Empresa da Cura Divina: um Fenômeno Religioso. In: VALE, E. E.; QUEIROZ, J. J. (Orgs.). **A Cultura do Povo**. São Paulo: Cortez e Moraes & EDUC, 1979. p.111-117.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.11, p. 2309-2319, 2009.
- ALVES, R. R. N.; ALVES, H. N.; BARBOZA, R. R. D.; SOUTO, M. S. The influence of religiosity on health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2105 - 2111, 2010.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AZEVEDO, G. X. **As práticas religiosas dentro do processo de reabilitação de químico-dependentes da Casa do Oleiro de Quirinópolis**, Goiás. 2014.177 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências da Religião, 2014.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. Os gêneros do discurso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BALTAZAR, D. V. G. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental**: impasse ou possibilidade. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BARDI, G. **Histórias de vida na periferia**: juventudes e seus entrecruzamentos. 2013. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

BAPTISTA, E. R. **Conhecimentos e práticas de cura em comunidades rurais amazônicas**: recursos terapêuticos vegetais. Manaus: Edua/Naea, 2012, 374 p.

BARBOSA, K. S.; COELHO, N. M. M. S. A questão étnico-racial do sonho americano: o encarceramento dos pobres e negros no Estado policial. **Revista de Segurança Pública**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 164-182, 2017.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n.1, p. 144-149, 2006.

BASÍLO, M. C. V.; COSTA, H. A. **As legislações sobre drogas propostas pelo poder legislativo do estado Espírito Santo no período de 2005 a 2013**. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, 2013.

BEERS, M.; BERKOW, M. D. Social Issues: Religion and Spirituality. In: BEERS, M.; BERKOW, M. D (Orgs.). **The Merck manual of geriatrics**, vol. 3rd Edition, NJ: Merck Research Laboratories, 2000.

BERALDO, L.; GIL, F.; VENTRIGLIO, A.; DE ANDRADE, A. G.; DA SILVA A. G.; TORALES, J.; GONÇALVES, P. D.; BHUGRA, D.; CASTALDELLI-MAIA, J. M. Spirituality, Religiosity and Addiction Recovery: Current Perspectives. **Current Drug Research Reviews**, v. 11, p. 26-32, 2019.

BETTENCOURT, E. T. **Crenças, religiões, igrejas e seitas**: quem são? São Paulo: Editora Mensageiro de Santo Antonio, 2000.

BIRMAN, P. Feitiçarias, territórios e resistências marginais. **Mana**, v. 15, n. 2, p. 321-348, 2009.

BIRMAN, P. O poder da fé, o milagre do poder: mediadores evangélicos e deslocamento de fronteiras sociais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 18, n. 37, p. 133-153, 2012.

BITTENCOURT, L. Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: **Drogas e pós-modernidade**. BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIA, R. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 265 – 273.

BOITEUX, L. **O controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo sobre o sistema penal e a sociedade.** 273f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito da USP, São Paulo, 2006.

BOITEUX, L. Breves considerações sobre a política de drogas brasileira atual e as possibilidades de descriminalização. **Boletim IBCCRIM.** Ano 18, n. 217, 2010.

BOITEUX, L. Liberdades Individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais,** v. 25, p. 53-80, 2013.

BOITEUX, L. Brasil: Reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos** (Impresso), v. 21, p. 1-6, 2015.

BORDERS, T. F.; BOOTH, B. M. Stimulant Use, Religiosity, and the Odds of Developing or Maintaining an Alcohol Use Disorder Over Time. **Journal of studies on alcohol and drugs,** v. 74, n. 3, p. 369-377, 2013.

BORTHWICK, A.; HOLMAN, C.; KENNARD, D.; MCFETRIDGE, M.; MESSRUTHER, K.; WILKES, J. The relevance of moral treatment to contemporary mental health care. **Journal of Mental Health,** v. 10, n.4, p. 427-439, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de Redução de Danos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2. ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL (ANVISA). 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Confederação Nacional de Municípios – CNM. Observatório do Crack. **Avaliação do Programa Crack, é Possível Vencer**. Brasília: CNM, 2014. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Avalia%20c3%a7%20a3o%20do%20Programa%20Crack,%20c3%a9%20Poss%20advel%20Vencer_2014.pdf. Acesso em: 17 de novembro de 2017.

BRASIL. Confederação Nacional de Municípios – CNM. Observatório do Crack. **Crack: Doenças relacionadas e formas de tratamento**. Brasília: CNM, 2015a. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Observatorio%20do%20Crack%20-%20Doen%20c3%a7as%20relacionadas%20e%20formas%20de%20tratamento%20\(2015\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Observatorio%20do%20Crack%20-%20Doen%20c3%a7as%20relacionadas%20e%20formas%20de%20tratamento%20(2015).pdf). Acesso em: 15 de novembro de 2017.

BRASIL. Resolução CONAD nº 01/2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Presidência do CONAD**. Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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**, Brasília, DF, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016c.

BRASIL (INFOPEN/DEPEN). Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – **Infopen**: atualização junho de 2016. Brasília: MJ, 2017.

BRASIL (INFOPEN/DEPEN). Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – **Infopen**: atualização junho de 2017. Brasília: MJ, 2019.

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**, Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Ministério da Cidadania/Gabinete do Ministro. Portaria nº 562, de 19 de março de 2019. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Ministério da Cidadania/Gabinete do Ministro. Portaria nº 563, de 19 de março de 2019. Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Cidadania/Gabinete do Ministro. Portaria nº 564, de 19 de março de 2019. Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera Leis para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019e.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019f.

BRAUN, B.; WEINLAND, C.; KORNUBER, J.; LENZ, B. Religiosity, Guilt, Altruism and Forgiveness in Alcohol Dependence: Results of a Cross-sectional and Prospective Cohort Study. **Alcohol Alcohol**, v. 53, n. 4, p. 426-434, 2018.

- BROEKAERT, E. Therapeutic communities for drug users: description and overview. In: RAWLINGS, B.; YATES, R. (Orgs.). **Therapeutic communities for the treatment of drug users**, Jessica Kingsley Publishers, London, 2001.
- BROEKAERT, E. AND VANDERPLASSCHEN, W. Towards the integration of treatment systems for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups, **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 35, p. 237–345, 2003.
- BUCK, J. A. The looming expansion and transformation of public substance abuse treatment under the Affordable Care Act. **Health Affairs**, v. 30, p. 1402-1410, 2011.
- CALAINHO, D. B. Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial. **Tempo**, v. 10, n. 19, p. 61-75, 2005.
- CAMPLING, P. Therapeutic communities. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 7, p. 365–372, 2001.
- CAMPOS, L. S. Protestantismo Histórico e Pentecostalismo no Brasil: Aproximações e Conflitos. In: GUTIERREZ, B.; CAMPOS, L. S. (Editores). **Na força do espírito: o pentecostalismo na América Latina: um desafio às igrejas históricas**. SP: Associação Literária Pendão Real, 1996, p. 105.
- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], vol.12, p. 1865-1874, 2007.
- CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro** (São Paulo), São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002.
- CARNEIRO, H. S. O saber fitoterápico indígena e os naturalistas europeus. **Fronteiras Revista de História**, v. 13, p. 13-32, 2011.
- CARVALHO, I. O fetiche do “empoderamento”: do conceito ideológico ao projeto econômico-político. In: MONTAÑO, C. (Org.). **O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”**. São Paulo: Cortez, 2014. p. 144-186.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, R. F. **O discurso produzindo sentido: compreendendo o sofrimento psíquico através da religiosidade**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.
- CHAGAS, E. F. A crítica da religião como crítica da realidade social no pensamento de Karl Marx. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 40, n. 4, p. 133-154, 2017.

CHAVES, E. M. S.; CHAVES, E. M. **Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais.** 2007. 89 f. Monografia (Pós-graduação Latu Sensu em Serviço Social) – Instituição Toledo de Ensino de Bauru, Bauru, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). RESOLUÇÃO CFM nº 2.056/ 2013. **Diário Oficial da União**, 12 nov. 2013, Seção I, p. 162-3.

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

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.

CONSTANTINIDIS, T. C. “Cabeça vazia, oficina do diabo”: concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 691-700, 2012.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, 2008.

CRUZ, M. Religiosidade tardo antiga e a cristianização do império romano. **Fronteiras**, Dourados/MS, v. 12, n. 21, p. 13-31, 2010.

CUNHA, M. N. O conceito de religiosidade midiática como atualização do conceito de igreja eletrônica em tempos de cultura ‘gospel’. **INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.** XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Salvador, 2002. Disponível em: <http://intercom.org.br/papers/nacionais/2002/Congresso2002_Anais/2002_NP1cunha.pdf>.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 34, n. 1, p. 25 – 33, 2007.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82 – 90, 2004.

DANTAS, B. S. A. **Religião e política: ideologia e ação da Bancada Evangélica na Câmara Federal.** 2011. 350 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Púb. Santa Cat.**, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003. p. 32.

DE LEON, G. Comunidades Terapêuticas. In: GALANTER, M.; KLEBER, H. D.; BRADY, K. T (Orgs.). **The American Psychiatric Textbook of Substance Abuse Treatment**. 5a ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.,2015. p. 511-530.

D'ELIA FILHO, O. Z. **Acionistas do nada**: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

DEL OLMO, R. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil**: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas? 2015. 412f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2015.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias**, atualização junho de 2017. MOURA, M. V. (Org.). Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, Z. M. Notas sobre a expansão e as metamorfoses do protestantismo na América Latina. **Numen**: revista de estudos e pesquisa da religião, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 47-62, 2000.

DICKSON-GOMEZ, J.; BODNAR, G.; GUEVARA, C. E.; RODRIGUEZ, K.; DE MENDOZA, L. R.; CORBETT, A. M. With God's help i can do it: crack users? Formal and informal recovery experiences in El Salvador, **Subst Use Misuse**, v. 46, n. 4, p. 426-39, 2011.

DOUDEMENTE, M.; CONCEIÇÃO, V. N. M. Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).; SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

D'SOUZA, R.; HALASZ, G. **Spirituality and your shrink**: all in the mind. ABC Radio National, 2002.

DYE, M. H.; ROMAN, P. M.; KNUDSEN, H. K.; JOHNSON, J. A. The availability of integrated care in a national sample of therapeutic communities. **J Behav Health Serv Res.**, v. 39, p. 1-27, 2012.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **European Drug Report 2019**: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2019.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. 4ª Ed. São Paulo: Global Editora, 1990.

ENGELS, F. **Anti-Dühring**. Londres: Lawrence and Wishart, 1969.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa Forum, 1998.

FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, 2015.

FELTRAN, G. S. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. 2008. 336 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2008.

FERRAZZA, D. A.; SANCHES, R. R.; ROCHA, L. C.; JUSTO, J. S. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. **Estud Contemp da Subjetividade**, v. 7, n. 2, p. 363 – 375, 2017.

FERGUSON, I. **Politic of the mind**: marxismo and mental distress. London: Bookmarks Publications, 2017.

FERNANDEZ-ARMESTO, F.; WILSON, D. **Reforma**: O cristianismo e o mundo 1500-2000. Tradução Celina Cavalcante Falck. Rio de Janeiro: Record, 1997.

FERNANDES, J. L. Terapias punitivas e punições terapêuticas: o estranho caso do “toxicodependente”. In: CUNHA, M. I. P.; DURAND, J. (Orgs.). **Razões de saúde**: poder e administração do corpo: vacinas, alimentos, medicamentos. Portugal: Fim do Século, 2011, p. 39-56.

FERNANDES, R.; SANCHIS, P. VELHO, O. G.; PIQUET, L.; MARIZ, C.; MAFRA, C. **Novo nascimento**: os evangélicos em casa, na igreja e na política. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELLOS, M. T. L.; BONI, R. B.; REIS, N. B.; COUTINHO, C. F. S. (Orgs.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

FIGLIARELLI, M. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”. **Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS**, Caxambu, 2002.

FIGLIARELLI, M. **Controvérsias médicas e a questão do uso de drogas**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FIGLIARELLI, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e Drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda Editoria/Editora PUCMinas, 2005. p. 257-290.

FIGLIARELLI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. In: SHECAIRA, S. S. (Org.). **Drogas**: uma nova perspectiva. 1ed. São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 137-156.

FISH, J. M. **Placebo Terapia: a Fé no Processo de Cura**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1998.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, v. 2, n. 2, p. 129-135, 1994.

FRACASSO, L. **Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações**. Portal de formação a distância sujeitos, contextos e drogas, 2002. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>>.

FRACASSO, L. **Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial**. In: Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social. Educando e Transformando Através da Educação Física. Campinas, SP: APOT, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, 03-04 nov. 2008. Disponível em: <http://fefnet172.fef.unicamp.br/bibli/Encontrointerdisciplinar/Texto%202%20Laura.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2014.

FREITAS, M. H.; PIASSON, D. L. Religião, religiosidade e espiritualidade: repercussão na mídia e formação profissional em psicologia. **Esferas**, v. 5, n. 8, p. 103- 112, 2016.

FRY, P. H. Two religious movements: protestantism and umbanda. In: WIRTH, J.; JONES, R. (Org.). **Manchester and São Paulo: problems of rapid urban growth**. Manchester and São Paulo: problems of rapid urban growth. Stanford: Stanford University Press, 1978. p. 134-162.

FUNARI, P. P. A. (Org.). **As religiões que o mundo esqueceu**. Como egípcios, gregos, celtas, astecas e outros povos cultuavam seus deuses. São Paulo: Contexto, 2009.

FUSSINGER, C. Therapeutic community, psichiary's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II. **History of Psychiatry**, n. 22, v. 2, p. 146-163, 2011.

GALLASSI, A. D. A política do Ministério da Saúde na Atenção às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 2, p. 63-69, 2018.

GALINKIN, A. L. Judaísmo e identidade judaica. **Interações: Cultura e Comunidade**, Uberlândia, v. 3, n. 4, p. 87-97, 2008.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. A. An analysis of the Federal funding for mental health care in Brazil. **Social work in health care**, v. 56, p. 1-20, 2017.

GEHRING, M. R. **Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)– Faculdade de Filosofia, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2014.

GIGLIO, A. Religião e saúde. **ABCS Health Sci**, v. 39, n. 2, p. 62-63, 2014.

GIUMBELLI, E. Heresia, doença, crime ou religião: o espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. **Rev. Antropol.**, v.40, n.42, p.31-82, 1997.

GIUMBELLI, E. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 80-101, 2008.

GMEL, G.; MOHLER-KUO, M.; DERMOTA, P.; GAUME, J.; BERTHOLET, N.; DAEPPEN, J. B.; STUDER, J. Religion is good, belief is better: religion, religiosity, and substance use among young Swiss men. **Subst Use Misuse**, v. 48, n.12, p. 1085-98, 2013.

GOETHALS, I.; SOYEZ, V.; MELNICK, G.; DE LEON, G.; BROEKAERT, E. Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction Substance. **Use and Misuse**, v. 46, p. 1023–1031, 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, F. C.; ANDRADE, A. G.; IZBICKI, R.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; OLIVEIRA, L. G. Religion as a protective factor against drug use among brazilian university students: a national survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 1, p. 29 – 37, 2013.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

GONÇALVES, A. M. de S.; SANTOS, M. A. dos; PILLON, S. C. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 61-69, 2014.

GOULÃO, J. A caminho da UNGASS 2016. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n.1, p. 21-25, 2015.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere** vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GRAMSCI, A. **Selections from the Prison Notebooks**. Londres: New Left Books, 1971.

GRIM, B. J.; GRIM, M. E. Belief, Behavior, and Belonging: How Faith is Indispensable in Preventing and Recovering from Substance Abuse. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 5, p. 1713–1750, 2019.

GUIMARÃES, C. C. **Jornalismo e luta de classes**: desvendando a ideologia do modelo informativo na busca da contra-hegemonia. 2015. 331 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

HART, C. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HILBERS, J.; HAYNES, A.; KIVIKKO, J.; RATNAVYUHA. **Spirituality/Religion and Health Research report (phase two)**. Sydney: SESIAH 2007.

HOBSBAWN, E. J. La crisis general de la economía europea en el siglo XVIII. In: **En torno a los orígenes de la revolución industrial**. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971. pp. 7-70.

HOBSBAWM, E. J. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOLANDA, R. B. **Experimentações, aprisionamentos e posicionamentos: narrativas de história de vida de pessoas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas**. 2016. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IANNI, O. **Enigmas do pensamento latino-americano**. São Paulo: IEA/USP, 2002.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 49-74.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico – Características Gerais da População e Instrução 2010 (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGRAFIA 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.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).; SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

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**, 2017.

IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. **Interface** (Botucatu. Online), v. 1, p. 1-18, 2017.

JANSEN, N. Drogas, Imperialismo e Luta de classes. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 12, p. 1-16, 2007.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes; 1972.

KELLY, J. Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. **Addiction**, v. 112, n. 6, p. 929–36, 2017.

KELLY, J. F. F.; PAGANO, M. E.; STOUT, R. L.; JOHNSON, S. M. Influence of religiosity on 12-step participation and treatment response among substance-dependent adolescents. **J Stud Alcohol Drugs**, v. 72, n. 6, p. 1000-1011, 2011.

KONDER, L. **Marxismo e alienação**: contribuição para um estudo do conceito marxista de alienação. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2009.

LANGER, J. Uma breve historiografia dos estudos brasileiros de religião nórdica medieval. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 43, p. 909-936, 2016.

LAPLANTINE, F. A doença e o sagrado, a medicina e a religião, a cura e a salvação: da antropologia médica à antropologia religiosa. In: LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1986. p. 213-251.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

LAUAND, L. J. Religião e liberdade: a “revanche de Deus”, neo-maniqueísmo e fanatismo religioso. **Mirandum**, Porto, n. 14, p. 5-24, 2003.

LEITE, L. L. **Religião e marketing pessoal**: uma análise da imagem pessoal dos bispos, pastores, obreiros e obreiras da Igreja Universal do Reino de Deus. 2008. 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião, Universidade Metodista de São Paulo, 2008.

LEITE, I. C. Cidadanias desiguais e reprodução das desigualdades na contemporaneidade capitalista. **Textos e Contextos**, Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, v. 10, n. 2, p. 288-301, 2011.

LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).; SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

LEAL, F. X. **O Movimento Antiproibicionista**: discursos de resistência. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

LEAL, F. X.; SANTOS, C. C. M.; JESUS, R. S. de. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 423-436, 2016.

LESSA, S. **Lukács**: ética e política - observações acerca dos fundamentos ontológicos da ética e da política, 4ª Edição, São Paulo: Instituto Lukács, 2015.

LIMA, J. C. S. **Violência e religião**: uma abordagem sobre o trabalho de recuperação e reabilitação de viciados em clínicas evangélicas de São Paulo. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2012.

LIMA, R. C. C.; TAVARES, P. S. P. B. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum** (Vitória), v. 4, p. 6-23, 2012.

LIMA, R. C. C. Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. (Orgs.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento**. 1ed. Recife: UFPE, 2016, v. 1. p. 142-171.

LIMA, R. C. C. A rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil e em Portugal: notas comparativas. In: DUARTE, M. J. de O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. 1ed. Campinas: Papel Social, 2017, p. 233-248.

LÖWY, M. Marxismo e Religião: Ópio do povo? In: BORON, A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (org.). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas**. Buenos Aires: CLACSO, 2006, p. 271-286.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. 151 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa**. 2011. 142f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

MADALENA, T. S. **Usuários de crack: prevalência e perfil de pacientes em tratamento em comunidades terapêuticas (cts) na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais**. 2014. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

MALFITANO, A. P. S. **A tessitura da rede: entre pontos e espaços. Políticas e programas sociais de atenção à juventude – a situação de rua de Campinas – SP**. 2008. 352 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MALFITANO, A. P. S.; BARDI, G. **Atenção básica em saúde e juventude: Investigando as ações realizadas numa região periférica de São Carlos, SP**. 2010. 92 f. Relatório Final (Iniciação Científica - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

MALIVERT, M.; FATSÉAS, M.; DENIS, C.; LANGLOIS, E.; AURIACOMBE, M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. **European Addiction Research**, v. 18, p. 1–11, 2012.

- MANCILHA, G. B. **A permanência de adolescentes em CAPS ad** – um olhar para a vulnerabilidade. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- MARIANO, R. Os neopentecostais e a teologia da prosperidade. *Novos Estudos. CEBRAP*, São Paulo, v. 44, n.44, p. 24-44, 1996.
- MARIANO, R. **Neopentecostais**: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil. 1. ed. São Paulo: Loyola, 1999. v. 2.000. 246p.
- MARIANO, Ricardo. Guerra espiritual: o protagonismo do diabo nos cultos neopentecostais. **Debates do NER**, Porto Alegre, n. 4, p. 21-34, 2003.
- MARIANO, R. Expansão pentecostal no Brasil: O caso da Igreja Universal. **Estudos Avançados** (USP. Impresso), São Paulo, v. 52, p. 121-138, 2004.
- MARIANO, R. Mudanças no campo religioso brasileiro no Censo 2010. **Debates do NER (UFRGS. Impresso)**, v. 14, p. 119-137, 2013.
- MARQUES, L. H. A expansão pentecostalista: um fenômeno comunicacional. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 671-682, 2000.
- MARQUES, E. C. **Redes sociais, segregação e pobreza**. São Paulo: Unesp, 2010, v. 1. 215 p.
- MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R. ANDRADA, N. C. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Abuso e Dependência**: Crack. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2011.
- MARONNA, C. A. Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil. In: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. (Orgs.). **Drogas & sociedade contemporânea**: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 203-236.
- MARSHALL, A. G. Afghan heroin & the CIA. **GeopoliticalMonitor.com**. 2008. Disponível: <http://www.geopoliticalmonitor.com/afghan-heroin-the-cia>. Acesso em 10 de julho de 2017.
- MARTINS, M. A. C. A geopolítica das drogas nas Américas e a política antidroga brasileira, **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**, v. 2, n. 14, p. 17163-17190, 2013.
- MARX, K. **O Capital**. Crítica da Economia Política. Livro Primeiro. Tomo 2. 3ª ed. São Paulo: Editora Nova Cultural (Os Economistas), 1996.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.
- MARX, K. **Crítica da Filosofia do Direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MASUR, J. **O que é alcoolismo**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

MATA, S.; FERNANDES, J. L. A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. **Global Journal of Community Psychology Practice**, v. 7, n. 1S, 2016.

MATOS, K. Contextualização histórica, sociocultural e religiosa do islamismo. **Fragments de Cultura**, Goiânia, v. 19, n. 5/6, p. 449-464, 2009.

MATOS, H. C. J. **Nossa História: 500 anos de presença da Igreja Católica no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2011.

MAUGANS, T. A. The spiritual history. **Arch Fam Med**, v.5, n.1, p. 6-11, 1996.

MAURIEL, A. P. O. Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da política social brasileira. **Rev. Katálysis**, Florianópolis v. 13 n. 2 p. 173-180, 2010.

MELO, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas. **Athenea Digital**, v. 16, n. 3, p. 379-399, 2016.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde soc.** [online], v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018.

MENDONÇA, Antonio Gouvêa. O protestantismo no Brasil e suas encruzilhadas. **Revista USP**, São Paulo, n. 67, p. 48-67, 2005.

MENDONÇA, A. Protestantismo no Brasil: um caso de religião e cultura. **Revista USP**, n. 74, p. 160-173, 2007.

MENDONÇA, A. G.; VELASQUES FILHO, P. **Introdução ao protestantismo no Brasil**. São Paulo: Loyola, 1990.

MESQUITA, F. **Políticas públicas de drogas: A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil**, 2004. Disponível: <http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=4>. Acesso em: 2 de março de 2017.

MESQUITA JÚNIOR, S. R. **Incoerência da lei nº 10.409/2002**. Disponível: <https://jus.com.br/artigos/4135/incoerencias-da-lei-n-10-409-2002>, 2003. p. 01.

MÉSZÁROS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MEZZOMO, F. A. Nós e os outros: proselitismo e intolerância religiosa nas igrejas neopentecostais. **Fênix – Revista de História e Estudos Culturais**, v. 5, n. 1, p. 1-25, 2008.

MIGUEL, E. C. Impunibilidade ou seletividade penal? A subjetividade na diferenciação da figura do traficante e do usuário de drogas na cidade de Vitória/ES. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**, Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 267 – 292, 2015.

MONTE, T. M. C. A religião e sua função social. **Revista Inter-Legere**, n. 5, 2013.

MORAES, R. J. S. **Determinação social do consumo de drogas**: estudo de histórias de vida em uma perspectiva marxista. 2018. 297 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-7, 2012.

NARCIZO, M. C. **O protestantismo de imigração no Brasil**. Anais do I Congresso Regional do Curso de História. Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2007.

NARVAEZ, J. C.; PECHANSKY, F.; JANSEN, K.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; KAPCZINSKI, F.; MAGALHÃES, P. V. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 37, n. 3, p. 211-8, 2015.

NATALINO, M. A. C. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).; SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

NEGRÃO, L. N. Pluralismo e multiplicidades religiosas no Brasil contemporâneo. **Soc. Estado**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 261-279, 2008.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis**. Ano 2, n. 3, Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

NEVES, L. F. B. **O combate dos soldados de Cristo na Terra dos Papagaios**: colonialismo e regressão cultural. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 1978. 175p.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Therapeutic Communities**. Research Report Series. Publication Number 15-4877. United States: National Health Insurance (NHI), 2015.

OLIVEIRA, A. **As peças e os mecanismos do fenômeno tráfico de drogas e do crime organizado**. Tese (Doutorado em Ciência Política). 2006. 321f. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

OLIVEIRA, A. L. C. B.; FEITOSA, C. D. A.; SANTOS, A. G.; LIMA, L. A. A.; FERNANDES, M. A.; MONTEIRO, C. F. Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 283-290, 2017.

OLIVEIRA, R. S. Pentecostalismo e Protestantismo histórico no contexto da Missão no Brasil. **Discernindo** - Revista Teológica Discente da Metodista 143, v.1, n.1, p. 143-153, 2013.

OLIVEIRA, E. F. A. A centralidade do Plano Crack é Possível Vencer na política de saúde mental brasileira. **Anais do 5o Encontro Internacional de Política Social e 12o Encontro Nacional de Política Social**, Vitória, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Lexicon of alcohol and drug terms**. Geneva: WHO, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo, 1995.

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

PALAMAR, J. J.; KIANG, M. V.; HALKITIS, P. N. J. Religiosity and exposure to users in explaining illicit drug use among emerging adults. **Relig Health**, v. 53, n. 3, p. 658-74, 2014.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. de C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PARGAMENT, K. I.; MAHONEY, A. Spirituality: discovering and conserving the sacred. In: SNYDER, C.; LOPEZ, S. (Eds.). **Handbook of Positive Psychology**. Oxford: Oxford Uni Press, 2002.

PAULINO, P. R. V. **Mecanismos de enfrentamento e o papel da religião na prevenção de recaída no uso de álcool e outras drogas em egressos de comunidades terapêuticas**. 2014. 163 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira 1985-1989. **Revista de Ciências Sociais**, v. 39, n. 3, p. 423-477, 1996.

PEREIRA, P. E. “Aí! Tá me tirando?!” **O que dizem jovens moradores da periferia de São Carlos sobre si mesmo e a questão das drogas**. 2012. 133 f. Dissertação (Mestrado do em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012a.

PEREIRA, P. A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serv. Soc. & Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, 2012b.

PEREIRA, P. E.; BARDI, G.; MALFITANO, A. P. S. Juventude, drogas e a desconstrução de paradigmas estabelecidos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, p. 49-60, 2014.

PEREIRA, R. O. Da relação entre a autoridade espiritual e a autoridade secular no pensamento de Lutero. **Em curso**, v. 2, p. 1-14, 2015.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

PINEL, P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (extratos sobre a mania e sobre o tratamento moral). **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano 7, n. 3, p. 117-127, 2004.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPEMÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (Orgs). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p. 154-211.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** – textos de apoio, 2001.

PRANDI, R. Referências sociais das religiões afro-brasileiras: Sincretismo, branqueamento, africanização. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 4, n.8, p. 151-167, 1998.

PUENTE, L. A. R.; LUIS, M. A. V.; CASTILLO, M. M. A.; HEREDIA, L. P. D. BERMÚDEZ, J. A.; GARCIA, N. A. A.; VARGAS, R. A. C. Eventos estresantes, espiritualidad y consumo de alcohol en participantes del programa de 12 pasos de AA. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 24, n. 2, p. 641-648, 2019.

RAZALI, M. M.; KLIEWER, W. Risk and protective factors for recreational and hard drug use among Malaysian adolescents and young adults. **Addict Behav**, v. 50, p. 149-56, 2015.

REIS, T. R. Antecedentes históricos e teóricos da Irmandade de Alcoólicos Anônimos: apontamentos sobre a relação entre o tratamento do alcoolismo e a religiosidade. In: VASCONCELOS, E. M.; LIMA, R. C. C. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**, 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2019.

RIBEIRO, A. C. Protestantismo de imigração: chegada e reorientação teológica. **Revista do Dpto. de Teologia da PUC-Rio**, n. 28, p. 94-107, 2008.

RIBEIRO, J. H. **Encarceramento em massa e criminalização da pobreza no Espírito Santo**: As políticas penitenciárias e de segurança pública do governo Paulo Hartung (2003-2010). Vitória: Cousa, 2012.

RIBEIRO, F. M. L; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 54, 515-526, 2015.

RICAS, E. C. **O impacto da política nacional antidrogas na lotação dos presídios capixabas entre 2011 a 2016**. 2018. 108 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão Pública). Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Gestão Pública da Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

- RIVERA, P. B. A reinvenção de uma tradição no protestantismo brasileiro: a Igreja Evangélica Brasileira entre a Bíblia e a Palavra de Deus. **Revista USP**, São Paulo, n. 67, p. 78-99, 2005.
- ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA, S. et al (Orgs.). **Estratégias de controle social**. São Paulo: Arte 7 Ciência, 2004. p. 43-67.
- ROCHA, D.; DEUSDARA, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Alea** [online], v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.
- ROCHA, M. L. A.; GUIMARÃES, M. B. L.; CUNHA, M. B. da. O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p.177-190, 2012.
- RODRIGUES, T. M. S. Política de drogas e a lógica dos danos. **Verve**, v. 3, p. 257-277, 2003.
- RODRIGUES, T. M. S. Drogas, proibição e abolição das penas. In: **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2004, v. 01. p. 131-151.
- RODRIGUES, T. M. S. Política de drogas e a coragem da luta. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 24-33, 2012.
- RODRIGUES, R. M. Diagnóstico Sócio-Econômico-Espacial das Denominações Religiosas e Denominações Evangélicas no Espírito Santo em 2000 e 2010. **Alabastro: revista eletrônica dos discentes da Escola de Sociologia e Política da FESPSP**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 52-65, 2018.
- ROLIM, F.C. **Pentecostalismo**: Brasil e América Latina. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ROMANINI, M; ROSO, A. Midiatização da Cultura, Criminalização e Patologização dos Usuários de Crack: Discursos e Políticas. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013.
- RONZANI, T. M.; FERNANDES, A. G. B.; GEBARA, C. F. P.; OLIVEIRA, S. A.; SCORALICK, N. N.; LOURENÇO, L. M. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1751-1762, 2009.
- RONZANI, T. M.; CASTRO, P. M.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. **HU Revista**, v. 34, n. 1, p. 9-18, 2008.
- ROSA, P. O.; ROSA, M. G. Políticas sobre cannabis: um estudo comparativo sobre os modelos da Espanha, Uruguai e Colorado/EUA. **Geographia Opportuno Tempore**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 38-64, 2018.
- SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

- SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.
- SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 73 – 81, 2007.
- SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265 – 272, 2008.
- SANTANA, R. P. **Narrativas sobre a terapêutica utilizada no tratamento de dependentes químicos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade de Fortaleza, 2013.
- SANTOS, M. P. G. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).; SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- SANTOS, C. C. M; JESUS, R. S. de. Políticas de Atenção às questões relacionadas ao uso indevido de álcool e outras drogas no Espírito Santo. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.
- SCADUTTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p. 605-614, 2009.
- SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; SANTOS, M. A. Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35 n. 3, p. 781 – 796, 2015.
- SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 391-398, 2008.
- SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 135-147.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS. Ministério da Justiça. **Levantamento sobre legislação de drogas nas Américas e Europa e análise comparativa de prevalência de uso de drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ. Diretoria de Projetos Estratégicos e Assuntos Internacionais. Junho/2015. Disponível em: http://www.antidrogas.com.br/downloads/drogas_americas_europa.pdf. Acesso em: 10 de jan. de 2017
- SECRETARIA DE 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.

SHIOKAWA, E. **Avaliação da eficiência da Rede de Atenção à Saúde Mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad**. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia). Pós-Graduação em Farmacologia, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, 2010.

SILVA, V. G. Neopentecostalismo e religiões Afro-Brasileiras: significados do ataque aos símbolos da herança religiosa Africana no Brasil contemporâneo. **Mana**, v. 13, n. 1, p. 207-236, 2007.

SILVA, L. V E R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. de A.; ANDRADE, A. G. de. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 280 – 288, 2006.

SILVA, H. R. O fim da era da proibição: questões sobre injustiças, eficácia das leis e legalização das drogas. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 154 – 170, 2016.

SIMEÃO, J. D. L. **Drogas e o exercício da religiosidade e da cidadania**: o entendimento dos grupos religiosos sobre o “problema das drogas”. 2017. 56 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

SOUSA, B. O. A Teologia da Prosperidade e a redefinição do protestantismo brasileiro: uma abordagem à luz da análise do discurso. **Revista Brasileira de História das Religiões**. ANPUH, Ano IV, n. 11, 2011.

SOUZA, D. O. A questão do “consumo de drogas”: contribuições para o debate. **Serv. Soc. e Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 2, p. 269-286, 2012.

SOUZA, T. S. **A Economia das Drogas em uma abordagem heterodoxa**. 2015. 213 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico), Universidade Estadual de Campinas, 2015.

SOUZA, R. M. A. de. **Eficácia no tratamento de dependência química em uma instituição clínica e outra religiosa**. 2019. f 91. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC, Goiânia, Goiás, 2019.

SOUZA, P. C.; BARROS, P. H. M. V. **O efeito da legalização da maconha sobre a criminalidade no Colorado**. 2015. 32f. Monografia (Graduação em Economia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD**, v. 2, n. 1, p. 1-18, 2006.

SOUZA, L. C.; NUNES, M. C.; SANTOS, M. P. G. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA).;

SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SPECHT, D.; MARIN, M. H.; SANTOS, P. F. Bens duráveis: a industrialização brasileira no período Juscelino Kubitschek (1956-1960). **Revista Historiador**. n. 2, 2009.

STEVENSON, L. **Sete teorias sobre a natureza humana**. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1976.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. (Orgs). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

TEIXEIRA, L. S. **Impacto econômico da legalização das drogas no Brasil**. Câmara dos Deputados. Praça dos Três Poderes. Consultoria Legislativa. Anexo III, Brasília, 2016.

TESSER, C. D. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

TINOCO, R. Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. **Revista Toxicodependências**, v. 12, n. 1, p. 21-30, 2006.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2002. 385 p.

TORRES, JÚNIOR, R.; ARENARI, B. A religião e seu potencial na recuperação de usuários do crack: “os longos futuros”. In: SOUZA, J. (Org). **Crack e exclusão social**. Brasília: MJC, 2016. p. 190-202.

TRAD, S. N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos – e seus reflexos nas políticas locais**. 2010. 300 f. Tese (Doutorado em Antropologia de La Medicina) - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2012**. United Nations publication. 2012. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2015**. United Nations publication. 2015. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf. Acesso em: 10 de jan. 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2016**. United Nations publication. 2016. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/publicacoes.html>. Acesso em: 23 de jan. 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2019**. United Nations publication. 2019. Disponível em:

https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 51-60, 2003.

VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, V. V. (org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 113-139.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 63-75, 2002.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2006. p. 103 – 117.

VANDERPLASSECHEN, W.; COLPAERT, K.; AUTRIQUEM, M. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. **Scientific World Journal**, 2013.

VANDERPLASSECHEN, W.; VANDEVELDE, S; BROEKAERT, E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**, 2014.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 41-63.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na Educação Popular em Saúde. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Práticas religiosas no campo das drogas: complexidade, paradoxos e desafios do campo, e posicionamentos na ótica da luta antimanicomial no Brasil. In: VIEIRA, L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, N. T. (Org.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento**. 1ed. Recife: Ed. Universidade Federal de Pernambuco, 2016, v. 1, p. 98-141.

VASCONCELOS, E. M.; LIMA, R. C. C. 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, E. M.; LIMA, R. C. C. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**, 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2019.

VERÍSSIMO, M. A nova lei de drogas e seus dilemas: apontamentos para o estudo das formas de desigualdade presentes nos interstícios do ordenamento jurídico-penal brasileiro. **Civitas**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 330-344, 2010.

XAVIER, M. M.; FRANCELINO, P. F. “Forbes destaca pastores mais ricos do Brasil”: réplicas a enunciados concretos. **Revista Letras Raras**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 25-42, set. 2014.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 22, n.1, p. 61-82, 2013.

ZACCONE, O. **Acionistas do nada**: quem são os traficantes de droga. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZALUAR, A. **Condomínio do diabo**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Revan, 1994.

ZALUAR, A. **Integração perversa**: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ZAPPE, J. G.; DELL’ AGLIO, D. D. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 44 – 52, 2016.

ZERBETTO, S. R.; GONÇALVES, M. A. S.; SANTILE, N.; GALERA, S. A. F.; ACORINTE, A. C.; GIOVANNETTI, G. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2017.

WACQUANT, L. **As prisões da Miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

WEBER, M. **A ética protestante e o "espírito" do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WITKIEWITZ, K.; MCCALLION, E.; KIROUAC, M. Religious affiliation and spiritual practices: An examination of the role of spirituality in alcohol use and alcohol use disorder. **Alcohol Research: Current Reviews**, v. 38, n.1, p. 55–58, 2016.

WOORTMANN, K. **Religião e ciência no Renascimento**. Brasília: UNB, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A

PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS ad

Município do CAPS ad:

Nome do profissional:

Cargo ou profissão no CAPS ad:

O objetivo deste projeto é analisar, a partir dos discursos dos usuários egressos de comunidades terapêuticas religiosas, os elementos que revelem aspectos do processo de alienação vivenciado no percurso de internação nessas instituições.

Diante desse objetivo, pretendo entrevistar usuários do CAPS ad egressos de comunidades terapêuticas religiosas. Assim, gostaria que você pudesse me indicar uma paciente do serviço do qual você se lembra. **Ele precisa ter passado por internação em comunidade terapêutica e após isso pode ter retornado adepto às práticas da comunidade (normalmente com um discurso religioso) ou contrário às práticas vivenciadas.**

Por favor, responda:

Nome do paciente indicado para a pesquisa	
Tipo de internação em Comunidade Terapêutica religiosa	Internação compulsória () Internação não compulsória ()
Razão da Indicação (Por que se lembrou dele para essa pesquisa?)	

Nome do paciente indicado para a pesquisa	
Tipo de internação em Comunidade Terapêutica religiosa	Internação compulsória () Internação não compulsória ()
Razão da Indicação (Por que se lembrou dele para essa pesquisa?)	

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Idade:

Estado civil:

Identificação do Gênero:

Grau de escolaridade:

Onde mora:

Com quem mora:

Possui filhos?

Caso sim, quais as idades?

Guarda dos filhos:

Religião:

1. **Você poderia contar sua história?** (Infância? Adolescência? O que você gostava de fazer? Escola? Vida afetiva? Vida adulta? Quais os locais onde já trabalhou? Como foram esses trabalhos? Lazer? Relações afetivo sexuais?).
2. **Relação com as drogas** (Como as drogas surgiram na sua vida? Início do consumo? Em que momento e por que você iniciou um tratamento? Que tratamentos você já fez? Como avalia cada um desses tratamentos?).
3. **Internação na comunidade Terapêutica religiosa** (Quando foi? Quanto tempo ficou? Como foi esse período? Poderia relatar como era o seu dia? Quais as atividades propostas? O que te marcou nessa experiência de ficar esse tempo na CTR? O que você aprendeu lá? O que você fez com os ensinamentos pregados lá após sair?).
4. **Como está a sua vida hoje** (Qual a sua relação com as drogas hoje? Seu cotidiano hoje?).

- 5. Se eu te pedisse para me dizer: minha experiência na comunidade terapêutica religiosa foi...**
- 6. Se eu te pedisse para me dizer: minha experiência depois da comunidade terapêutica foi...**
- 7. O que eu devia ter te perguntado que não te perguntei sobre sua experiência na comunidade terapêutica religiosa.**

APÊNDICE C

INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS PRONTUÁRIOS DOS USUÁRIOS DOS CAPS ad

Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Sexo:	
Nível educacional:	
CAPS ad:	
Comunidade Terapêutica:	
Tempo de Internação:	

Composição familiar:

Trabalho:

Benefícios sociais:

Tipo de droga:

Religião:

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO CAPS ad

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Apresentamos ao Sr (a), responsável pela Instituição CAPS ad, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual convidamos o (a) Sr (a) para participar da nossa pesquisa, intitulada **“Entre a ‘cruz’ e a ‘caldeirinha’: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas”**.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo apreender, nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, elementos que revelem aspectos do processo de alienação vivenciado no percurso de internação nessas instituições.

Justificamos o estudo pela necessidade de compreender como as comunidades terapêuticas têm trabalhado com os usuários que por elas passam, principalmente a partir da perspectiva da alienação, tendo em vista as denúncias que vem sendo realizadas sobre as metodologias de trabalho destas instituições.

Para realização da pesquisa almejamos realizar consulta nos prontuários dos pacientes do CAPS ad que forem indicados pelos profissionais como possíveis sujeitos de pesquisa, sendo necessários que estes tenham passado por internação em comunidades terapêuticas religiosas. Nesta consulta aos prontuários, nos comprometemos a não retirar o documento da instituição, não fotografá-lo e nem xerocá-lo. A consulta se faz necessária para que possamos obter dados sobre o processo de tratamento do (a) paciente na rede de serviço do município e obter o seu contato para posterior entrevista gravada, caso haja anuência do (a) mesmo (a).

Essa entrevista buscará apreender as experiências vividas durante o processo de internação na comunidade terapêutica religiosa.

Ao responder essas perguntas, há o risco de que o (a) paciente possa lembrar situações que não foram agradáveis e que possam trazer incômodo. Asseguramos que, se o (a) julgar necessário, nos comprometemos a ofertar apoio, buscando atendimento psicológico nos equipamentos de saúde pública do seu município. Além disso, caso se sinta constrangido ao compartilhar algo, terá liberdade para interromper o relato.

Com essa pesquisa esperamos que, dando foco aos sujeitos e suas histórias, possamos contribuir na produção de uma perspectiva que faça frente à criminalização dos usuários de drogas, que posicione o tema num debate amplo e complexo, que possa revelar para além da droga, quem são e como vivem esses sujeitos.

Asseguramos ao (a) Sr (a) que, segundo a Resolução 466/12, haverá garantia de sigilo sobre o seu nome e possibilidade de retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa. Além disso, o (a) Senhor (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada em todas as suas páginas pelo (a) Senhor (a) e pela pesquisadora. Ressaltamos que é garantido ao participante o direito de buscar indenização em caso de eventual dano decorrente da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o (a) Sr (a) pode obter esclarecimentos com a pesquisadora (Giovanna Bardi. Tel: (27) 99613 0053 ou Email: bardi.giovanna@gmail.com). Caso necessite fazer alguma denúncia sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Tel: (27) 3145-9820. E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com. Correio para: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910).

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento na página a seguir.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que autorizo voluntariamente o acesso da pesquisadora aos prontuários do serviço que forem indicados pelos profissionais.

Fui igualmente informado (a) da garantia de solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos da pesquisa e da possibilidade de retirar o meu consentimento em qualquer momento do estudo.

Enfim, foram garantidas que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término da pesquisa.

Vitória, ____/____/____

Assinatura do (a) participante _____

Vitória, ____/____/____

Assinatura da pesquisadora _____

Giovanna Bardi

E-mail: bardi.giovanna@gmail.com Tel. (27) 99613 0053

Programa de Pós-Graduação em Política Social – UFES

Telefone: (27) 3145-5370

E-mail: politicassocial.ufes@gmail.com

Comitê de Ética da UFES – Campus de Goiabeiras –

Telefone: (27) 3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Correio: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DO CAPS ad

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Apresentamos ao (a) Sr (a) o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual convidamos o (a) Sr (a) para participar da nossa pesquisa, intitulada **“Entre a ‘cruz’ e a ‘caldeirinha’: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas”**.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo apreender, nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, elementos que revelem aspectos do processo de alienação vivenciado no percurso de internação nessas instituições.

Justificamos o estudo pela necessidade de compreender como as comunidades terapêuticas têm trabalhado com os usuários que por elas passam, principalmente a partir da perspectiva da alienação, tendo em vista as denúncias que vem sendo realizadas sobre as metodologias de trabalho destas instituições.

Para realização da pesquisa almejamos que o (a) Senhor (a) indique usuários que passaram pelos CAPS ad e foram submetidos a tratamento em comunidades terapêuticas religiosas.

Após a indicação dos usuários, entraremos em contato com eles para a realização de uma entrevista gravada. Ao realizarem a entrevista há o risco de que esses usuários possam relembrar situações que não foram agradáveis e que possam trazer incômodo. Asseguramos que, se for necessário, nos comprometemos a ofertar apoio, buscando atendimento psicológico nos equipamentos de saúde pública dos seus municípios. Além disso, caso eles se sintam constrangidos ao compartilhar algo, os deixaremos à vontade para interromper o relato.

Com essa pesquisa esperamos que, dando foco aos sujeitos e suas histórias, possamos contribuir na produção de uma perspectiva que faça frente à criminalização dos usuários de drogas, que posicione o tema num debate amplo e complexo, que possa revelar para além da droga, quem são e como vivem esses sujeitos.

Asseguramos ao (a) Sr (a) que, segundo a Resolução 466/12, haverá garantia de sigilo sobre o seu nome e possibilidade de retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa. Além disso, o (a) Senhor (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada em todas as suas páginas pelo (a) Senhor (a) e pela pesquisadora. Ressaltamos que é garantido ao participante o direito de buscar indenização em caso de eventual dano decorrente da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o (a) Sr (a) pode obter esclarecimentos com a pesquisadora (Giovanna Bardi. Tel: (27) 99613 0053 ou Email: bardi.giovanna@gmail.com). Caso necessite fazer alguma denúncia sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Tel: (27) 3145-9820. E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com. Correio para: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910).

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como informante-chave neste estudo, autorize e assine o consentimento na página a seguir.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo indicando para a pesquisadora usuários do CAPS ad que possuam o perfil requisitado para a pesquisa.

Fui igualmente informado (a) da garantia de solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos da pesquisa e da possibilidade de retirar o meu consentimento em qualquer momento do estudo.

Enfim, foram garantidas que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término da pesquisa.

Vitória, ____/____/____

Assinatura do (a) participante _____

Vitória, ____/____/____

Assinatura da pesquisadora _____

Giovanna Bardi

Telefone: (27) 99613 0053

E-mail: bardi.giovanna@gmail.com

Programa de Pós-Graduação em Política Social – UFES

Telefone: (27) 3145-5370

E-mail: politicasocial.ufes@gmail.com

Comitê de Ética da UFES – Campus de Goiabeiras –

Telefone: (27) 3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Correio: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910

APÊNDICE F

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS
INTERLOCUTORES DA PESQUISA****CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
(Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)**

Por meio do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, convidamos o (a) Sr (a) para participar da nossa pesquisa, intitulada **“Entre a ‘cruz’ e a ‘caldeirinha’: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas”**.

Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo apreender, nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, elementos que revelem aspectos do processo de alienação vivenciado no percurso de internação nessas instituições.

Justificamos o estudo pela necessidade de compreender como as comunidades terapêuticas têm trabalhado com os usuários que por elas passam, principalmente a partir da perspectiva da alienação, tendo em vista as denúncias que vem sendo realizadas sobre as metodologias de trabalho destas instituições.

Para realização da pesquisa almejamos realizar uma entrevista gravada com o (a) Sr (a), buscando apreender as experiências vividas durante o processo de internação na comunidade terapêutica. Além disso, pretendemos ter acesso ao seu prontuário referente aos atendimentos no CAPS ad.

Ao responder essas perguntas, há o risco de que o (a) Sr (a) possa relembrar situações que não foram agradáveis e que possam trazer incômodo. Asseguramos que, se o (a) Sr (a) julgar necessário, nos comprometemos a ofertar apoio, buscando atendimento psicológico nos equipamentos de saúde pública do seu município. Além disso, caso se sinta constrangido ao compartilhar algo, sinta-se à vontade para interromper o relato.

Com essa pesquisa esperamos que, dando foco aos sujeitos e suas histórias, possamos contribuir na produção de uma perspectiva que faça frente à criminalização dos usuários de drogas, que posicione o tema num debate amplo e complexo, que possa revelar para além da droga, quem são e como vivem esses sujeitos. Em se tratando de benefícios mais diretos aos participantes dessa pesquisa, esperamos que a entrevista possa ser um espaço de vazão para o compartilhamento de experiências ruins que possam ter se dado durante o período de internação e que não tiveram outro espaço para serem acolhidas.

Asseguramos ao (a) Sr (a) que, segundo a Resolução 466/12, haverá garantia de sigilo sobre o seu nome e possibilidade de retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa. Além disso, o (a) Senhor (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada em todas as suas páginas pelo (a) Senhor (a) e pela pesquisadora.

Ressaltamos que é garantido ao participante o direito de buscar indenização em caso de eventual dano decorrente da pesquisa. Além disso, eventuais gastos decorrentes desse estudo serão ressarcidos pela pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o (a) Sr (a) pode obter esclarecimentos com a pesquisadora (Giovanna Bardi. Tel: (27) 99613 0053 ou Email: bardi.giovanna@gmail.com). Caso necessite fazer alguma denúncia sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Tel: (27) 3145-9820. E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com. Correio para: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910).

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assinie o consentimento na página a seguir.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário, bem como o acesso ao meu prontuário localizado no CAPS ad.

Fui igualmente informado (a) da garantia de solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos da pesquisa e da possibilidade de retirar o meu consentimento em qualquer momento do estudo.

Enfim, foram garantidas que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término da pesquisa.

Vitória, ____/____/____

Assinatura do (a) participante _____

Vitória, ____/____/____

Assinatura da pesquisadora _____

Giovanna Bardi

Tel. (27) 99613 0053. E-mail: bardi.giovanna@gmail.com

Programa de Pós-Graduação em Política Social – UFES

Telefone: (27) 3145-5370. E-mail: politicassocial.ufes@gmail.com

Comitê de Ética da UFES – Campus de Goiabeiras –

Telefone: (27) 3145-9820. E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Correio: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Entre a cruz e a "caldeirinha": doses diárias de alienação nas Comunidades Terapêuticas religiosas

Pesquisador: GIOVANNA BARDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69407317.0.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.333.891

Apresentação do Projeto:

Na atualidade brasileira diversas são as vertentes para pensar o fenômeno das drogas, seja pelo viés da justiça, da saúde ou outros. No que compete à saúde, uma das determinações mais recentes, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, propõe a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (SUS). Contudo, abre brechas para práticas conservadoras e moralizantes quando se associa, ainda que de maneira nebulosa, as comunidades terapêuticas como um ponto desta rede, mesmo que estas nada se comprometam com a ampliação e articulação da rede de tratamento de seus usuários. Além disso, os métodos utilizados nestas instituições, comumente religiosas, são procedimentos semelhantes àqueles utilizados nas instituições penitenciárias, uma vez que os sujeitos ficam privados de liberdade, – e muitas vezes até mesmo de visitas por um determinado período – necessitam seguir as condutas institucionais, são desprovidos de todos os pertences pessoais, sofrem processos de alienação religiosa, etc. Diante dessa problemática, o que propomos aqui é um estudo que possa apreender, nos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, elementos que revelem aspectos do processo de alienação sofrida no percurso de internação nessas instituições. Para isso, pretendemos acessar esses usuários de drogas egressos dessas instituições para realizar entrevistas que possam apreender esse aspecto. Após a realização das entrevistas,

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabeiras

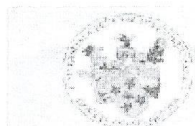
CEP: 29.075-910

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



UFES - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 2.333.891

serão realizadas as transcrições e, em seguida, leituras atentas com o intuito de eleger temas e categorias analíticas centrais e relevantes para a discussão. Quanto à análise dos dados fornecidos, utilizaremos a análise de discurso, uma vez que, além de buscar sentidos que não necessariamente se encontram explícitos, buscaremos apreender aquilo que não fora dito, mostrando o que não está evidente. O acesso a esses sujeitos deve se dar via indicação dos profissionais dos CAPS AD da Região Metropolitana e de busca documental no Portal de Transparência do Espírito Santo. A partir da aproximação destas histórias, pretendemos demonstrar que o processo de alienação presente nos discursos oscila entre a incorporação da religião enquanto salvadora no trajeto de tratamento dos usuários e a centralidade na droga enquanto substância "maléfica" que produz a destruição desses sujeitos. Assim, sustentamos a tese de que os sujeitos em sofrimento por uso de drogas em uma sociedade capitalista que os aliena, sofre dupla ação alienante ao serem submetidos aos tratamentos em comunidades terapêuticas religiosas, cujas respostas são de aceitação, e consequente enquadramento aos preceitos acessados, ou de recusa. Com relação à relevância social deste trabalho, espera-se que dando foco aos sujeitos e suas histórias possamos contribuir na produção de uma perspectiva que faça frente à criminalização dos usuários, que posicione o tema num debate amplo e complexo, que possa revelar para além da droga, quem são e como vivem esses sujeitos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar, a partir dos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas neopentecostais, os elementos que revelem aspectos do processo de alienação sofrida no percurso de internação nessas instituições.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos, a pesquisadora afirma que o roteiro de perguntas pode suscitar nos entrevistados memórias de momentos que os marcaram negativamente e informa que caso necessário, recorrerá aos CAPS AD como equipamento de suporte para esses usuários egressos de comunidades terapêuticas religiosas. Como benefícios, a pesquisadora afirma que espera produzir substância para um processo de conscientização, tão fundamental para todos os processos sociais, sobretudo para a formulação e avaliação de políticas sociais que sejam mais condizentes com as necessidades dos usuários de drogas as quais se destinam. Como uma pesquisa que deve prezar pela sua função social, esperamos também que as discussões desse trabalho possam atingir os trabalhadores que operam na ponta dessas políticas, bem como os usuários dessas instituições, a fim de que ambos não se deixem naturalizar em meio às práticas e teorias padronizantes, autoritárias e homogeneizadoras predominantemente presentes na sociedade.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.333.891

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de doutorado realizada no âmbito do Programa de Pós-graduação em Política Social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em suas 3 versões: 1) gerente do CAPS'ad; 2) profissionais que indicarão os participantes; e 3) participantes da pesquisa, encontram-se de acordo com o estabelecido pela Resolução nº 466/2012.

Recomendações:

- Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_925319.pdf	11/09/2017 17:02:31		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/09/2017 15:51:10	GIOVANNA BARDI	Aceito
Outros	DeclConcordanciaGiovannaBaldi.pdf	05/09/2017 12:02:42	Anneliza Baptista Ribeiro	Aceito
Outros	JustifAusenciaAnexo.pdf	05/09/2017 12:02:42	Anneliza Baptista Ribeiro	Aceito
Outros	Solicitacao_pesquisador.pdf	25/08/2017 14:02:41	Maria Lúcia Teixeira Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_aos_profissionais_do_CAPSAD.docx	25/08/2017 13:58:11	Maria Lúcia Teixeira Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_aos_interlocutores_da_pesquisa.docx	25/08/2017 13:58:01	Maria Lúcia Teixeira Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_ao_CAPSAD.docx	25/08/2017 13:57:43	Maria Lúcia Teixeira Garcia	Aceito

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.075-910

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.333.891

Cronograma	Cronograma.docx	02/06/2017 09:16:39	GIOVANNA BARDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_c.pdf	01/06/2017 16:48:16	GIOVANNA BARDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	19/05/2017 15:30:22	GIOVANNA BARDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_b.pdf	19/05/2017 14:58:59	GIOVANNA BARDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_a.pdf	19/05/2017 14:58:43	GIOVANNA BARDI	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.docx	19/05/2017 14:52:09	GIOVANNA BARDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 17 de Outubro de 2017

Fabiana P. Ramos

Assinado por:

Fabiana Pinheiro Ramos
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com

ANEXO B

**DECLARAÇÃO PARA ANUÊNCIA DA PESQUISA – SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE VITÓRIA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **"ENTRE A CRUZ E "CALDEIRINHA" DOSES DIÁRIAS DE ALIENAÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS"** de autoria de **GIOVANNA BARDI**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 12 de maio de 2017

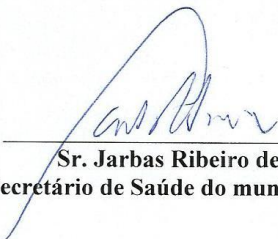
Sheila Cristina de Souza Cruz

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO C

**DECLARAÇÃO PARA ANUÊNCIA DA PESQUISA – SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE VILA VELHA****PREFEITURA DE
VILA VELHA****SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**Rua Castelo Branco, 1905, Centro,
Vila Velha - ES - CEP:29100-041
Telefone: (27) 3368 4174**DECLARAÇÃO****Vila Velha, 15 de maio de 2017.**

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde Vila Velha está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado **“ENTRE A CRUZ E A “CALDEIRINHA”: DOSES DIÁRIAS DE ALIENAÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS”** de autoria de **GIOVANNA BARDI**. A pesquisa prevê conversa com os profissionais do CAPS AD do município para a indicação de usuários que passaram por internação nas comunidades terapêuticas religiosas e consulta aos prontuários.



Sr. Jarbas Ribeiro de Assis Junior
Secretário de Saúde do município de Vila Velha

ANEXO D

DECLARAÇÃO PARA ANUÊNCIA DA PESQUISA – SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DA SERRA

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE PESQUISA EM CAMPO

À Gerente,

Após anuência do Secretário de Saúde, Sr. Benício Farley Santos, à solicitação constante no processo Nº 20149/2017, encaminhamos a pesquisadora Giovanna Bardí, para conclusão do Doutorado em Política Social, pela Instituição Proponente UFES, para desenvolver, nas dependências do CAPSad Laranjeiras, a pesquisa intitulada **“Entre a Cruz e a Caldeirinha: Doses Diárias de Alienação nas Comunidades Terapêuticas Religiosas”**, que tem como objetivo geral Analisar, a partir dos discursos dos sujeitos egressos de comunidades terapêuticas religiosas neopentecostais, os elementos que revelem aspectos do processo de alienação sofrida no percurso de internação nessas instituições.

É um tipo de pesquisa explicativa, qualitativa, com público alvo sendo indivíduos egressos de comunidades terapêuticas religiosas, com a coleta de dados no CAPSad Laranjeiras.

A pesquisadora se comprometeu em apresentar à SESA o resultado da pesquisa, com seus anexos e encaminhar cópia da mesma à GGES/SRH/SESA, que providenciará sua inclusão no acervo da SESA com disponibilidade para consultas posteriores pelos setores desta Secretaria.

Uma cópia desta carta de apresentação deverá ficar arquivada no seu setor para fins de fiscalização.

Serra (ES), 18 de Outubro de 2017.

Andressa Miranda
Equipe Técnica
Gerência de Gestão da Educação na Saúde- GGES/SGTES/SESA

André da Silva Muniz
Superintendente de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- SGTES/SESA